 E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA La Cumbre - Valle NIT 800.160.400-0	PROTOCOLO DE ATENCION PARA EL CUIDADO PRENATAL	Código: SAP-RIA-pro-006
		Versión: 1
		Actualización: 21/08/2025
		Página 1 de 33

70-44.01

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL



E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA
La Cumbre - Valle

Aicardo Solís
GERENTE 2024-2028

Tabla de contenido

Contenido

1. OBJETIVOS.....	3
1.1. Objetivo general	3
2. ALCANCE.....	3
3. DEFINICIONES.....	3
4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	5
5. REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	24
6. FLUJOGRAMA	26
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Estructurar un esquema de atención que permita garantizar la efectividad de las intervenciones con base en los lineamientos nacionales definidos para la población gestante.

1.2. Objetivos específicos

- Vigilar la evolución del proceso de la gestación, a fin de identificar precozmente a la gestante con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias del embarazo, para un manejo adecuado y oportuno.
- Establecer un plan integral de cuidado prenatal y atención del parto conforme con la condición de salud de la gestante, que garantice el manejo de acuerdo con su complejidad en los diferentes niveles de complejidad del sistema de salud.
- Ofrecer información a la gestante, a su pareja o su acompañante, que permita la preparación para la maternidad y una interrelación adecuada entre los padres, las familias y su hijo desde la gestación.

2. ALCANCE

La población beneficiaria son todas las gestantes no afiliadas y las pertenecientes a las EPS del Municipio de La Cumbre que tengan convenio con la E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA LA CUMBRE.

3. DEFINICIONES

La gestación es un periodo durante el cual la mujer experimenta una serie de cambios que van a permitir el adecuado desarrollo del feto. La presencia de enfermedades previas al embarazo o las que ocurren durante la gestación, la carencia de micronutrientes antes o durante el embarazo u otros eventos adversos pueden afectar al binomio madre-hijo y generar morbilidad o mortalidad.

El control prenatal constituye el espacio en el que es posible detectar, prevenir y tratar estos factores de forma oportuna antes de afectar al binomio. En este proceso se encuentran las siguientes definiciones:

- **Gestante:** es definida en el presente protocolo como el binomio de la mujer embarazada y su fruto de la concepción.
- **Demanda inducida:** es entendida como la acción de organizar, incentivar y orientar

70-44.01

a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control. Esto con el objeto de asegurar y garantizar un óptimo estado de salud de la población.

- **Atención integral:** conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.
- **Captación oportuna:** es el periodo en el cual se capta a la paciente después de la primera falta menstrual y antes de la semana 10 de gestación.
- **Modelo Biopsicosocial:** Herramienta práctica para que el equipo de salud pueda identificar de manera más sensible posibles eventos adversos o complicaciones durante el embarazo a través de la evaluación de las dimensiones, físicas, biológicas, psicológicas y sociales de cada gestante. Esta herramienta se aplica inicialmente en el rango de 14 a 27 semanas de gestación y se vuelve a evaluar en el rango de semanas gestacionales 28 a 32 y 33 a 42.
- **AIEPI:** Estrategia para la Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
- **ARO:** Alto Riesgo Obstétrico
- **BRO:** Bajo Riesgo Obstétrico
- **Gestante con factores de riesgo:** son aquellas gestantes que de acuerdo con la evaluación que se realice con sus factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal con respecto a la población en general.
- **Inasistentes:** Toda embarazada que no asista a la cita de control correspondiente.
- **Caso Cerrado:** Paciente que culmina su estado de gestación por razones como parto, aborto, etc. lo cual debe confirmarse por seguimiento a la inasistencia y a través de la verificación en la base de datos de nacidos vivos suministrada por el ente municipal entre otras.
- **Consulta médica de primera vez:** Es la primera consulta prenatal o de ingreso en la que se evalúa el estado de salud, los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados al proceso de la gestación y se determina el plan de controles.

70-44.01

- **Consulta de control por médico general:** son las consultas mensuales que realiza el medico del programa prenatal a las gestantes de alto riesgo y a aquellas que hayan cumplido las 36 semanas de gestación.
- **Consulta de control por enfermería:** son las consultas mensuales que realiza la enfermera jefe del programa prenatal a las gestantes de bajo riesgo hasta la semana de gestación que permita remitir a la usuaria para consulta médica de control a las 36 semanas. En caso de que el riesgo varíe en algún momento de la gestación, la usuaria pasará a consulta médica de control.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

4.1 Generalidades

Se comprende por atención para el cuidado prenatal al conjunto de atenciones que contribuyen a:

- I. mejorar la salud materna
- II. promover el desarrollo del feto,
- III. identificar e intervenir tempranamente los riesgos relacionados con la gestación, y
- IV. generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro. Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, están basadas en los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal, emitida por el Ministerio de Salud y la Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

4.2 Identificación e inscripción de las gestantes en el control prenatal

Para el desarrollo oportuno de este proceso, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, ante la sospecha de embarazo y antes de la semana diez de gestación, para detectar, educar, intervenir y controlar oportunamente sus factores de riesgo biopsicosociales, condiciones propias de este estado.

Este proceso implica:

- Identificar completa y correctamente a la mujer
- Ordenar una prueba de embarazo, si éste no es evidente a través de auscultación

70-44.01

de fetocardia o evidencia en ecografía.

- Promover la presencia del compañero o alguna persona significativa en el control prenatal.
- Inscripción de la gestante en el programa de control prenatal.
- Informar a la mujer, el compañero o familia, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características. En este momento es preciso brindar educación, orientación, trato amable, prudente y respetuoso, responder a las dudas e informar sobre cada uno de los procedimientos que se realizarán, en un lenguaje sencillo y apropiado que proporcione tranquilidad y seguridad.

4.3 Consulta médica de primera vez

La primera consulta prenatal deberá ser realizada por médico o enfermera entrenada y tiene por objeto evaluar el estado de salud de la gestante, identificar sus factores de riesgo biopsicosociales, 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.

Esta consulta médica de primera vez deberá tener una duración mínima de 30 minutos independientemente de las semanas de gestación, esto debido a que los controles en la E.S.E se garantizarán también de 30 minutos.

4.4 Elaboración de la historia clínica e identificación del perfil de riesgo

La historia clínica prenatal consiste en un formato en aplicativo Clintos estructurado con listas de chequeo y reporte que facilita la identificación de los factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas propias de la gestación y la utilización de esta información por parte del equipo de salud para estructurar el plan de cuidado.

- **Identificación:** Nombre, documento de identidad, edad, sexo, escolaridad, raza, nivel socioeconómico, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbano, rural), dirección y teléfono.

² Ministerio de Salud y Protección Social. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Bogotá, Colombia. Mayo de 2007 Tipo y motivo de consulta, enfermedad actual, número de gestación,

fecha de ingreso al programa, edad gestacional al ingreso, número de convivientes, lee y escribe.

➤ **Anamnesis:** se debe indagar por los siguientes datos con objetivo diagnóstico.

- ✓ **Antecedentes familiares:** Diabetes, hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia, tuberculosis, tabaquismo, enfermedades autoinmunes, enfermedades congénitas, epilepsia, gestaciones múltiples, neoplasias, hacinamiento.
- ✓ **Antecedentes personales:** Diabetes, hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia, tuberculosis, tabaquismo activo, tabaquismo pasivo, alcoholismo, alérgicos, sustancias psicoactivas, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicos, tratamientos recibidos durante la gestación actual, trombosis venosa profunda, tromboembolismo, trastorno de hipercoagulabilidad, otros.
- ✓ Antecedentes de toma de exámenes de VDRL y VIH, aplicación de vacunas antitetánica, antirubeola, antiinfluenza, DPT.
- ✓ **Antecedentes obstétricos:**
 - ✓ **Embarazo deseado:** Se debe indicarse el actual embarazo independientemente que este no haya sido planeado.
 - ✓ **Gestaciones:** Total de embarazos que a la fecha ha tenido la paciente independientemente de la forma como finalizaron incluyendo la actual.
 - ✓ **Partos:** Número de partos vaginales.
 - ✓ **Cesáreas:** Número de partos por cesárea.
 - ✓ **Abortos:** Número de embarazos que finalizaron en aborto.
 - ✓ **Ectópicos:** Número de embarazos extrauterinos que ha tenido la paciente.
 - ✓ **Vivos:** Número de hijos vivos que ha tenido la paciente.
 - ✓ **Muertos:** Número de hijos vivos de la usuaria que fallecieron por causas relacionadas con el embarazo, el parto o el nacimiento.
 - ✓ **Antecedentes ginecológicos:** Edad de la menarquia, patrón de ciclos menstruales, fecha de la última menstruación, métodos anticonceptivos utilizados, antecedente o presencia de flujos vaginales, infecciones de transmisión sexual, colposcopias, conizaciones, cauterización de condilomas, historia y tratamientos de infertilidad, edad de inicio de la vida sexual, número de compañeros sexuales.

70-44.01

- ✓ **Antecedentes obstétricos:** periodo intergenésico menor a dos años o mayor a cinco años, amenaza de parto pretérmino, polihidramnios, oligohidramnios, ruptura prematura de membranas, producto múltiple. Embarazo prolongado, aborto espontáneo, aborto provocado, restricción del crecimiento intrauterino, malformación fetal, amenaza de aborto, placenta previa, abrupcio, retención placentaria, infecciones en el posparto, hemorragia obstétrica que requirió transfusión, hijos con malformaciones congénitas, causa de muerte perinatal, edad de inicio de la vida obstétrica.
- ✓ **Gestación actual:** número de la gestación actual, fecha de ultima menstruación, fecha probable de parto, fecha de ecografía, semanas de gestación según la ecografía, edad gestacional confiable por FUM, edad gestacional confiable por ecografía anterior a la semana veinte, fecha probable de parto por ecografía.
- Fechas y resultados de los paraclínicos del control prenatal.
- **Valoración de condiciones psico-sociales:** Tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado. El análisis de estas variables se hará a través de la aplicación de la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado. Los lineamientos para la correcta valoración de la Escala de Riesgo Biopsicosocial se encuentran en el anexo N° 1 de este protocolo.
- Considerar factores de riesgo para preeclampsia el antecedente personal o familiar de preeclampsia, el Embarazo múltiple, la edad ≥ 35 años o edad ≤ 16 años, Último embarazo hace más de 10 años, Nuliparidad Anormalidades congénitas en el feto, Infecciones (tracto genital y/o urinario, periodontitis), Embarazo molar, Primipaternidad, Afrocolombianos, IMC > 29 , Presión arterial diastólica ≥ 80 mmHg, Presión arterial sistólica ≥ 130 mmHg, Presión Arterial Diastólica (PAD) pasa a la zona de alerta en la curva de PAD de la escala del modelo biopsicosocial, Aumento brusco en el percentil en las curvas de peso y/o de altura uterina, Riesgo biopsicosocial, Proteínas en orina ≥ 300 mg en orina de 24 horas (sin infección urinaria, Ácido úrico, elevación $\geq 30\%$ del valor previo, Hematocrito sin descenso fisiológico en el tercer trimestre, Serología VDRL falso positivo, Madre soltera, Edema facial y/o de manos de aparición súbita, Roll-over test VERDADERAMENTE POSITIVO. Para la valoración de este test se deberán tener en cuenta las recomendaciones enumeradas en el anexo 3.

Otras condiciones o situaciones de riesgo psicosocial que se deben valorar de manera integral son: falta apoyo familiar o social, falta de apoyo del compañero, familia reconstruida, diferencia amplia de edad (diez o más años) entre ambos, relaciones conflictivas con las personas con quienes convive, madre cabeza de familia, la gestante tiene a cargo a niños menores de 5 años o a personas con discapacidad, bajo nivel educativo de la pareja gestante, nivel bajo de ingresos

70-44.01

(menos de medio salario mínimo al mes), violencia intrafamiliar, abuso sexual, explotación sexual, consumo de sustancias psicoactivas de la gestante o de la pareja, difícil acceso geográfico (desplazamiento complicado para llegar a la institución de salud), traslado constante de domicilio (ha cambiado de domicilio cuatro o más veces en el año), situación de desplazamiento forzado, habitante de la calle, reinsertada, privada de la libertad o en detención domiciliaria, estrés laboral, condición de trabajo difícil, condición étnica (indígenas, afrodescendientes, ROM [gitanos], raizales), creencias religiosas y culturales, gestante en condición de discapacidad permanente, experiencias negativas y traumáticas en gestaciones y partos anteriores, trastornos en la conducta alimentaria (anorexia o bulimia), embarazo no deseado, entre otros.

- Se indagará la exposición a violencias a partir de las siguientes preguntas:
- ✓ ¿DURANTE EL ULTIMO AÑO, ha sido humillada, menospreciada, insultada o amenazada por su pareja?
- ✓ ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue golpeada, bofetada, pateada, o lastimada físicamente de otra manera?
- ✓ ¿DESDE QUE ESTÁ EN GESTACIÓN, ha sido golpeada, bofetada, pateada, o lastimada físicamente de alguna manera?
- ✓ ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue forzada a tener relaciones sexuales?

Si la respuesta es positiva a una de las anteriores preguntas, se deben realizar intervenciones para la población con riesgo o víctima de violencia activando las rutas específicas.

- Identificar riesgo de depresión post parto utilizando las siguientes preguntas:
 - ✓ Durante el mes pasado, ¿con frecuencia se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?
 - ✓ Durante el mes pasado, ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas?

Una tercera pregunta se debe considerar si la mujer responde sí a cualquiera de las preguntas iniciales

- ✓ ¿Siente que necesita ayuda?
- Indagar a todas las mujeres embarazadas sobre el uso de alcohol y sustancias psicoactivas. Las mujeres embarazadas deben ser informadas de los riesgos potenciales para su salud y la de sus hijos debido al uso (incluso de mínimas cantidades) de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

4.5 Examen físico

- Realizar examen físico completo por sistemas: Debe hacerse céfalo caudal incluida la cavidad bucal.
- Tomar medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional.

Se debe registrar el índice de masa corporal (IMC) y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación, de acuerdo con los siguientes parámetros:

- IMC < 20 kg/m² = ganancia entre 12 a 18 Kg
 - IMC entre 20 y 24,9 kg/m² = ganancia entre 10 a 13 Kg
 - IMC entre 25 y 29,9 kg/m² = ganancia entre 7 a 10 Kg
 - IMC > 30 kg/m² = ganancia entre 6 a 7 Kg
- Si el primer control prenatal es tardío (después de la semana 16 – 18) se debe registrar el IMC pregestacional y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación.
 - Durante cada consulta deben corroborarse los datos de ganancia de peso materno y altura uterina para la edad gestacional, con las tablas correspondientes
 - **Tomar signos vitales:** Pulso, respiración, temperatura y tensión arterial. La toma de la tensión arterial debe hacerse con la gestante sentada, en el brazo derecho, después de 1 minuto de reposo. Se tendrá en cuenta para este último signo, la técnica estándar para la toma de la presión arterial en embarazadas descrita en el anexo 2 de este protocolo.
 - **Valoración ginecológica:** Realizar examen de senos y genitales que incluye valoración del cuello, tamaño y posición uterina y anexos, comprobar la existencia del embarazo, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.
 - Valoración obstétrica: Determinar altura uterina, número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales.

4.6 Solicitud de exámenes de laboratorio

Prevía información de la naturaleza de los exámenes paraclínicos y autorización para los que se requiera, se debe solicitar:

- Urocultivo y antibiograma

70-44.01

- Hemograma y Hemoclasificación
- Glicemia en ayunas
- Prueba rápida para VIH (VIH 1-VIH 2) previa asesoría para la prueba voluntaria de VIH.
- Prueba treponémica rápida para sífilis.
- Antígeno de superficie para Hepatitis B – HbsAg.
- Pruebas de IgG, para Rubeola en mujeres no vacunadas previamente, antes de la semana 16 si no ha sido realizada en la etapa preconcepcional.
- Pruebas de IgG e IgM, en los casos en que no se conozca el estatus de infección por toxoplasma.
- Si las pruebas de IgG e IgM para toxoplasma son positivas tomar prueba de avididad IgG, si la gestación es menor a 16 semanas. Si es mayor a 16 semanas el estudio se hará con IgA.
- Si la IgG e IgM toxoplasma es negativa se debe hacer tamización mensual con IgM para identificar seroconversión.
- Repetición de IgG en dos semanas cuando el IgG es negativo y el IgM positivo en la primera evaluación para toxoplasmosis, para documentar seroconversión aguda o presencia de IgM natural.
- Tamizaje de cáncer de cuello uterino si no se ha realizado este en la consulta preconcepcional de acuerdo a la técnica y frecuencia

Contemplada en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (esquema 1 – 3 – 3). En la E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA se realizará con orden médica desde el primer trimestre del embarazo hasta la semana 28 de gestación siempre y cuando no haya existido amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro o cualquier otra condición que pueda generar efectos adversos. Si la usuaria se niega a hacerse el procedimiento, se dejará establecida la nota de negación respectiva.

- Ecografía entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas + 6 días, la cual se realiza para tamizaje de aneuploidías; se recomienda que sea tomado por profesional en ginecología o radiología con el entrenamiento requerido y que se reporte la razón de riesgo para T13 - 18 y 21. Se debe ofrecer la asesoría según el resultado y remitir a Ginecoobstetricia para estudios confirmatorios en caso de tamizaje positivo.

70-44.01

- A las Gestantes Rh negativas se les debe solicitar, adicionalmente, la Prueba de Coombs indirecto. Si el resultado es negativo, se repetirá la prueba en la semana 28. En este momento, si la gestante no está sensibilizada deberá administrársele 300 mg de inmunoglobulina anti-D. Por tal razón debe ser remitida a ginecobstetra para la respectiva prescripción

La periodicidad de las pruebas requeridas será de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 2. Pruebas requeridas según trimestre de gestación

Primer trimestre 0 - 13 sem	Segundo trimestre 14 - 26 sem	Tercer trimestre 27 – 40 sem
<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • Hemoclasificación • Glicemia • Toxoplasma IgG - IgM • Prueba de avidez. (en mujeres con IgG e IgM positiva, si la gestación es menor a 16 semanas) • IgG para Rubéola (En mujeres no vacunadas previamente, antes de la semana 16 si no se realizó en la etapa preconcepcional) • Urocultivo + ATB • Prueba rápida treponémica • Prueba rápida para VIH • Ags Hb • Eco de tamizaje (en la semana 10,6 a 13,6) • Tamizaje de cáncer de cuello uterino (si no se ha realizado este en la consulta preconcepcional según esquema 1-3-3 hasta la semana 28) • Varicela IgG** 	<ul style="list-style-type: none"> • PTOG (entre la semana 24-28) • Prueba rápida treponémica • VDRL (En mujeres con sífilis gestacional) • Prueba rápida para VIH • Eco de detalle fetal (sem 18 a 23,6) • Urocultivo (en gestantes que tienen manejo de bacteriuria asintomática) • Toxoplasma IgM (Si la IgG e IgM toxoplasma es negativa se debe hacer tamización mensual con IgM para identificar seroconversión) • Toxoplasma IgG (Repetición de IgG en dos semanas cuando el IgG es negativo y el IgM positivo en la primera evaluación para toxoplasmosis, para documentar seroconversión aguda o presencia de IgM natural) • Toxoplasma IgA (en mujeres con IgG e IgM positiva, si la gestación es mayor a 16 semanas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma (sem 28) • Toxoplasma IgM (Si la IgG e IgM toxoplasma es negativa se debe hacer tamización mensual con IgM para identificar seroconversión) • Prueba rápida treponémica • Prueba rápida para VIH • Ecografía Obstétrica (cuando la altura uterina sea menor del percentil 10 o mayor del percentil 90) • Tamización para estreptococo del grupo B con cultivo rectal y vaginal. (Realizar entre la semana 35 a 37 de gestación.)

Laboratorios de segundo nivel se deben cargar en la plantilla órdenes para procedimientos si la usuaria no tiene la atención de la ruta contratada.

*si no se ha realizado este en la consulta preconcepcional según esquema 1-3-3

Carrera 7ª No. 5 – 24

La Cumbre - Valle del Cauca

Teléfono: +57 312 286 7934

contactenos@hospitalsantamargarita.gov.co

<https://hospitalsantamargarita.gov.co/>

 E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA La Cumbre - Valle NIT 800.160.400-0	PROTOCOLO DE ATENCION PARA EL CUIDADO PRENATAL	Código: SAP-RIA-pro-006
		Versión: 1
		Actualización: 21/08/2025
		Página 13 de 33

70-44.01

según criterio médico hasta la semana 28 del embarazo. **Varicela IgG, únicamente para las gestantes de Coosalud durante la vigencia de la contratación de la ruta maternoperinatal con la E.S.E.

En gestantes con prueba treponémica rápida positiva, se recomienda NO realizar prueba de alergia a la penicilina. Se debe ampliar la historia clínica buscando antecedentes de aplicaciones previas de penicilina y reacción luego de su aplicación, además de historia personal de reacciones graves de hipersensibilidad; si no hay antecedentes de reacciones alérgicas a la penicilina se debe aplicar una dosis de penicilina benzatínica de 2.400.000 UI IM aplicada en el mismo momento de conocer el resultado de la prueba treponémica rápida; si hay historia de alergia a la penicilina o reacciones tipo I realice desensibilización con penicilina V potásica y continuar con el manejo según el estadio de la sífilis en el que se encuentra la gestante.

NO se debe ordenar prueba diagnóstica a la pareja para ordenar el tratamiento. Únicamente debe indagarse en la pareja antecedente de reacción alérgica a la penicilina.

El número de dosis de Penicilina Benzatínica que recibe la pareja, debe ser igual al que recibe la gestante de acuerdo a su estadio clínico.

El tratamiento para Sífilis Gestacional incluye el tratamiento a la pareja en el número de dosis que requiera, independiente de si se encuentra asegurado o no a la misma EPS de la usuaria, garantizando el seguimiento a la aplicación y cumplimiento del esquema.

Para la gestante con una primera prueba de anticuerpos rápida reactiva para VIH (VIH 1 y VIH 2) se debe realizar a la mayor brevedad una segunda prueba de anticuerpos diferente a la primera; si esta sale reactiva se remitirá a la IPS de manejo integral de manera prioritaria para realizar asesoría por equipo interdisciplinario y carga viral de VIH. Se debe explicar la posibilidad que surja la necesidad de iniciar tratamiento antirretroviral profiláctico y la IPS de manejo integral definirá el diagnóstico final, la notificación a SIVIGILA y el seguimiento.

Valoración del riesgo materno

De acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos, se valora y clasifica el riesgo para su intervención oportuna. El riesgo para las gestantes está definido como Alto Riesgo Obstétrico o Bajo Riesgo Obstétrico de acuerdo a sus condiciones asociadas.

La participación rutinaria de gineco-obstetras (GO) en la atención de mujeres con un embarazo de curso normal no está recomendada para la mejoría de los resultados perinatales. Sin embargo, se recomienda la valoración del GO en la semana 28 - 30 y semana 34 – 36 para una nueva valoración del riesgo.

A las gestantes que requieran cuidados adicionales tras la identificación de riesgos durante

70-44.01

el control prenatal, serán remitidas a este servicio, como aquellas que tienen factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación las cuales tienen mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal con respecto a la población general. Estas gestantes serán remitidas al especialista en ginecoobstetricia para valoración, quien les definirá un plan de atención integral de acuerdo con su condición de salud.

Las gestantes adolescentes deberán tener acompañamiento durante el resto de la gestación por el equipo de salud mental por lo que deben ser remitidas al nivel complementario. Si la mujer tiene o se sospecha que tiene una enfermedad mental grave, se remitirá su atención a un servicio especializado de salud mental.

Los factores de muy alto riesgo y de alto riesgo que incrementan la posibilidad de presentar un evento tromboembólico venoso son:

- ✓ Trombofilias heredadas o adquiridas.
- ✓ Evento tromboembólico venoso previo
- ✓ Anemia de células falciformes

Para la clasificación de riesgo de eventos tromboembólicos se deberá tener en cuenta la escala anexa (Anexo 2).

Plan de cuidado

- Formulación de micronutrientes:
 - ✓ **Ácido fólico:** hasta la semana 12 de gestación para reducir riesgos de defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida). 0.4 mg día, en alto riesgo de defectos del tubo neural, la dosis es de 4 mg.
 - ✓ **Calcio:** suplencia con calcio 1.200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia.
 - ✓ **Hierro:** suplemento de hierro de forma rutinaria a todas las mujeres gestantes de curso normal. Las gestantes con valores de hemoglobina(Hb) superiores a 14 g/dL. no requieren dicha suplementación de forma rutinaria.
- Se deberá proveer desparasitación antihelmíntica a gestantes en segundo y tercer trimestre de embarazo que habiten en zonas de alto riesgo de infección por geohelminths (no acueducto, no alcantarillado, agricultoras o mineras, grupos étnicos y áreas con altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas), con Albendazol en dosis única de 400 mg vía oral, por una vez en el embarazo.
- **Vacunación:** debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y

70-44.01

los antecedentes de vacunación de la gestante. El esquema de vacunación para las gestantes incluye las siguientes vacunas:

- ✓ Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal.
- ✓ Influenza estacional a partir de la semana 14
- ✓ Tétanos, difteria y Tosferina acelular (Tapo) a partir de la semana 26 de gestación.

Educación individual a la madre, compañero y familia

Brindar información en salud dirigida a la gestante y su acompañante, haciendo énfasis en:

- Los servicios de salud a los que tiene derecho y sus mecanismos de exigibilidad, Interrupción Voluntaria del Embarazo
- Promover los factores protectores para la salud de la gestante, tales como medidas higiénicas, hábitos alimentarios, actividad física recomendada, sueño, fortalecimiento redes de apoyo familiar y social.
- Orientar sobre los signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastria, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, o sintomatología urinaria y tos.
- Importancia de la asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad.
- Importancia de la estimulación del feto
- Preparación para la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y complementaria hasta los dos años.
- Fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el autocuidado como factores protectores.
- Prevención de la automedicación y del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación.
- Diligenciar y entregar el carné materno y educar sobre la importancia de su uso.
- En el carné materno, se deben registrar los hallazgos clínicos, la fecha probable del parto, los resultados de los exámenes paraclínicos, las curvas de peso materno, altura uterina y tensión arterial media y las fechas de las citas de control.

Carrera 7ª No. 5 – 24

La Cumbre - Valle del Cauca

Teléfono: +57 312 286 7934

contactenos@hospitalsantamargarita.gov.co

<https://hospitalsantamargarita.gov.co/>

Remisión a consulta odontológica general

Con el fin de valorar el estado del aparato estomatognático, controlar los factores de riesgo para enfermedad periodontal y caries, así como para fortalecer prácticas de higiene oral adecuadas, debe realizarse una consulta de atención en salud bucal en la fase temprana del embarazo. Esta remisión se hará de rutina independiente de los hallazgos del examen médico o tratamientos odontológicos en curso.

Remisión a consulta por psicología

Se ofrecerá una consulta de valoración por psicología de la institución a todas las gestantes menores de 20 años, la cual tiene como finalidad fomentar el autocuidado, así como el establecimiento del proyecto de vida. En caso de que se presente una gestante mayor de 20 años de edad, quien amerite valoración con psicología, en el cual se le brindará atención por psicología y nutrición independientemente de la edad y del estado nutricional.

De igual forma, si la usuaria manifiesta consumo de sustancias psicoactivas en el embarazo, el profesional que realiza el control remitirá a consulta con psicología a nivel institucional para la aplicación de la prueba de tamizaje ASSIST para detección temprana y valoración del riesgo por consumo de sustancias psicoactivas y alcohol.

Remisión a mediana complejidad

La participación rutinaria de gineco-obstetras (GO) en la atención de mujeres con un embarazo de curso normal no está recomendada para la mejoría de los resultados perinatales. Sin embargo, se recomienda la valoración del GO en la semana 28 - 30 y semana 34 – 36 para una nueva valoración del riesgo.

Las gestantes con diagnóstico de obesidad, sobre peso o bajo peso para la edad gestacional deben ser remitidas a consulta y seguimiento con nutricional.

El equipo de salud, deberá intervenir y controlar los riesgos biológicos, nutricionales y psicosociales encontrados.

Consultas de seguimiento y control

Las consultas de seguimiento por médico o enfermera deben ser mensuales hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta la semana 40

Si no ha presentado parto, se citará en la semana 41 y se derivará al servicio de urgencias para realización de monitoreo fetal y tomar conducta. El tiempo asignado para esta actividad es de 30 minutos.

Control prenatal por médico

El médico deberá realizar el control prenatal a las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación de alto riesgo.

A partir de la semana 36, los controles serán quincenales, y en la semana 40 se citará en la semana 41 si no ha tenido parto, para verificar el bienestar materno fetal y establecer el plan de manejo.

La consulta de seguimiento y control prenatal por médico incluye:

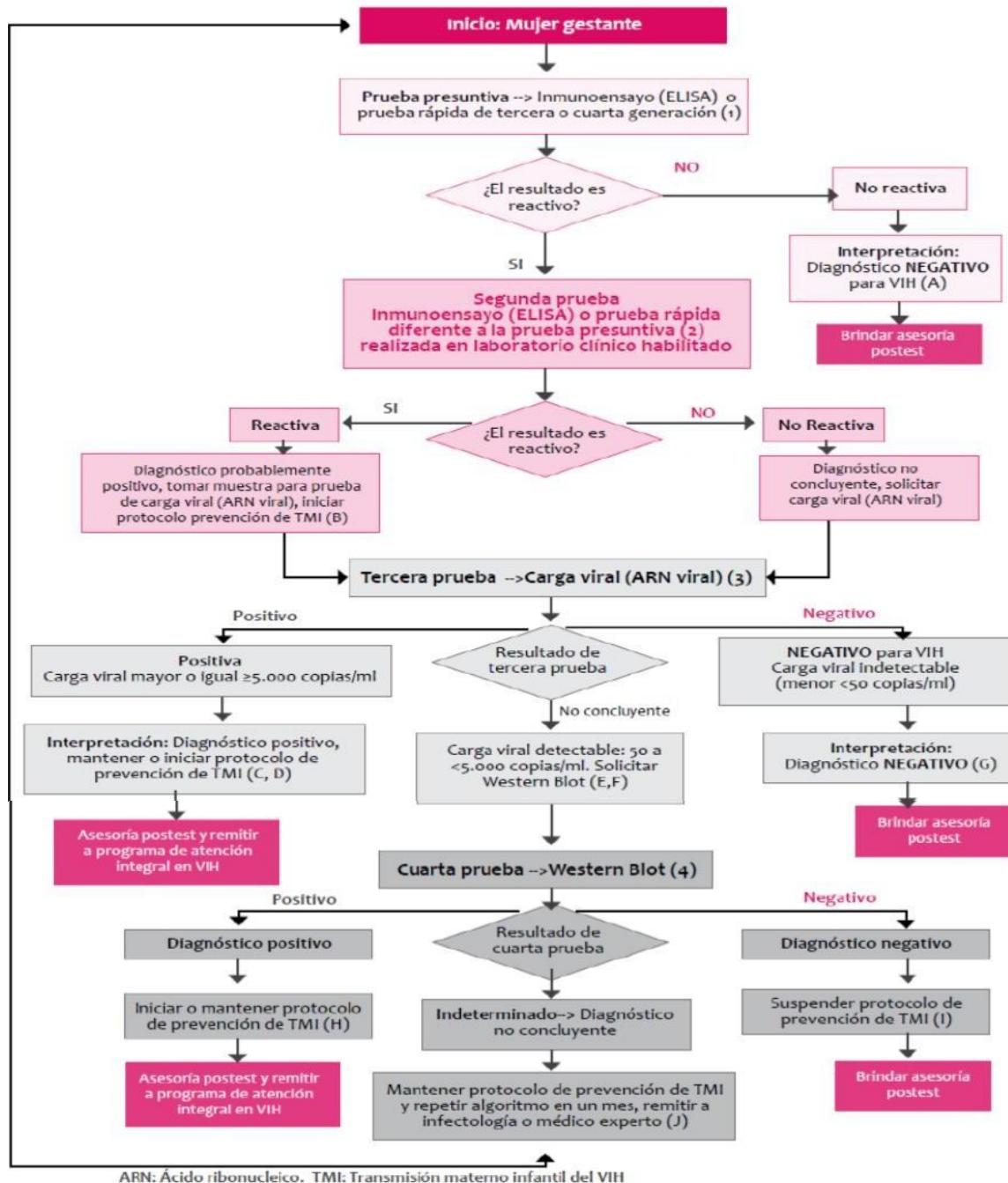
- Anamnesis. Indagar sobre el cumplimiento de las recomendaciones y la aplicación de los tratamientos prescritos.
- Examen físico completo
- Análisis de los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anomalías realizar exámenes adicionales o formular el tratamiento requerido.

Si la prueba de Elisa sale reactiva, se debe solicitar una segunda prueba en laboratorio clínico diferente a la primera lectura y remitir a la usuaria a la IPS de manejo integral de VIH para confirmación a través de carga viral.⁵ Según actualización de la Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH - SIDA. Ver gráfico 1.

⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Actualización de la Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH – SIDA.

70-44.01

Gráfico 1. ALGORITMO DIAGNÓSTICO (Ministerio de Salud y protección Social República de Colombia, 2014)



Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial diastólica.

Formulación de micronutrientes

70-44.01

Prescripción de ácido acetil salicílico de 75 a 100 mg, a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto en mujeres con un criterio de alto riesgo¹²⁴, o con dos o más factores de riesgo moderado para preeclampsia¹²⁵.

Suministro de condones para prevenir el riesgo de ITS, incluida en zonas de riesgo para Zikv.

Se deberá hacer una asesoría formal anticonceptiva, en caso tal, se deberá incluir en la historia clínica el método elegido para ser iniciado desde el post parto antes de dada el alta hospitalaria. Esta elección se deberá incluir también en el carné perinatal.

Si se identifica pubalgia asociada a la gestación remitir a terapia física.

Se deberá proveer desparasitación antihelmíntica a gestantes en segundo y tercer trimestre de embarazo que habiten en zonas de alto riesgo de infección por geohelminthos (no acueducto, no alcantarillado, agricultoras o mineras, grupos étnicos y áreas con altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas), con Albendazol a dosis única de 400 mg vía oral.

Información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente tales como: sangrado genital, ruptura prematura de membranas, edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina.

Remisión a curso de preparación para la maternidad y la paternidad.

Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar. Solicitar firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método permanente para después del parto.

Educar y preparar a la familia gestante para la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis (6) meses y con alimentación complementaria hasta los dos (2) años y más.

Diligenciar y entregar el carné y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. En el último control se debe dar instrucciones a la madre para que presente su carné materno en la institución donde se le atenderá el parto.

La periodicidad de las pruebas requeridas será de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 2. Pruebas requeridas según trimestre de gestación

70-44.01

Primer trimestre 0 -13 sem	Segundo trimestre 14 - 26 sem	Tercer trimestre 27 – 40 sem
<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma Hemoclasificación • Glicemia • Toxoplasma IgG - IgM • Prueba de avidez. (en mujeres con IgG e IgM positiva, si la gestación es menor a 16 semanas) • IgG para Rubeóla (En mujeres no vacunadas previamente, antes de la semana 16 si no se realizó en la etapa preconcepcional) • Urocultivo + ATB • Prueba rápida treponémica • Prueba rápida para VIH • Ags Hb • Eco de tamizaje (en la semana 10,6 a 13,6) • Tamizaje de cáncer de cuello uterino (si no se ha realizado este en la consulta) 	<ul style="list-style-type: none"> • PTOG (entre la semana 24-28) • Prueba rápida treponémica • VDRL (En mujeres con sífilis gestacional) • Prueba rápida para VIH • Eco de detalle fetal (sem 18 a 23,6) • Urocultivo (en gestantes que tienen manejo de bacteriuria asintomática) • Toxoplasma IgM (Si la IgG e IgM toxoplasma es negativa se debe hacer tamización mensual con IgM para identificar seroconversión) • Toxoplasma IgG (Repetición de IgG en dos semanas cuando el IgG es negativo y el IgM positivo en la primera evaluación para toxoplasmosis, para documentar seroconversión aguda o presencia de IgM natural) • Toxoplasma IgA 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma (sem 28) • Toxoplasma IgM (Si la IgG e IgM toxoplasma es negativa se debe hacer tamización mensual con IgM para identificar seroconversión) • Prueba rápida treponémica • Prueba rápida para VIH • Ecografía Obstétrica (cuando la altura uterina sea menor del percentil 10 o mayor del percentil 90) • Tamización para estreptococo del grupo B con cultivo rectal y vaginal. (Realizar entre la semana 35 a 37 de gestación.)

70-44.01

preconcepcional según esquema 1-3-3)	(en mujeres con IgG e IgM positiva, si la gestación es mayor a 16 semanas)	
--------------------------------------	--	--

Laboratorios de segundo nivel se deben cargar en la plantilla órdenes para procedimientos si la usuaria no tiene la atención de la ruta contratada.

*según esquema 1-3-3 hasta antes de la semana 16 si no hay contraindicación para ello

Las gestantes que se ingresen en el segundo o tercer trimestre se le deben prescribir los paraclínicos señalados como de primer trimestre teniendo en cuenta las anotaciones pertinentes.

Control prenatal por enfermera

Es el conjunto de actividades realizadas por la Enfermera profesional a aquellas gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo, para hacer seguimiento al normal desarrollo de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento.

El control por Enfermera debe incluir:

- **Anamnesis:** indagar sobre cumplimiento de recomendaciones y aplicación de tratamientos y remitir si hay presencia de signos o síntomas
- Realizar examen físico completo
- Analizar las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino, presión arterial media
- **Análisis de los resultados de exámenes paraclínicos:** este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anomalías realizar exámenes adicionales o formular el tratamiento requerido.
- Si el parcial de orina es normal repetirlo cada trimestre, pero si es patológico solicitar los urocultivos y antibiogramas necesarios.
- Solicitud de exámenes paraclínicos según la tabla 2.
- Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial diastólica.
- Formulación de micronutrientes
- Información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar

70-44.01

oportunamente tales como: sangrado genital, ruptura prematura de membranas, edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina.

- Remisión a curso de preparación para el parto a partir de la semana 20 de gestación si no hay contraindicación para el mismo.
- Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar.
- Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis (6) meses y con alimentación complementaria hasta los dos (2) años y más.
- Diligenciar y entregar el carné y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. En el último control con enfermera se debe dar instrucciones a la madre para que asista al siguiente control con médico.
- Remitir a la gestante a la consulta médica si encuentra hallazgos anormales que sugieren factores de riesgo, o si los exámenes paraclínicos reportan anomalías.
- **Tabla 1. Resumen de actividades del programa detección temprana de las alteraciones del embarazo**

No.	QUE SE HACE	COMO SE HACE	QUIEN LO HACE	REGISTRO
1.	Captación de las gestantes	A través de la demanda inducida en cualquier servicio de la E.S.E. Captación de las gestantes en la Comunidad (Grupo de Apoyo Comunitario, Agentes educativos).	Medico Enfermera Facturador Auxiliares Odontólogos Orientador Todo el personal. Red de apoyo EAPB	Registro de demanda Inducida. Boleta de Remisión del grupo de Apoyo
		Remisión según criterio médico Recuerde: seguir las directrices del plan de educación para la consulta de ingreso consistente en: Importancia del control y manejo del carné, derechos de las gestantes, asesoría pre prueba voluntaria del VIH, asesoría para IVE.		
		Se realizará la atención por enfermería a las gestantes de bajo riesgo obstétrico de acuerdo a		

Carrera 7ª No. 5 – 24

La Cumbre - Valle del Cauca

Teléfono: +57 312 286 7934

contactenos@hospitalsantamargarita.gov.co

<https://hospitalsantamargarita.gov.co/>

70-44.01

3.	<p>Consulta de control por enfermería:</p> <p>Atención para el cuidado prenatal</p>	<p>la concentración de las atenciones de acuerdo a lo establecido en la resolución 3280, es decir, mensual hasta la semana 32 y citar para el control de la semana 36 con médico del programa. Se realizará consulta de control que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración integral del estado de salud de las gestantes - Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud - Detección temprana de alteraciones - Información en salud - Establecimiento del plan de parto - Remisión a medicina general según hallazgos <p>Recuerde: seguir las directrices del plan de educación para la consulta control.</p>	Enfermera	<p>Historia Clínica sistematizada</p> <p>Carné Materno</p>
- 4.	<p>Consulta de control por médico general:</p> <p>Atención para el cuidado prenatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizará la atención por médico general a las gestantes de alto riesgo obstétrico de acuerdo a la concentración de las atenciones establecidas en la resolución 3280, es decir, mensual hasta la semana 36. A partir de la semana 36 los controles serán cada quince días y al llegar a la semana 40 se citará a la semana. - Se realizará consulta de control que incluye: - Valoración integral del estado de salud de las gestantes - Seguimiento al plan 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermera - Medico general 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia - Clínica - sistematizada - Carné Materno - Fichas de SIVIGILA - según el caso

70-44.01

		integral de cuidado para la salud - Detección temprana de alteraciones - Información en salud - Establecimiento del plan de parto - Remisión a especialista según hallazgos - Recuerde: seguir las directrices del plan de educación para la consulta control.		
5.	Registro de la información.	Registrar en la historia clínica del programa, y carné materno los hallazgos de la consulta	Medico P y P Enfermera P y P	Historia Clínica Carné materno Fichas de SIVIGILA según el caso

5. REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Tabla 3. Registro de información detección temprana de las alteraciones del embarazo

No.	QUE SE HACE	ACTIVIDAD	QUIEN LO HACE	REGISTRO
1.	Captación de usuario.	Verificación de derechos. Recepcionar los casos de inducción a la demanda Captar a toda Mujer en Edad Fértil con FUM dudosa y prescribir gravidez. Previa confirmación del embarazo por prueba de gravidez en sangre, ecografía obstétrica o auscultación de frecuencia cardiaca fetal a través de doopler, asignar cita de ingreso por médico general	Medico Enfermera Facturador Auxiliares de Enfermería Orientador Red de apoyo	Registro de demanda Inducida. Boleta de Remisión del grupo de Apoyo
2.	Ingreso al Programa y Controles prenatales	Servicio: promoción y prevención Ingreso: 89.02.01 Control médico: 82.03.01 Control por enfermería: 89.03.05	Médico	Rips Historia Clínica Carné Materno

70-44.01

OBSERVACIONES

- Para la valoración nutricional de la gestante, se debe calcular el IMC al ingreso al programa, sin embargo, se graficará a partir de la semana 10 sistemáticamente hasta el último control.

Para la valoración del estado nutricional se establece el IMC para Edad Gestacional – IMC/EG desarrollado por el doctor Eduardo Atalah y colaboradores publicado en la revista médica de Chile en el año 1997.⁶

Debe tenerse en cuenta que este instrumento es menos sensible en adolescentes y gestaciones gemelares o múltiples por lo se tendrá en cuenta las recomendaciones realizadas por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos en 1990 sobre la ganancia ponderal durante el embarazo basados en el estado nutricional pregestacional, las cuales son avaladas por la OMS. Se recomienda para las mujeres adelgazadas una ganancia ponderal total de 12.5 a 18 kg, para mujeres con IMC ideal entre 11.5 a 16 kg, para mujeres con sobrepeso y obesas 7 a 11.5 kg y menos de 6 kg, respectivamente ⁷, de acuerdo a como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 5. Recomendaciones de ganancia de peso de la gestante según peso pre gestacional

Clasificación Nutricional según Peso PG	1er trimestre	2do y 3er trimestre	Recomendaciones de Ganancia de Peso Total (Kg)
Bajo Peso (IMC PG < 19,8)	2,3 Kg/trim	0,5 Kg/semana	12,5 – 18,0
Normal (IMC PG ≥ 19,8 a ≤ 26,0)	1,6 Kg/trim	0,4 Kg/semana	11,5 – 16,0
Sobrepeso (IMC PG > 26,0 a ≤ 29,0)	0,9 Kg/trim	0,3 Kg/semana	7,0 – 11,5
Obesidad (IMC PG > a 29,0)			6,0 – 7,0

Fuente: Institute of Medicine, Nutrition During Pregnancy. Washington DC.
National Academy Press, 1990.

⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Resolución 2465 de 2016.

⁷ WHO. Maternal anthropometry for prediction of pregnancy outcomes: Memorandum from a USAID/WHO/PAHO/ MotherCare meeting. Bull WHO 1991;69: 523-532

- Cuando se diagnostique evento de interés en salud pública (sífilis, violencia de género, zika, consumo de sustancias psicoactivas inyectables, hepatitis B, C y Delta entre otras) le corresponde al médico o especialista que realiza la atención diligenciar la respectiva ficha de notificación. El equipo de salud, conformado por médico, enfermera y trabajadora social, se ocuparán de las acciones pertinentes en los casos de embarazo en menores de 14 años, esto es notificación a policía de infancia y adolescencia para activar la ruta de justicia y a la oficina de Atención al Usuario (SAIU) quien a su vez reportará el caso a bienestar familiar para activar ruta de protección.

Carrera 7ª No. 5 – 24

La Cumbre - Valle del Cauca

Teléfono: +57 312 286 7934

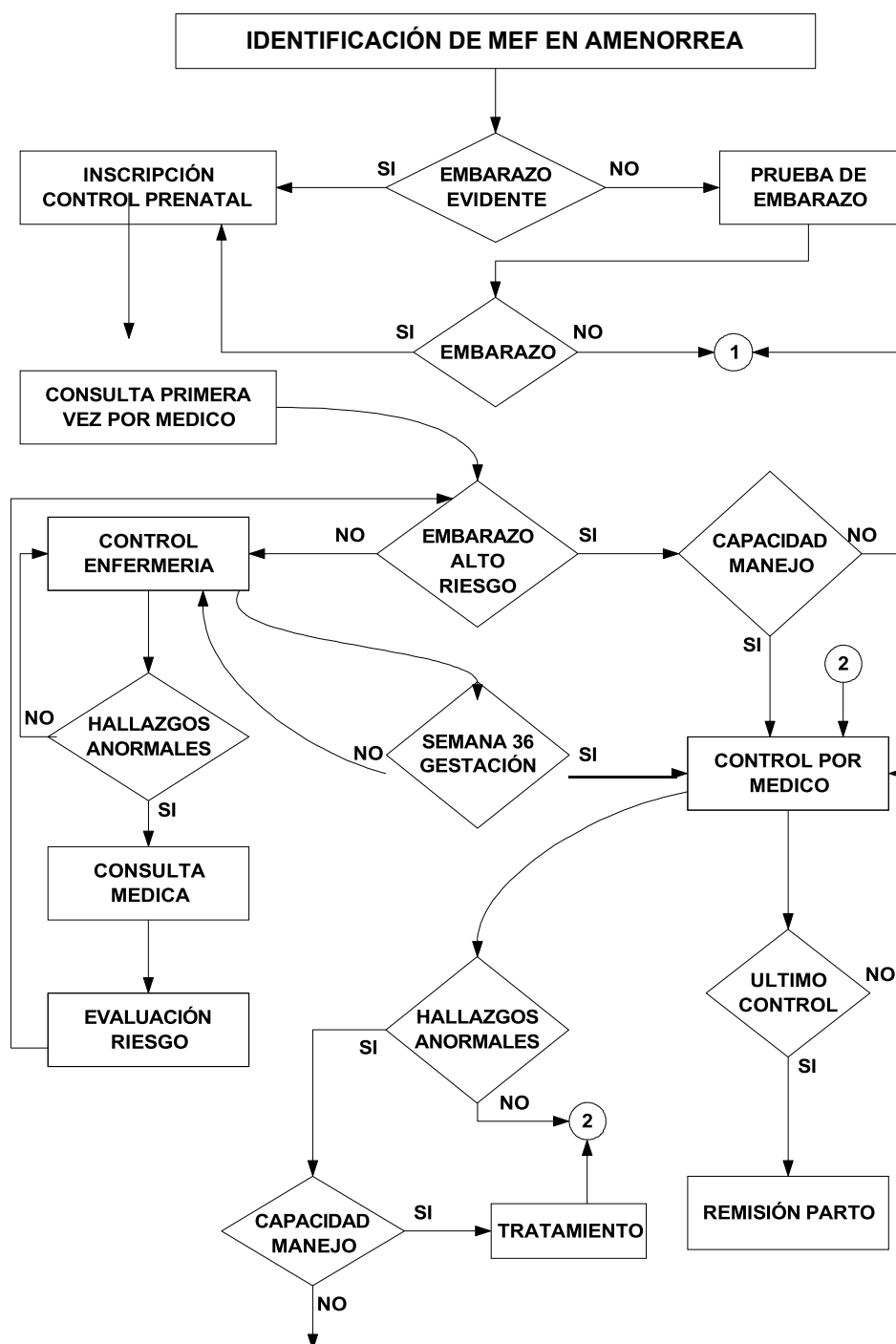
contactenos@hospitalsantamargarita.gov.co

<https://hospitalsantamargarita.gov.co/>

70-44.01

- A toda gestante menor de 14 años se le debe hacer asesoría para IVE según lo contemplado en la sentencia C- 355 de 2006, haciendo la salvedad que el aborto no es obligatorio sino opcional y que dentro de las opciones que tiene la gestante adolescente según el protocolo nacional dirigido a esta población, la paciente también puede optar por continuar el embarazo y criar al futuro hijo o en su defecto darlo en adopción.

6. FLUJOGRAMA



70-44.01

ANEXOS

ANEXO N° 1. LINEAMIENTOS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA ESCALA DE RIESGO BIOPSIICOSOCIAL⁸

El riesgo biopsicosocial se empezará a evaluar a partir de las 14 semanas de embarazo y se realizarán en total tres valoraciones de este riesgo durante todo el embarazo de la siguiente forma:

- Entre las 14 – 27 semanas (una)
- Entre las 28 – 32 semanas (una)
- Entre las 33 y las 42 semanas (una)

Escriba una “X” en la casilla correspondiente, de acuerdo a los signos y síntomas en la parte correspondiente en relación con la historia reproductiva (parte 1); condiciones asociadas (parte 2); embarazo actual (parte 3); Riesgo psicosocial (parte 4)

Historia reproductiva:

- Valore la edad de la embarazada y marque X en la casilla correspondiente:

Si la embarazada tiene 16 años o menos de edad, corresponde a 1 punto

Si la embarazada tiene entre 16 y 35 años, equivale a 0 puntos

Si la embarazada tiene más de 35 años de edad, corresponde a 2 puntos

- Valore paridad y marque con X (si la embarazada en primigestante no seguir indagando)

⁸ Fuente: Herrera J: Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna en Colombia. 2ª edición, Universidad del Valle, 2001, Cali.

Si la embarazada es primigestante, corresponde a 1 punto Si ha tenido de 1 a 4 gestaciones, equivale a 0 puntos Si ha tenido 5 o más gestaciones, equivale a 2 puntos

- Si existe historia habitual de aborto (2) abortos consecutivos espontáneos) o historia de infertilidad (vida sexual activa dos veces por semana sin método de planificación familiar en un periodo mayor de un año) se marcará la X y equivale a 1 punto
- Retención placentaria (retención de placenta mayor de 30 minutos, con remoción manual de ella)
- Feto macroscópico (cuando el peso del recién nacido es de 4.000gr o mas)
- Bajo peso al nacer (cuando el peso del recién nacido es de 2.500gr o menos)
- Hipertensión arterial inducida por el embarazo (incremento de las cifras presión

 E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA La Cumbre - Valle NIT 800.160.400-0	PROTOCOLO DE ATENCION PARA EL CUIDADO PRENATAL		Código: SAP-RIA-pro-006
			Versión: 1
			Actualización: 21/08/2025
			Página 28 de 33

70-44.01

sistólica mayor o igual a 140mmHg y diastólica mayor o igual a 90mmHg)

- Preeclampsia (hipertensión inducida por el embarazo acompañado de proteinuria mayor de 0,3g/L/24 horas)
- Embarazo múltiple (más de un feto)
- Cesárea previa (antecedentes de esta)
- Mortinato (nacido muerto por encima de las 24 semanas de gestación)
- Muerte neonatal (recién nacido que muere antes de los 7 días)
- Trabajo de parto prolongado y difícil (trabajo de parto mayor de doce horas con expulsiva prolongado mayor de una hora o parto instrumentado)
- Marcar con X la existencia de estas condiciones en embarazos anteriores y cada uno equivale a 1 punto;
- Condiciones Asociadas
- Indague sobre la existencia y marque en la casilla correspondiente según lo anterior.
- Cirugías ginecológicas previas (miomas uterinos, embarazos ectópicos) equivale a 1 punto
- Enfermedad renal crónica (pielonefritis, glomerulonefritis, insuficiencia renal crónica) equivale a 1 punto
- Diabetes mellitus gestacional; confirmada con el Test de O' SULLIVAN positivo; equivale a 2 punto
- Diabetes mellitus existente previa al embarazo y confirmada con glicemia en ayuna mayor a 125mg/dl; equivale a 3 punto
- Enfermedad cardíaca (valvulopatía, insuficiencia cardíaca) equivale a 3 punto
- Enfermedad infecciosa aguda bacterianas (sinusitis, bronquitis, neumonía, infección urinaria crónica) equivale a 1 punto
- Enfermedad autoinmune (lupus, artritis reumatoidea) equivale a 3 punto
- Anemia con hemoglobina menor a 10g/L

Embarazo Actual

- Sangrado vaginal: antes de 20 semanas: 1 punto si ocurre antes de las 20 semanas, 3 puntos si es después de las 20 semanas.

Carrera 7ª No. 5 – 24

La Cumbre - Valle del Cauca

Teléfono: +57 312 286 7934

contactenos@hospitalsantamargarita.gov.co

<https://hospitalsantamargarita.gov.co/>

70-44.01

- Embarazo prolongado: cuando la duración de esta sobrepasa las 42 semanas; esto se evalúa en la última valoración que debe ser entre las semanas 33 y 42 de la gestación.
- Hipertensión arterial inducida por el embarazo y Preeclampsia: ya definida en el embarazo actual. Equivale a 2 puntos
- Ruptura prematura de membranas: cuando ocurre antes de que inicie el trabajo de parto. Equivale a 2 puntos
- Polihidramnios: cuando hay aumento de líquido amniótico sospechado clínicamente y confirmando por ecografía. Equivale a 2 puntos.
- Retardo en el Crecimiento Intrauterino (RCIU) Equivale a 2 puntos.
- Embarazo múltiple: sospechado clínicamente y confirmando por ecografía. Equivale a 2 puntos.
- Mala presentación: situación transversal, presentación podálica. esto se evalúa en la última valoración que debe ser entre las semanas 33 y 42 de la gestación. Equivale a 3 puntos.
- Isoinmunización Rh: embarazada Rh negativa con prueba de Coombs indirecta positiva. Equivale a 3 puntos.

Subtotal

En la casilla correspondiente a la edad gestacional en la que se realizó la valoración escriba el resultado obtenido de la evaluación de la historia reproductiva, las condiciones asociadas y el embarazo actual.

Riesgo psicosocial

Ansiedad como componente emocional característico el estrés

Los síntomas de ansiedad, para ser considerada como factor de riesgo perinatal, deben ser consistentes en su presentación; es decir, suceder todos los días y con gran intensidad.

- **Tensión emocional:** La embarazada percibe su gestación como amenazante, lo que genera tensión emocional. Este síntoma puede ser indicativo de al menos dos de los siguientes indicadores:
- ✓ **Llanto fácil:** (llora por motivos que la misma gestante valoras sin importancia). Este

70-44.01

es válido y es la primera pregunta que se debe hacer. Si la respuesta es negativa no es necesario seguir indagando. Pero si es positiva es la clave para seguir preguntando los otros síntomas.

- ✓ Tensión muscular (rigidez en los músculos y excesivo nerviosismo)
 - ✓ Sobresaltos (se asusta ante eventos sin importancia para ella misma)
 - ✓ Temblor (movimientos involuntarios de los músculos)
 - ✓ No puede quedarse quieta en un solo sitio (cambios continuos de posición involuntarios o innecesarios)
- Síntomas de humor depresivo: pérdida de interés en las actividades cotidianas con tendencia al aislamiento y cambios inesperados en el estado de ánimo. Este síntoma puede ser identificado por la presencia de al menos dos de los siguientes indicadores:
- ✓ Insomnio (se despierta en las noches, permanece despierta por largos periodos y tiene dificultad para volverse a dormir. Este síntoma es clave e importante para indagar sobre los otros indicadores).
 - ✓ Falta de interés (no disfruta de actividades o situaciones que antes consideraba placenteras).
 - ✓ No disfruta pasatiempos (se aburre fácilmente con los pasatiempos que antes disfrutaba y eran importantes).
 - ✓ Depresión (conductas de aislamiento, abandono y ganas de no hacer nada).
 - ✓ Variaciones de humor durante el día (pasa fácilmente de la alegría a la tristeza, sin una causa aparente. Aparecen reacciones de rabia o ira por motivos sin importancia).
- **Síntomas neurovegetativos:** puede identificarse por la presencia de al menos:
- ✓ Transpiración excesiva (sudoración excesiva principalmente en las manos, cuello, cara, ante sensaciones angustiosas) indicador clave e importante para determinar la presencia de otros síntomas.
 - ✓ Boca seca (sensación de sequedad en boca y garganta ante sensaciones angustiosas).
 - ✓ Acceso de rubor o palidez ante sensaciones angustiosas.
 - ✓ Cefalea de tensión (más que un dolor es una molestia permanente en los músculos de la región posterior de la cabeza, muchas veces irradiado a la espalda con duración de varias horas durante el día)

Se debe marcar en la casilla correspondiente si estos síntomas están ausentes o intensos. Para asignar 1 punto en la evaluación de la ansiedad como factor de riesgo perinatal deben estar presentes y marcados con X al menos dos síntomas (tensión, humor depresivo, síntomas neurovegetativos)

1. Soporte familiar

Para considerar el soporte familiar inadecuado como factor de riesgo materno perinatal la embarazada debe expresar que nunca está satisfecha con la forma como ella y su familia comparten dos o tres de los siguientes indicadores: tiempo, dinero y espacio.

La pregunta que se le hace a la embarazada es: ¿estás satisfecha con el apoyo y la ayuda que recibe de su familia durante el embarazo?; si la respuesta es SI, no es necesario explorar más. Si la respuesta es NO se explora en forma individual por tiempo, espacio y dinero.

Puntaje total del riesgo biopsicosocial

Se calcula sumando los puntajes de la historia reproductiva (1), condiciones asociadas (2), eventos patológicos del embarazo actual (3), ansiedad (4) y soporte familiar (5). El riesgo biopsicosocial se considera alto con un puntaje total, igual o mayor de 3 puntos.

ANEXO 2. TÉCNICA ESTANDAR PARA LA TOMA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN EMBARAZADAS⁹

1. La embarazada debe permanecer sentada, con los pies apoyados, por 2 – 3 minutos.
2. Debe usarse un brazalete de tamaño adecuado para el diámetro del brazo.
3. Palpar la presión arterial sistólica en la arteria braquial e insuflar el balón 20 mmHg por encima del nivel en que se deja de palpar el pulso.
4. El balón del brazalete debe desinflarse lentamente, aproximadamente a 2 mmHg por segundo.
5. La presión arterial debería ser medida con un tensiómetro de mercurio.
6. Se debería registrar la presión arterial sistólica y la diastólica. Registrar la presión arterial diastólica en la fase V de los ruidos de Korotkoff (cuando los ruidos desaparecen). Si la fase V no está presente, se debería registrar la fase IV (cuando los ruidos se amortiguan o se hacen menos intensos).

7. Se debería tomar la presión arterial en ambos brazos en la primera consulta del control prenatal y en el brazo derecho en consultas posteriores. Si se encuentra una diferencia significativa entre los brazos se debería interconsultar médico con experiencia en el manejo de embarazadas con riesgo de o con preeclampsia, y otros trastornos hipertensivos.

8. No se deberían usar equipos automáticos, ni monitoría ambulatoria de presión arterial en la práctica clínica.

⁹ Fuente: The Australasian Society for the study of Hypertension in Pregnancy (www.racp.edu.au/asshp/asshp.pdf)

ANEXO 3. INSTRUCTIVO PARA REALIZAR EL ROLL-OVER TEST (PRUEBA DE GANT O PRUEBA DE PRESIÓN ARTERIAL SUPINA)¹⁰

Paso 1: Colocar a la mujer embarazada, en un control entre las semanas 28 y 32 de gestación, en posición decúbito lateral izquierdo.

Paso 2: Tomarle la presión arterial hasta su estabilización (repetidamente hasta que dos tomas seguidas sean iguales) y anotarla.

Paso 3: Colocarla en decúbito dorsal y tomar nuevamente la presión arterial al minuto y a los cinco minutos.

Paso 4: Considerar el Roll-over test positivo si la presión arterial diastólica aumenta 15 mmHg o más en decúbito dorsal con respecto a la obtenida en decúbito lateral, al minuto y/o a los cinco minutos.

Paso 5: Colocar a la mujer embarazada en posición sentada.

Paso 6: Tomarle nuevamente la presión arterial con técnica estándar (ver anexo 1) si el Roll-over test resultó positivo en el paso 4.

Paso 7: Calcular Presión Arterial Media con la fórmula: $PAM = (sistólica + 2 \text{ diastólica})/3$, con las cifras de presión arterial del paso 6.

Paso 8: Considerar el Roll-Over test verdaderamente positivo si la presión arterial media es > 85 mmHg.

¹⁰ Adaptado con permiso de: Herrera JA: Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia. Segunda edición. Universidad del Valle, Cali, Colombia, 200

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio de salud y protección social. Resolución 3280 de 2018. Lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Bogotá, Colombia. Mayo de 2007.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Resolución 2465 de 2016.
- WHO. Maternal anthropometry for prediction of pregnancy outcomes: Memorandum from a USAID/ WHO/PAHO/ MotherCare meeting. Bull WHO 1991;69: 523-532.
- Colciencias. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. 2014.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Actualización de la Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH – SIDA.
- Colciencias. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. 2013.
- Fuente: Herrera J: Aplicación de un modelo biopsicosocial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna en Colombia. 2ª edición, Universidad del Valle, 2001, Cali.

CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Jefe de Programas	Jefe Oficina Asistencial	Gerente

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES

VERSIÓN	FECHA	PÁGINAS	SOLICITANTE	OBSERVACIONES
1	21/08/2025	33	Jefe de Programas	Creación del documento por: Johany Martínez – Jefe de Programas Revisado por: Claudia Castro – Jefe Oficina Asistencial Aprobado por: Aicardo Solís - Gerente