



Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud - Asistencial
Consulta Médica de Primera Vez de la Gestante

Código: PA-GU-10-PT-23

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 1 de 31

1. PROCESO/SUBPROCESO RELACIONADO:	Gestión de la cultura y el bienestar- Gestión Asistencial Unidad de Salud
2. RESPONSABLE(S):	Médico (a) general
3. OBJETIVO:	Evaluar el estado de salud de la gestante, identificar sus factores de riesgo bio psicosociales, Enfermedades asociadas y propias de la gestación, y establecer un plan de acción para su intervención integral; así como educar a la mujer, compañero o familia al respecto.
4. ALCANCE:	Aplica a todas las mujeres gestantes afiliadas a la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca,
5. MARCO NORMATIVO:	<ul style="list-style-type: none">• Ley 100 del 23 diciembre 1993. (SSSI)• Resolución 3997 del 30 octubre de 1996. (Definen acciones de p y p).• Acuerdo 117 del 30 noviembre 1998 (obligatoriedad).• Resolución 412 del 25 febrero 2000. (norma técnica: actividades p y p, demanda inducida y guías enfermedades en salud pública, programación de actividades, seguimiento y evaluación).• Resolución 3384 del 29 de diciembre de 2000 (incluye actividades Pos, copagos y cuotas moderadoras).• Ley 1098 de 2006: Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia• Guía para la detección temprana de alteraciones del embarazo. Ministerio de la Protección Social. 2007.• Resolución 425 de 2008: Define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales.• Acuerdo 29 de 2011: Aclara y actualiza el POS.• Circular 90 de 2011: Intensificación de las acciones para la eliminación de la sífilis congénita en el país.• Resolución 4505 del 28 de diciembre de 2012. (Reporte SISPRO sistema de integración de la información de la protección social)



Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud - Asistencial
Consulta Médica de Primera Vez de la Gestante

Código: PA-GU-10-PT-23

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 2 de 31

- Circular 16 de 2012: lineamientos para el funcionamiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH.
- PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2012-2021
- Resolución 2003 de 2014: Requisitos que deben cumplir las entidades de salud para prestar sus servicios.

6. CONTENIDO:

No.	Actividad / Descripción	Cargo Responsable	Punto de control
1	Saludar al paciente y confirmar su identificación. Revisar que este agendada y facturada.	Médico (a) general	Historia Clínica
2	Realizar lavado de manos según protocolo institucional	Médico (a) general	Historia Clínica
3	Crear un ambiente de confianza para la atención	Médico (a) general	Historia Clínica
4	Realizar anamnesis basándose en los siguientes ítems y registrar en la Historia clínica del CLAP, según su correspondiente instructivo descrito en el anexo 1: <ul style="list-style-type: none">• Datos de identificación• Antecedentes personales• Hábitos• Valoración de condiciones sicosociales• Antecedentes obstétricos• Antecedentes laborales• Antecedentes ginecológicos• Antecedentes familiares• Gestación actual• Otros hallazgos y motivos de consulta.	Médico (a) general	Historia Clínica Clínica del CLAP
5	Evaluar el riesgo para Sífilis – VIH y registrarlo en el formato PA-GU-10-FOR-27 Registro complementario de la consulta prenatal y su correspondiente instructivo (Ver anexo 2).	Gineco-obstetra	Historia Clínica PA-GU-10-FOR-27 Registro complementario de la consulta de



Universidad
del Cauca

Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud - Asistencial
Consulta Médica de Primera Vez de la Gestante

Código: PA-GU-10-PT-23

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 3 de 31

	Remitir a psicología para consentimiento informado y diligenciamiento formato PA-GU-10-FOR-51 Consentimiento informado asesoría VIH.		primera vez
6	Continuar la anamnesis indagando la presentación de signos y síntomas de alarma en el embarazo y registrarla en PA-GU-10-FOR-27 Registro complementario de la consulta prenatal, y su correspondiente instructivo (Ver anexo6).	Gineco- obstetra	Historia Clínica PA-GU-10-FOR- 27 Registro complementario de la consulta de primera vez
7	<p>Examen físico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tomar medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina, y valorar el estado nutricional. Se recomienda para el análisis de estas variables utilizar las siguientes tablas:<ul style="list-style-type: none">– Tabla de incremento de porcentaje de peso -talla en la gestación, de Rosso, Mardones. Anexo 3.– Tabla de incremento de la altura uterina en la gestación de Fescina Rh et al Anexo 4• Tomar signos vitales: pulso, respiración, temperatura y tensión arterial (Guía de complicaciones hipertensivas asociadas con el embarazo)• Realizar examen físico completo por sistemas: debe hacerse céfalo caudal, incluida la cavidad bucal• Valoración ginecológica: realizar examen de senos y genitales, que incluye la valoración de patología infecciosa cervicovaginal y toma de citología vaginal, si no tiene una reciente de acuerdo con la Guía de detección del cáncer del cuello uterino. Comprobar la existencia del embarazo, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial• Valoración obstétrica, según edad gestacional: determinar altura uterina y correlacionar con la tablas correspondiente; número de fetos, fetocardia y movimientos fetales. <p>Dejar todo registrado en la historia clínica del CLAP y en Formato MA-GO-FOR-27 Registro</p>	Gineco- obstetra	Historia Clínica del CLAP PA-GU-10-FOR- 27



Universidad
del Cauca

Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud - Asistencial
Consulta Médica de Primera Vez de la Gestante

Código: PA-GU-10-PT-23

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 4 de 31

	complementario de la consulta de primera vez.		
8	Registrar la Historia clínica del CLAP 2010 la valoración obstétrica realizada, según su correspondiente instructivo descrito en el anexo 1.	Gineco- obstetra	Historia Clínica del CLAP
9	Realizar la valoración de la tensión arterial diastólica, del crecimiento uterino y del estado nutricional, según lo descrito en el anexo 2; registrar el resultado de esta valoración en el PA-GU-10-FOR-27 Registro complementario de la consulta prenatal	Gineco- obstetra	Historia Clínica PA-GU-10-FOR- 27 Registro complementario de la consulta de primera vez
10	Realizar el diagnóstico obstétrico y registrar en el formato PA-GU-10-FOR-27 Registro complementario de la consulta prenatal y su respectivo instructivo (anexo 2).	Gineco- obstetra	Historia Clínica PA-GU-10-FOR- 27 Registro complementario de la consulta de primera vez
11	Revisar los exámenes solicitados en la consulta de inscripción al programa y dejarlos registrados en la Historia Clínica del CLAP. Verificar que estén completos Anexo 5.	Gineco- obstetra	Historia Clínica del CLAP
12	Definir las conductas diagnósticas pertinentes; registrarlas en el formato PA-GU-10-FOR-27 Registro complementario de la consulta prenatal, según el respectivo instructivo (anexo 2); y comunicarlas a la gestante y a su acompañante.	Gineco- obstetra	Historia Clínica PA-GU-10-FOR- 27 Registro complementario de la consulta de primera vez
13	Definir las conductas remisorias pertinentes; registrarlas en el formato PA-GU-10-FOR-27 Registro complementario de la consulta prenatal, según su respectivo instructivo (anexo 2); y comunicarlas a la gestante y a su	Gineco- obstetra	Historia Clínica PA-GU-10-FOR-



Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud - Asistencial
Consulta Médica de Primera Vez de la Gestante

Código: PA-GU-10-PT-23

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 5 de 31

	acompañante.		27 Registro complementario de la consulta de primera vez
14	Definir las conductas terapéuticas y/o preventivas pertinentes; registrarlas en el formato PA-GU-10-FOR-27 Registro complementario de la consulta prenatal, según su respectivo instructivo (anexo 2); y comunicarlas a la gestante y a su acompañante.	Gineco-obstetra	Historia Clínica PA-GU-10-FOR-27 Registro complementario de la consulta de primera vez
15	Brindar educación a la gestante y a su acompañante en temáticas específicas de acuerdo a los hallazgos de la consulta.	Gineco-obstetra	Historia Clínica
16	Remitir a enfermería para la respectiva sesión educativa individual y de seguimiento que se brindarán en la pos consulta de gineco-obstetricia.	Gineco-obstetra	Historia Clínica
17	Diligenciar el PA-GU-10-FOR-28 Carné de control prenatal y entregarlo a la gestante.	Gineco-obstetra	Historia Clínica PA-GU-10-FOR-28 Carnet de control prenatal
18	<p>Valoración Del Perfil De Riesgo Materno : De acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos se identificarán los factores de riesgo biopsicosociales, las enfermedades asociadas y propias de la gestación que contribuyan a un resultado adverso materno o perinatal, lo que permitirá establecer el perfil de riesgo de la gestante y clasificarla para su oportuno y adecuado manejo en:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gestantes sin factores de riesgo: son aquellas que no presentan factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación que aumentan su riesgo de morbilidad materna y perinatal con respecto a la población general.• Gestantes con factores de riesgo: son aquellas gestantes que de acuerdo con la	Gineco-obstetra	Historia Clínica



Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud - Asistencial
Consulta Médica de Primera Vez de la Gestante

Código: PA-GU-10-PT-23

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 6 de 31

	<p>evaluación que se realice de sus factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación tiene mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal con respecto a la población general.</p> <p>Estas gestantes deberán ser remitidas al especialista en obstetricia para valoración, quien les definirá un plan de atención integral de acuerdo con su condición de salud. Es deber de los prestadores de salud garantizarle a estas gestantes una atención adecuada, oportuna e integral.</p>		
19	<p>Orientar a la gestante para que se dirija a la sala SIP de la institución a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Adelantar el respectivo trámite de las órdenes de apoyo para los exámenes y/o interconsultas solicitados.• Agendar la cita para la realización de la consulta de primera vez por Odontología.• Agendar cita para vacunación correspondiente.• Agendar cita de consulta con gineco-obstetricia (a más tardar en 8 días) para la revisión de resultados de exámenes solicitados, si hubiere lugar a ello.• Agendar la cita del próximo control del embarazo con gineco-obstetricia y de educación con enfermería.	Gineco-obstetra	Historia Clínica
19	<p>Orientar a la gestante para que se dirija a la Farmacia a reclamar los micronutrientes y/o otros medicamentos formulados.</p>	Gineco-obstetra	Historia Clínica

7. FORMATOS:

PA-GU-10-FOR-27: Registro complementario de la consulta de primera vez

PA-GU-10-FOR-28: Carné de control prenatal



	PA-GU-10-FOR-51 Consentimiento informado asesoría VIH
8. ABREVIATURAS Y DEFINICIONES:	<p>APGAR: son los parámetros básicos de la función familiar: Adaptación, Participación, Ganancia o Crecimiento, Afecto y Recursos.</p> <p>ANAMNESIS: Se refiere a la información recopilada por un médico mediante preguntas específicas, formuladas bien al propio paciente o bien a otras personas que conozcan a este último (en este caso, también es llamada heteroanamnesis) para obtener datos útiles, y elaborar información valiosa para formular el diagnóstico y tratar al paciente.</p> <p>CEFALOCAUDAL: significa literalmente de la cabeza a los pies.</p>

9. REGISTRO DE MODIFICACIONES:

Fecha	Versión: No.	Código	Modificaciones
21septiembre 2015			

10. ANEXOS:	<ul style="list-style-type: none">- Anexo 1: Instructivo para el diligenciamiento de Historia Clínica del CLAP- Anexo 2: descripción de anamnesis- Anexo 3: Tabla de incremento de porcentaje de peso - talla en la gestación, de Rosso, Mardones.- Anexo 4: Tabla de incremento de la altura uterina en la gestación de Fescina Rh et- Anexo 5: Paraclínicos- Anexo 6: instructivo para el diligenciamiento del registro complementario.
--------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Universidad
del Cauca

Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud - Asistencial
Consulta Médica de Primera Vez de la Gestante

Código: PA-GU-10-PT-23

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 8 de 31

ELABORACIÓN		REVISIÓN	
Nombre: Yenny Patricia Galindo Valencia		Nombre: María del Socorro Cisneros Enríquez	
Cargo: Enfermera		Responsable Subproceso	
Fecha: DD-MM.AA		Cargo: Directora	
Fecha: DD-MM.AA		Fecha: DD-MM.AA	
REVISIÓN		APROBACIÓN	
Nombre: María del Socorro Cisneros Enríquez		Rector Juan Diego Castrillón Orrego	
Responsable Proceso		Fecha: 11-04-2016	
Cargo: Directora			
Fecha: DD-MM.AA			

COPIA NO CONTROLADA



ANEXO 1. INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA CLAP 2010

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- **NOMBRE – APELLIDO:** Espacio para colocar el nombre y apellidos (paterno y materno) de la mujer
- **DOMICILIO – LOCALIDAD:** Se refiere a la residencia habitual de la mujer. Anotar la calle, el número y la localidad (nombre de la ciudad, pueblo, paraje, etc.). Si no se pudiera identificar el domicilio con estos datos, anotar cualquier otra referencia que facilite su ubicación.
- **TELÉFONO:** Anotar el teléfono del domicilio habitual. Si no tuviera, se anotará un número de teléfono alternativo que permita la comunicación del establecimiento con la familia.
- **FECHA DE NACIMIENTO:** Anotar día, mes y año del nacimiento de la mujer.
- **EDAD (años):** Al momento de la primera consulta preguntar:
¿Cuántos años cumplidos tiene?: Anotar la respuesta en los dos espacios disponibles. Si es menor de 15 años o mayor de 35, marcar también el casillero amarillo.
- **ETNIA:** La forma de obtener el dato podría ser: *¿Cómo se considera?... ¿blanca? ¿Indígena?, ¿mestiza?, ¿negra?, ¿otros?* Marcar respuesta según corresponda.
- **ALFABETA:** Preguntar: *¿Sabe leer y escribir?* Anotar la respuesta (SI o No) según corresponda.
- **ESTUDIOS:** Se refiere a estudios cursados en el sistema formal de educación. Preguntar *¿Cuál fue el nivel de estudios más alto al que asistió? , ¿Primaria? ¿Secundaria? ¿Universitaria?* Registrar únicamente el máximo nivel alcanzado.
- **AÑOS EN EL MAYOR NIVEL:** Preguntar: *¿Cuál fue el año más alto que aprobó en ese nivel?* Registrar únicamente el año que haya sido aprobado. Por ejemplo, si la mujer refiere haber completado hasta el 3er año de secundaria, entonces marcar Secundaria y registrar “3” en el espacio que corresponde a ‘años en el mayor nivel.
- **ESTADO CIVIL:** Registrar el estado civil según corresponda: Casada, unión estable, soltera, otro. También se registrará si vive sola o no.
- **LUGAR DEL CONTROL PRENATAL:** Cuando se trate de mujeres que se encontraban asistiendo a control antenatal se anotará el código asignado por las autoridades nacionales de salud al lugar donde se realizó el control prenatal.
- **NÚMERO DE IDENTIDAD:** Corresponde al número de identificación de la mujer.



ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y OBSTÉTRICOS

- **ANTECEDENTES FAMILIARES:** Se refieren a los antecedentes de la pareja, padres o hermanos. Preguntar: *¿En su familia alguien ha tenido... (Mencionar cada una de las patologías descritas)?* Si la respuesta es afirmativa, preguntar *¿Quién?*

- **ANTECEDENTES PERSONALES:** Se refieren a los antecedentes propios de la mujer. Notar que la lista incluye las patologías mencionadas en los antecedentes familiares más otros 5 antecedentes (cirugía genito urinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía y violencia). El término cirugía genito urinaria no incluye a las cesáreas. En cuanto al tema violencia, se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de violencia en el embarazo actual. Marcar el círculo "SI" o "NO" según corresponda.

- **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:**

- **GESTAS PREVIAS:** Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual. Colocar 00 si es el primer embarazo.

- **PARTOS / VAGINALES - CESÁREAS:** Se refiere al número de partos. Si corresponde se anotará el número de partos y de ellos preguntar: *¿Cuántos fueron partos vaginales y Cuantos fueron por cesárea?*

Se indagará sobre el peso del recién nacido en el último embarazo. Marcar si pesó menos de 2500 g o fue mayor o igual a 4000g fue normal o N/C (no corresponde) si no hubo nacimientos previos.

Finalmente en relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedente de embarazo múltiple (gemelar) (SI/NO) según corresponda.

- **ABORTOS:** Se define como Aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gramos. Se registrarán de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos o inducidos. En relación al número de abortos, si la mujer reporta haber tenido 3 abortos espontáneos consecutivos, entonces marcar el rectángulo amarillo correspondiente.

- **NACIDOS VIVOS:** Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se considerarán signos de vida si el recién nacido respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios. La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o que la placenta permanezca unida o no.

- **EMBARAZO ECTÓPICO:** Se anotará el número correspondiente a los antecedentes de embarazo producidos fuera del útero.

- **NACIDOS MUERTOS:** Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como muerto sino evidencia signos de vida luego de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre independientemente de la duración del embarazo.

- **VIVEN:** Se refiere al número de hijos que están vivos al momento de la consulta.



– **MUERTOS 1ra SEMANA:** Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron dentro del período comprendido entre el nacimiento y hasta el séptimo día (6 días, 23 horas, 59 minutos) y se registrará en el rectángulo correspondiente.

– **MUERTOS DESPUÉS DE 1ra SEMANA:** Se refiere a los recién nacidos que nacieron vivos pero que murieron después de la primera semana de vida (7 días o más). No hay límite superior y en teoría incluye las muertes ocurridas hasta el mismo día de la consulta, lo que se registrará en el rectángulo correspondiente.

– **FIN EMBARAZO ANTERIOR:** Anotar día, mes y año de finalización del embarazo inmediatamente anterior al actual, ya sea que se trate de un parto o un aborto. Dejar en blanco si se trata de una primigesta. Marcar el círculo amarillo si la finalización del embarazo anterior ocurrió antes de un año del inicio del embarazo actual. Marcar el círculo amarillo en los siguientes casos: Intervalo entre parto previo y gestación actual menor a 1 año; intervalo entre aborto previo y gestación actual menor de 1 año.

– **EMBARAZO PLANEADO:** Se refiere al embarazo deseado o que sucede en un momento oportuno, cuando se cumplan ambas condiciones se marcará SI, cuando no se cumpla una de las dos condiciones se marcará NO (en amarillo). Puede ayudar para identificar el embarazo no planeado preguntar:

¿Cuándo supo de este embarazo ¿quería estar embarazada?, ¿quería esperar más tiempo? o ¿no quería tener (más) hijos?

– **FRACASO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO ANTES DE EMBARAZO ACTUAL (Fracaso Método Anticonceptivo.):** Preguntar:

Al enterarse de este embarazo, ¿estaba usando algún método para evitar el embarazo?

Las respuestas posibles están clasificadas como:

- * No usaba ningún método (no usaba)
- * Barrera: condón masculino, condón femenino, diafragma, capuchón cervical.
- * Dispositivo Intrauterino (DIU)
- * Hormonal: oral (píldoras), transdérmico (parche, vaginal), implante subdérmico o inyectable.
- * Anticoncepción de emergencia (emergencia): Levonorgestrel solo o de estrógenos y progestina combinados.
- * Métodos naturales (natural): método de día fijo, método de amenorrea por lactancia, abstinencia periódica, ritmo, entre otros.

GESTACIÓN ACTUAL

GESTACION ACTUAL		FUM: día mes año 27 06 06		EG CONFIABLE por FUM Eco <20s. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		FUMA ACT. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		FUMA PIS. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		DROGAS. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		ALCOHOL. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		VIOLENCIA. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		ANTIRUBEOLA. preta no sabe <input checked="" type="radio"/> embarazo no <input checked="" type="radio"/>		ANTITETANICA. vigente no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		EX. NORMAL. ODONT. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>			
PESO ANTERIOR: 60 Kg		TALLA (cm): 165		FPP: día mes año 03 04 07		TOXOPLASMOSIS. <20sem IgG no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		VIH. <20 sem no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		Hb <20 sem: 12 8		Fe/FOLATOS indicados. Fe no <input checked="" type="radio"/> Folateos no <input checked="" type="radio"/>		Hb ≥20 sem: 11 4		SIFILIS - Diagnostico y Tratamiento. Prueba treponémica no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		Tratamiento. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		Tto de la pareja. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>			
CERVIX. Insp. visual no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		PAP. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		COLP. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		GRUPO Rh. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		Inmuniz. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		y globulina anti D. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		GLUCEMIA EN AYUNAS. <20 sem 90		ESTREPTOCOCO B. 35-37 semanas no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		PREPARACION PARA EL PARTO. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		SIFILIS - Diagnostico y Tratamiento. Prueba treponémica <20 sem 19		Tratamiento. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	
CHAGAS. no se hizo <input checked="" type="radio"/>		PALUDISMO/MALARIA. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		BACTERIURIA. sem. normal no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		GLUCEMIA EN AYUNAS. ≥30 sem 100		ESTREPTOCOCO B. 35-37 semanas no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		PREPARACION PARA EL PARTO. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		SIFILIS - Diagnostico y Tratamiento. Prueba treponémica ≥20 sem 30		Tratamiento. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>		Tto de la pareja. no <input checked="" type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>					

- **PESO ANTERIOR:** Se refiere al peso habitual de la mujer antes del embarazo actual.

Preguntar: **¿Cuánto pesaba antes de este embarazo?**

Se registrará el peso expresado en kilogramos. Este dato es útil para evaluar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo. La medida más utilizada es el Índice de Masa Corporal (IMC) que se calcula dividiendo el peso en kilogramos (Kg) sobre el cuadrado de la talla expresada en metros (m²). Por ejemplo, si la gestante pesa 60 Kg y tiene una talla de 1.60 m, el cálculo será: $60 / 1.60^2 = 23.44 \text{ Kg/m}^2$.

- **TALLA (cm):** Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control. La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el tallímetro. El dato obtenido se registrará en centímetros.
- **FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM):** Este dato es esencial para calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto. Muchas decisiones clínicas están basadas en la edad gestacional y por ello es crítico obtener un dato confiable.

Preguntar: **¿Cuál fue el primer día de su última menstruación?**

Anotar en la HCP el dato proporcionado en formato día-mes-año

- **FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP):** Se recomienda utilizar la regla de Naegele:

Al primer día de la FUM agregar 7 días y al mes se le restan 3 meses

- **CONFIABILIDAD DE LA EDAD GESTACIONAL (EG confiable por FUM, Eco<20s):**

Aquí se solicita al proveedor una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por FUM o por ECOGRAFÍA.

Ecografía: Cuando la fecha de la última menstruación no está disponible, una posibilidad es estimar la FPP a partir de una ecografía fetal temprana. Registrar si la edad gestacional es considerado dato confiable a partir del dato de FUM y/o la Ecografía (SI/NO), según corresponda. En caso de no efectuarse ecografía dejar en blanco.



- **ESTILOS DE VIDA:** El estado de fumadora activa, fumadora pasiva, el consumo de drogas, alcohol y las situaciones de violencia pueden cambiar a lo largo del embarazo, por esa razón la HCP sugiere indagar estos datos al menos un vez cada trimestre preguntando: **Desde su última visita, ¿ha tomado alguna bebida alcohólica?, etc.**

- **Fumadora activa (Fuma Activamente):** Se refiere a si la mujer está fumando durante la actual gestación. La situación de fumadora puede cambiar a lo largo del embarazo. Por lo que se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotarla respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

- **Fumadora pasiva (Fuma Pas.):** Se refiere a la exposición actual al humo del tabaco debido a que otra persona fuma en el domicilio o en el lugar de trabajo y se anotará la respuesta según corresponda (NO/SI). También se sugiere indagar sobre este dato en cada trimestre y anotar la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

- **Drogas:** Se refiere al uso actual de drogas que causan dependencia como: marihuana, cocaína, anfetamínicos, alucinógenos, heroína, entre otras. Se anotará la respuesta según corresponda (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

- **Alcohol:** Se refiere a la ingesta actual de cualquier tipo de bebida con alcohol en su contenido, por ejemplo: vino, cerveza, tequila, pisco, whisky, etc.

Preguntar: **¿Ha tomado alguna bebida alcohólica en este embarazo?**

Anotar en la HCP si la mujer ha ingerido alcohol en este embarazo (NO/SI). En caso de aborto no se interrogará en el 2° y 3er trimestre.

- **Violencia:** Este término involucra la violencia física, mental, psicológica y sexual que ocurre durante la actual gestación. Se recomienda usar el siguiente modelo de interrogatorio en la primera visita prenatal: *“Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su actual relación de pareja. Sé que algunas de estas preguntas son muy personales y permítame asegurarle que sus respuestas serán completamente confidenciales:*

1. **En el último año, ¿alguna vez ha sido Ud. humillada, avergonzada, prohibida de ver a amigos, o hacer cosas que a Ud. le interesan?** Si la respuesta es positiva, continuar:

- Desde que está embarazada ¿alguna vez ha sido Ud. humillada, avergonzada, impedida de ver amigos, o hacer cosas que a Ud. le interesan?

2. **En el último año, ¿ha sido Ud. golpeada, o lastimada físicamente por alguien?** Si la respuesta es positiva, continuar:

- Desde que está embarazada ¿ha sido Ud. golpeada, o lastimada físicamente por alguien?

3. **En el último año, ¿ha sido Ud. forzada a tener actividades sexuales?** Si la respuesta es positiva, continuar:

- Desde que está embarazada ¿ha sido Ud. forzada a tener actividades sexuales?

4. **En el último año, ¿se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos?** Si la respuesta es positiva, continuar:



- Desde que está embarazada ¿se ha sentido preocupada por la seguridad de sus hijos?

5. En el último año ¿ha tenido Ud miedo de su pareja o de alguna otra persona?

Si la respuesta es positiva, continuar:

- Desde que está embarazada ¿ha tenido Ud miedo de su pareja o de alguna otra persona?"

En visitas posteriores no es necesario indagar por lo ocurrido en el último año y debe sustituirse la frase inicial "Desde que está embarazada...." por la frase "Desde su última visita....." Una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas que indagan sobre violencia en el último año debe registrarse en la sección Antecedentes Personales. Si hay respuesta afirmativa a las preguntas relacionadas con el embarazo actual, marcar "SI" en el casillero que corresponda.

- **ANTI RUBEOLA:** La eliminación de la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) es uno de los retos pendientes en la región de las Américas. Una forma de contribuir a este esfuerzo nacional y regional es indagar en forma rutinaria sobre el estado de vacunación anti-rubéola durante el control prenatal.

Preguntar: **¿Ha recibido alguna vez la vacuna contra la rubéola?** Si la respuesta es afirmativa, indagar **¿Cuándo?**

- Marcar el casillero "previa" si recibió la vacunación en cualquier momento antes del presente embarazo.
- Marcar el círculo "embarazo" si la vacuna fue inadvertidamente colocada durante esta gestación; "no sabe" cuando no recuerda si recibió la vacuna; "NO" si nunca fue inmunizada.

Si la mujer no ha sido vacunada, la inmunización debe diferirse hasta el puerperio inmediato (antes del alta), o en el post aborto inmediato.

- **ANTITETÁNICA:**

La eliminación del tétanos neonatal es otro de los retos de esta región. Una de las estrategias claves para alcanzar esta meta es vacunar a todas las mujeres en edad reproductiva. Con la finalidad de identificara las mujeres que requieren inmunización antitetánica.

Se debe indagar el estado de vacunación al momento de la primera visita de control prenatal. Es importante solicitar a las gestantes la tarjeta de vacunación, o algún otro registro o documento en donde se pueda verificar el número y el intervalo entre dosis.

Se deberán colocar a la gestante dos dosis con un intervalo de un mes entre ellas, en los primeros siete meses de embarazo. Si ya ha sido vacunada dentro de los últimos cinco años, se le administrará una sola dosis de refuerzo. Además, se debe educar a la gestante para que complete su esquema de vacunación en el postparto

Registrar *Vigente=NO* en los siguientes casos:

- Ninguna dosis recibida. *Acción:* Colocar dos dosis durante el embarazo actual
- Información poco confiable acerca de número y fechas de administración de dosis previas. *Acción:* Colocar dos dosis durante el embarazo actual.
- Recibió dos dosis y el embarazo actual se inicia después de los 3 años de protección. *Acción:* colocar únicamente una dosis (la tercera).



Gestión de la Cultura y el Bienestar
Unidad de Salud - Asistencial
Consulta Médica de Primera Vez de la Gestante

Código: PA-GU-10-PT-23

Versión: 0

Fecha de Actualización: 11-04-2016

Página 15 de 31

– Recibió tres dosis y el embarazo actual se inicia después de los 5 años de protección. *Acción:* Colocar únicamente una dosis (la cuarta).

Registrar *Vigente=SI* en los siguientes casos:

- Recibió dos dosis y el embarazo actual está dentro de los 3 años de protección.
- Recibió tres dosis y el embarazo actual está dentro de los 5 años de protección.
- Recibió 5 dosis.

- **EXAMEN ODONTOLÓGICO:** La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer y su familia. La infección periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente – hueso, ligamentos, cemento, etc.). La transmisión del *streptococcomutans* de la madre hacia el niño tiene efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños.

Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes. Marcar según corresponda. Si el examen fuera anormal registrar NO y referir al odontólogo. En caso de ser normal registrar SI.

- **EXAMEN DE MAMAS:** La historia incluye el dato Examen Normal, marcar NO cuando el examen de mamas sea anormal, y SI en caso contrario.

- **CÉRVIX:** Se recomienda la realización del examen vaginal con espéculo como parte de la evaluación del control prenatal con la finalidad de detectar anomalías o infecciones cervicales.

- **Inspección visual (Insp. visual):** Si una anomalía cervical es observada durante el examen con espéculo, se anotará anormal en inspección visual, si el cuello está sano se registrará normal y en caso de no haberse efectuado el examen, se registrará no se hizo.

- **Papanicolaou (PAP):** Si se encuentra alguna anomalía cervical o se duda que la mujer pueda regresar después del parto, considerar tomar un PAP durante el control prenatal. Registrar el resultado del PAP según corresponda: Normal/Anormal y si el PAP no se realizó, registrar no se hizo.

- **Colposcopia (COLP):** Registrar como 'Normal' si la Colposcopia es negativa para lesiones malignas o precursoras de cáncer cervical. De lo contrario marcar "Anormal" o no se hizo, según corresponda.

- **GRUPO Rh:** Anotar en el recuadro el grupo sanguíneo (Grupo) que corresponda (A, B, AB, O). Para "Rh" marcar (+) si la mujer es Rh positivo y (-) si es Rh Negativo. Se entiende que la mujer está inmunizada cuando tiene anticuerpos anti D. Si la mujer está inmunizada (tendrá positivo el test de Coombs indirecto) y en ese caso se marcará (SI), en caso contrario se marcará (NO).

- **GAMAGLOBULINA ANTI D:** Se marcará SI siendo Rh negativo no inmunizada recibió gamaglobulina anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará NO. En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar "no corresponde" N/C.



- **TOXOPLAMOSIS:** Si las normas locales incluyen la realización de esta prueba en el control prenatal, registrar el valor de la prueba (IgG o IgM) según corresponda.
 - **INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH):** Registrar Test VIH: Solicitado: NO o SI, Realizado: NO o SI, según corresponda.
 - **PRUEBA DE HEMOGLOBINA (Hb):** Los valores obtenidos se registrarán en los rectángulos correspondientes y en caso que los niveles sean inferiores a 11 gramos, marcar el círculo amarillo.
 - **Fe/FOLATOS Indicados:**
 - Marcar el círculo (NO) si no se indicó suplemento de hierro y marcar el círculo blanco (SI) cuando se lo haya indicado.
 - Marcar el círculo (NO) si no se indicó suplemento de ácido fólico y marcar el círculo blanco (SI) cuando se lo haya indicado.
 - **SÍFILIS (Diagnóstico y tratamiento):** Las pruebas de detección utilizadas pueden ser No Treponémicas o Treponémicas. Se sugiere que las pruebas de detección se realicen en dos oportunidades, una al momento de la captación en la primera visita prenatal (antes de las 20 semanas de gestación) y otra en el tercer trimestre.

En caso de prueba No Treponémica se marcará (-) cuando la prueba fue no reactiva, (+) si fue reactiva y (S/D) sin dato.

En las pruebas Treponémicas se agrega la opción (N/C) cuando no corresponda (ej.: recuerdo inmunológico de infección previa).

Registrar (ya sea antes o después de las 20 semanas de embarazo) la semana de gestación en que fue realizada la o las pruebas. Para cada una marcar según corresponda. Registrar la semana de gestación en que se realizó el tratamiento, si no fue realizado (NO), si se desconoce (S/D) o no corresponde (N/C).
 - **CHAGAS:** Registrar el resultado de la Prueba de Chagas (Negativa/Positiva/No se hizo) según corresponda.
 - **PALUDISMO / MALARIA:** Se registrará el resultado de la prueba diagnóstica realizada NEGATIVA si no se detectó paludismo, POSITIVA (círculo amarillo) si se confirma la enfermedad y NO SE HIZO, en caso de no realizar la prueba.
 - **BACTERIURIA:** Se marcará Bacteriuria: NORMAL, cuando el urocultivo es negativo (menos de 100,000 unidades formadoras de colonia/ml), o Uroanálisis es negativa; ANORMAL, si el Urocultivo o la tirilla reactiva tienen resultados positivos. En caso de no realizar urocultivo o Uroanálisis lo largo del control del embarazo, se registrará el círculo que indica que la prestación NO SE HIZO.
 - **GLUCEMIA EN AYUNAS:** Si la glucemia basal es igual o mayor a 105 mg/dl marcar además el círculo amarillo.
 - **ESTREPTOCOCO B 35 - 37 semanas:** Registrar el resultado de la prueba (NEGATIVO/POSITIVO/NO SE HIZO), según corresponda.
-



- **PREPARACIÓN PARA EL PARTO:** Si la gestante ha recibido alguna de estas prestaciones indicar SI, en caso contrario registrar NO.
- **CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA:** Se entiende por consejería la entrega reglada y oportuna de la siguiente información:
 - Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial.
 - Formas de amamantar.
 - Los cambios en la leche materna después del parto y discutir las dudas y preguntas de la gestante.
 - También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño.

CONSULTAS ANTENATALES

CONSULTAS ANTENATALES	día	mes	año	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presen- tación	FCF (lpm)	movim. fetales	protei- nuria	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales Técnico	próxima cita
		24	03	08	12	63,3	110/70	-	-	-	-	-		AC

Los datos a registrar son:

- Día, mes y año de la consulta.
- Edad gestacional al momento de la consulta (edad gest.): registrar en semanas completas. Para el cálculo de la edad gestacional por amenorrea se cuenta sobre el calendario el número de semanas de 7 días que han transcurrido entre la fecha de la última menstruación y el día de la consulta.
 - Peso, en kilogramos.
 - Presión arterial (PA): en mm de Hg.
 - Altura uterina: registrar en centímetros.
 - Presentación: cefálica (cef), pelviana (pel), incluye la situación transversa (tra).
 - Frecuencia cardíaca fetal: registrar en latidos por minuto (FCF lpm)
 - Movimientos fetales, positivos o negativos, la falta de datos se interpretará como prestación no hecha
 - Proteinuria: registrar positivo si se detecta albúmina o proteínas en la orina, si no contiene anotar Negativo, dejar la casilla en blanco se interpretará como no se hizo.
 - Signos de alarma, exámenes y tratamientos, anotar solo signos positivos y relevantes.
 - Iniciales del técnico que realiza la atención.



- Fecha de próxima cita, día y mes.

En aquellas situaciones que por la edad gestacional no aplique efectuar alguna de estas prestaciones (por ejemplo, presentación fetal antes de las 28 semanas), se anotará NC (no corresponde)

ANEXO 2 ELEMENTOS BASICOS DE LA HISTORIA CLÍNICA PRENATAL

- Identificación de la gestante: nombre, documento de identidad, edad, raza, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbana, rural), dirección y teléfono
- Anamnesis:
 - Antecedentes personales: patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxico-alérgicos. Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual
 - Hábitos: nutricionales, actividad física, sexualidad, patrón de sueño, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas, abuso de fármacos en general, exposición a tóxicos e irradiación y otros
 - Valoración de condiciones sicosociales: tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, violencia doméstica, embarazo deseado o programado. Se recomienda para el análisis de estas variables utilizar el modelo biopsicosocial de Herrera J (10)
 - Antecedentes obstétricos: total de embarazos y evolución de los mismos, complicaciones obstétricas y perinatales previas, fecha de la finalización del último embarazo e intervalos intergenésicos
 - Antecedentes laborales.
 - Antecedentes ginecológicos: edad de la menarquia, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuándo, antecedente o presencia de flujos vaginales, enfermedades de transmisión sexual, VIH /SIDA, cirugía ginecológica e historia y tratamientos de infertilidad
 - Antecedentes familiares: trastornos mentales, epilepsia, hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas (tuberculosis, HIV, ETS) congénitas, neoplasias, gestaciones múltiples y otras
 - Gestación actual: edad gestacional probable (fecha de la última regla, altura uterina o ecografía obstétrica), identificar la aparición de síntomas, signos y otros eventos adversos asociados con la gestación, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales o auditivos, epigastralgia, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, sintomatología urinaria, intolerancia a la vía oral, patrón de sueño alterado y otros
 - Otros hallazgos y motivos de consulta: inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual.



En la realización de la anamnesis debe tenerse en cuenta cada uno de los apartes de la Tabla 2. Factores de riesgo en la gestación.

Tabla 2

Exámenes obligatorios del control prenatal:

- Hemoglobina y hematocrito
- Hemoclasificación
- VDRL
- Prueba De Elisa HIV. Previo asesoría prueba VIH y diligenciamiento de consentimiento informado. PA-GU-10-FOR-51 Consentimiento informado asesoría VIH
- Prueba De HBS Ag.
- Hemoclasificación: a las mujeres Rh negativas se les debe solicitar, adicionalmente, la Prueba de Coombs indirecto. Si el resultado es negativo, se repetirá la prueba a la semana 28, excepto cuando el padre es Rh negativo.

En este momento, si la gestante no está sensibilizada deberá administrársele 300 mg de inmunoglobulina anti-D. En el momento del parto, se deberá repetir lo anterior.

De igual modo, deberán solicitarse los exámenes paraclínicos indicados en la primera visita prenatal, en las siguientes circunstancias:

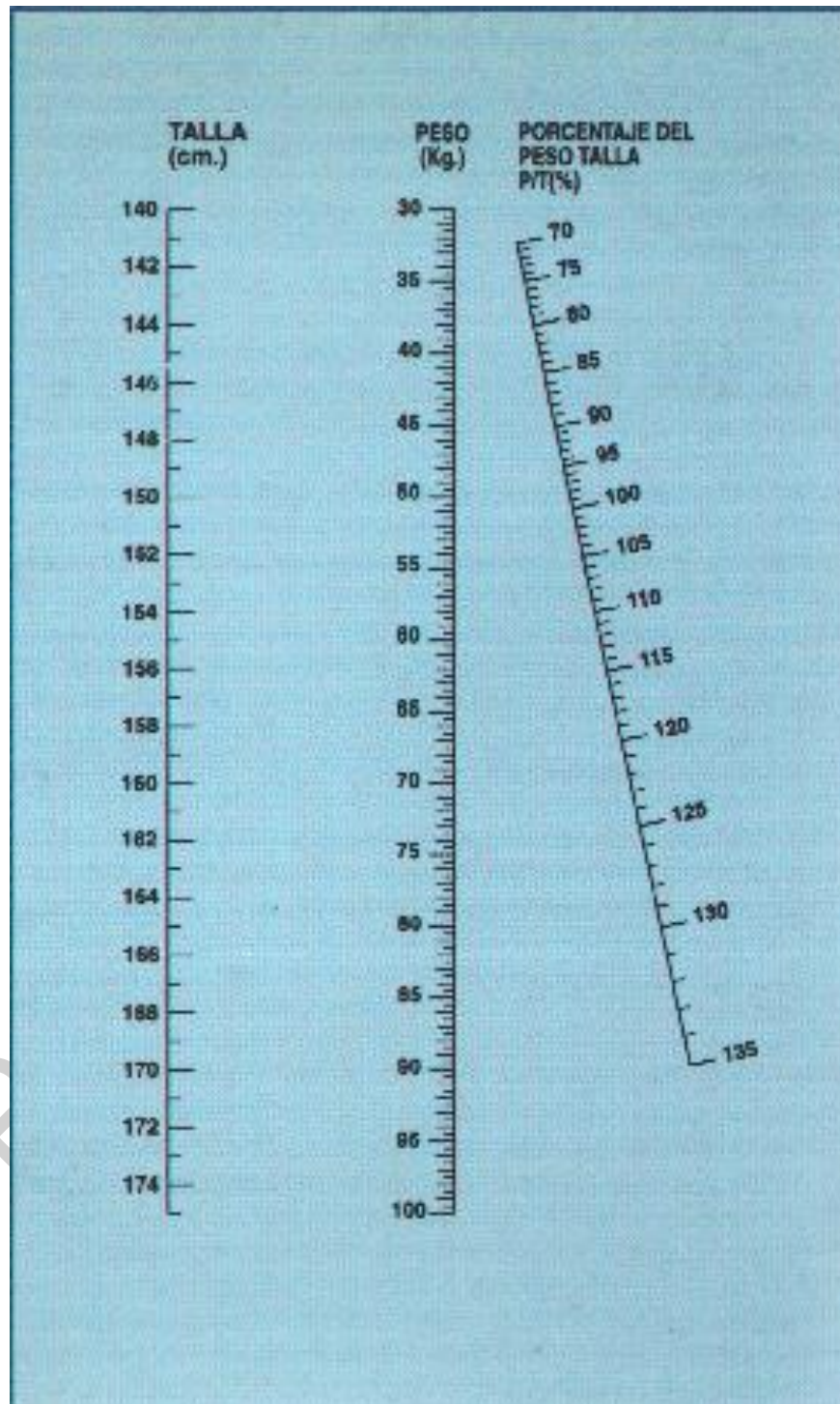
1. Prueba de glicemia a la hora con una carga de 50 g de glucosa, previo ayuno de dos horas, en las gestantes con alto riesgo de diabetes gestacional.
2. La ecografía obstétrica será solicitada en la primera visita prenatal para confirmar la edad gestacional, solo si la fecha de la última regla no es confiable o si se presenta alguna complicación en el primer trimestre del embarazo que lo requiera (Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo).
3. Citología cervical: se deberá tomar si la gestante no tiene una reciente, de acuerdo con la Guía de detección temprana del cáncer del cuello uterino.

– Los exámenes Paraclínicos deberán ser complementados con aquellos que sean necesarios de acuerdo con los factores de riesgo biosipcosociales, enfermedades asociadas propias de la gestación a lo largo de su embarazo y a los requeridos, según criterio médico

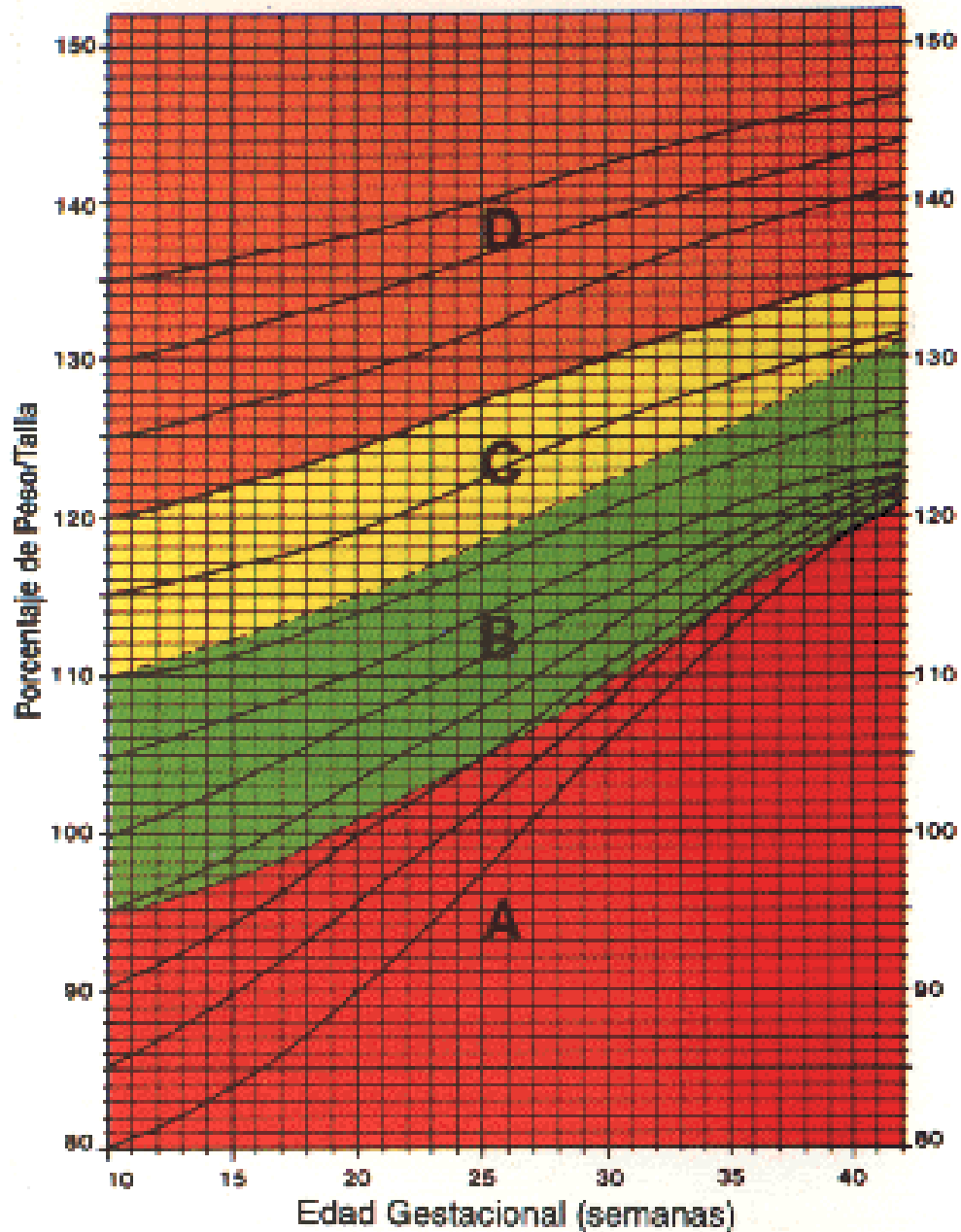
– A la mujer gestante que asiste por primera vez al control prenatal en el segundo o tercer trimestre deberán solicitársele, adicionalmente, los exámenes previos establecidos para su edad gestacional

– Es obligación de los prestadores de salud velar por la calidad de sus exámenes de acuerdo con las normas nacionales vigentes, para garantizar la certeza de sus resultados.

ANEXO 3 TABLA DE EVALUACION DE INCREMENTO DE PESO



CURVA PATRON INCREMENTO PESO EMBARAZADAS



CATEGORIAS DE ESTADO NUTRICIONAL

A	Bajo Peso	C	Sobrepeso
B	Normal	D	Obesidad

Estado Nutricional Inicial	Incremento de peso Total Kg.	Incremento de peso semanal gramos/semana
Bajo peso	12 - 18 Kg.	400 - 600 g
Normal	10 - 13 Kg.	330 - 430 g
Sobrepeso	7 - 10 Kg.	230 - 330 g
Obesidad	6 - 7 Kg.	200 - 230 g

ANEXO 4

Patrones normales de la altura uterina en función de la edad gestacional.

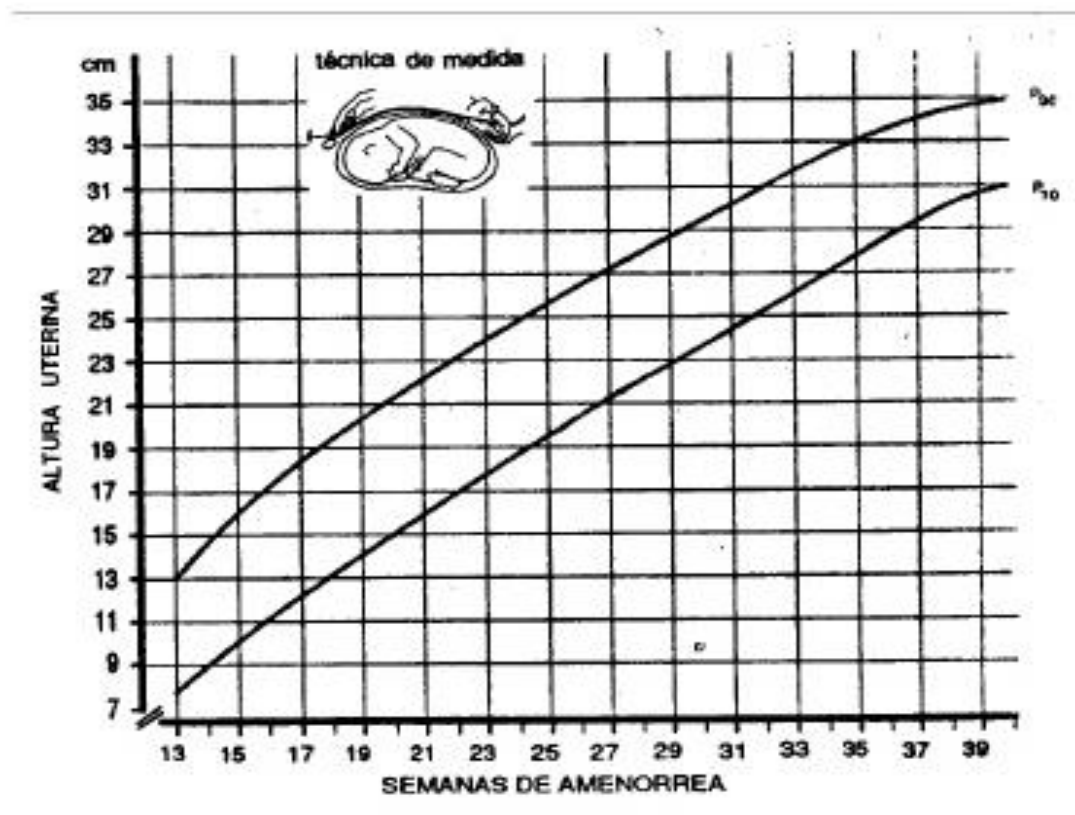


Tabla de incremento de altura uterina

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	ALTURA UTERINA (CENTÍMETROS)
16	12 – 17
20	15 – 21
24	19 – 24
28	22 – 27
32	25 – 30
36	28 – 33
40	31 – 35

Tabla N°1. Incremento de Peso Materno y de Altura Uterina según semana gestacional.

Incremento del Peso Materno (Kg)		Semanas	Altura Uterina ** (cm)	
Percentilos			Percentilos	
25	90		10	90
0.4	3.5	13	8.0	12.0
1.2	4.0	14	8.5	14.5
1.3	4.5	15	9.5	15.0
1.8	5.4	16	11.5	18.0
2.4	6.1	17	12.5	18.0
2.6	7.0	18	13.5	19.0
2.9	7.7	19	14.0	19.5
3.2	8.3	20	15.0	21.0
4.1	8.6	21	15.5	21.5
4.5	9.4	22	16.5	22.5
4.8	10.2	23	17.5	23.0
5.1	10.8	24	18.5	24.0
5.6	11.3	25	19.5	25.5
5.9	11.6	26	20.0	25.5
6.1	11.7	27	20.5	26.5
6.4	11.9	28	21.0	27.0
6.6	12.1	29	22.5	28.0
7.0	13.5	30	23.5	29.0
7.1	13.9	31	24.0	29.5
7.6	14.5	32	25.0	30.0
7.7	14.7	33	25.5	31.0
7.9	15.0	34	26.0	32.0
7.9	15.4	35	26.5	33.0
8.0	15.6	36	28.0	33.0
8.0	15.8	37	28.5	34.0
8.0	16.0	38	29.5	34.0
8.0	16.0	39	30.5	34.0
8.0	16.0	40	31.0	34.5

**Las medidas de la AU fueron obtenidas desde el borde superior del pubis hasta el fondo uterino desplazando la cinta métrica entre los dedos índice y mayor.

ANEXO 5

EXÁMENES paraclínicos y ayudas diagnósticas del control prenatal

	<12 semanas	12 - 16 semanas	20 - 24 semanas	24 - 28 semanas	28 - 34 semanas
HEMOGRAMA (Simple: 902207) (+ Plaquetas: 902208)	X				X
HEMOCLASIFICACIÓN (902212)	X				
COOMBS INDIRECTO SI Rh NEGATIVO (Cualitativo: 902202 y Cuantitativo: 902203)		X	X	X	X
GLICEMIA EN AYUNAS (903841)	X			X	
TEST O'SULLIVAN (903845)					
TAMIZAJE SÍFILIS (VDRL: 906916 ó RPR: 906915)	X				X
TAMIZAJE VIH (906249)	X				
TAMIZAJE HEPATITIS B (AG HBS: 906317)	X				
UROCULTIVO (901235; 901236; 901237)	X	X			X
TAMIZAJE DE TOXOPLASMA* (IgG: 906127; 906128) (IgG: 906129; 906130)	X				
ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA (TV: 881432 y Abd: 881431)	X (trans-vaginal)		X		
CITOLOGÍA CERVICAL (898001)	X				

* No incluido en norma 412/00



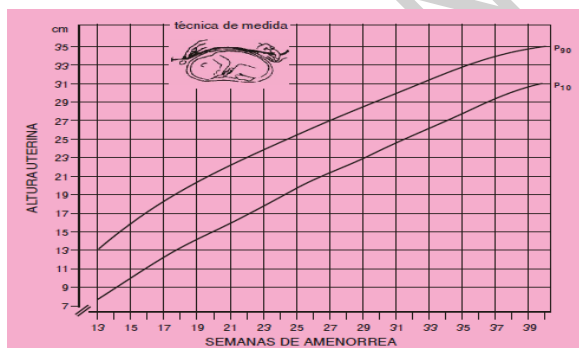
ACTIVIDADES A REALIZAR A LAS MUJERES GESTANTES

Valoración de 1ra vez x médico general	Mujeres gestantes
Consulta de control x médico general	Mensuales gestantes de alto riesgo y quincenales después de la semana 36
Consulta de control x enfermería	Mensuales hasta la semana 36 de gestación
Exámenes de laboratorio:	
-Hemograma completo	2 veces: consulta de 1ra vez y en el 3er trimestre (sem 28-34)
Hemoclasificación	1 vez
Serología	3 veces: consulta 1ra vez, en el 3er trimestre (sem 28-34) y en el parto.
Uroanálisis	Uno cada trimestre
Urocultivo	Según criterio medico
Glucosa en suero	1 vez en la 1er consulta
Ecografía obstétrica	2 veces: -idealmente semana 8 y 12 de gestación -segundo trimestre: (semana 19 a 24 gestación)
Citología	1 vez
Prueba de VIH 1 y2	1 vez previa asesoría y diligenciamiento de consentimiento informado. PA-GU-10-FOR-51
Antígenos toxoplasma (IGG e IGM)	1 vez
Antígenos superficie hepa. B.	1 vez
Frotis de flujo vaginal	Según criterio medico
Test o sullivan	Una vez en el segundo trimestre
Vacunación combinada contra tétanos y difteria	-2 veces (gestante sin previa dosis): 1ra dosis después de la semana 14 y la 2da al mes.(idealmente antes del 7ª mes de gestación).
Formulación de micronutrientes: Hierro y ácido fólico:	Toda la gestación y hasta completar el 6ª mes de lactancia.
Calcio:	Calcio 1500mg/día durante toda la gestación.
EDUCACION INDIVIDUAL A LA MADRE, COMPAÑERO Y FAMILIA	EN LA POSCONSULTA DE CPN Y EN TODAS LAS ACCIONES DE SEGUIMIENTO A LA GESTANTE.

CONSULTA DE 1RA VEZ X ODONTOLOGIA GENERAL	UNA VEZ
CONSULTA DE 1ª VEZ POR PSICOLOGIA	UNA VEZ: IDEALMENTE SEMANA 14-27).

ANEXO 6. INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL REGISTRO COMPLEMENTARIO DE LA CONSULTA MÉDICA DE PRIMERA VEZ PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES EN EL EMBARAZO

- **Nombres y apellidos:** anotar los nombres y apellidos completos.
- **Identificación:** anotar el número de identificación de la gestante (cédula de ciudadanía o registro civil)
- **Señales de alarma en el embarazo:** marcar con una X sobre la casilla de SI en caso que la gestante presente el síntoma, en caso contrario marcar con una X en la casilla que corresponde a NO. Si hay algún ítem positivo se debe hacer una caracterización de la señal de alarma en la casilla "observaciones". Se deben precisar las características del signo o síntoma, por ejemplo: "presencia desde hace 2 semanas de leucorrea amarillenta, en mediana cantidad, fétida, sin presencia de prurito; para lo cual no ha recibido tratamiento".
- **Riesgo para Sífilis/VIH:** evaluar el riesgo para estas infecciones indagando a la gestante por el número de compañeros sexuales actuales. Anotar en Observaciones alguna nota aclaratoria.
- **Examen físico:** Registrar el valor obtenido en la valoración de los signos vitales y calificar como normal o anormal la valoración de los ítems del examen físico. Si uno de los ítems es calificado como anormal se debe hacer las aclaraciones pertinentes en la casilla "observaciones".
- **Valoración del crecimiento uterino:** La siguiente gráfica se encuentra dispuesta en el carné de control prenatal y su valoración se realiza a partir del segundo trimestre del embarazo.



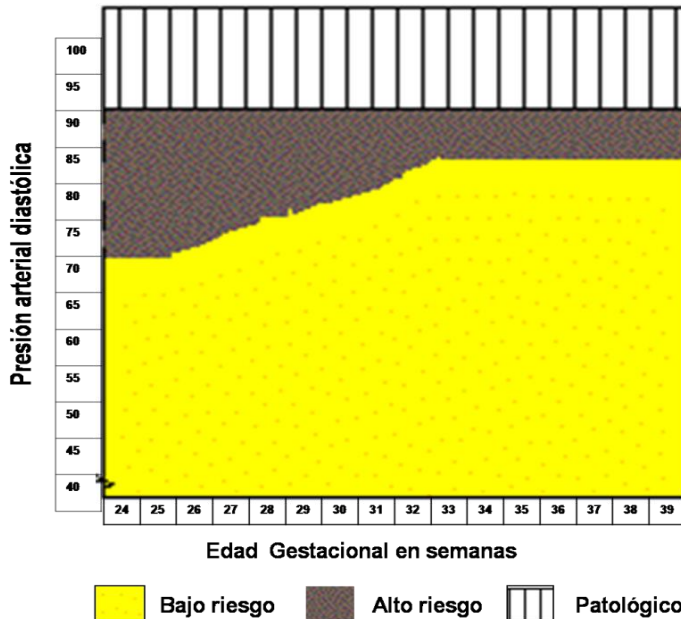
Para realizar la valoración se debe ubicar en la gráfica un punto en la intersección de la edad gestacional calculada para el día de la consulta y la altura uterina encontrada en el examen físico. El crecimiento uterino se califica de la siguiente manera:

Adecuado: Cuando el punto de intersección se ubica entre el percentil 10 y 90.

Disminuido: Cuando el punto de intersección se ubica por debajo del percentil 10.

Aumentado: Cuando el punto de intersección se ubica por encima del percentil 90.

- **Valoración presión arterial diastólica (PAD):** La siguiente gráfica se encuentra dispuesta en el carné de control prenatal y su valoración es pertinente realizarla a partir de la semana 24 de la gestación.



Para realizar la valoración se debe ubicar en la gráfica un punto en la intersección de la edad gestacional calculada para el día de la consulta y la cifra de presión arterial diastólica encontrada en el examen físico. La PAD se califica de la siguiente manera:

Bajo riesgo: Cuando el punto de intersección se ubica en la zona amarilla de la gráfica.

Alto riesgo: Cuando el punto de intersección se ubica dentro de la zona de color gris de la gráfica.

Patológico: Cuando el punto de intersección se ubica en la zona rayada de la gráfica.

- **Valoración nutricional:**

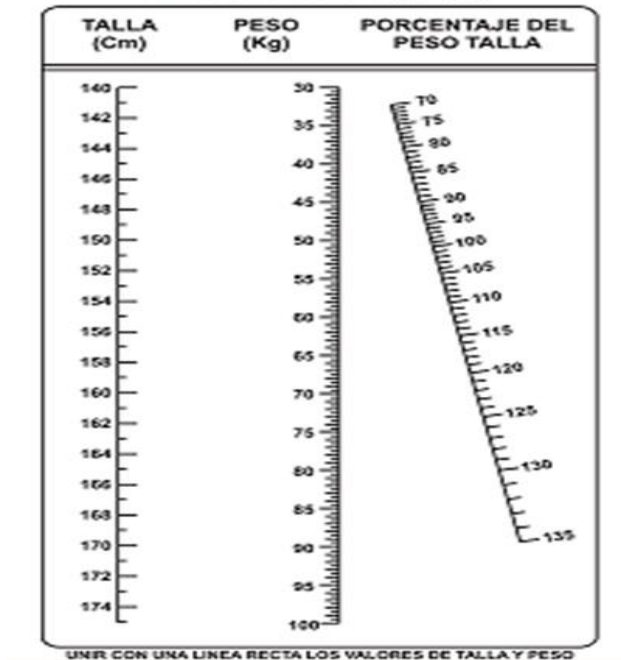
Calcular el **índice de masa muscular (IMC)** de la gestante dividiendo el peso pre-gestacional en kilogramos (Kg) sobre el cuadrado de la talla, y el resultado se expresa en metros (m²). Por ejemplo, si la gestante pesa 60 Kg y tiene una talla de 1.60 m, el cálculo será: $60 / 1.60^2 = 23.44$ Kg/m². Registrar el resultado en el recuadro correspondiente.

El valor obtenido se interpreta de acuerdo a los valores de referencia descritos en la tabla que se presenta más adelante.

Para el cálculo del **peso deseable a término** se tiene en cuenta el resultado del IMC pre-gestacional. Se procede de la siguiente manera: al peso previo de la gestante se le suma la ganancia deseable de peso total correspondiente al estado nutricional pre-gestacional. El resultado corresponde al peso que se desea obtenga la gestante al finalizar el embarazo. Siguiendo con el ejemplo anterior, la gestante tenía un estado nutricional normal (20,0 a 24,9 Kg/m²) y su peso deseable a término se encuentra entre 71,5 y 76 Kg. (60 kg.+11,5 Kg.=71,5 kg. y 60 Kg.+16 Kg.=76 Kg.)

Estado nutricional pregestacional	Valores de referencia (kg/m ²)	Ganancia deseable de peso total
Bajo Peso	< 20,0	12,5 – 18,5 kg.
Normal	20,0 – 24,9	11,5 – 16 Kg.
Sobrepeso	25 – 29,9	7 – 11,5 Kg.
Obesidad	> 30,0	6 a 7 Kg.

Normograma para Clasificación de la Relación Peso/talla de la Mujer (%)



Para calcular el porcentaje de peso para talla que tiene la mujer en el momento de la consultase utiliza el Nomograma:

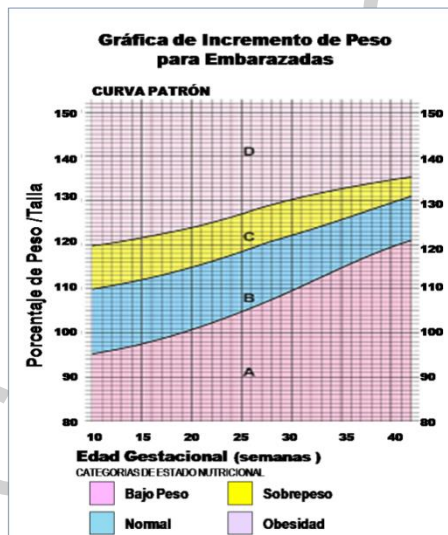
En la primera columna se encuentran las *Tallas* (cm); en la segunda los *Pesos* (kg) y en la tercera (inclinada) los porcentajes de peso para talla.

Para usarla se procede así: Unir con una regla los valores de talla de la madre con el peso que tiene en la consulta actual y ver en qué punto corta la regla a la última columna.

Ejemplo: Mide 150 cm y pesa 56,5 Kg; el corte de la última columna se produce en 112%; Esto significa que la madre tiene en ese momento un porcentaje de peso para talla de 112.

Este valor no tiene significado por sí mismo hasta que no se compare en la gráfica de incremento de peso para embarazadas (esta grafica se encuentra dispuesta en el carné de control prenatal):

La gráfica tiene un “marco” con valores. En la parte inferior se encuentra la *Edad Gestacional*, está expresada en semanas y va desde la semana 10 hasta la semana 42. Cada raya representa 1 semana.



En el marco derecho se representan los porcentajes de *Peso/Talla* (son los valores obtenidos en el paso anterior). Cada raya separa 2% de peso/talla.

La parte interior de la curva tiene un cuadrículado como fondo, sobre el que están trazadas curvas ascendentes que limitan distintas áreas que indican las categorías de estado nutricional.

Para usar esta gráfica el examinador debe ubicar un punto donde se produzca la intersección de la edad gestacional de la paciente al momento de la consulta y el resultado que obtuvo en la relación peso para la talla. De acuerdo al área donde se dibuje el punto, el **estado nutricional** será:

Bajo peso: comprende el área “A” inferior de la curva.

Normal: comprende el área “B” de la gráfica.

Sobrepeso: comprende el área “C”.



Obesidad: comprende el área "D" superior de la curva.

Nota: Cuando el peso/talla materno se ubica justo sobre una línea divisoria de categoría de peso, la madre se clasifica en la categoría inmediatamente inferior.

En la historia clínica marque con una X la casilla correspondiente al estado nutricional que obtuvo como resultado de la valoración anterior.

- **DIAGNOSTICO OBSTÉTRICO:** llenar los espacios de acuerdo a siguiente información:

Numeral 1: describe la ficha gineco-obstétrica:

- G: registrar el número de gestaciones, incluyendo la gestación actual.
- P: registrar el número de partos por vía vaginal
- A: registrar el número de Abortos
- C: registrar el número de partos por cesárea
- V: registrar el número de hijos que actualmente viven
- M: registrar el número de hijos que han muerto durante la gestación, parto y puerperio

Numeral 2: Evalúa la edad gestacional.

- **Edad gestacional por amenorrea (EGxA):** registrar el tiempo en semanas de 7 días que han transcurrido desde la fecha de última menstruación hasta el día que la gestante asiste a la consulta.
- **Edad gestacional por ecografía obstétrica (EGxECO):** registrar la edad gestacional extrapolada a partir de la primera ecografía tomada en la gestación.
- **Edad gestacional por altura uterina (EGxAU):** registrar la edad gestacional de acuerdo a la altura uterina, aplicando las siguientes formulas:
 - * Cuando la altura uterina se encuentra por debajo del nivel del ombligo: $AU (cm) + 4$
 - * Cuando la altura uterina se encuentra por encima del nivel del ombligo: $AU (cm) + 6$
 - * Cuando la altura uterina se encuentra a nivel del ombligo no se aumenta nada.

Numeral 3:

- Describir el número de fetos
- Describir la colocación fetal: situación, presentación, posición
- Anotar la frecuencia cardiaca fetal en latidos por minuto.

Numeral 4: Registrar la fecha probable de parto calculada mediante la regla de Naegele.

Numeral 5: Registrar el (los) diagnóstico (s) de la (s) patología(s) encontrada(s) en la gestante, de acuerdo a la Codificación Internacional de Enfermedades CIE-10.

Numeral 6: Definir el compromiso o riesgo materno fetal que se ha detectado en el transcurso de la anamnesis, examen físico y lo registrado en los numerales 1,2,3, 4 ó 5.

- **Conductas:** registre los diferentes tipos de conductas de acuerdo a lo que describen las tablas que se muestran a continuación:

CONDUCTAS DIAGNÓSTICAS		
TRIMESTRE DE GESTACIÓN	SOLICITUD DE EXÁMENES DURANTE LA GESTACIÓN	EDAD GESTACIONAL IDEAL
CONSULTA DE PRIMERA VEZ Ó 1er. TRIMESTRE DE GESTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Serología VDRL en suero • Hemograma completo • Hemoclasificación • Urocultivo • Glucosa en suero • Antígenos de superficie Hepatitis B AG HBS • Antígenos Toxoplasma • Prueba de VIH 1 Y 2 	Hasta semana 13 de gestación
1er. TRIMESTRE DE GESTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Ultrasonografía ginecológica transvaginal: • Ecografía obstétrica transvaginal entre semanas 6 a 10 para determinar la implantación, viabilidad embrionaria, y número de embriones. • Ecografía Semana 11 – 14 – Determinación del Riesgo Antenatal. 	Entre las 8 y 12 semanas de gestación
2do TRIMESTRE DE GESTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Uroanálisis • Test O'Sullivan 	Entre las 24 a 28 semanas de gestación
2do TRIMESTRE DE GESTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Ultrasonografía pélvica obstétrica 	Entre las 19 a 24 semanas de gestación
3er TRIMESTRE DE GESTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Urocultivo 	Entre 32-34 semanas de gestación
3er TRIMESTRE DE GESTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo 	
3er TRIMESTRE DE GESTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Serología VDRL en suero 	

CONDUCTAS REMISORIAS	
TIPO DE CONSULTA	EDAD GESTACIONAL IDEAL
Consulta de primera vez por odontología general	En consulta médica de primera vez
Asesoría por Psicología para diagnóstico psicosocial y asesoría prueba VIH	En consulta médica de primera vez
Consulta de 1ª vez por Psicología	Entre semanas 14 a 27 de gestación
Consulta de control por Psicología	<ul style="list-style-type: none"> • 1ra: Entre las semanas 25 a 32 de gestación • 2da: Entre las semanas 32 a 40 de gestación



Vacunación combinada contra tétanos y difteria Td	Gestantes sin dosis previa: <ul style="list-style-type: none">• 1ra dosis después de la semana 14 de gestación.• 2da dosis al mes de la 1ra. dosis (idealmente antes del 7º mes gestación) Gestantes con dosis previa: <ul style="list-style-type: none">• 1 vez: después de la semana 14 de gestación y antes del 7º mes gestación
Educación por enfermería	En consulta médica de primera vez
Remisión a Nutrición	En consulta médica de primera vez
Remisión a Fisioterapia	En consulta de control al finalizar el segundo trimestre.

CONDUCTAS TERAPÉUTICAS Y/O PREVENTIVAS			
MICRO NUTRIENTES	PRESENTACIÓN	DOSIS	INDICACIÓN
ANEMIDOX	Tabletas que contienen 1 mg. de Ácido fólico, 108 mg de hierro elemental y 100 mg. de ácido ascórbico	1 tableta/día	Administrar a todas las gestantes a partir de la consulta de primera vez
CAPRIMIDA	Tabletas que contienen citrato de calcio 1.500 mg (equivalente a 315 mg de calcio elemental) más 200 U.I. de vitamina D3.	1 tableta/día	Administrar a todas las gestantes a partir de la semana 17 de gestación, hasta terminar la gestación.