

CONTROL PRENATAL

*Dra. Angélica Barrios G. * Dra. Nancy Heidy Montes Montaña.
* Médicos Familiares Policlínico Miraflores



I. DEFINICIÓN:

El Control Prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Debe ser eficaz y eficiente (cobertura máxima sobre el 90% de la población obstétrica).

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. Ya desde 1540 hubo autores que hicieron notar alguna importancia acerca de la evolución del embarazo pero fue hasta 1901 en que Ballantyne enfatizó la importancia de la vigilancia prenatal (11).

En Bolivia entre los años 1994 y 2003 la tasa de mortalidad materna se redujo un 41%, mientras que desde 1998 hasta 2003 la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años bajó un 47% y los óbitos de neonatos un 31% (Fuente Evaluación SUMI 2005).

II. OBJETIVOS GENERALES:

- Disponer en un solo documento, de toda la información mínima necesaria.
- Identificar factores de riesgo materno y fetal.
- Precisar con mayor exactitud la edad gestacional.
- Diagnosticar la condición fetal y vigilar, su desarrollo.
- Diagnosticar la condición materna.

- Educar a la pareja.

III. CARACTERÍSTICAS:

1. Precoz. Debe iniciarse lo más pronto posible, tan pronto como la madre sabe que esta gestando.

2. Periódico. Debe ser periódico y repetitivo. En un embarazo de bajo riesgo los controles deben ser:

- Mensuales: hasta las 28 semanas de gestación.
- Quincenales: desde las 28 semanas hasta las 36 semanas de gestación.
- *Semanales* a partir de las 36 semanas hasta el parto.

En un embarazo de alto riesgo los controles deben ser con menos intervalo de tiempo entre cada control, siguiendo el criterio del médico.

3. Completo. Tomando en cuenta a la salud integral de la mujer embarazada:

- Examen general de la gestante.
- Examen y evaluación del embarazo y crecimiento del producto.
- Atención nutricional.
- Atención odontológica.
- Atención sobre inmunizaciones.
- Atención en salud mental.
- Atención social y visitas domiciliarias, si es que las necesita.
- Educación para la salud, y sobre todo acerca de los factores relacionados con el embarazo.

IV. PRIMERA CONSULTA:

La primera consulta es muy especial, porque la paciente debe vencer la timidez de estar frente al médico (muchas mujeres así lo sienten) permitirá aclarar dudas y temores respecto al embarazo (1).

Primero se tendrá que salir de la duda si es que la paciente está embarazada o no. Se examinará totalmente y se pedirá una serie de exámenes auxiliares:

- Test de Embarazo.
- Exámenes de sangre: Hemograma completo

(verificar si hay anemia), grupo sanguíneo y factor Rh (descarte de incompatibilidad materno-fetal), glicemia (diabetes gestacional), reacciones serológicas para sífilis, test de ELISA para HIV, dosaje de anticuerpos para rubéola, toxoplasmosis, y otras infecciones de interés.

- Examen completo de orina: en busca de infección urinaria o albuminuria (eclampsia).
- Test de citología (Papanicolau), para descartar cáncer de cuello uterino.
- Ecografía obstétrica, aconsejable antes de las 12 semanas embarazo permite establecer la edad gestacional con mayor precisión.

V. INDICACIONES GENERALES:

1. La dieta. Es fundamental cuidar la dieta de la futura madre. Es también necesario insistir acerca de una preparación higiénica de los alimentos.

2. La higiene personal. Debe observar las reglas de higiene general al mayor grado posible durante el embarazo.

3. La actividad física. El ejercicio físico moderado es medida conveniente en la embarazada. Se desaconseja el ejercicio de alta competición, de contacto y buceo. Se debe evitar el aumento sostenido de temperatura en la gestante, para no exponer al feto a hipertermia. Se aconseja una reducción gradual hacia el tercer trimestre.

4. La educación. Es importante tratar de que la paciente tenga la mayor información veraz acerca de su condición de embarazada y de todos los aspectos biológicos del embarazo.

5. Psicoprofilaxis obstétrica. Implica la preparación física y mental de la paciente y pareja programada, apropiada y que tiene por objeto, permitir que el nacimiento del producto, se realice en las mejores condiciones de colaboración física y mental de la madre.

6. Medicamentos. Se recomienda suspender la administración de medicamentos a las mujeres embarazadas, lo más que sea posible, administrarlos solo cuando sea urgente; evitando los agentes nuevos o en fase de experimentación, y usarlos sólo cuando sea necesario, a las dosis más bajas que se requieran para que sea de eficacia clínica.

7. Consejería. Esta debe ser una herramienta de prevención y de promoción de la salud. Debe incluir temas específicos, guía y pautas de alarma.

Se debe reforzar la idea que estar embarazada no es estar enferma. El embarazo es una etapa normal y especial de la vida pero de ninguna manera invalidante, evitando conductas sobreprotectoras o de descuido.

8. Relaciones Sexuales. La normalidad respecto a este tema, es lo que cada pareja este en condiciones de aceptar. A lo largo del embarazo existen variaciones en la libido de la gestante, pero muchas veces esto se debe a temores y prejuicios, informar que las relaciones sexuales no dañan al bebe y que su actividad sexual dependerá de su decisión, en relación al bienestar de la pareja.

9. Alimentación. La dieta debe ser balanceada. Solo el requerimiento de calcio y hierro aumenta. Se deben ingerir alrededor de 1200 mg de calcio elemental. Esta cantidad se encuentra en 5 porciones de lácteos/día (1 porción de 250 ml leche o 250 grs. de yogurt o 1 porción de queso o 1 huevo).

10. Tabaquismo y alcohol. El consumo de alcohol durante el embarazo se asoció a bajo peso al nacer, aunque no se sabe cuanto alcohol sería perjudicial para el feto, se aconseja no ingerir alcohol durante el embarazo. El fumar se asoció a una variedad de efectos adversos para el feto en numerosos estudios(9), se debe realizar consejería desalentando el hábito tabaquico durante la gestación.

11. Genética. Actualmente existen algunos test para el diagnóstico prenatal de síndrome de Down y defectos del cierre del tubo neural. El triple esquema con marcadores serológicos en sangre materna con alfa feto proteína baja, estriol no conjugado bajo, y gonadotropina coriónica humana aumentada, entre la semana 10-12 de gestación identifica el 80% de los fetos con síndrome de Down con una tasa del 5% de falsos positivos.

VI. ACCIONES Y PROCEDIMIENTOS PERIODICOS (2):

1. Apertura del Carné Perinatal y elaboración de la Historia Clínica Perinatal:

- Proporciona información necesaria de manera simple.
- Identifica riesgos en la madre.
- Registra la evolución del embarazo, parto y antecedentes del recién nacido.

2. Medición peso/talla materna:

- Evalúa el estado nutricional de la

- embarazada.
- Ayuda en el seguimiento del incremento de peso durante el embarazo.

3. Determinación de la presión arterial:

- Seguimiento de hipertensión previa.
- Detección de hipertensión inducida por el embarazo.

4. Examen clínico general:

- Evalúa el estado general de la embarazada y su adaptación a la gestación.
- Permite detectar alteraciones que pueden afectar a la madre y al feto.

5. Examen de mamas:

- Identifica anomalías anatómicas, nódulos.
- Seguimiento de los cambios durante el embarazo.

6. Examen ginecológico:

- Detectar precozmente vulvovaginitis, ITS y/o cáncer cervicouterino.
- Tratar y evitar complicaciones.
- Primer trimestre del embarazo.

7. Inspección odontológica:

- Identifica focos sépticos.

8. Determinación de la edad gestacional:

- Permite buen control del embarazo.
- Permite evaluar ganancia de peso materno y crecimiento fetal.
- Permite evaluar la fecha probable del parto.

9. Diagnóstico de vitalidad fetal:

- Percepción movimientos fetales (primípara entre las 18 a 20 semanas), orientar que permite vigilar el estado del feto.
- Auscultar fetocardia.

10. Evaluación del Crecimiento Fetal:

- Determinar altura uterina y evaluar variaciones por encima percentilo 10 ó 90.
- Identificar macrosomía fetal.
- Identificar retardo de crecimiento in útero.

11. Diagnóstico de la presentación fetal:

- Identificar presentación fetal anormal a partir de la semana 28 de gestación.
- Orientar a la paciente sobre posibilidad de parto por cesárea.

12. Clasificación de la embarazada según su riesgo:

- Clasificar en cada control.

- Enseñar a la gestante a identificar signos de complicación.
- Evaluar manejo en primer nivel de atención o caso necesario transferir.

13. Consejería:

- Primer trimestre:
Signos y síntomas normales del embarazo.
Orientación nutricional.
- Segundo y Tercer trimestre:
Preparación amamantamiento.
Signos de alerta o complicaciones frecuentes.
Preparación para el parto.
Control puerperal
Planificación familiar.

14. Indicación de hierro y ácido fólico:

- Prevención y tratamiento de la anemia gestacional.
- **Idealmente** durante todo el embarazo y la lactancia.
 - Aclarar efectos colaterales y como resolverlos.

15. Indicación de toxoide tetánico.

- Informar importancia e inocuidad para el feto.
- Completar esquema de vacunación.

16. Indicación y análisis de exámenes de laboratorio.

VII. EMBARAZO Y RIESGOS:

1. Embarazo de bajo Riesgo. Es el embarazo habitual, que tiende a ser normal, en una mujer que no tiene factores de riesgo que hagan peligrar la salud de ella, ni de su bebé (6).

2. Embarazo de alto riesgo. Es aquel en que el riesgo de enfermedad o muerte, antes ó después del parto es mayor que lo habitual, tanto para la madre como para el producto de la gestación (6).

VIII. CRITERIOS DE TRANSFERENCIA:

Se debe valorar la transferencia inmediata de la paciente ante cualquiera de los siguientes síntomas y signos de alarma (7):

- Pérdida de sangre vía vaginal.
- Contracciones uterinas, antes de la fecha probable de parto.
- Disminución de los movimientos fetales o su ausencia.
- Pérdida de líquidos vía vaginal.
- Aumento de volumen de sus miembros inferiores y cuerpo.

- Dolor de cabeza intenso y permanente
 - Fiebre que no se puede controlar.
 - Náuseas y vómitos intensos y repetidos.
 - Orina escasa o molestias al orinar que no cede a tratamiento establecido.
- Dolor en el epigastrio.
 - Otros síntomas, de acuerdo a factor de riesgo asociado.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Faúndez A. Control Prenatal. En: Pérez SA, Donoso SE, Editores. Obstetricia: Capitulo 12. 2da ed. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda; 1992. p. 156-167.
2. Ministerio de Desarrollo Humano-Secretaría Nacional de Salud. Atención a la Mujer y al Recién Nacido. La Paz (Bolivia); 1996.
3. Juez G, y cols. Rev. Latín. Perinatology 1995; 15(1).
4. Neilson JP. Routine ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. (Cochrane Review).In: The Cochrane Library, issue 3, 2002. Oxford: Update Software.
5. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 2000.
6. Department of Reproductive Health and Research (RHR), World Health Organization Maternal and newborn health. Manual para la puesta en Práctica del Nuevo Modelo de Control Prenatal, 2005.
7. Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la salud. Montevideo (Uruguay). 1990; 3(10).
8. Casini y col, Guía de Control Prenatal. Embarazo Normal, Argentina, 1998.
9. Macfarlane A, Mugford M. Care of mothers and babies. Birth counts: Statistics of pregnancy and Childbirth. London. The Stationery Office 2000: 191-242.
10. Garcia J, Redshaw, Fitzsimmons B, Keene J. First Class Delivery: The National survey of women's views of maternity care. Abingdon Audit Commission Publications 1998.
11. Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del IMSS, A. C.Ginecología y Obstetricia. 3ª ed. México: Méndez editores S.A.; 1998 .p. 85-101.