

Los conceptos y recomendaciones establecidas en estas guías de abordaje pretenden orientar la gestión y el manejo de las pacientes gestantes de riesgo general y algunas de sus co-morbididades y complicaciones, sin embargo, todo paciente deberá tener un manejo individualizado de acuerdo con sus condiciones particulares.

Para la elaboración de esta guía se consultaron fuentes bibliográficas confiables, con el objetivo de proveer información completa y generalmente acorde con los estándares aceptados en el momento de la edición. Dada la continua evolución de las tendencias médicas y normativas, en cualquier momento pueden sugerir cambios sobre opciones de diagnóstico, tratamiento y farmacoterapia.

Se sugiere al personal de salud que utilice estas fichas y complementar la información con los anexos bibliográficos y otros documentos digitales facilitados. Igualmente, recomendamos estar atentos a los cambios que se presenten en el tema en cuestión.



PARA TODAS LAS GESTANTES:

- Priorizar a la gestante en TODAS las atenciones de salud que se realicen.
- Ingreso prioritario y oportuno al CPN. Óptimo: 1er. Trimestre, oportunidad ingreso máximo
- 8 días calendario contados a partir del momento en que la IPS identifica el estado de embarazo.
- Ordenar exámenes básicos CPR y otros definidos en la guía de intervención al riesgo.
- Los controles prenatales deben ser realizados por el profesional médico definido según nivel de riesgo.
- SIEMPRE eduque a la gestante sobre los signos de alarma y consulta oportuna si presenta alguno de ellos.
- SIEMPRE buscar factores de riesgo.
- SIEMPRE realice interrogatorio y examen físico completo.
- SIEMPRE en cada consulta elaborar historia clínica por módulo definido, diligenciar y entregar cartilla/clap a la usuaria.
- SIEMPRE clasificación PROD (Probable Riesgo Obstétrico Detectado) en cada atención. Ver tabla de riesgo.
- SIEMPRE eduque a la GESTANTE sobre la importancia del control prenatal.
- SIEMPRE eduque a la GESTANTE sobre la importancia y el uso del carné prenatal.
- SIEMPRE procure que la GESTANTE esté acompañada por su compañero o un familiar
- durante las consultas del programa.
- SIEMPRE interprete los resultados de las ayudas dx ordenadas y gestione según hallazgos.
- Registre siempre la conducta a seguir en la historia clínica.
- SIEMPRE explique y entregue por escrito recomendaciones pertinentes para el embarazo y patologías o condiciones asociadas.
- SIEMPRE utilice y consigne los códigos diagnósticos específicos. No utilice códigos inespecíficos.
- Entregar o verificar que la gestante tenga el kit materno (clap, cartilla y sobre).
- SIEMPRE entregue impresos los resultados de ayudas dx.
- Si usted identifica causales de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) brinde asesoría según la guía de abordaje de IVE.
- SIEMPRE brinde información sobre el servicio de orientación para materna implementado por EPS SURA y los diferentes canales para acceder a esta línea.

RECUERDE

Utilizar la codificación CIE 10 adecuada según riesgos asociados a la gestación.

PERIODICIDAD DE LAS CONSULTAS PARA RIESGO ESTANDAR:

Mensual: hasta la semana 36.

Quincenal: Desde la semana 36 hasta el momento en que se Defina terminación del embarazo.

Postparto:

PRIMERA CONSULTA Máximo 3-5 días posteriores al alta hospitalaria.
SEGUNDA CONSULTA máximo 20 días posteriores al alta. En esta consulta se ingresa o da continuidad a la madre en el programa de planificación familiar y se ingresa al recién nacido al programa de crecimiento y desarrollo.

Asesoría individual en lactancia materna para el binomio (se debe programar de manera consecutiva con el egreso de la madre y la revisión del recién nacido para evitar desplazamientos innecesarios)

RECUERDE: Los embarazos de alto riesgo y riesgo inminente deben tener un seguimiento más periódico, que se define individualmente según condiciones de la usuaria. La atención de embarazos con riesgo se debe hacer en el nivel definido según modelo de atención de EPS SURA.



En cualquier trimestre en el que se le detecte a la usuaria el embarazo y se la ingrese al programa, se le debe realizar el total de los exámenes básicos de ingreso y los de seguimiento según la edad gestacional en que se encuentre.

Evalúe y tenga en cuenta siempre en cada atención de la gestante para definir riesgo obstétrico:

ANTECEDENTES PERSONALES

- Hipertensión crónica.
- Infección urinaria recurrente.
- Hipotiroidismo/hipertiroidismo.
- Infertilidad.
- Diabetes.
- Rh (-)
- Enfermedad renal-trasplante
- Enfermedad autoinmune-otras

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

- Adolescente o mayor de 35 años.
- Estatura menor a 1,40 mts.
- Evalúe IMC <20 o >25 (remita a nutrición).

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- Preeclampsia o HIE en embarazos anteriores.
- Intervalo intergenésico < de 2 años.
- Multiparidad (más de 4 partos).
- Hemorragias tercer trimestre.
- Parto anterior pretérmino.
- Dos o más abortos consecutivos / Historia de infertilidad.
- Hemorragia posparto.
- Antecedente de RCIU
- Cesárea o cirugía ginecológica.
- Malformaciones congénitas.
- Mortinato o muerte neonatal.
- Peso fetal <2500 o >4000

EMBARAZO ACTUAL

- Discordancia entre Edad gestacional y altura uterina.
- Presentación anormal en embarazo mayor a 31 sem. Comportamiento sexual de riesgo.
- Infección urinaria recurrente.
- APPT.
- VDRL, RPR o PTR (+).
- Estilo de vida no saludable.
- VIH indeterminado o positivo.
- Hepatitis B
- Presión arterial/peso materno

Se recomienda, como parte del tamizaje para violencia o maltrato, que a la gestante se le hagan las siguientes preguntas mínimo al ingreso al programa, en el segundo, tercer trimestre de gestación:

1. ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue golpeada, abofeteada, pateada o lastimada físicamente de otra manera?
2. ¿DESDE QUE ESTÁ EMBARAZADA, ha sido golpeada, abofeteada, pateada o lastimada físicamente de otra manera?
3. ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue forzada a tener relaciones sexuales?

Si la gestante responde afirmativamente al menos a una de estas preguntas, se debe reportar el caso como violencia, orientar a la gestante y gestionar para intervención por psicología y/o trabajo social y definir otros profesionales de apoyo necesarios para el abordaje del caso.

Se recomienda además que al **ingreso al programa, en la semana 28 de gestación y en la consulta postparto**, se identifique el **riesgo de depresión postparto** mediante las siguientes preguntas:

- Durante el mes pasado ¿se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza con frecuencia?
- Durante el mes pasado ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas?

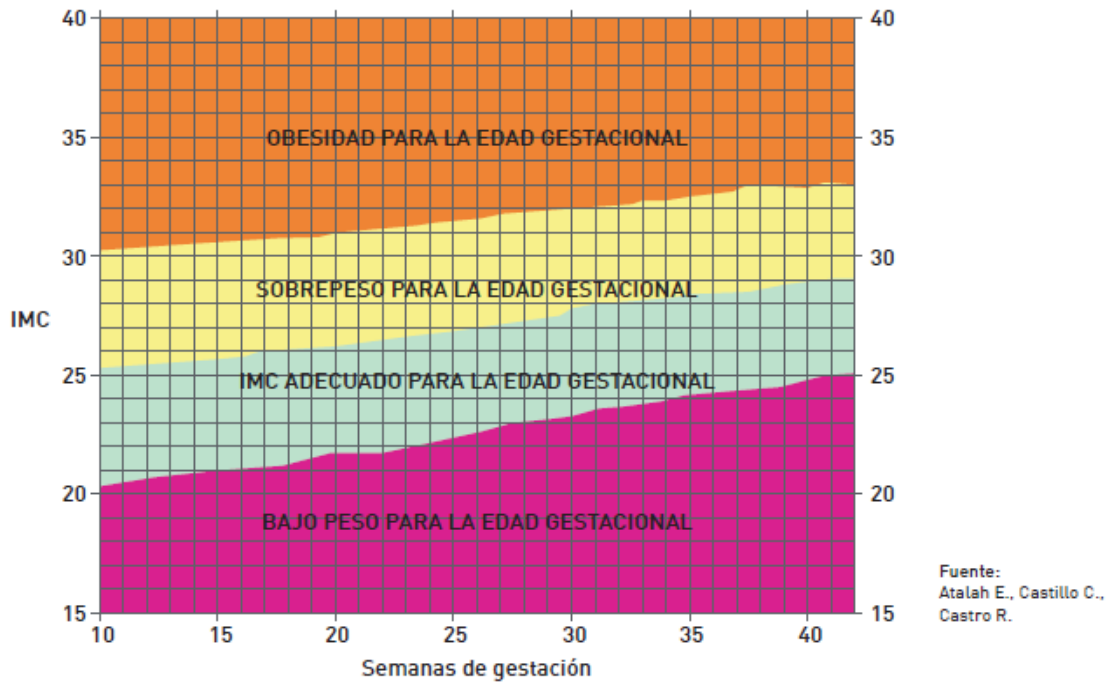
Una tercera pregunta se debe considerar si la mujer responde "SÍ" a cualquiera de estas preguntas:

- ¿Siente que necesita ayuda?

En todos los casos, oriente a la gestante o mujer postparto y realice la gestión necesaria para garantizar la intervención por los profesionales requeridos.

Evaluación nutricional de la gestante:

En la cita de ingreso a control prenatal (idealmente antes de las 10 semanas de gestación), se debe definir el Índice de Masa Corporal (IMC) de la gestante ajustado a la edad gestacional, y registrar en la curva de ATALAH :



Con base en esta medición, se deben establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- IMC < 20 kg/m²: Bajo Peso para la Edad Gestacional, ganancia recomendada entre 12 a 18 kg.
- IMC entre 20 y 24,9 kg/m²: IMC Adecuado para la Edad Gestacional, ganancia entre 10 a 13 kg.
- IMC entre 25 y 29,9 kg/m²: Sobrepeso para la Edad Gestacional, ganancia entre 7 a 10 kg.
- IMC > 30 kg/m²: Obesidad para la Edad Gestacional, ganancia entre 6 a 7 kg.
- Se recomienda que las gestantes con IMC <20 kg/m² o >25 kg/m² sean remitidas para intervención por nutricionista de IPS básica para definición de plan nutricional individualizado.
- Si la inscripción al control prenatal es tardía (después de la semana 16-18) se recomienda registrar al IMC pregestacional y con base en este establecer las metas de ganancia de peso.
- Se recomienda realizar seguimiento de la ganancia de peso en cada uno de los controles prenatales.
- No se recomiendan orientaciones nutricionales encaminadas a bajar de peso durante la gestación

Exámenes de laboratorio básicos para el ingreso al control del proceso reproductivo (cualquier edad gestacional):

ORDENE:

- HEMOGRAMA COMPLETO (902209)

Objetivo: Búsqueda de anemia en el embarazo

- HEMOCLASIFICACIÓN SANGUÍNEA (911017): Si la gestante NO tiene previa o NO la demuestra. Si RH (-) y/o incompatibilidad ABO: solicitar HEMOCLASIFICACIÓN al compañero.
- COOMBS INDIRECTO (9110030): A todas Rh (-), sin exclusión por el número de gestaciones y/o Rh de la pareja.

ORDENE:

- GRAM (901107) Y DIRECTO DE FLUJO VAGINAL (901304): No se recomienda ofrecer a las mujeres embarazadas asintomáticas tamizaje rutinario de vaginosis bacteriana, EXCEPTO si hay signos o síntomas, historia de vaginosis o vaginitis, historia de abortos anteriores, historia de RPM o comportamiento sexual de riesgo.

Si GRAM y directo positivos, tratar a la gestante y repetir exámenes posteriores al tratamiento para confirmar curación.

NO SE DEBE ORDENAR EN LA GESTANTE TRATAMIENTO PARA VAGINOSIS BASADO ÚNICAMENTE EN LA CLÍNICA

- PRUEBA TREPONÉMICA RÁPIDA (9069150) o VDRL (906916): si no se dispone de pruebas rápidas. Si el resultado es reactivo estudie al compañero y gestione según definiciones de guía de sífilis y plan de choque.
- UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA (901235): No se debe realizar citoquímico de orina.
- GLUCOSA EN AYUNAS (903841): Ordenar si hay factores de riesgo para diabetes gestacional: IMC >24,9, historia familiar de diabetes en familiares de primer grado, antecedentes personales de DG en embarazos anteriores, bebés anteriores macrosómicos, mortinatos previos, hipertensión crónica. HDL >35 mg/dl - Triglicéridos >250.
- TOXOPLASMA: Ordenar IgG (906128) e IgM (906129)
- (solo se ordena si NO se conoce inmunidad previa) y definir conducta según resultados así:
 - Si IgG (+) e IgM (+): Realizar test de avidéz (906134) si el embarazo es menor a 16 semanas o IgA (906126) si el embarazo es mayor a 16 semanas.
 - Si IgG (-) e IgM (-): Realizar IgM mensual.
 - Si IgG (-) e IgM (+): Repetir IgG en dos semanas y definir seguimiento según resultado.
 - Si IgG (+) e IgM (-): Paciente inmunizada. No se continúa estudio durante el embarazo.

- VIH EN SANGRE, PRUEBA 1 (906249): La prueba se ordena previo consentimiento informado. Si esta prueba es positiva, se debe ordenar una segunda prueba VIH EN SANGRE, PRUEBA 2 (9062490) que se realiza en una muestra de sangre diferente y VIH CARGA VIRAL (908832) para definir conducta. Ante cualquier resultado positivo, estudie a los contactos. Se debe realizar asesoría pre-test y post-test.
- AgSHB (906317): Si no tiene esquema de vacunación completo verificado.

ECOGRAFÍA:

- ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL (881432): Se ordena en gestaciones <14 semanas. No se debe ordenar antes de las 8 semanas de gestación por no visualización del embrión, a menos que exista una indicación específica para su realización
- ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA (881431): Ordenar en gestaciones por encima de las 14 semanas. Este estudio será ordenado por el médico del programa en la consulta de ingreso a CPR, una vez se determinen las semanas de gestación por FUM.

DIRECCION A EVALUACIÓN
ODONTOLÓGICA

PRESCRIBA:

- Ácido fólico + fumarato ferroso (cód. 15025): 1 tableta.
- Calcio (cód. 8083): 2 tabletas de 600 mg.

Sonolucencia nual se ordenará según guía de intervención del riesgo

Tamización para rubéola en el embarazo: La eliminación de la rubéola y del síndrome de rubéola congénita se mantienen como política prioritaria de Salud Pública en Colombia. Es importante recordar que en el país se introdujo la vacuna triple viral SRP (Sarampión, Rubéola y Paperas) desde el año 1995 dentro del esquema de vacunación PAI para menores de 5 años. Además, entre los años 2005-2006 se adelantó en el país una campaña nacional de vacunación para sarampión y rubéola (SR), dirigida al grupo de hombres y mujeres de 15 a 39 años. Por esta razón, se recomienda la tamización para rubeola en el embarazo con anticuerpos Ig G para rubeola (906241) únicamente en gestantes por debajo de las 16 semanas que no hayan sido vacunadas previamente contra la rubeola, antecedente que debe ser validado con carne de vacunación.

• **Si el resultado de los anticuerpos Ig G para rubeola es positivo:** La presencia de anticuerpos indica contacto previo con el virus, y por tanto inmunidad, haciendo innecesaria la realización de nuevos controles durante el embarazo actual o en embarazos sucesivos, siempre y cuando no se sospeche contacto reciente con el virus, en cuyo caso se deberán seguir los lineamientos definidos en el protocolo del INS.

• **Si el resultado de los anticuerpos Ig G para rubeola es negativo:** indica que la gestante no tiene inmunidad. Ante estos casos, se recomienda lo siguiente:

- Gestante con 16 semanas o menos de gestación e Ig G para rubeola negativo:

- Evitar en lo posible el contacto estrecho con niños no vacunados con triple viral y/o niños con cuadros de exantema agudo. Se debe fomentar la vacunación con triple viral para los menores que conviven con gestantes.
- No se recomienda realizar nuevas mediciones de Ig G durante el embarazo, excepto en las gestantes para las que se sospeche contacto reciente con el virus, en cuyo caso se deberán seguir los lineamientos definidos en el protocolo del INS.
- No se recomienda realizar anticuerpos Ig M para rubeola, excepto en las gestantes para las que se sospeche contacto reciente con el virus, en cuyo caso se deberán seguir los lineamientos definidos en el protocolo del INS.
- Recomendar vacunación con triple viral después del parto.

- *Gestante con 16 semanas o más de gestación e Ig G para rubeola negativo:*

- No se recomienda realizar nuevas mediciones de Ig G durante el embarazo, excepto en las gestantes para las que se sospeche contacto reciente con el virus, en cuyo caso se deberán seguir los lineamientos definidos en el protocolo del INS.
- No se recomienda realizar anticuerpos Ig M para rubeola, excepto en las gestantes para las que se sospeche contacto reciente con el virus, en cuyo caso se deberán seguir los lineamientos definidos en el protocolo del INS.
- Recomendar vacunación con triple viral después del parto.

Segundo trimestre 13-28 semanas, ordene:

- PRUEBA TREPONÉMICA RÁPIDA (9069150) o VDRL (906916) si no se dispone de pruebas rápidas. Si el resultado es reactivo estudie al compañero y gestione según definiciones de guía de sífilis y plan de choque.
- CITOLOGÍA VAGINAL TUMORAL (20301) si no se tiene en el último año o presenta alguna indicación
- ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA (881431): Entre las 18-22 semanas de gestación.
- VIH EN SANGRE, PRUEBA 1 (906249): La prueba se ordena previo consentimiento informado. Si esta prueba es positiva, se debe ordenar una segunda prueba VIH EN SANGRE, PRUEBA 2 (9062490) que se realiza en una muestra de sangre diferente y VIH CARGA VIRAL (908832) para definir conducta. Ante cualquier resultado positivo, estudie a los contactos. Se debe realizar asesoría pre-test y post-test.

PRESCRIBA:

- Ácido fólico + fumarato ferroso (cód. 15025): 1 tableta.
- Calcio (cód. 8083): 2 tabletas de 600 mg.

Otros estudios se ordenarán según indicaciones de la guía de intervención del riesgo.

Tamizaje Diabetes Mellitus Gestacional (DMG): Ordenar glucosa pre y post carga de 75 gr. (exclusivo CPN) cód. 9038451.

Esta prueba se debe ordenar en la semana 24, brindando indicaciones estrictas para la realización dentro de la semana siguiente (entre la semana 24 y 25). El resultado de este estudio debe ser revisado y gestionado oportunamente por el profesional tratante en un plazo máximo de una semana después de tener el resultado. Esto con el fin de asegurar que las intervenciones en las pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional sean oportunas (semana 26 aproximadamente).

Se confirma diagnóstico de DG cuando se excede cualquiera de los siguientes valores en la prueba:

- Ayunas >92 mg/dl. • 1 h >180 mg/dl. • 2 h >153 mg/dl.

NO ES NECESARIO REALIZAR PRUEBAS ADICIONALES PARA CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO.

DURANTE ESTE TRIMESTRE VERIFIQUE por historia clínica de vacunación o carné físico, **NUNCA VERBAL**, el estado de vacunación de la gestante y direccione al centro de vacunación de la IPS para aplicación de las siguientes vacunas:

- **APLICACIÓN DE TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO:** Completar esquema de vacunación individual de cada usuaria a partir de las 17 semanas de gestación.
- **DPT acelular:** A partir de las 26 semanas de gestación.

Otras vacunas como la INFLUENZA se aplican a partir de las 14 semanas de gestación, ÚNICAMENTE durante temporadas definidas por el Ministerio.



RECUERDE:

- No vacunar contra hepatitis B.
- Vacuna de fiebre amarilla solo si va a viajar a una zona endémica.

Tercer trimestre 28-40 semanas, ordene:

- HEMOGRAMA COMPLETO (902209): Ordenar entre las semanas 28-32 para detectar anemia previo al parto y tratar.
- ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA (881431) si hay indicación.
- VIH EN SANGRE, PRUEBA 1 (906249): La prueba se ordena previo consentimiento informado. Si esta prueba es positiva, se debe ordenar una segunda prueba VIH EN SANGRE, PRUEBA 2 (9062490) que se realiza en una muestra de sangre diferente y VIH CARGA VIRAL (908832) para definir conducta. Ante cualquier resultado positivo, estudie a los contactos.
- Se debe realizar asesoría pre-test y post-test.

- PRUEBA TREPONÉMICA RÁPIDA (9069150) o VDRL (906916) si no se dispone de pruebas rápidas.
- GRAM (901107) Y DIRECTO DE FLUJO VAGINAL (901304): Si hay signos o síntomas de vaginosis, antecedentes de APP, historia de vaginosis o vaginitis, historia de RPM o comportamiento sexual de riesgo.
- CULTIVO RECTOVAGINAL PARA ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B (901217): Realizar entre semanas 35 a 37 de gestación. Si el cultivo es positivo, se debe garantizar desde la IPS que la institución hospitalaria que va a atender el parto, conozca el resultado para realizar tratamiento.

CONTINUÉ:

Ácido fólico + fumarato ferroso (cod. 15025): 1 tableta y calcio (cód. 8083): 2 tabletas de 600 mg hasta dos meses pos-parto.

En la última consulta prenatal se le debe recomendar a las gestantes que no hayan tenido el parto a la semana 40, asistir a la IPS básica para definir terminación de la gestación

Recomendaciones adicionales:

- Toda paciente con IMC <20 o >25 debe tener evaluación y seguimiento por nutrición.
- En la gestante no se recomienda realizar examen rutinario de seno.
- No debe utilizarse de forma rutinaria el monitoreo fetal sin estrés (recomendación tipo B).
- No se recomienda el uso rutinario de doppler de arterias uterinas (recomendación tipo B).
- No se debe recomendar de forma rutinaria el perfil biofísico (recomendación tipo C).
- No se recomienda el uso rutinario de vitamina D y A en pacientes gestantes sin ninguna patología específica.
- Si el resultado de urocultivo es (-) en el tamizaje de bacteriuria asintomática, no se recomienda realizar uno nuevamente durante la gestación.



Para otras intervenciones consultar la guía de intervención del riesgo.

En caso de recidiva o resistencia de la infección por bacteriuria asintomática, se recomienda que la paciente sea referida a continuar su control por obstetricia.



RECUERDE interrogar siempre por comportamiento sexual de riesgo. Recomiende y prescriba preservativo como medida de prevención para ITS en gestantes con comportamiento sexual de riesgo

Recomendaciones que se le deben brindar a toda gestante para consulta de atención médica prioritaria o urgente:

Se recomienda advertir a todas las gestantes sobre la necesidad de consultar por urgencias si experimentan algunos de los siguientes síntomas asociados a preeclampsia, eclampsia o Síndrome Hellp:

- Cefalea severa que no ceda al uso de acetaminofén.
- Vómito y/o epigastralgia.
- Alteraciones visuales como visión borrosa o fosfenos.
- Edema matutino de cara, manos o pies (anasarca).

Se recomienda advertir a las embarazadas que deben consultar por urgencias si se presenta sangrado durante el embarazo, ya que se asocia con resultados adversos como aborto, placenta previa, abrupcio de placenta, parto pretérmino, muerte fetal in utero y anomalías congénitas

Se recomienda advertir a las embarazadas que el dolor abdominal tipo cólico irradiado a la espalda o a la cara anterior de los muslos, el aumento de las contracciones uterinas en comparación con el patrón anterior, el cambio en el color del moco vaginal, la pérdida de líquido claro, manchado o sangrado y la sensación de que el bebé ha descendido se asocian con el aborto o parto pretérmino, por lo cual debe consultar por urgencias

Se recomienda advertir a las gestantes que síntomas tales como debilidad, cansancio fácil y sensación de vértigo se pueden asociar con anemia, por lo cual debe consultar a su IPS Básica.

Se recomienda advertir a la gestante que si presenta fiebre, dificultad respiratoria o respiración más rápida de lo normal. tos, si el pecho le suena o le duele al respirar, presenta decaimiento o deterioro del estado de salud, debe consultar a la IPS o al servicio de urgencias.

Se recomienda advertir a la gestante que síntomas como disuria, polaquiuria y hematuria, se asocian a infección de vías urinarias, la cual puede desencadenar parto pretérmino y ruptura prematura de membranas por lo cual debe consultar a la IPS Básica.

Se recomienda que a todas gestante se le informen los signos de alarma para consultar en el postevento obstetrico: Fiebre mayor a 38.5°C, Flujo vaginal de mal olor, Enrojecimiento, hinchazón o calor en mamas, salida de pus, sensación de masas o dolor intenso, Amanecer con la cara o las manos y/o pies hinchados, Dolor en la "boca del estómago" que no mejore con antiácidos ordenados por el médico o al comer, Dolor de cabeza que no mejore con analgésico (acetaminofén 500mg en dosis única), sensación de tener "luces en los ojos" o de "pitos" en los oídos, Sangrado vaginal abundante, Dolor abdominal continuo o que se vaya intensificando

Se recomienda que a todas las gestantes se les brinde información sobre el servicio de orientación para materna implementado por EPS SURA y los diferentes canales para acceder al servicio.

Postparto (3-5 días del nacimiento)

VERIFIQUE SI EL NEONATO TIENE:

- TSH NEONATAL de cordón umbilical. (Deberán realizarse preferiblemente en el posparto inmediato).
- Si no se realiza de cordón umbilical, se debe realizar TSH NEONATAL de talón o sangre periférica en los cinco primeros días de nacimiento.
- HEMOCLASIFICACIÓN del bebé.

DIRECCIONE:

- Asesoría individual lactancia materna para el binomio.
- Ingreso al programa de crecimiento y desarrollo (para el bebé)
- Ingreso al programa de planificación familiar (para la madre).
- Verifique esquema de vacunación del RN: BCG/ANTI HEPATITIS B.

DETECTE: Anemia materna, infección sobre-agregada puerperal, hemorragia en la madre y depresión post-parto.

ESTIMULE: Vínculo afectivo y lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos Años o más.



RECUERDE en el POSPARTO se debe considerar a la materna como paciente ESPECIAL, los cambios que presente se deben tener en cuenta y evaluarlos de forma integral, ya que las muertes maternas por complicaciones se presentan más frecuentemente en este período



El seguimiento y los exámenes paraclínicos sugeridos en esta guía sólo pretenden orientar el seguimiento de la gestación, toda usuaria deberá tener un manejo **INDIVIDUALIZADO** según su anamnesis, examen físico y los factores de riesgo detectados.

Bibliografía

1. American College of Obstetricians and Gynecologists www.acog.org (Accesed on May 01, 2012).
2. NICE Antenatalcare december 2014Clinicguideline 62 guidance.nice.org/UK/cg62
3. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care www.aafp.org.
4. CINETS Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio 2013; Guía #11-15.
5. GPC Atención embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad 2014. España Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Clinical practice Guidelines. Obstetrics. www.sogc.org (Accesed on May 01,2012).
6. WHO Reproductive Health Library. Pregnancy and Childbirth. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/en/ (Accesed on May 01, 2012).
7. Lassi ZS et al Assential pre-pregnancy and pregnancy interventions for improved maternal, newborn and chil health. Review. Reproductive Health 2014, 11 (supl 1): 52
8. Herrera JA, Hurtado H, Cáceres D. Antepartum biopsychosocial risk and perinatal outcome. Fam Pract Res J 1992;12: 391-399.
9. Herrera JA, Alvarado JP, Restrepo W. Riesgo biopsicosocial prenatal y preeclampsia. Atenc. Primaria 1995; 16: 552-555.