

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
PARA EL
CONTROL PRENATAL
APLICADA EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: SS-314-16

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright **Secretaría de Salud**, “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada en el primer nivel de atención**. Resumen de evidencias y recomendaciones. Guía de práctica clínica de enfermería. México, Secretaría de Salud. CENETEC 2016. [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html#>

Esta guía puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

CIE- 10:

Z34 SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL
Z34.0 SUPERVISIÓN DEL PRIMER EMBARAZO NORMAL
Z34.8 SUPERVISIÓN DE OTROS EMBARAZOS NORMALES
Z34.9 SUPERVISIÓN DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO
Z35.5 SUPERVISIÓN DE PRIMIGESTA AÑOSA
Z35.6 SUPERVISIÓN DE PRIMIGESTA MUY JOVEN

**GPC: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL CONTROL
PRENATAL APLICADA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2016

COORDINACIÓN				
L.E.O. Yeni Martínez Hernández		Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga	Integrante de la Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería	
AUTORÍA				
L.E. Sergio López Rodríguez	Maestría en Alta Dirección	Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga	Adscrito a la Consejería de Neumología	
L.E.O. Gloria Bruno Carrasco.	Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública	Hospital Juárez de México	Adscrita a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Asociación Mexicana de Enfermedades e Infecciones Nosocomiales
L.E.O. Maria de Lourdes Jasso Loperena		Hospital Juárez de México	Supervisora de Enfermería	
L.E.O. María Elena Domínguez Martínez	Especialista en Enfermería del Adulto en Estado Crítico. Maestría en Enfermería	Hospital General Dr. Manuel Gea González	Supervisora de Enfermería	Asociación Mexicana de Enfermeras Especializadas en Medicina Crítica y Terapia Intensiva
L.E. Gerardo Campuzano Lujano	Maestría en Educación	Hospital de la Mujer	Coordinación de Calidad e Investigación de Enfermería	
E.E.P. Paula Guadalupe Rodríguez León	Especialista Perinatal	Hospital de la Mujer	Adscrita al servicio de Embarazo de Alto Riesgo	
VALIDACIÓN				
Protocolo de Búsqueda				
Lic. Fabiola Terrazas Guzmán	Licenciatura en Ciencias de la Información. Maestra en Bibliotecología y Ciencias de la Información	Universidad Autónoma de Chihuahua	Jefa de la Unidad de Servicios Bibliotecarios. Coordinación General del Sistema Universitario de Bibliotecas Académicas	
Guía de Práctica Clínica				
Lic. Dallany Trinidad Tun González	Licenciatura en Enfermería. Maestría en Ciencias de Enfermería	Universidad Autónoma de Yucatán Facultad de Enfermería	Secretaría Académica Profesor de Carrera	

ÍNDICE

1.	Clasificación	5
2.	Preguntas a Responder	6
3.	Aspectos Generales.....	7
3.1.	Justificación	7
3.2.	Objetivo	9
3.3.	Definición.....	10
4.	Evidencias y Recomendaciones	11
4.1.	Factores de riesgo que predisponen complicaciones en el embarazo.....	12
4.2.	Intervenciones de Enfermería para el control prenatal	15
4.3.	Prevención de factores de riesgo de complicación en el embarazo.....	23
4.4.	Intervenciones para la promoción de la salud del binomio madre e hijo	24
5.	Anexos	29
5.1.	Protocolo de Búsqueda.....	29
5.1.1.	<i>Estrategia de búsqueda</i>	30
5.1.1.1.	Primera Etapa	30
5.1.1.2.	Segunda Etapa	32
5.1.1.3.	Tercera Etapa.....	32
5.1.1.4.	Cuarta Etapa.....	32
5.2.	Escalas de Gradación	33
5.3.	Cuadros o figuras.....	35
5.4.	Diagramas de Flujo.....	36
5.5.	Listado de Recursos	37
5.5.1.	<i>Tabla de Medicamentos</i>	37
5.6.	Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica de Enfermería	43
5.7.	Plan de cuidados de enfermería.....	45
6.	Glosario	55
7.	Bibliografía.....	56
8.	Agradecimientos	59
9.	Comité Académico	60
10.	Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador.....	61
11.	Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	62

1. CLASIFICACIÓN

CATÁLOGO MAESTRO: SS-314-16

Profesionales de la salud	1.5.1. Licenciatura en Enfermería, Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, Maestría en Enfermería,
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: Z34 Supervisión de embarazo normal Z34.0 Supervisión del primer embarazo normal Z34.8 Supervisión de otros embarazos normales Z34.9 Supervisión de embarazo normal no especificado Z35.5 Supervisión de primigesta añosa Z35.6 Supervisión de primigesta muy joven
Categoría de GPC	3.1.1. Primer nivel de atención
Usuarios potenciales	Personal de salud: enfermeras generales, enfermeras especializadas, médicos especialistas, médicos generales, médicos familiares, trabajadores sociales, estudiantes de pre y post grado y usuarios.
Tipo de organización desarrolladora	6.3. Dependencias de gobierno federal. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga Hospital Juárez de México Hospital General Dr. Manuel Gea González Hospital de la Mujer
Población blanco	Mujeres en edad reproductiva, mujeres embarazadas.
Fuente de financiamiento / Patrocinador	6.3. Dependencias de gobierno federal. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga Hospital Juárez de México Hospital General Dr. Manuel Gea González Hospital de la Mujer
Intervenciones y actividades consideradas	Prevención de complicaciones en el primer nivel de atención durante el embarazo. Detectar oportunamente factores de riesgo que contribuyan a la presencia de complicaciones durante el embarazo. Intervenir oportunamente en el primer nivel de atención durante atención prenatal.
Impacto esperado en salud	Disminución de la morbilidad y mortalidad materna. Prevención y disminución de complicaciones perinatales.
Metodología¹	Adopción o elaboración de la Guía de Práctica Clínica: de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
Método de integración	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 31 Guías seleccionadas: 2 Revisiones sistemáticas: 12 Ensayos clínicos aleatorizados: 1 Estudio de casos y controles: 2 Estudios de cohorte: 2 Estudios transversal: 1 Estudio retrospectivo: 1 Otras fuentes seleccionadas: 10
Método de validación	Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: MBCI. Fabiola Terrazas Guzmán. Universidad Autónoma de Chihuahua. Validación de la guía: MCE. Dallyn Trinidad Tun González. Universidad Autónoma de Yucatán.
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Actualización	Fecha de publicación: Guía es aprobada por el CNGPC 03/11/2016 Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

¹Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC-Salud a través de su portal <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Qué factores de riesgo predisponen complicaciones en el embarazo?
2. ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para el control prenatal?
3. ¿Cuáles son las medidas preventivas que debe conocer la embarazada y/o familiar para disminuir factores de riesgo que compliquen el embarazo?
4. ¿Cuales son las intervenciones de enfermería para la promoción de la salud del binomio madre e hijo en el periodo prenatal?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1. Justificación

La muerte materna constituye un grave problema de salud pública, derechos humanos, desarrollo social, equidad de género y justicia social, por lo que es un indicador significativo de la calidad de los servicios de salud y de la equidad en el acceso y la prestación de éstos. A nivel mundial se registró una notable reducción del número de muertes maternas de 543 000 en 1990 hasta aproximadamente 287 000 en 2010, con una tasa mundial de descenso de la razón de mortalidad materna del 3,1% anual durante ese periodo. La razón de mortalidad materna (RMM) ha disminuido en las seis regiones de la OMS a ritmos diferentes (CONEVAL, 2010)

Es importante señalar que México tiene una RMM diecisiete veces mayor a la de países como Suecia o tres veces mayor a la de naciones similares, como Chile. En el país hay inequidades considerables; los municipios con población indígena (setenta por ciento o más de hablantes de lengua indígena) tienen una RMM hasta tres veces mayor que aquellos municipios sin población indígena, y las mujeres que mueren en el Instituto Mexicano del Seguro Social presentan una RMM siete veces menor que la de las que no cuentan con seguridad social. (CONEVAL, 2010) La proporción de mujeres que recibieron atención prenatal una vez durante el embarazo fue del 81% a lo largo del periodo 2005-2012, si se considera el mínimo recomendado por la OMS, que es de cuatro consultas, cayó hasta aproximadamente el 55%. En México la cobertura de atención prenatal entre 2005 y 2012 fue de 96 % en al menos una consulta y no hay datos de cobertura en cuatro consultas (Estadísticas Sanitarias Mundiales OMS, 2013). Como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, México se comprometió a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, lo que significa que para 2015 la RMM disminuya a 22 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos estimados. A pesar de los esfuerzos México no ha podido disminuir de manera consistente las muertes maternas desde 2002 (CONEVAL, 2010)

La muerte materna en México se presenta en las zonas metropolitanas o ciudades medias, el 60% de estas muertes ocurre en mujeres de 20 a 34 años, más del 90% tuvieron atención prenatal, en hospitales públicos y por causas prevenibles, asociadas con la mala calidad de la atención. Sin embargo, se observa un cambio importante en las causas de defunción materna, en años anteriores, las primeras causas de muerte materna correspondían a la enfermedad hipertensiva del embarazo, la hemorragia, la infección puerperal, el aborto y otras causas. Del 2011 al 2012 se modificaron las causas de muerte materna y actualmente se ha incrementado el porcentaje de las causas obstétricas indirectas como fue la influenza en 2009 (Programa de Acción Especifico Salud Materna y Perinatal 2013-2018)

Cada día fallecen mujeres mexicanas que se encuentran cursando un embarazo, lo que se convierte en una tragedia al poner en peligro la vida de la mujer y de los recién nacidos. No conforme con este riesgo inminente que con el conocimiento actual puede en la mayoría de los casos controlarse y prevenirse, no ha sido posible lograrlo en las dimensiones esperadas. Es motivo de reflexión el ordenar las estrategias y cambiar la actitud de todos y todas las personas involucradas en el cuidado de la salud, para lograr una gran alianza nacional y acelerar la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal. (Programa de Acción Especifico Salud Materna y Perinatal 2013-2018)

El Programa de Acción Específica de Salud Materna y Perinatal plantea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, su efectividad, el seguimiento y la rendición de cuentas y lograr que se disminuyan los rezagos en salud que afecta a la población (Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018)

Por lo antes mencionado y para contribuir en el cumplimiento de los objetivos y metas programadas es necesario generar esta Guía de Práctica Clínica de Enfermería dado a que una de las líneas de acción es contribuir a mejorar calidad y seguridad en la atención, en base a evidencias científicas y mejores prácticas, eliminando intervenciones nocivas e innecesarias.

3.2. Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada en el primer nivel de atención** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- **Contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materno infantil.**
- **Contribuir a la disminución de la incidencia de complicaciones durante el embarazo en el primer nivel de atención.**
- **Establecer recomendaciones de enfermería para el control prenatal en el primer nivel de atención.**

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3. Definición

Control prenatal: Es un conjunto de acciones que involucra, una serie de visitas de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza. (Cáceres-Manrique, 2009)

Embarazo Normal: Es el estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación y termina con el parto y nacimiento del producto a término. (GPC control prenatal con enfoque de riesgo, 2009)

Embarazo saludable: Es el embarazo sin factores de riesgo, libre de complicaciones y que con una adecuada vigilancia prenatal, logra un estado de bienestar biológico, psicológico y social para la gestante y para el producto de la concepción. (NOM-007-SSA2-2010)

Atención prenatal, a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido, acciones que se deberán registrar en el expediente clínico. (NOM-007-SSA2-2010)

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y/o Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **Shekelle y colaboradores**

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:



En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de "BRADEN" tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	la Shekelle <i>Matheson S, 2007</i>

4.1. Factores de riesgo que predisponen a complicaciones en el embarazo

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	Una revisión sistemática menciona que los factores de riesgo para la preeclampsia son: las dislipidemias, la obesidad y la diabetes.	Ia Shekelle <i>Aune D, 2014</i>
R	El profesional de enfermería deberá realizar la detección oportuna de antecedentes como dislipidemias, obesidad y diabetes, desde el primer contacto con la embarazada	A Shekelle <i>Aune D, 2014</i>
E	Se ha demostrado que el embarazo en las adolescentes es uno de los principales problemas de salud pública en los países en desarrollo.	Ia Shekelle <i>Chandra, 2013</i>
R	El personal de enfermería deberá promover programas para el control y dar seguimiento del embarazo en adolescentes.	A Shekelle <i>Chandra, 2013</i>
E	La falta de información es una barrera importante para la búsqueda de servicios, por lo que es trascendental difundir donde obtener información precisa sobre los riesgos y atención especializada en caso de emergencia para la madre adolescente y feto.	Ia Shekelle <i>Chandra, 2013</i>
R	Establecer consejerías de enfermería para difundir programas a embarazadas adolescentes sobre los factores de riesgo y atención especializada en caso de emergencia para la madre adolescente y feto	A Shekelle <i>Chandra, 2013</i>
E	Un estudio transversal realizado en parteras de Australia mostró que los productos de embarazadas obesas presentan mayor riesgo de defectos del tubo neural, productos pequeños para la edad gestacional, productos pos término y parto prematuro.	III Shekelle <i>Biro, 2013</i>
R	El profesional de enfermería orientará a mujeres embarazadas obesas sobre los riesgos y consecuencias en el embarazo.	C Shekelle <i>Biro, 2013</i>

	<p>La presencia de una placenta anormalmente inserta se relaciona con el incremento de la morbilidad materna, uno de los factores de riesgo es el antecedente de una cirugía uterina previa. El diagnóstico prenatal es posible en dos tercios de los casos, donde se presenta requiere cirugía de emergencia y transfusiones masivas.</p>	<p>III Shekelle <i>Chantraine, 2013</i></p>
	<p>El profesional de enfermería deberá realizar una valoración exhaustiva para identificar factores de riesgo y complicaciones en el embarazo como la presencia de una placenta anormalmente inserta.</p>	<p>C Shekelle <i>Chantraine, 2013</i></p>
	<p>Una revisión sistemática menciona que los factores como la edad, el origen étnico, anomalías uterinas, nivel socioeconómico, el consumo de sustancias, la nutrición, las complicaciones del embarazo actual, periodos intergenesicos cortos, adolescentes menores de 15 años y mujeres mayores de 45 años, representan mayor riesgo de parto prematuro.</p>	<p>Ia Shekelle <i>Cypher RL, 2012</i></p>
	<p>El profesional de enfermería deberá detectar factores de riesgo como: la edad, origen étnico, anomalías uterinas, nivel socioeconómico, consumo de sustancias, la nutrición, las complicaciones del embarazo actual, periodos intergenesicos cortos, adolescentes menores de 15 años y mujeres mayores de 45 años.</p>	<p>A Shekelle <i>Cypher RL, 2012</i></p>
	<p>Fumar durante el embarazo puede producir complicaciones para la madre, tales como la ruptura prematura de membranas y placenta previa, y para el feto prematuridad y bajo peso al nacer.</p>	<p>Ia Shekelle <i>Albrecht, 2011</i></p>
	<p>En una revisión sistemática menciona que el consumo de tabaco durante el embarazo se relaciona con una amplia gama de resultados adversos, incluyendo la restricción del crecimiento intrauterino, desprendimiento de la placenta, placenta previa, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer, y el aumento de las tasas de mortalidad perinatal y neonatal. El consumo de tabaco se asocia con 5% a 8% de los partos prematuros.</p>	<p>Ia Shekelle <i>Cypher RL, 2012</i></p>
	<p>El profesional de enfermería deberá informar a las embarazadas sobre los efectos en el neonato del consumo de tabaco, como: restricción del crecimiento intrauterino, desprendimiento de la placenta, placenta previa, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer, y el aumento de las</p>	<p>A Shekelle <i>Cypher RL, 2012</i> <i>Albrecht, 2011</i></p>

	tasas de mortalidad perinatal y neonatal y parto prematuro.	
E	El consumo del alcohol durante el embarazo se ha relacionado con numerosas consecuencias adversas para la salud y desarrollo del feto incluyendo la restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, problemas de aprendizaje, problemas de conducta y síndrome de alcoholismo fetal.	III Shekelle <i>Skagerström J, 2011</i>
R	El profesional de enfermería deberá identificar a mujeres que consuman alcohol durante el embarazo, en cantidad y frecuencia, e informar sobre los efectos en el feto, como: bajo peso al nacer, problemas de aprendizaje, problemas de conducta y síndrome de alcoholismo fetal	C Shekelle <i>Skagerström J, 2011</i>
E	Las mujeres embarazadas pertenecientes a grupos desfavorecidos son más vulnerables a complicaciones como: parto prematuro, aumento de la mortalidad fetal y neonatal y muerte materna debido a la falta de información y recursos.	Ia Shekelle <i>Shah PS, 2011</i>
R	Los profesionales de la salud deben considerar el diseño de programas de promoción a la salud de la mujer embarazada enfocados a grupos vulnerables.	A Shekelle <i>Shah PS, 2011</i>
E	De acuerdo con un panel de expertos sobre salud reproductiva en adolescentes embarazadas con Diabetes tipo 2 (DT2) publicado por el Instituto Nacional de Salud (NIH) menciona que se debe considerar el cambio de hipoglucemiantes orales a insulina para el control de la glucosa y así evitar efectos teratogénicos en el feto.	IV Shekelle <i>Downs JS, 2010</i>
R	El personal de enfermería dará el asesoramiento sobre la importancia del cambio de tratamiento (hipoglucemiantes orales a insulina) durante el embarazo y la lactancia, en embarazadas con Diabetes tipo 2 (DT2)	D Shekelle <i>Downs JS, 2010</i>
E	Una revisión en países de Europa y Estados Unidos mostró que la tromboembolia venosa relacionada con el embarazo es consistente con una tasa de 0.5 a 2% por cada 1000 embarazos, predominando la trombosis venosa profunda íleo femoral en cualquier trimestre del embarazo, por lo tanto la profilaxis debe iniciarse de manera temprana en mujeres con antecedentes de tromboembolia.	Iib Shekelle <i>Chan N, 2011</i>

	<p>El profesional de salud recomendará la profilaxis temprana cuando la paciente embarazada refiera antecedentes de tromboembolia venosa y asesorará la adherencia al tratamiento anticoagulante, previa prescripción médica (tabla 1)</p>	<p>B Shekelle <i>Chan N, 2011</i></p>
	<p>En un estudio de cohorte se menciona que los factores de riesgo para Hepatitis C son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usuarios de drogas inyectables. • Pacientes con tratamiento de hemodiálisis. • Mujeres con alteraciones hepáticas. • Los receptores de hemoderivados u órganos sólidos antes de 1996. • Las presas de los establecimientos penitenciarios. • Las personas VIH-positivas. • Las personas con tatuajes (especialmente realizados en las cárceles). 	<p>IIb Shekelle <i>Blasig A, 2011</i></p>
	<p>El personal de enfermería deberá identificar factores de riesgo de Hepatitis C, durante el primer contacto con la mujer embarazada e informar al área correspondiente. Los factores son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usuarios de drogas inyectables. • Pacientes con tratamiento de hemodiálisis. • Mujeres con alteraciones hepáticas. • Los receptores de hemoderivados u órganos sólidos antes de 1996. • Las presas de los establecimientos penitenciarios. • Las personas VIH-positivas. <p>Las personas con tatuajes (especialmente realizados en las cárceles).</p>	<p>B Shekelle <i>Blasig A, 2011</i></p>

4.2. Intervenciones de enfermería para el control prenatal.

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>Un Ensayo Clínico Aleatorio mostró que llevar un programa de control prenatal donde aumenten el número de consultas, disminuye el riesgo de parto prematuro y el bajo peso al nacer e incrementa el apego inmediato a la lactancia materna.</p>	<p>Ia Shekelle <i>Allen J, 2011</i></p>

	<p>El personal de Enfermería deberá implementar programas de control prenatal para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la asistencia a mayor número de consultas prenatales. • Detectar el riesgo de parto prematuro o de productos de bajo peso al nacer • Fomentar el apego inmediato a la lactancia materna 	<p>A Shekelle <i>Allen J, 2011</i></p>
	<p>Una revisión sistemática mostró que el modelo de atención prenatal en el embarazo normal a cargo de parteras especializadas, con el apoyo de obstetras que realicen valoración del riesgos de las semanas 12 a 16, 28 a 36 ha mostrado diversos beneficios como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor porcentaje de hospitalización, de analgesia epidural, episiotomía y parto instrumentado. • Un mayor porcentaje de parto vaginal, mayor autocontrol del trabajo de parto y parto e inicio temprano de lactancia materna. • Menor porcentaje de pérdidas fetales previas a la semana 24 de gestación y menor tiempo de hospitalización de los neonatos. 	<p>1+ SING <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i></p>
	<p>Promover los beneficios de la atención en el embarazo normal, de modelos de control prenatal dirigidos por enfermería capacitados o con especialización en cuidado materno perinatal, como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parto vaginal, • Autocontrol del trabajo de parto y parto • Inicio temprano de lactancia materna • Menor posibilidad de hospitalización, de analgesia epidural, episiotomía y parto instrumentado • Menor porcentaje de pérdidas fetales previas a la semana 24 de gestación y • Menor tiempo de hospitalización de neonatos. 	<p>A SING <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i></p>
	<p>Recomendar la valoración por el gineco-obstetra en la semana 12-16, 28-30 y las semanas 34-36 para una nueva valoración de riesgo.</p>	<p>A Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i></p>
	<p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) de Reino Unido, consensan que la primera visita debe durar el equivalente a dos citas normales (entre 30 y 40 minutos), para las siguientes visitas una</p>	<p>4 Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early</i></p>

	duración aproximada de 20 minutos, y en aquellas embarazadas que comienzan tardíamente el control prenatal (después de la semana 32) se debe asignar más tiempo que una primera visita regular.	<i>Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i>
R	Realizar primera consulta de control prenatal en el primer trimestre, de embarazo idealmente antes de la semana 10 de gestación, con duración de 30 y 40 minutos y las subsecuentes de 20 minutos. En embarazadas que comienzan tardíamente el control prenatal después de la semana 32 se debe asignar más tiempo que en una primera visita regular.	D Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i>
E	El modelo de control prenatal con un número estándar de visitas en comparación con un número reducido de consultas no muestra diferencia significativa en la morbilidad y mortalidad perinatal. Sin embargo en países de bajo y mediano ingreso la mortalidad perinatal muestra ser significativamente más alta cuando hay un número reducido de consultas.	1++ Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i>
R	Se recomienda que durante el control prenatal en embarazadas de curso normal las nulíparas cumplan con un programa de 10 citas y para multíparas un programa de 7 citas.	B Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i>
E	Las mujeres obesas (IMC > 29,0 kg/m ²) muestran 2,5 veces más riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos del embarazo y 2,7 veces más para desarrollar preeclampsia, comparado con las mujeres con IMC entre 19,8 y 26,0 kg/m ² . De igual manera, las mujeres con ganancia excesiva de peso durante el embarazo muestran un riesgo mayor de desarrollar trastornos hipertensivos del embarazo y preeclampsia, comparado con las mujeres que tienen ganancias de peso dentro de los rangos normales.	2++ Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i>
R	Se recomienda registrar el índice de masa corporal (IMC) de la gestante en la primera cita del control prenatal (alrededor de la semana 10) y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación de acuerdo con los siguientes parámetros: <ul style="list-style-type: none"> • 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 	B Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i>

	<p>Una revisión sistemática ha destacado que tener el dominio del conocimiento sobre el control del peso, de las creencias sobre las consecuencias, del contexto ambiental y de los recursos, son los determinantes identificadas como barreras para el control del peso.</p>	<p>Ia Shekelle <i>Heslehurst N, 2014</i></p>
	<p>Orientación a la embarazada sobre la importancia de medidas preventivas y el control del peso durante el periodo prenatal.</p>	<p>A Shekelle <i>Heslehurst N, 2014</i></p>
	<p>Un estudio transversal realizado en parteras de Australia proponen para mujeres embarazadas obesas control dietético, actividad física regular, el ultrasonido del primer trimestre, recomendar un rango específico de la ganancia de peso, discutir los riesgos perinatales, la planificación de obtener un anestésico para el momento del parto, la preparación de la atención durante el embarazo, solicitud de pruebas de tolerancia a la glucosa y la referencia a un obstetra.</p>	<p>III Shekelle <i>Biro MA, 2013</i></p>
	<p>El profesional de enfermería llevará el control de la mujer embarazada con obesidad, sobre los cuidados orientados a la ingesta dietética, manejo de la glucosa, actividad física, control de peso, y signos de alarma y colaborará con el equipo multidisciplinario para la realización del ultrasonido y programación para la atención del parto.</p>	<p>C Shekelle <i>Biro MA, 2013</i></p>
	<p>Una revisión sistemática de estudios de cohorte y casos y controles encontró que la escasa ganancia de peso en el control prenatal se ha relacionado con la presencia de bajo peso al nacer.</p>	<p>2++ Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i></p>
	<p>Monitorear la ganancia de peso en cada uno de los controles prenatales; inadecuada ganancia a las 28 semanas debe continuar su control a cargo de un equipo multidisciplinario especializado.</p>	<p>B Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i></p>
	<p>La preeclampsia es una causa importante de fracaso multiorgánico y muerte materna, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y aumento de la mortalidad perinatal; se estima que afecta a un 3% a 5% de las mujeres embarazadas en el mundo.</p>	<p>Ia Shekelle <i>Aune D, 2014</i></p>

	<p>El profesional de enfermería realizará la valoración de la presión arterial en cada una de las consultas prenatales para detección oportuna de hipertensión durante el embarazo y referir al área correspondiente</p>	<p>A Shekelle Aune D, 2014</p>
	<p>Medir la presión arterial tal como se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quite la ropa apretada, asegúrese que el brazo está relajado y con apoyo a nivel del corazón. • Use un manguito de tamaño apropiado. • Infle el brazalete hasta 20-30 mm/Hg por encima de la presión arterial sistólica palpada. • La columna debe bajar lentamente a razón de 2 mm/Hg por segundo por latido. • Mida la presión arterial diastólica hasta la desaparición de los sonidos. 	<p>Punto de buena práctica <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i></p>
	<p>Una revisión sistemática que incluyó 28 estudios de cohorte y 3 de casos y controles mostró que la capacidad diagnóstica de la presión arterial tomada durante el embarazo para detección oportuna de preeclampsia.</p>	<p>1 Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i></p>
	<p>Se recomienda la medición y el registro de la presión arterial en todas las consultas de control prenatal por su capacidad para predecir la preeclampsia</p>	<p>B Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i></p>
	<p>La preeclampsia se caracteriza por hipertensión (presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg) y la proteinuria en la segunda mitad del embarazo.</p>	<p>1a Shekelle Aune D, 2014</p>
	<p>El profesional de enfermería realizará la búsqueda intencionada de proteinuria principalmente durante la segunda mitad del embarazo e informará al área correspondiente</p>	<p>A Shekelle Aune D, 2014</p>
	<p>Dos revisiones sistemáticas evaluaron diversas intervenciones para el control de las náuseas, los vómitos y las arcadas en las mujeres de hasta 20 semanas de gestación. El jengibre y los antihistamínicos son los que han mostrado beneficios más consistentes al ser comparados con un placebo. El jengibre muestra mejores resultados tras siete días de ingesta que a los cuatro días. Los antihistamínicos antagonistas H1 como buclizina, dimenhidrinato,</p>	<p>1+ Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i></p>

	hidroxizina o meclozina han mostrado reducir las náuseas hasta en 94% de los casos.	
	Sugerir para la reducción de la náusea y el vómito consumir jengibre, o antihistamínicos (buclizina, dimenhidrinato, hidroxizina o meclozina) previa prescripción médica.	B Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i>
	Se recomienda que las mujeres reciban información acerca de los aspectos relacionados con la náusea y el vómito así como de la utilización de los medicamentos prescritos.	Punto de buena práctica <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i>
	Dos ensayos clínicos controlados señalan que el uso de antiácidos ha mostrado reducir la acidez estomacal y la epigastralgia en la primera hora después de consumirlo hasta en 80% de los casos. El alginato y el trisilicato de magnesio han mostrado efectos similares (alginato 82%, magnesio 76%).	1+ Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i>
	Recomendar en las embarazadas el uso antiácidos (alginato y el trisilicato de magnesio) para reducir la acidez estomacal y la epigastralgia	C Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i>
	Una revisión sistemática de dos ensayos clínicos controlados encontró que el uso de 10 mg diarios de fibra ha mostrado incrementar la frecuencia de la defecación y produce heces más blandas. Los laxantes pueden ofrecer beneficio cuando el malestar no se reduce con los suplementos de fibra. Los laxantes estimulantes pueden ser más efectivos que los laxantes de volumen; sin embargo, pueden producir dolor abdominal y diarrea.	1+ Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i>
	Recomendar a las mujeres que presentan estreñimiento en el embarazo consumir una dieta rica en fibra. Si no se obtiene mejoría se sugiere el uso de laxantes, considerando sus posibles efectos secundarios.	A Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i>
	Programar la atención del parto a las mujeres y familia proporcionando información de que un nacimiento sin tecnología, es seguro y factible	III Shekelle <i>Miller S, 2012</i>

	<p>El equipo de salud deberá proporcionar información relacionada a las ventajas de los partos sin tecnologías.</p>	<p>C Shekelle <i>Miller S, 2012</i></p>
	<p>Hidrocloruro de bupropión y la vareniclina son medicaciones de categoría “C” que pueden ser utilizados durante el embarazo para dejar de fumar. El uso de estos medicamentos por la embarazada puede justificarse si el beneficio potencial supera el riesgo potencial para el feto. Hidrocloruro de bupropión 150 mg al día durante 3 días y se aumentó a 150 mg dos veces al día durante 7 a 12 semanas. El mantenimiento continuo con 300 mg al día puede ser considerado para un máximo de 6 meses si el tratamiento no ha tenido éxito. No se recomienda su uso de manera rutinaria.</p>	<p>la Shekelle <i>Cypher RL, 2012</i></p>
	<p>El personal de enfermería orientara a la mujer embarazada en el uso de medicamentos para dejar de fumar, previa prescripción médica, como: Hidrocloruro de bupropión 150 mg al día durante 3 días y se aumentó a 150 mg dos veces al día durante 7 a 12 semanas. El mantenimiento continuo con 300 mg al día puede ser considerado para un máximo de 6 meses si el tratamiento no ha tenido éxito.</p>	<p>A Shekelle <i>Cypher RL, 2012</i></p>
	<p>La bacteriuria asintomática es la colonización bacteriana persistente de las vías urinarias, en la ausencia de signos o síntomas específicos, tales como disuria. La bacteriuria asintomática ocurre en un 2% a 7% de todas las mujeres embarazadas. Sin tratamiento, la bacteriuria asintomática en el embarazo puede progresar a pielonefritis, que se ha relacionado con el 5% de los casos de parto prematuro.</p>	<p>la Shekelle <i>Cypher RL, 2012</i></p>
	<p>El profesional de enfermería deberá informar a las mujeres embarazadas durante el control prenatal la importancia de realizarse un urocultivo y biometría hemática para detectar infección de vías urinarias y/o anemia y evitar en su caso un parto prematuro.</p>	<p>A Shekelle <i>Cypher RL, 2012</i></p>
	<p>Escherichia coli se asocia con 70% a 90% de los cultivos de orina positivas para bacteriuria asintomática. El tratamiento de la bacteriuria asintomática con un recuentos de colonias de orina de más de 100 000 bacterias / ml reduce eficazmente la incidencia de parto prematuro hasta en un 40%.</p>	<p>la Shekelle <i>Cypher RL, 2012</i></p>

	<p>El personal de enfermería ministrará u orientará a la mujer embarazada, sobre el tratamiento antibiótico y sus efectos previa prescripción médica, de la: nitrofurantoína, amoxicilina, cefalexina por un curso corto 3-7 días o de 7 a 10 días de antibióticos de acuerdo al cultivo.</p>	<p>A Shekelle <i>Cypher RL, 2012</i></p>
	<p>EL embarazo en adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 1 y la hiperglucemia es perjudicial tanto para la madre como para el feto. El cuidado del embarazo y un control de glucemia al inicio del embarazo se asocian a una reducción significativa en las malformaciones, muerte fetal, muerte neonatal y parto prematuro. El Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos recomiendan que el control obstétrico de la adolescente embarazada con Diabetes Mellitus tipo 1 se debe realiza en una unidad obstétrica de alto riesgo.</p>	<p>III Shekelle <i>Codner E, 2012</i></p>
	<p>El profesional de la salud referirá a la paciente adolescente embarazada con Diabetes Mellitus tipo1 a un segundo nivel de atención para el control prenatal.</p>	<p>C Shekelle <i>Codner E, 2012</i></p>
	<p>La prueba de orina es de bajo costo y puede conducir a la detección de preeclampsia, diabetes e infección del tracto urinario.</p>	<p>III Shekelle <i>Siddique J, 2010</i></p>
	<p>El personal de enfermería colaborará con el equipo multidisciplinario para la toma e interpretación de resultados de la prueba de orina en busca de datos de preeclampsia, diabetes, e infección del tracto urinario.</p>	<p>C Shekelle <i>Siddique J, 2010</i></p>
	<p>Se debe indicar una ecografía temprana entre 10-13.6 semanas para determinar la edad gestacional y detectar embarazos múltiples. Esto garantizará la coherencia de la evaluación de la edad gestacional y reducir la incidencia de la inducción del trabajo de parto para el embarazo prolongado.</p>	<p>1 ++ <i>Ponderación de acuerdo con un esquema de Clasificación (Esquema Dado), NICE 2011</i></p>
	<p>Se recomienda a las mujeres una ecografía temprana entre 10-13.6 semanas para determinar la edad gestacional y detectar embarazos múltiples.</p>	<p>A <i>Ponderación De acuerdo con un esquema de Clasificación (Esquema Dado), NICE 2011</i></p>

4.3. Medidas preventivas para disminuir factores de riesgo de complicación en el embarazo.

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	Una revisión sistemática menciona que el aumento de los niveles de actividad física antes del embarazo y durante el embarazo temprano reduce el riesgo de desarrollar preeclampsia del 20- 35%.	Ia Shekelle <i>Aune D, 2014</i>
R	El personal de enfermería recomendará la actividad física antes y durante el embarazo de no haber contraindicación reduce el riesgo de desarrollar preeclampsia.	A Shekelle <i>Aune D, 2014</i>
E	El éxito de las intervenciones para dejar de fumar depende de la detección y el conocimiento del consumo de tabaco, este valorado cuando la mujer se presenta a la primera visita prenatal.	Ia Shekelle <i>Cypher RL. 2012</i>
R	El personal de enfermería proporcionará orientación y materiales educativos escritos sobre los riesgos del tabaco durante el embarazo en cada visita prenatal.	A Shekelle <i>Cypher RL. 2012</i>
E	La Terapia Cognitivo Conductual es una técnica de modificación del comportamiento que se utiliza para ayudar a las mujeres a dejar de fumar.	Ia Shekelle <i>Albrecht S, 2011</i>
R	El personal de salud recomendara a las mujeres embarazadas que requieren dejar de fumar durante el embarazo la terapia cognitivo conductual en conjunto con el tratamiento farmacológico.	A Shekelle <i>Albrecht S, 2011</i>
E	Los programa para Prevenir la Transmisión Materno-infantil (PTMI) de VIH incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la participación masculina en el programa. • Aumentar la incorporación del recién nacido al programa • Aumentar la utilización de barreras sexuales y reducir la transmisión de VIH durante el embarazo. • Repetir la prueba de VIH en la 32 SDG o detectar aquellos que se han convertido en seropositivo durante el embarazo. 	Ib Shekelle, <i>Peltzer K. 2011</i>

	<p>Implementar el programa para Prevenir la Transmisión Materno-infantil (PTMI) de VIH incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la participación masculina en el programa. • Aumentar la incorporación del recién nacido al programa. • Aumentar la utilización de barreras sexuales y reducir la transmisión de VIH durante el embarazo. • Repetir la prueba de VIH en la 32 SDG o detectar aquellos que se han convertido en seropositivo durante el embarazo. <p>Como estrategias se recomienda utilizar material visual, auditivo y experiencial.</p>	<p>B Shekelle, <i>Peltzer K. 2011</i></p>
---	---	---

4.4. Intervenciones para la promoción de la salud del binomio madre e hijo

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>La información que se proporciona a las mujeres embarazadas con necesidades adicionales, tales como discapacidades físicas, sensoriales o de aprendizaje, y para la mujeres embarazadas que no hablan español o no leen, deberá ser fácil de entender y accesible.</p>	<p>1 ++ <i>Ponderación De acuerdo con un esquema de Clasificación (Esquema Dado), NICE 2011</i></p>
 <p>El profesional de la salud deberá proporcionar información accesible a las mujeres embarazadas con necesidades adicionales como: discapacidades físicas, sensoriales o de aprendizaje y a mujeres que no hablen español.</p>	<p>A <i>Ponderación De acuerdo con un esquema de Clasificación (Esquema Dado), NICE 2011</i></p>
 <p>Los beneficios del consumo del pescado están relacionados con la presencia de 2 ácidos grasos omega-3 de cadena larga, ácido docosahexaenoico (DHA) y ácido eicosapenteenoico (EPA). El ácido docosahexaenoico (DHA) se incorpora en los tejidos del cerebro y de la retina durante el desarrollo fetal y en el cerebro humano en desarrollo durante los primeros dos años de vida.</p>	<p>Ia Shekelle <i>Abelsonhn A. 2011</i></p>
 <p>Estudios recientes de Estados Unidos y el Reino Unido han demostrado que cuando las madres comen pescado durante más de 2 comidas por semana existen efectos beneficiosos sobre el desarrollo cognitivo de los niños.</p>	<p>Ia Shekelle <i>Abelsonhn A. 2011</i></p>

	<p>El mercurio de la atmósfera se convierte a través de las bacterias en metilmercurio orgánico, este es tomado por los microorganismos como el plancton en agua. Al biomagnificarse, lo encontramos en los peces depredadores grandes y de larga vida, es decir en los peces que se encuentran en la parte superior de la cadena alimentaria acuática, incluyendo el atún, el tiburón, el pez espada, marlín, pez reloj anaranjado y escolar. Los niveles de mercurio también varían con la edad y el tamaño de los peces, la masa de agua de la que se originan, y hasta la temporada de captura.</p>	<p>Ia Shekelle <i>Abelsonhn A. 2011</i></p>
	<p>Asesorar a la embarazada sobre el consumo de al menos 2 porciones a la semana de pescado bajo en mercurio y gran cantidad en ácidos grasos omega-3, DHA y EPA, de las siguientes especies: salmón, arenque, sardinas, trucha alpina, caballa del atlántico y trucha arco iris, contienen poco mercurio.</p>	<p>A Shekelle <i>Abelsonhn A. 2011</i></p>
	<p>El personal de enfermería deberá orientar a la mujer embarazada y familia para que evite el consumo del tiburón, el pez espada, marlín, pez reloj anaranjado y escolar así como todos los peces que se encuentren en la parte superior de la cadena alimenticia acuática.</p>	<p>A Shekelle <i>Abelsonhn A. 2011</i></p>
	<p>El personal de enfermería deberá recomendar el consumo de las siguientes especies: salmón, el arenque, las sardinas, trucha alpina, la caballa del Atlántico y trucha arco iris, contienen poco mercurio y gran cantidad en ácidos grasos omega-3.</p>	<p>A Shekelle <i>Abelsonhn A. 2011</i></p>
	<p>Dos revisiones sistemáticas encontraron que el efecto protector de los suplementos de ácido fólico en la prevención de defectos del tubo neural es significativo. En países de bajos ingresos se estima que 29% de las muertes neonatales se deben a anomalías congénitas atribuidas a defectos del tubo neural. Si se asume que la fortificación con ácido fólico reduce los defectos del tubo neural pero no altera la severidad de los mismos, se estima que igualmente puede prevenir un 13% de muertes neonatales atribuidas a anomalías congénitas en países de bajos ingresos.</p>	<p>1++ Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i></p>

	<p>Recomendar desde la consulta preconcepcional y hasta la semana 12 de embarazo suplementos de 400 microgramos/día de ácido fólico para reducir el riesgo en el recién nacido de desarrollar defectos del tubo neural como: anencefalia o espina bífida.</p>	<p>A Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i></p>
	<p>Una revisión sistemática que incluyó 49 ECC concluyó que la suplementación universalmente aceptada de hierro (en promedio 60 mg de hierro elemental) solo o combinado con ácido fólico (500 mcg) se asocia con incremento en los niveles de hemoglobina antes y después del parto y reduce el riesgo de anemia. Estos efectos no difieren entre las mujeres que reciben suplencia intermitente o suplencia diaria. El uso de hierro solo o con ácido fólico se asocia con un mayor número de efectos secundarios como estreñimiento, náuseas, vómito o epigastralgia.</p>	<p>1++ Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i></p>
	<p>El personal de salud recomendará el uso de hierro en promedio 60 mg de hierro elemental solo o combinado con ácido fólico 500 mcg.</p>	<p>A Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i></p>
	<p>Dos revisiones sistemáticas de ECC reportaron que la suplementación con 1 g de calcio al día ha mostrado reducir el riesgo de hipertensión gestacional y el riesgo de desarrollar preeclampsia. También se ha visto una reducción del riesgo de parto pretérmino.</p>	<p>1++ Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i></p>
	<p>El personal de salud recomendará a la embarazada sobre la importancia de ingerir 1gr. de calcio al día para reducir el riesgo de hipertensión</p>	<p>A Sign <i>Clínical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i></p>
	<p>Un estudio de casos menciona que las pacientes con hipercolesterolemias (FH), con deseos de embarazarse, deberá dejar de tomar estatinas aproximadamente tres meses antes del embarazo, ya que esta medicación es absorbida sistemáticamente.</p>	<p>IV Shekelle <i>Kusters DM, 2010</i></p>

	<p>El profesional de enfermería deberá informar a las pacientes con hipercolesterolemia la importancia de suspender las estatinas aproximadamente 3 meses previos al embarazo.</p>	<p>D Shekelle <i>Kusters DM, 2010</i></p>
	<p>Un estudio de corte transversal evidenció que las mujeres que no usan cinturón de seguridad tienen mayor probabilidad de inicio del parto dentro de las 48 horas después de un accidente de tránsito. La muerte fetal estimada también ha mostrado ser mayor (0,5%) en las mujeres que no usan el cinturón de seguridad comparado con aquellas que sí lo usan.</p>	<p>2+ SING <i>Clinical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i></p>
	<p>Se recomienda informar a las mujeres embarazadas sobre la importancia y el uso correcto del cinturón de seguridad en la gestación.</p>	<p>B SING <i>Clinical Practice Guidelines For the Prevention and Early Detection of Pregnancy Disorders, 2013</i></p>
	<p>Una intervención educativa orientada a enseñar cuidados al recién nacido demostró que los neonatos deben ser colocados sobre su espalda para disminuir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.</p>	<p>III Shekelle <i>Ateah CA, 2013</i></p>
	<p>Se recomienda orientar a las futuras madres que la posición para dormir a sus bebés debe ser sobre su espalda (boca arriba).</p>	<p>C Shekelle <i>Ateah CA, 2013</i></p>
	<p>Un estudio describe la importancia de dar a conocer a los padres previamente el síndrome del bebé sacudido, (lesión grave o mortal que podría resultar de la agitación debido a la posibilidad de una lesión cerebral ya que los bebés tienen una cabeza de tamaño relativamente grande y los músculos del cuello débiles).</p>	<p>III Shekelle <i>Ateah CA, 2013</i></p>
	<p>Como parte integral de la orientación prenatal se debe enseñar a los padres primerizos la importancia de evitar lesiones a causa del síndrome del bebé sacudido.</p>	<p>C Shekelle <i>Ateah CA, 2013</i></p>
	<p>Un meta-análisis menciona que la depresión postparto afectará de un 5% a 13% de las mujeres en el primer año posterior al nacimiento, siendo la etapa de mayor riesgo durante las primeras 5 semanas.</p>	<p>Ia Shekelle <i>Clatworthy J, 2012</i></p>

	Los principales factores de riesgo son: depresión /ansiedad, antecedentes de depresión y falta de apoyo de la pareja.	
	El personal de enfermería deberá identificar los factores de riesgo para la depresión posparto y referir al área de salud mental.	A Shekelle <i>Clatworthy J, 2012</i>

5. ANEXOS

5.1. Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática **Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada en el primer nivel de atención**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **español, inglés y portugués**.
- Documentos publicados los últimos **5 años**.
- Documentos enfocados **a intervenciones de enfermería para el control prenatal**

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español, inglés y portugués.

5.1.1. Estrategia de búsqueda

5.1.1.1. Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema **Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada en el primer nivel de atención** en PubMed. La búsqueda se limitó a estudios en humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés, español y portugués del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del Medical Subject Headings (MeSH). "Pregnancy/complications" [Mesh] "Pregnancy/diet therapy" [Mesh] "Pregnancy/education" [Mesh] "Pregnancy/nursing" [Mesh] "Pregnancy/prevention and control" [Mesh] "Labor, Obstetric" [Mesh] "Prenatal Care" [Mesh]. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **53** resultados, de los cuales se utilizaron **20** documentos para la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
((("Pregnancy/complications"[Mesh] OR "Pregnancy/diet therapy"[Mesh] OR "Pregnancy/education"[Mesh] OR "Pregnancy/nursing"[Mesh] OR "Pregnancy/prevention and control"[Mesh]) NOT "Labor, Obstetric"[Mesh]) OR "Prenatal Care"[Mesh] AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb] OR Practice Guideline[ptyp])) AND "loattrfull text"[sb] AND "2010/05/02"[PDAT] : "2015/04/30"[PDAT] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang])) AND ((Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb] OR Practice Guideline[ptyp]) AND "loattrfull text"[sb] AND "2010/05/02"[PDat] : "2015/04/30"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang]) AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adolescent"[MeSH Terms]))	53 Documentos Utilizados 20 documentos.

Algoritmo de búsqueda:

1. Pregnancy/complications [Mesh]
2. Pregnancy/diagnosis [Mesh]
3. Pregnancy/diet therapy [Mesh]
4. Pregnancy/education [Mesh]
5. Pregnancy/nursing [Mesh]
6. Pregnancy/prevention and control [Mesh]
7. Labor, Obstetric [Mesh]
8. Prenatal Care [Mesh]
9. #1 #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 NOT #7 OR #8
10. #1 OR #9
11. Meta-Analysis [ptyp]
12. systematic [sb]
13. Practice Guideline [ptyp]
14. #11 OR #12 OR #13

15. #10 AND #14
16. loattrfull text [sb]
17. #15 AND #16
18. "2010/05/02"[PDAT] : "2015/04/30"[PDAT]
19. #17 AND #18
20. humans [MeSH Terms]
21. #19 AND #20
22. English [lang]
23. Spanish [lang]
24. #22 OR #23
25. #21 AND #24
26. Meta-Analysis [ptyp]
27. systematic [sb]
28. Practice Guideline [ptyp]
29. #26 OR #27 OR #28
30. #25 AND #29
31. loattrfull text [sb]
32. #30 AND #31
33. "2010/05/02"[PDat] : "2015/04/30"[PDat]
34. #32 AND #33
35. humans [MeSH Terms]
36. #34 AND #35
37. English [lang]
38. Spanish [lang]
39. Portuguese [lang]
40. #37 OR #38 OR #39
41. #36 AND #40
42. adult [MeSH Terms]
43. adult [MeSHTerms:noexp]
44. adolescent [MeSH Terms]
45. #42 OR #43 OR #44
46. #41 AND #45
47. (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 NOT #7 OR #8) AND (#11 OR #12 OR #13) AND (#15 AND #16) AND (#17 AND #18) AND (#19 AND #20) AND (#22 OR #23) AND (#26 OR #27 OR #28) AND (#30 AND #31) AND (#32 AND #33) AND (#34 AND #35) AND (#37 OR #38 OR #39) AND (#42 OR #43 OR #44)

5.1.1.2. Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en **Biblioteca Virtual en Salud** con los términos **atención prenatal en la base de datos Lilacs, tipo de documentos guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, en idioma español, inglés y portugués en los años 2011-2014**. Se obtuvieron **4** resultados de los cuales se utilizó **1** documentos para la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
(instance:"regional") AND (mh:("Atención Prenatal") AND db:("LILACS") AND type_of_study:("guideline" OR "systematic_reviews") AND la:("en" OR "pt" OR "es") AND year_cluster:("2012" OR "2011" OR "2013" OR "2014"))	4 DOCUMENTOS Utilizados 1 documento

5.1.1.3. Tercera Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en **Trip Database** con los términos **pregnancy, prevention and control, prenatal care, tipo de documentos Guías de Práctica Clínica en los años 2011-2015**. Se obtuvieron **29** resultados los cuales no se utilizaron para la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
pregnancy AND "prevention and control" AND "prenatal care" FROM 2011:2015	29 Utilizados 0

5.1.1.4. Cuarta Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término **Contro prenatal en los años 2011-2015**. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

SITIOS WEB	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
CENETEC	1	0
National Guideline Clearinghouse	1	1
Total	2	1

En total se obtuvieron **88** documentos, utilizados **22** para el desarrollo de esta guía

5.2. Escalas de Gradación

ESCALA DE SHEKELLE	
CATEGORÍA DE LA EVIDENCIA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Ia. Evidencia para el meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios.	A. Directamente basada en evidencias categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio.	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización.	B. Directamente basada en evidencia categoría II o en recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudio de cohorte.	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas.	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría II o III
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia, o ambas.	

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J, *Clinical guidelines, developing guidelines*. BMJ. 199; 3:18: 593-59

ESCALA DE SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)	
Niveles de evidencia científica para estudio de tratamiento con análisis cuantitativo.	
Nivel de evidencia	Interpretación
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alto potencial de sesgo.	
Grados de recomendación para estudios de tratamiento con análisis cuantitativo.	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ ó 1+
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++

D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+
----------	---

MANTEROLA D, CARLOS, & ZAVANDO M, DANIELA. (2009). *Cómo interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos*. *Revista chilena de cirugía*, 61(6), 582-595. Recuperado en 21 de enero de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262009000600017&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-40262009000600017.

NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DIAGNÓSTICO (NICE)	
Niveles de evidencia	Interpretación
Ia	Revisión sistemática con homogeneidad de estudios de nivel 1 .
Ib	Estudios de nivel 1 .
II	Estudios de nivel 2 . Revisión sistemática de estudios de nivel 2 .
III	Estudios de nivel 3 . Revisión sistemática de estudios de nivel 3 .
IV	Consenso, opiniones de expertos sin valoración crítica explícita.
Estudios de Nivel 1	Cumplen : <ul style="list-style-type: none"> • Comparación enmascarada con una prueba de referencia ("patrón oro") válida. • Espectro adecuado de pacientes.
Estudios de Nivel 2	Presentan sólo uno de estos sesgos: <ul style="list-style-type: none"> • Población no representativa (la muestra no refleja la población donde se aplicará la prueba). • Comparación con el patrón de referencia ("patrón oro") inadecuado (la prueba que se evaluará forma parte del patrón oro o el resultado de la prueba influye en la realización del patrón oro). • Comparación no enmascarada. • Estudios casos-control.
Estudios de Nivel 3	Presentan dos o más de los criterios descritos en los estudios de nivel 2
Grados de recomendación para estudios diagnósticos (NICE)	
Grados de recomendación	Interpretación
A. Estudio de prueba diagnóstica.	Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
B. Estudio de prueba diagnóstica.	Estudios con un nivel de evidencia II
C. Estudio de prueba diagnóstica.	Estudios con un nivel de evidencia III
D. Estudio de prueba diagnóstica.	Estudios con un nivel de evidencia IV

MANTEROLA D, CARLOS, & ZAVANDO M, DANIELA. (2009). *Cómo interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos*. *Revista chilena de cirugía*, 61(6), 582-595. Recuperado en 21 de enero de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262009000600017&lng=es&tlng=es.10.4067/S0718-40262009000600017.

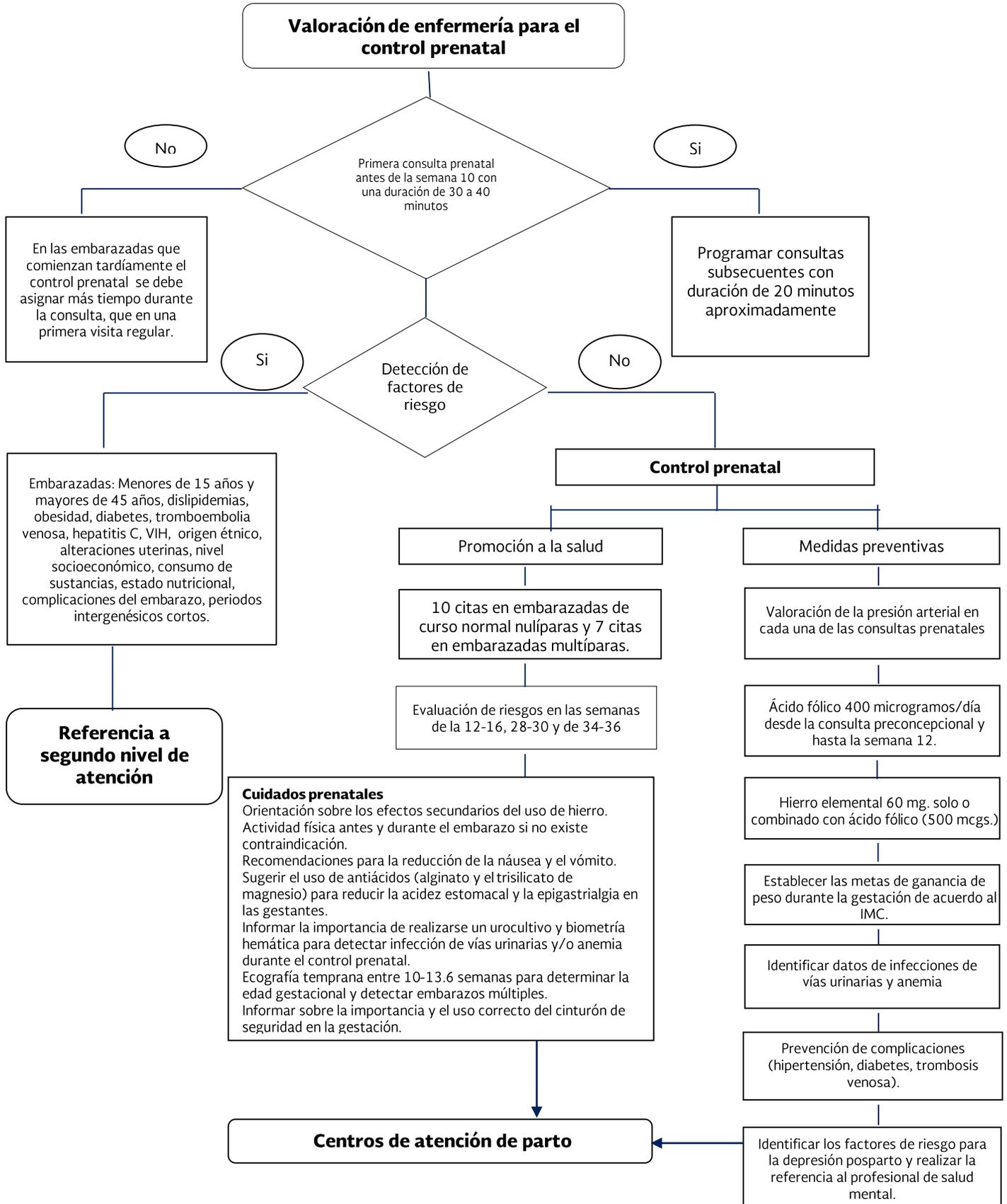
5.3. Cuadros o figuras

Tabla 1. Pacientes prenatales con reducción de al menos el 25% de la dosis de enoxaparina mantenimiento

Trimestre	Descripción TEV	La enoxaparina (mg / kg)	Dosis	Días hasta el primer cambio de dosis	Dosis de mantenimiento
1	L TVP iliofemoral	1	50 mg bd	52	80 mg al día
1	L TVP iliofemoral	1	80 mg bd	124	100 mg al día
1	PE	1.5	100 mg al día	84	80 mg y luego 40 mg
1	L TVP distal	1	60 mg bd	14	50 mg y luego 40 mg
1	L TVP distal	1.5	120 mg al día	4	80 mg al día
1	R TVP proximal	1.5	140 mg al día	127	80 mg al día
2	PE	1	70 mg bd	69	80 mg al día
3	L TVP iliofemoral	1	80 mg bd	63	60 mg al día
3	TVP proximal L	1	70 mg bd	56	80 mg al día

1.bd, dos veces al día; TVP, trombosis venosa profunda; L, izquierda; PE, embolismo pulmonar; R, a la derecha; TEV, tromboembolismo venoso.

5.4. Diagramas de Flujo



5.5. Listado de Recursos

5.5.1. Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía **Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada en el primer nivel de atención** del **Cuadro Básico Sectorial**:

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS							
CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFEKTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
010.000.1006.00	CALCIO Lactato gluconato de calcio 2.94g,carbonato de calcio 300mg.equivalente a 500mg calcio ionizable	Oral Adulto: 500 a 1000 mg cada 12 horas	Comprimido efervescente Envase con 12 comprimidos		Riesgo en el embarazo C Trastornos gastrointestinales, Hipercalcemia, náusea,estreñimiento y sed	Las tetraciclinas y los corticoesteroides disminuyen su absorción intestinal. Disminuye el efecto terapéutico de los bloqueadores de calcio. Incrementa el riesgo de toxicidad por digitálicos	Hipersensibilidad al fármaco,hipercalcemia,insuficiencia renal,hipercalcu-ria y cálculos renales.
010.000.1924.00	Bencilpenicilina procaínica Equivalentea.600 000UI de bencilpenicilina Bencilpenicilina cristalina Equivalente a 200 000 UI de bencilpenicilina	Adulto: 800 000 UI cada 12 ó 24 horas	Suspensión Inyectable frasco ámpula con polvo. Envase con un frasco ámpula y 2 ml de diluyente.		Riesgo en el embarazo B Reacciones de hipersensibilidad que incluye choque anafiláctico, glositis, fiebre, dolor en el sitio de inyección.	Con probenecid aumenta la concentración plasmática de las penicilinas.Sensibilidad cruzada con cefalosporinas y otras penicilinas. Con analgésicos no esteroideos aumenta la vida media de las penicilinas.	Hipersensibilidad al fármaco,nefritis intersticial, edema angioneurótico, enfermedad del suero.
010.000.1223.00 010.000.1224.00	Cada tableta contiene: Hidróxido de aluminio 200mg. Hidróxido de magnesio 200mg o trisilicato de magnesio 447.3mg. Suspensión oral cada 100 ml contienen: Hidróxido de aluminio 3.7g, Hidróxido de magnesio 4.0g o trisilicato de magnesio 8.9g	Oral Adultos: Una o dos tabletas o cucharadas cada 8 horas	Tableta masticable Envase con 50 tabletas Suspensión oral Envase con 240 ml. y dosificador		Riesgo en el embarazo B Estreñimiento, náusea, vómito, impacto fecal, flatulencia, hipofosfatemia.		

Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada
en el primer nivel de atención

010000.1233.00	Cada gragea o tableta contiene: Clorhidrato de ranitidina equivalente a 150 mg de ranitidina.	Adultos: 150 mg a 300mg por vía oral cada 12 a 24 horas. Sostén: 150 mg cada 24 horas al acostarse.	Envase con 20 grageas o tabletas		Riesgo en el embarazo B Neutropenia, trombocitopenia, cefalea, malestar, mareos, confusión, bradicardia, náusea, estreñimiento, ictericia, exantema.	Los antiácidos interfieren con su absorción, aumentan los niveles sanguíneos de la glipizida, procainamida, warfarina, metoprolol, nifedipino y fenilhidantoína; disminuye la absorción de ketoconazol	Hipersensibilidad al fármaco y a otros antagonistas de los receptores H2, cirrosis y encefalopatía hepática, insuficiencia renal.
010.000.1703.00	Cada tableta contiene: Sulfato ferroso desecado aproximadamente 200mg equivalente a 60.27 mg de hierro elemental	Oral Adultos Profilaxis 200mg/día durante 5 semanas. Tratamiento 100mg tres veces al día durante 10 semanas, aumentar gradualmente hasta 200 mg tres veces al día y de acuerdo a la necesidad del paciente	Tableta Envase con 30 tabletas.		Riesgo en el embarazo A Dolor abdominal, náusea, vómito, diarrea, estreñimiento, pirosis, oscurecimiento de la orina y heces. La administración crónica produce hemocromatosis.	Las tetraciclinas, antiácidos reducen su absorción y la vitamina C la aumenta. La deferoxamina disminuye los efectos de hierro.	Hipersensibilidad al fármaco, enfermedad ácido péptica, hepatitis, hemosiderosis, hemocromatosis, anemias no ferropénicas y en transfusiones repetidas.
010000.2128.00	Cada cápsula contiene: Amoxicilina trihidratada equivalente a 500 mg de amoxicilina.	Oral 500 a 1000 mg cada 8 horas: en infecciones graves, la dosis máxima no debe exceder de 4.5g/día	Cápsulas envase con 12. Envase con 15 cápsulas		Riesgo en el embarazo B Náusea, vómito, diarrea.	Con probenecid y cimetidina aumentan su concentración plasmática.	Hipersensibilidad a las penicilinas o a las cefalosporinas.
020.000.3810.00 020.000.3810.01	SUSPENSIÓN INYECTABLE Por formulación de proceso Cada dosis de 0.5 ml contiene: Toxoide diftérico no más de 5 Lf Toxoide tetánico no más de 25 Lf o Por potencia de producto terminado	Intramuscular profunda (región deltoidea o cuadrante superior externo del glúteo). Adultos y niños a partir de los 5 años de edad: Con esquema completo con pentavalen-te, cuádruple o DPT: Una dosis cada 10 años. Con esquema incompleto: Dos dosis con un intervalo de 4-8 semanas y revacunación cada 10 años. Embarazadas en cualquier edad gestacional	Envase con frasco ámpula con 5 ml (10 dosis). Envase con 10 jeringas prellenadas, cada una con una dosis (0.5 ml).		Ocasionalmente se presenta malestar general y fiebre ligera.	Con cloranfenicol se disminuye el efecto del toxoide.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a los componentes de la vacuna, inmunodeficiencia, a excepción de VIH/SIDA, fiebre superior a 38.5°C y enfermedades graves. Precauciones: Personas transfundidas o que han recibido inmunoglobulina, deberán esperar tres meses para ser vacunadas, salvo en aquellos casos de traumatismos con heridas expuestas ya que puede aplicarse simultáneamente con antitoxina, independientemente de transfusión o aplicación de inmunoglobulinas.

Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada
en el primer nivel de atención

		Dos dosis con un intervalo de 4-8 semanas, refuerzo en cada embarazo hasta 5 dosis y revacunación cada 10 años.					
020.000.3822.00 020.000.3822.01 020.000.3822.02	SUSPENSION INYECTABLE Cada dosis de 0.5 ml contiene: Fracciones antigénicas purificadas de virus de influenza inactivados correspondientes a las cepas: A/California/7/2009 (H1N1) 15 µg HA A/Perth/16/2009 (H3N2) 15 µg HA Cepa análoga A/Wisconsin/15/2009 B/Brisbane/60/2008 15 µg HA	Intramuscular o subcutánea. En niños menores de 18 meses, aplicar en el tercio medio de la región anterolateral externa del muslo y en niños mayores, adolescentes y adultos en el músculo deltoides. Niños de 6 a 35 meses: Una dosis de 0.25 ml. Niños de 36 meses o más, adolescentes y adultos: Una dosis de 0.5 ml. Para los niños menores de nueve años, que no hayan recibido esta vacuna anteriormente, se deberá inyectar una segunda dosis, transcurrido por lo menos un intervalo de 4 semanas. Una dosis anual en los meses de septiembre a febrero	Envase con frasco ampula o jeringa prellenada con una dosis. Envase con 1 frasco ampula con 5 ml cada uno (10 dosis). Envase con 10 frascos ampula con 5 ml cada uno (10 dosis).		Dolor, eritema e induración en el sitio de aplicación. Fiebre, mialgias y astenia de corta duración.	Con inmunosupresores, corticosteroides y antimetabolitos, se disminuye la respuesta inmunológica. Se ha reportado inhibición de la biotransformación de fenitoína, teofilina y warfarina después de su aplicación.	Hipersensibilidad a los componentes de la vacuna, menores de 6 meses de edad, reacciones graves a dosis previas, alergia al huevo, enfermedades graves con o sin fiebre, antecedente de aplicación del biológico inferior a un año. Hipersensibilidad a los componentes de la vacuna, menores de 6 meses de edad, reacciones graves a dosis previas, alergia al huevo, enfermedades graves con o sin fiebre, antecedente de aplicación del biológico inferior a un año.
010.000.1700.00	Acido fólico 4 mg	4 mg/día Tres meses previos al embarazo y las primeras 12 semanas del desarrollo fetal.	Envase con 90 tabletas	Tres meses previos al embarazo y las primeras 12 semanas del desarrollo fetal.	Reacciones alérgicas (exantema, prurito, broncoespasmo)	Disminuye la absorción de fenitoína, sulfalacina, primidona, barbitúricos, nicloserina, anticonceptivos orales	Hipersensibilidad al fármaco
040.000.0409.00	Clorhidrato de hidroxizina	25-50 mg al día en dosis fraccionada cada 8 horas	Envase con 30 grageas o tabletas.		Somnolencia, sequedad de boca, náusea, vómito, mareo.	Con los depresores del sistema nervioso central	Hipersensibilidad al fármaco, miastenia, lasitud.

Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada
en el primer nivel de atención

						se potencia su efecto adverso.	
010.000.4376.00	Cada tableta, cápsula o gragea contiene: Clorhidrato de tiamina (vitamina B1) 5.0 a 10.0 mg Riboflavina (vitamina B2) 2.5 a 10.0 mg Clorhidrato de piridoxina (vitamina B6) 2.0 a 5.0 mg Nicotinamida (niacinamida) 10.0 a 100.0 mg Cianocobalamina (vitamina B12) 3.0 a 5.0 µg Acetato de alfatocoferol (vitamina E) 3.0 a 20.0 mg Retinol (vitamina A) 2000.0 a 10000.0 UI Colecalciferol (vitamina D3) 200.0 a 1000.0 UI Acido pantoténico 2.0 a 7.0 mg Sulfato ferroso 15.0 a 60.0 mg Sulfato de cobre 1.0 a 4.0 mg Yoduro o fosfato de potasio 0.15 a 4.0 mg Glicerofosfato, sulfato o hiposulfito de magnesio 1.0 a 8.00 mg Fosfato de magnesio 5.0 a 133.0 mg Cloruro, fosfato o sulfato de zinc 3.0 a 25.0 mg	1 tableta, cápsula o gragea cada 24 horas	Envase con 30 tabletas, cápsulas o grageas.		Náusea y vómito.	El aceite de ricino y la colestiramina disminuyen la absorción de las vitaminas. El aceite de ricino y la colestiramina disminuyen la absorción de las vitaminas.	Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.
010.000.3113.00	Dimenhidrinato 50 mg	Adultos: 50 a 100 mg cada 6 a 8 horas	Envase con 24 tabletas		Somnolencia y sedación. Menos frecuentes: visión borrosa, cefalea, insomnio, inquietud, molestias gastrointestinales, micción difícil, urticaria, y fotosensibilidad.	Con alcohol y sedantes, ansiolíticos e hipnóticos, aumentan sus efectos adversos. Con ototóxicos se enmascara su efecto.	Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma, hipertrofia prostática, obstrucción gástrico-duodenal, asma bronquial e insuficiencia hepática y renal.
010.000.1911.00	Nitrofurantoína 100 mg	Adultos y niños mayores de 12 años: 50 a 100 mg cada 6 horas.	Envase con 40 cápsulas		Anorexia, náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal, anemia	Con quinolonas disminuye su efecto terapéutico.	Hipersensibilidad al fármaco, menores de un mes, embarazo a término.

Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada
en el primer nivel de atención

					hemolítica, neuropatía periférica.		Hipersensibilidad al fármaco, menores de un mes, embarazo a término.
010.000.0085.00	Tartrato de vareniclina equivalente a 0.5 mg de vareniclina y Cada tableta contiene: Tartrato de vareniclina equivalente a 1 mg de vareniclina	Adultos: Tratamiento de inicio: Del día 1 al 3: 0.5 mg cada 24 horas. Del día 4 al 7: 0.5 mg cada 12 horas. Del día 8 al 14: 1 mg cada 12 horas	Envase con 11 tabletas de 0.5 mg más 14 tabletas de 1 mg.		Se presentan en la primera semana de tratamiento, de intensidad leve a moderada, sin diferencias en edad, raza o sexo: Náusea, cefalea, insomnio y sueños anormales.	Ninguna conocida hasta el momento.	Hipersensibilidad conocida al principio activo o a cualquiera de sus excipientes.
010.000.0086.00	Tartrato de vareniclina equivalente a 1 mg de vareniclina	Adultos: Tratamiento de mantenimiento: Del día 14 hasta cumplir 12 semanas: 1 mg cada 12 horas.	Envase con 28 tabletas de 1 mg.		Se presentan en la primera semana de tratamiento, de intensidad leve a moderada, sin diferencias en edad, raza o sexo: Náusea, cefalea, insomnio y sueños anormales.	Ninguna conocida hasta el momento.	Hipersensibilidad conocida al principio activo o a cualquiera de sus excipientes.
010.000.4242.00 010.000.4242.01	Cada jeringa contiene: Enoxaparina sódica 20 mg	Adultos: 1.5 mg/kg de peso corporal en una sola inyección o 1.0 mg/kg de peso corporal en dos inyecciones diarias. 20-40 mg antes de iniciar la cirugía y durante 7 a 10 días después.	Envase con 2 jeringas de 0.2 ml. Envase con 2 jeringas con dispositivo de seguridad de 0.2 ml.		Hemorragia por trombocitopenia. Equimosis en el sitio de la inyección.	Los antiinflamatorios no esteroideos y los dextranos aumentan el efecto anticoagulante, mientras la protamina lo antagoniza.	Hipersensibilidad al fármaco. Endocarditis bacteriana aguda, enfermedades de coagulación sanguínea graves, úlcera gastro-duodenal activa, accidente cerebro vascular, trombocitopenia con agregación plaquetaria positiva <i>in vitro</i> , hipersensibilidad.
010.000.2154.00 010.000.2154.01	Cada jeringa contiene: Enoxaparina sódica 40 mg	Adultos: 1.5 mg/kg de peso corporal en una sola inyección o 1.0 mg/kg de peso corporal en dos inyecciones diarias. 20-40 mg antes de iniciar la cirugía y durante 7 a 10 días después.	Envase con 2 jeringas de 0.4 ml. Envase con 2 jeringas con dispositivo de seguridad de 0.4 ml		Hemorragia por trombocitopenia. Equimosis en el sitio de la inyección.	Los antiinflamatorios no esteroideos y los dextranos aumentan el efecto anticoagulante, mientras la protamina lo antagoniza.	Hipersensibilidad al fármaco. Endocarditis bacteriana aguda, enfermedades de coagulación sanguínea graves, úlcera gastro-duodenal activa, accidente cerebro vascular, trombocitopenia con agregación plaquetaria positiva <i>in vitro</i> , hipersensibilidad.

Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada
en el primer nivel de atención

<p>010.000.4224.00 010.000.4224.01</p>	<p>Cada jeringa contiene Enoxaparina sódica 60 mg</p>	<p>Adultos: 1.5 mg/kg de peso corporal en una sola inyección o 1.0 mg/kg de peso corporal en dos inyecciones diarias. 20-40 mg antes de iniciar la cirugía y durante 7 a 10 días después.</p>	<p>Envase con 2 jeringas de 0.6 ml. Envase con 2 jeringas con dispositivo de seguridad de 0.6 ml</p>		<p>Hemorragia por trombocitopenia. Equimosis en el sitio de la inyección.</p>	<p>Los antiinflamatorios no esteroideos y los dextranos aumentan el efecto anticoagulante, mientras la protamina lo antagoniza.</p>	<p>Hipersensibilidad al fármaco. Endocarditis bacteriana aguda, enfermedades de coagulación sanguínea graves, úlcera gastro-duodenal activa, accidente cerebro vascular, trombocitopenia con agregación plaquetaria positiva <i>in vitro</i>, hipersensibilidad.</p>
<p>010.000.5931.00</p>	<p>Cada jeringa contiene: Enoxaparina sódica 80 mg</p>	<p>Adultos: 1.5 mg/kg de peso corporal en una inyección o 1.0 mg/kg de peso corporal en dos inyecciones diarias. 20-40 mg antes de iniciar la cirugía y durante 7 a 10 días después.</p>	<p>Envase con 2 jeringas con dispositivo de seguridad de 0.8 ml.</p>		<p>Hemorragia por trombocitopenia. Equimosis en el sitio de la inyección.</p>	<p>Los antiinflamatorios no esteroideos y los dextranos aumentan el efecto anticoagulantes, mientras la protamina lo antagoniza.</p>	<p>Hipersensibilidad al fármaco.</p>
<p>010.000.1939.00</p>	<p>Cefalexina monohidratada equivalente a 500 mg de cefalexina. Cefalexina monohidratada equivalente a 500 mg de cefalexina.</p>	<p>Adultos: 500 mg cada 6 horas. Dosis total: 4 g/ día</p>	<p>Envase con 20 tabletas o cápsulas</p>		<p>Náusea, vómito, diarrea, reacciones de hipersensibilidad, colitis pseudomembranosa.</p>	<p>Aumenta su concentración plasmática con probenecid. Con aminoglucósidos, amfotericina B y vancomicina aumenta el riesgo de nefrotoxicidad.</p>	<p>Hipersensibilidad al fármaco</p>

5.6. Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica de enfermería

Diagnóstico(s) Clínico(s):	Control Prenatal		
CIE-9-MC / CIE-10	CIE-10: Z316 Consejo y asesoramiento general sobre la procreación. Z32 Examen y prueba de embarazo Z34 Supervisión de embarazo normal Z340 Supervisión del primer embarazo normal Z348 Supervisión de otros embarazos normales Z349 Supervisión de embarazo normal no especificado Z355 Supervisión de primigesta añosa Z356 Supervisión de primigesta muy joven		
Código del CMGPC:	SS-321-16		
TÍTULO DE LA GPCE			Calificación de las recomendaciones
Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada en el primer nivel de atención.			
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)
Mujeres en edad reproductiva, mujeres embarazadas.	Enfermeras generales, especializadas, médicos especialistas, generales, familiares, trabajadores sociales, estudiantes de pre y post grado y otros usuarios.	Primer nivel de atención.	
INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN			
¿Recomienda la actividad física antes y durante el embarazo si no existe contraindicación?			
¿Proporciona orientación y materiales educativos escritos sobre los riesgos del tabaco en cada visita prenatal?			
¿Asesora a las mujeres en años reproductivos sobre el consumo saludable de pescado?			
¿Recomienda el consumo de al menos 2 porciones a la semana de pescado bajo en mercurio y alto en omega-3, DHA y EPA?			
¿Informa a las pacientes con hipercolesterolemia la importancia de suspender las estatinas aproximadamente 3 meses previos al embarazo?			
¿Difunde programas a embarazadas adolescentes en consejería sobre los riesgos, con la finalidad de mejorar la salud materno- fetal?			
¿Proporciona en cada visita prenatal orientación y materiales educativos escritos sobre los riesgos del consumo de tabaco?			
INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN			
¿Realiza la detección oportuna de embarazadas con antecedentes de riesgo como dislipidemias, obesidad y diabetes?			
¿Detecta factores de riesgo del embarazo como: la edad, el origen étnico, alteraciones uterinas, nivel socioeconómico, consumo de sustancias, estado nutricional, complicaciones del embarazo, periodos intergenesicos cortos, embarazadas menores de 15 y mujeres mayores de 45 años?			
¿Orienta sobre riesgos en la salud del binomio con el consumo de tabaco y tratamiento farmacológico a través de la consejería para apoyar la suspensión o evitar el consumo del mismo?			
¿Orienta a mujeres embarazadas obesas los riesgos y consecuencias en el embarazo?			
¿Asesora sobre la importancia del cambio de tratamiento como de hipoglucemiantes orales a insulina durante el embarazo y la lactancia?			
¿Inicia la profilaxis temprana en embarazadas con antecedentes de tromboembolia venosa y asesora la adherencia al tratamiento anticoagulante, previa prescripción médica?			
¿Identifica en la mujer embarazada factores de riesgo de Hepatitis C, y sugiere realizar pruebas para la detección?			
¿Orienta a la embarazada sobre las medidas preventivas y el control de peso en el periodo prenatal?			

¿Informa a la mujer embarazada durante el control prenatal sobre la importancia de realizarse un urocultivo y biometría hemática para detectar infección de vías urinarias y anemia?	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	
¿Realiza una valoración exhaustiva para identificar factores de riesgo y complicaciones en el embarazo como la presencia de una placenta anormalmente inserta?	
¿Recomienda la valoración por el gineco-obstetra en la semana 12-16, 28-30 y 34-36 para evaluar riesgos?	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	
¿Difunde a embarazadas adolescentes programas y consejería sobre los riesgos maternos, para mejorar la salud materno- fetal?	
¿Recomienda ácido fólico 400 microgramos/día desde la consulta preconcepcional y hasta la semana 12 de embarazo para reducir el riesgo de defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida) en el recién nacido?	
¿Recomienda en promedio 60 mg de hierro elemental solo o combinado con ácido fólico (500 mcgs.)?	
¿Orienta sobre efectos secundarios del uso de hierro, como: estreñimiento, náuseas, vómito o epigastralgia?	
¿Recomienda a la embarazada la importancia de ingerir por prescripción médica 1gr. de calcio al día para reducir el riesgo de hipertensión?	
¿Motiva a la embarazada a dejar de fumar?	
¿Realiza primera consulta de control prenatal antes de la semana 10 de gestación, con duración entre 30 y 40 minutos?	
¿Realiza consultas subsecuentes de control prenatal con duración de 20 minutos aproximadamente?	
¿Dedica más tiempo en la primera consulta a la embarazada que comienzan tardíamente el control prenatal (después de la semana 32)?	
¿Registra el índice de masa corporal (IMC) de la gestante en la primera cita del control prenatal?	
¿Establece con la embarazada las metas de ganancia de peso durante la gestación de acuerdo con los siguientes parámetros? • IMC < 20 kg/m ² = ganancia entre 12 a 18 kg • IMC entre 20 y 24,9 kg/m ² = ganancia entre 10 a 13 kg • IMC entre 25 y 29,9 kg/m ² = ganancia entre 7 a 10 kg • IMC > 30 kg/m ² = ganancia entre 6 a 7 kg	
¿Detecta proteinuria durante la segunda mitad del embarazo?	
¿Valora la presión arterial en cada una de las consultas prenatales para detectar oportunamente hipertensión durante el embarazo?	
¿Colabora con el equipo multidisciplinario en la detección de datos de preeclampsia, diabetes, e infección del tracto urinario?	
RESULTADOS	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)	

Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada
en el primer nivel de atención

Proporcionar educación para la salud a la embarazada y familia sobre: estilo de vida saludable, prevención de accidentes, adherencia a tratamientos e identificación de síntomas y signos de alarma.	A NICE	
Aplicar la vacuna de toxoide tetánico a las embarazadas	A NICE	
Iniciar a la embarazada con antecedentes de tromboembolia venosa la profilaxis temprana con anticoagulante por prescripción médica y asesorar la adherencia al tratamiento	B SHEKELLE	
Identificar en la mujer embarazada factores de riesgo de Hepatitis C, y sugerir pruebas para la detección de Hepatitis C.	B SHEKELLE	
Identificar en la embarazada factores de riesgo como: Consumo de alcohol en cantidad y frecuencia, abuso y violencia durante este periodo	C SHEKELLE	
Orientar a mujeres embarazadas obesas sobre los riesgos y consecuencias.	C SHEKELLE	
Identificar factores de riesgo y complicaciones en el embarazo para placenta anormalmente inserta.	C SHEKELLE	
Informar a la embarazada sobre la decisión de ser reconocida y tomar decisiones para la atención del parto.	C NICE	
Informar acerca de los cuidados del embarazo y servicios de salud disponibles para la atención del parto	C NICE	
Informar acerca del propósito de las pruebas de laboratorio antes de que éstas se realicen.	C NICE	
Asesorar durante el embarazo y la lactancia sobre la importancia de cambios de tratamiento como de hipoglucemiantes orales a insulina.	D SHEKELLE	
Mantener comunicación e informar a la embarazada en forma accesible y acorde a sus necesidades expresadas	D NICE	
Informar clara y consistentemente a la mujer embarazada que expresa problemas, dudas y preguntas.	D NICE	
Capacitar grupos de embarazadas, sobre los cuidados prenatales, el reconocimiento de datos de alarma y el momento de parto, para detectar oportunamente alguna urgencia obstétrica.	PUNTO DE BUENA PRACTICA	
<p>Informar a la población femenina en edad reproductiva sobre los cuidados y condiciones físicas, sociales y emocionales con las que se debe prepararse para la concepción y desarrollo de un embarazo saludable, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Métodos de planificación familiar. - Consumir dieta equilibrada, rica en hierro, calcio, fosforo, fibra, entre otras propiedades. - Programar el embarazo considerando la etapa intergenesica y la edad en que la mujer puede concebir con el menor riesgo, de los 20 a los 34 años. - Relación emocional y social de pareja y familiar estable. - Tener salud, física, psicológica, neurológica y emocional de la mujer y la pareja. - Tener sentido de responsabilidad y deseo de ser padres. - Evitar el consumo de drogas, estupefacientes, toxicomanías para disminuir riesgos maternos y perinatales. 	PUNTO DE BUENA PRACTICA	
<p>CONCEPCIÓN: Difundir por diversos medios como: carteles, trípticos, dípticos, videos televisivos, campañas publicitarias, grupos de embarazadas, platicas domiciliarias o en establecimiento de salud a la mujer embarazada y familiares, la importancia del control prenatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La salud reproductiva y la importancia del bienestar físico, mental y social de las personas - Libertad para decidir de manera responsable sobre el número y espaciamiento de sus hijos. - Educación integral sobre la etapa preconcepcional, el embarazo, parto y puerperio, el cuidado del producto de la concepción, la participación de la pareja, familia y la comunidad desde el inicio hasta la resolución del mismo del embarazo, así como, la crianza del recién nacido hasta los 5 años de edad. - Cambios fisiológicos durante el embarazo. - Ventajas del control prenatal para evitar complicaciones en la embarazada y el neonato, y prevenir la muerte. - Información en grupos de edad con mayor riesgo: menores de 16 y mayores de 40 años. - Conformar el expediente clínico de la mujer embarazada. - Entregar el carnet perinatal para el control de citas. - Verificar la asistencia a las citas de control prenatal. 	PUNTO DE BUENA PRACTICA	

Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada
en el primer nivel de atención

- Verificar que a la embarazada se le realicen estudios de laboratorio y gabinete, tales como: examen general de orina, glucosa, prueba de VIH, detección de sífilis, incompatibilidad de grupo y Rh alteración en la glucosa en sangre, anemia, infección genitourinaria, enfermedades de transmisión sexual o ausencia de movimientos

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR DEL RESULTADO	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>Etiqueta (problema) (P):</u> Riesgo de proceso de maternidad ineficaz</p> <p><u>Factores de relacionados (causa) (E):</u> Violencia de género, trauma abdominal, caídas, deportes de alto impacto, exposición a químicos o a tóxicos, enfermedades infecciosas, enfermedades hereditarias, abuso sexual, física o emocional, automedicación, consumo de sustancias, desnutrición, hipertensión arterial, consumo de alcohol o drogas, tabaquismo, entre otras.</p>	<p>Conducta sanitaria de control prenatal</p> <p>Conocimiento control de la hipertensión</p> <p>Mejorar el estado nutricional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica sexo seguro • Evita riesgos del medio ambientales • Evita exposición a enfermedades infecciosas • Evita consumo de alcohol • Evita consumo de tabaco • Evita consumo de marihuana <ul style="list-style-type: none"> • Rango normal de presión arterial sistólica • Rango normal de presión normal diastólica • Método para medir la presión arterial • Complicaciones potenciales de la hipertensión <ul style="list-style-type: none"> • Relación peso/talla • Ingesta de alimentos • Ingesta de líquidos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado <ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u>.</p> <p>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>
INTERVENCIONES RECOMENDAS			NIVEL / GRADO	APLICADA
Valorar coordinadamente con el gineco-obstetra en la semana 12-16, 28-30 y 34-36 para identificar riesgos.			A SIGN	
Orientar a la embarazada sobre el control de peso en el periodo prenatal.			A SHEKELLE	
Valorar la presión arterial en cada una de las consultas prenatales con la finalidad de realizar una detección oportuna de hipertensión durante el embarazo.			A SHEKELLE	
Identificar proteinuria, durante la segunda mitad del embarazo.			A SHEKELLE	
Recomendar a las embarazadas con estreñimiento una dieta rica en fibra, en caso de no haber mejoría sugerir el uso de laxantes,			A SHEKELLE	

Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada
en el primer nivel de atención

Considerar los posibles efectos secundarios del uso de laxantes	A SIGN	
Orientar a la embarazada sobre el uso de medicamentos por prescripción médica para dejar de fumar.	A SHEKELLE	
Orientar sobre la actividad sexual durante el embarazo no complicado y que no existe relación con resultados adversos.	A NICE	
Conducir el control prenatal, en embarazadas de curso normal con un programa de 10 citas para nulíparas y 7 citas para múltipara	B SIGN	
Registrar el índice de masa corporal (IMC) de la gestante en la primera cita del control prenatal (alrededor de la semana 10) y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación de acuerdo con los siguientes parámetros: • IMC < 20 kg/m ² = ganancia entre 12 a 18 kg • IMC entre 20 y 24,9 kg/m ² = ganancia entre 10 a 13 kg • IMC entre 25 y 29,9 kg/m ² = ganancia entre 7 a 10 kg • IMC > 30 kg/m ² = ganancia entre 6 a 7 kg	B SIGN	
Registrar en el formato de notas y registros de enfermería la presión arterial en cada una de las citas para detectar factores y signos de preeclampsia.	B SIGN	
Sugerir para la reducción de la náusea y el vómito consumir jengibre, o antihistamínicos (buclicina, dimenhidrinato, hidroxizina o meclozina) previa prescripción médica.	B SIGN	
Valorar en etapas tempranas del embarazo antecedente o presencia de enfermedades psiquiátricas para ser referidas a psiquiatría durante el periodo prenatal.	B NICE	
Informar acerca de los riesgos específicos por el tabaco durante el embarazo y sugerir sesiones de grupo y terapia de adicciones	B NICE	
Monitorear el control de la embarazada con obesidad, y orientar sobre la ingesta dietética, manejo de la glucosa, actividad física, control de peso, y signos de alarma.	C SHEKELLE	
Colaborar con el equipo multidisciplinario para la realización de ultrasonido y programación de la atención del parto.	C SHEKELLE	
Recomendar en las embarazadas el uso antiácidos (alginato y el trisilicato de magnesio) para reducir la acidez estomacal y la epigastrialgia	C SIGN	
Informar a las mujeres embarazadas durante el control prenatal la importancia de realizarse un urocultivo y biometría hemática para detectar infección de vías urinarias o anemia.	C SHEKELLE	
Referir a la paciente adolescente embarazada con Diabetes Mellitus tipo1 a un segundo nivel de atención para el control prenatal.	C SHEKELLE	
Colaborar con el equipo multidisciplinario en la detección de datos de preeclampsia, diabetes, e infección del tracto urinario.	C SHEKELLE	
Proporcionar información relacionada a las ventajas de los partos sin tecnologías	C SHEKELLE	
Informar del daño durante el embarazo al realizar actividades de contacto, deportes de alto impacto, ejercicios vigorosos.	D NICE	
Sugerir a la embarazada limitar el consumo de alcohol a ocasiones esporádicas y en cantidad no más de una unidad estándar por día.	D NICE	
Identificar síntomas de violencia intrafamiliar; dar la oportunidad de denunciarla, propiciar un ambiente de seguridad y en caso necesario referirlas a centros de apoyo emocional.	D NICE	
Descartar incompatibilidad a grupo y RH, anemia hipocrómica y megaloblástica; sífilis. A través de grupo y RH, biometría hemática, EGO y VDRL.	D SHEKELLE	
Detectar VIH, hepatitis B, bacteriuria asintomática y proteínas en orina.	D SHEKELLE	
Medir la presión arterial tal como se recomienda a continuación: • Quita la ropa apretada, asegurar que el brazo está relajado y con apoyo a nivel del corazón. • Usa manguito de tamaño apropiado. • Infla el brazalete hasta 20-30 mm/Hg por encima de la presión arterial sistólica palpada. • Baja lentamente la columna a razón de 2 mm/Hg por segundo por latido. • Mide la presión arterial diastólica hasta la desaparición de los sonidos.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	
Informar sobre aspectos relacionados con la náusea y el vómito así como la utilización de los medicamentos prescritos.	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	

Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada
en el primer nivel de atención

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR DEL RESULTADO	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><u>Etiqueta (problema) (P):</u> Disposición para mejorar el proceso de la maternidad</p> <p><u>Características definitorias (S):</u> Durante el embarazo: Expresa deseos de mejorar el estilo de vida prenatal, y deseo de mejorar la preparación para recibir al recién nacido</p> <p>Durante el parto y el alumbramiento: Expresa deseo de mejorar el estilo de vida apropiada para la fase de parto a través de: ejercicio, nutrición, higiene personal, conductas sexuales, eliminación, entre otras</p>	Conocimiento sobre la gestación de la maternidad	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia del control prenatal • Importancia de la educación prenatal • Signos de alarma de complicaciones • Beneficios del ejercicio regular • Nutrición saludable • Acciones para prevenir la infección • Efectos adversos del consumo de alcohol en el feto • Efectos adversos del consumo de tabaco en el feto • Efectos adversos del consumo de drogas en el feto 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u>.</p> <p>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>
	Conocimiento: control de la infección	<ul style="list-style-type: none"> • Modo de transmisión • Prácticas que conducen a la trasmisión • Signos y síntomas de infección • Procedimientos de control de la infección • Tratamiento de la infección • Lavado de manos 		
	Control de náuseas y vómito	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce estímulos precipitantes • Utiliza medidas preventivas • Utiliza medicación antiemética recomendada • Informa al profesional sanitario 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado 	
	Eliminación intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de heces en relación con la dieta • Heces blandas y formadas • Facilidad de eliminación • Eliminación fecal sin ayuda • Estreñimiento 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	

Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada
en el primer nivel de atención

INTERVENCIONES RECOMENDADAS	NIVEL / GRADO	APLICADA
Detectar bacteriuria asintomática a través de resultado de urocultivo en etapas temprana del embarazo.	A NICE	
Valorar en la embarazada la presencia de dolor en epigastrio, como dato clínico de preeclampsia, e informar para diagnóstico diferencial	A NICE	
Medir la altura de fondo uterino, utilizando tablas estandarizadas para detectar productos mayores o menores para su edad gestacional	A NICE	
Informar a la embarazada, que la náusea y vómito se resolverán espontáneamente entre la semana 16 y 20 de gestación	A NICE	
Recomendar actividad física antes y durante el embarazo si es que no existe alguna contraindicación.	A SHEKELLE	
Recomendar a la embarazada ecografía temprana entre la semana 10-13.6 para determinar edad gestacional y detectar embarazos múltiples.	A NICE	
Informar que la náusea como el vómito no se asocia con problemas al final del embarazo.	A NICE	
Recomendar alimentos no condimentados, no irritantes y dieta seca fraccionada en quintos	A NICE	
No recomendar modelar el pezón (ejercicios de Hoffman).	A NICE	
Aconsejar a la embarazada en presencia de pirosis durante el embarazo, modificar la dieta y el estilo de vida	A NICE	
Informar a la embarazada que la presencia de venas varicosas es un síntoma común durante el embarazo sin efectos adversos.	A NICE	
Recomendar el uso de medias compresivas para disminuir los síntomas de venas varicosas, sin embargo no las previenen.	A NICE	
Informar a la mujer embarazada que el incremento de flujo vaginal, es un síntoma común que ocurre durante el embarazo.	A NICE	
Informar a la mujer embarazada que el flujo vaginal asociado con prurito, úlceras dolorosas, mal olor, o dolor en el tracto urinario, pueden ser causas de infecciosa y debe acudir a su clínica para recibir atención.	A NICE	
Informar a la mujer embarazada sobre fisioterapia y masajes, para aliviar el dolor de espalda durante el embarazo.	A NICE	
Detectar vaginosis bacteriana asintomática y en caso de presentar síntomas corroborar diagnóstico con resultados de exudado y cultivo vaginal y proporcionar cuidados.	A NICE	
Realizar a todas las embarazadas en su primera consulta prenatal la detección de Hepatitis B con (de superficie sérico.	A NICE	
Identificar desde la primera consulta prenatal de rutina presencia de factores de riesgo de hepatitis B y VIH, en caso de presentarlos canalizar al servicio de medicina preventiva o enviar a especialidad.	A NICE	
Realizar tempranamente un USG para determinar la edad gestacional, embarazo múltiple y prevenir retraso o inducción de partos posmaduros.	A NICE	
No existe evidencia suficiente para recomendar el ultrasonido abdominal de rutina en embarazadas de bajo riesgo.	A NICE	
Prevenir la transmisión materno-infantil (PTMI) de VIH a través de programas que incluyan: <ul style="list-style-type: none"> Promover la utilización de barreras sexuales para reducir la transmisión de VIH durante el embarazo. Incrementar la participación masculina en el programa. Repetir la prueba de VIH en la semana 32 DG o detectar aquellos que se han convertido en seropositivo durante el embarazo. Incorporar a los recién nacido detectados al programa. Utilizar estrategias difusión con material visual, auditivo y experiencial.	B SHEKELLE	
Medir y registrar el peso y estatura de la embarazada, calcular el IMC (peso en Kg entre el cuadrado de la estatura; Kg/m ²) en cada cita de atención prenatal. Preferentemente en la misma báscula.	B NICE	
No se recomienda el tacto vaginal en forma rutinaria pues no predice con exactitud la edad gestacional, nacimientos pretérmino o desproporción céfalo pélvico y si favorece la ruptura prematura de membranas.	B NICE	
Verifica que la embarazada tenga resultados de grupo y RH al inicio de la gestación	B NICE	

Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada
en el primer nivel de atención

Efectuar tamiz para aloanticuerpos de eritrocitos atípicos, en el embarazo temprano	B NICE	
Monitorear a las embarazadas con aloanticuerpos de eritrocitos atípicos significativos atendidas en ginecoobstetricia	B NICE	
Monitorear a las embarazadas con aloanticuerpos de eritrocitos atípicos significativos atendidas en ginecoobstetricia y a las 28 SDG de acuerdo a su estado inmunológico relacionado con RH	B NICE	
Ministra profilaxis antiD a las embarazadas RH negativas, no sensibilizadas.	B NICE	
La evidencia disponible no sustenta el tamiz de rutina para cytomegalovirus en mujeres embarazadas.	B NICE	
No se recomiendan las pruebas de detección de toxoplasmosis en la atención prenatal ya que es probable que los daños superen los beneficios. Aunque durante el control prenatal aún se desconoce cuáles pacientes seronegativas son susceptibles de adquirir la infestación, se recomendará a todas las pacientes lo siguiente: 1. Lavar las manos antes de manipular los alimentos 6. Lavar minuciosamente frutas y verduras 7. Utilizar guantes y lavar minuciosamente las manos después de practicar la jardinería 8. Evitar comer carne cruda o mal cocida 9. Evitar adquisición alimentos ya preparados. 10. Evitar el contacto con gatos y sus excretas.	B NICE	
Medir la presión arterial en consulta prenatal para establecer el diagnóstico de hipertensión arterial en el embarazo	B SHEKELLE	
Detectar factores de riesgo de hepatitis C, como: antecedentes de exposición a sangre o sus derivados, utilización de drogas parenterales, tatuajes, perforaciones, múltiples parejas sexuales, VIH (+)	C NICE	
Calcular fecha probable de parto por fecha de último periodo menstrual, en caso de duda sobre la edad gestacional solicitar ultrasonido.	D SHEKELLE	
Valorar en la primera cita y antes de las 12 semanas de gestación, riesgo alto de resultados adversos del embarazo, como: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, preeclampsia, síndrome de Down, nefropatías, enfermedades de la colágena etc.	D SHEKELLE	
Valora resultados de laboratorio para descartar incompatibilidad a grupo y RH, anemia hipocrómica y megaloblástica, sífilis.	D SHEKELLE	
Solicitar grupo y RH, biometría hemática, EGO y VDRL para detección de VIH y hepatitis B, búsqueda de bacteriuria asintomática y proteínas en orina.	D SHEKELLE	
Calcular fecha probable de parto por fecha de último periodo menstrual, en caso de duda sobre la edad gestacional solicitar ultrasonido.	D SHEKELLE	
Sugerir un ultrasonido a las mujeres embarazadas que se presenten a consulta a las 14 semanas o más de gestación para estimar la edad gestacional y usar la longitud cabeza-nalga del feto como medida para determinar la edad	D SHEKELLE	
Valorar a las 16 semanas los resultados de todos los exámenes, planear el diseño de cuidados. Las pacientes con embarazo no complicado y sin factores de riesgo indicar continuar su atención prenatal con enfermera materno infantil, las que cursen con embarazo complicado o factores de alto riesgo para resultados adversos enviarlas a Segundo Nivel de Atención Médica.	D SHEKELLE	
Valorar ultrasonido de las 18-20 semanas para detectar anomalías estructurales.	D SHEKELLE	
Solicitar glucemia al inicio y entre las semanas 24 a 28 de gestación.	D SHEKELLE	
Medir en primigestas a las 25 semanas de gestación, fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina	D SHEKELLE	
Dar información verbal, escrita o en pláticas sobre control prenatal para aclarar dudas o problemas.	D SHEKELLE	
Medir a las 25 semanas de gestación fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina	D SHEKELLE	
Realizar tamiz para detectar diabetes mellitus gestacional	D SHEKELLE	
Medir a las 31 semanas de gestación fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina e identificar mujeres embarazadas que requieran cuidados especiales.	D SHEKELLE	

Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada
en el primer nivel de atención

Ofrecer a las 34 semanas de gestación segunda dosis de vacuna anti Rh en mujeres con Rh negativo, medir fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina	D SHEKELLE	
Monitorear embarazadas con tratamiento por anemia y revisar resultados de estudios de laboratorio como control	D SHEKELLE	
Informar fecha probable de parto con medidas preventivas para embarazo pos maduro	D SHEKELLE	
Valorar la posición fetal con maniobras de Leopold a las 36 semanas de gestación y confirmar por ultrasonido transabdominal.	C NICE	
Medir a las 36 semanas de gestación fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina.	D SHEKELLE	
Determinar la posición fetal, en caso de duda realizar ultrasonido, producto en presentación pélvica o placenta previa enviar a ginecoobstetricia.	D SHEKELLE	
Verificar a las 36 semanas de gestación, se cuente con ultrasonido transabdominal en toda mujer embarazada para confirmar presentación y descartar placenta previa asintomática.	D SHEKELLE	
Confirmar a las 37 semanas de gestación presentación normal del producto y asegurar una atención oportuna evitando pos madurez	D SHEKELLE	
Medir a las 38 semanas de gestación, fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina.	D SHEKELLE	
Medir a las 40 semanas de gestación o más, fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina. Dar	D SHEKELLE	
Brindar información oportuna y envío a urgencias de ginecoobstetricia para evaluar inducción por el área correspondiente	D SHEKELLE	
Valorar durante el seguimiento prenatal signos o síntomas o condiciones que afecten la salud de la madre y el feto para detección de violencia doméstica, preeclampsia o diabetes.	D SHEKELLE	
Enviar de inmediato a segundo nivel de atención a toda paciente que resulte positiva a VIH	D NICE	
Informar a las mujeres embarazadas que presenten constipación, sobre la modificación de la dieta, con suplementos de fibra, salvado, trigo y abundantes líquidos	PUNTO DE BUENA PRACTICA	
Acompañar la prescripción de hierro con ácido fólico en las pacientes con anemia pues en el embarazo también es frecuente la anemia megaloblástica por deficiencia de ácido fólico.	PUNTO DE BUENA PRACTICA	
Enviar a la mujer embarazada RH negativa con compañero sexual RH positivo a ginecoobstetricia antes de la semana 28 de gestación.	PUNTO DE BUENA PRACTICA	
Aplicar a la mujer embarazada la vacuna de rubéola al término de su embarazo.	PUNTO DE BUENA PRACTICA	
Detectar en la primera consulta prenatal si la embarazada o su pareja refieren conducta de riesgo de Sífilis y sugerir (VDRL), y si el reporte es positivo enviar a Ginecoobstetricia.	PUNTO DE BUENA PRACTICA	
En toda embarazada al inicio de la gestación identificar factores de riesgo para cromosomopatía (antecedentes familiares o personales de malformaciones congénitas, antecedentes de exposición a teratógenos, edad materna avanzada, antecedentes de síndrome de Down); si se encuentran presentes realizar envío a Segundo Nivel de Atención Médica.	PUNTO DE BUENA PRACTICA	
Indicar ejercicios para fortalecer músculos del piso pélvico	PUNTO DE BUENA PRACTICA	
Detectar incongruencias de la altura de fondo uterino con la edad gestacional y enviar a ginecoobstetricia	PUNTO DE BUENA PRACTICA	
Sugerir psyllium plántago, 2 cucharadas en agua a dosis respuesta, en caso de persistir la constipación	PUNTO DE BUENA PRACTICA	

Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada
en el primer nivel de atención

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR DEL RESULTADO	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACION DIANA
<p><u>Etiqueta (problema) (P):</u> Riesgo de alteración de la diada materno/fetal</p> <p><u>Factores de relacionado (causas) (E):</u> Régimen terapéutico, falta de control prenatal, cuidados prenatales inadecuados, alteraciones del metabolismo de la glucosa, complicaciones del embarazo, entre otros</p>	<p>Conocimiento: gestación del cuidado de la diada</p> <p>Conocimiento: cuidado del lactante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uso correcto de suplementos nutricionales • Uso correcto de la medicación • Prácticas nutricionales saludables • Cambios emocionales asociados al embarazo • Carga al lactante correctamente • Posición adecuada del lactante • Prácticas para la seguridad de lactante 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u>.</p> <p>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</p>

INTERVENCIONES RECOMENDADAS	NIVEL / GRADO	APLICADA
Información a las mujeres embarazadas con discapacidades físicas, sensoriales o de aprendizaje y mujeres que no hablen español.	A NICE	
Asesorar a la embarazada sobre el consumo de al menos 2 porciones a la semana de pescado bajo en mercurio y gran cantidad en ácidos grasos omega-3, DHA y EPA, de las siguientes especies: salmón, arenque, sardinas, trucha alpina, caballa del atlántico y trucha arco iris, contienen poco mercurio.	A SHEKELLE	
Informar a la embarazada vite el consumo de tiburón, pez espada, marlín, pez reloj anaranjado y escolar así como todos los peces que se encuentren en la parte superior de la cadena alimenticia acuática	A SHEKELLE	
Recomendar desde la consulta preconcepcional y hasta la semana 12 de embarazo suplementos de 400 microgramos/día de ácido fólico para reducir el riesgo en el recién nacido de desarrollar defectos del tubo neural como: anencefalia o espina bífida.	A SIGN	
Recomendar el uso de hierro en promedio 60 mg de hierro elemental solo o combinado con ácido fólico 500 mcg.	A SIGN	
Orientar sobre los efectos secundarios como estreñimiento, náuseas, vómito o epigastralgia al consumir hierro elemental solo o combinado con ácido fólico 500 mcg.	A SIGN	
Recomendar a la embarazada sobre la importancia de ingerir 1gr. de calcio al día para reducir el riesgo de hipertensión	A SIGN	
Identificar los factores de riesgo para la depresión posparto y referir al área de salud mental.	A SHEKELLE	
Informar a las mujeres embarazadas y las que planean embarazarse consumir ácido fólico antes de la concepción y hasta la semana 12 de gestación en dosis recomendada es de 400 microgramos día.	A NICE	
Informar NO consumir vitamina A (mayor de 700 microgramos) puede ser teratogénico ya que el hígado contiene grandes cantidades de esta.	A NICE	
Sugerir antiácidos, en caso de pirosis a pesar de modificar su dieta y estilo de vida.	A NICE	
Informar a las mujeres embarazadas sobre la importancia y el uso correcto del cinturón de seguridad durante la gestación.	B SIGN	
Orientar a las futuras madres que la posición para dormir a sus bebés debe ser sobre su espalda (boca arriba).	C SHEKELLE	

Intervenciones de enfermería para el control prenatal aplicada
en el primer nivel de atención

Integrar a la orientación prenatal a los padres primerizos y educar sobre la importancia de evitar lesiones a causa del síndrome del bebe sacudido.	C SHEKELLE	
Informar a las pacientes con hipercolesterolemia la importancia de suspender las estatinas aproximadamente 3 meses previos al embarazo.	D SHEKELLE	
Informar a la mujer embarazada que la utilización de fármacos durante debe ser lo menos posible y limitado a circunstancias donde el beneficio es mayor que el riesgo.	D NICE	
Informar a la mujer embarazada que pocas terapias alternativas han demostrado ser seguras y eficaces en el embarazo, por lo tanto las deben evitarse	D NICE	

6. GLOSARIO

Aborto habitual: Quien haya presentado cuatro o más abortos espontáneos consecutivos en embarazos anteriores, independientes de la presencia de embarazo con feto vivo entre uno y otro.

Abruptio de placenta: Desprendimiento parcial o total de la placenta normoinserta de su lecho de inserción.

Amenaza de aborto: Toda paciente con embarazo menor de 20 semanas con sangrado, dolor o hallazgos ecográficos que lo corroboren con membranas íntegras y sin modificaciones cervicales.

Amenaza de parto inmaduro: Es la presencia de actividad uterina regular comprobada por monitoreo fetal que produzca modificaciones cervicales entre las semanas 20 y 27.

Amenaza de parto prematuro: Es la presencia de actividad uterina regular comprobada por monitoreo fetal que produzca modificaciones cervicales entre la semana 28 y la 37.

Bradicardia fetal: La presencia de frecuencia cardíaca fetal menor de 120 minutos.

Disminución de movimientos fetales: Movimientos fetales menores a 10 en un periodo de 12 horas de observación.

Embarazo ectópico: Embarazo por fuera de la cavidad uterina.

Embarazo múltiple: Considérese toda gestación con dos o más fetos diagnosticados por la ecografía.

Embarazo no planeado: Paciente que queda embarazada sin habérselo propuesto.

Embarazo prolongado: Toda gestación que supera las 40 semanas a partir del primer día del último periodo menstrual.

Hiperémesis gravídica: Presencia de vómito persistente o recurrente secundaria a la gestación que no responde a tratamiento médico.

Macrosomía: Feto mayor de 4.000 gramos o percentil mayor 95.

Muerte perinatal: Comprende las muertes fetales previas, más allá de la semana 20 hasta 28 días posparto.

Multigestante: Toda mujer que haya tenido 4 o más gestaciones, incluyendo los abortos en cualquier edad gestacional.

Multigestante mayor: Se considera mujer con 4 o más gestaciones y mayor de 35 años.

Multiparidad: Toda paciente que haya tenido 4 o más partos. No incluye pérdidas gestacionales menores de 20 semanas.

Parto prematuro: Paciente con trabajo de parto entre la semana 20 y la 37.

Posparto o puerperio: Momento en el que la gestación ha concluido: 1. Inmediato. Primeras 24 horas. 2. Mediato. Primeros 8 días. 3. Tardío. Hasta 40 días.

Placenta previa: Es la implantación en el segmento inferior del útero por delante de la presentación, después de la semana 22.

Primer trimestre: Periodo comprendido entre el inicio de la gestación hasta la semana 13.

Ruptura prematura de membranas: Solución de continuidad en las membranas ovulares (corion y amnios) que permite la salida de líquido amniótico antes del inicio del trabajo de parto e independiente de la edad gestacional.

Segundo trimestre: Periodo comprendido entre la semana 14 y la semana 28.

Tercer trimestre: Periodo comprendido entre la semana 29 y 40.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Abelson A, Vanderlinden LD, Scott F, Archbold JA, Brown TL. Healthy fish consumption and reduced mercury exposure: counseling women in their reproductive years. *Can Fam Physician*. 2011 Jan;57(1):26-30. Review. PubMed PMID: 21322285; PubMed Central PMCID: PMC3024155.
2. Albrecht S, Kelly-Thomas K, Osborne JW, Ogbagaber S. The SUCCESS program for smoking cessation for pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011 Sep-Oct;40(5):520-31. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01280.x. Review. PubMed PMID: 22273409.
3. Allen J, Gamble J, Stapleton H, Kildea S. Does the way maternity care is provided affect maternal and neonatal outcomes for young women? A review of the research literature. *Women Birth*. 2012 Jun;25(2):54-63. doi: 10.1016/j.wombi.2011.03.002. Epub 2011 Apr 13. Review. PubMed PMID: 21493173.
4. Ateah CA. Educación de los padres prenatal para los futuros padres por primera vez: "hacer a través de la mano de obra es sólo el principio ...". *J Pediatr Cuidado de la Salud*. 2013 Mar-Apr; 27 (2): 91-7. doi: 10.1016 / j.pedhc.2011.06.019. Revisión. PubMed PMID: 23414974.
5. Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S. Physical activity and the risk of preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*. 2014 May;25(3):331-43. doi: 10.1097/EDE.0000000000000036. Review. PubMed PMID:24713878.
6. Biro MA, Cant R, Hall H, Bailey C, Sinni S, East C. How effectively do midwives manage the care of obese pregnant women? A cross-sectional survey of Australian midwives. *Women Birth*. 2013 Jun;26(2):119-24. doi: 10.1016/j.wombi.2013.01.006. Epub 2013 Feb 26. PubMed PMID: 23485364.
7. Blasig A, Wagner EC, Pi D, Bigham M, Remple VP, Craib KJ, Doyle P, Dobson S, Yoshida EM, Patrick D, Krajden M, Money DM; BC HCV Vertical Transmission Study Group. Hepatitis C infection among pregnant women in British Columbia: reported prevalence and critical appraisal of current prenatal screening methods. *Can J Public Health*. 2011 Mar-Apr;102(2):98-102. PubMed PMID: 21608379.
8. Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC). Moorhead S., Johnson M., Mass LM., Swanson; E. Elsevier. 5°. Edición. Barcelona, España. 2014.
9. Chandra-Mouli V, Camacho AV, Michaud PA. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing 10.1016/j.jadohealth.2013.03.002. PubMed PMID: 23608717.
10. Chantraine F, Braun T, Gonser M, Henrich W, Tutschek B. Prenatal diagnosis of abnormally invasive placenta reduces maternal peripartum hemorrhage and morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013 Apr;92(4):439-44. doi: 10.1111/aogs.12081. PubMed PMID: 23331024.
11. Chan N, Merriman E, S Hyder, Woulfe T, Tran H, Chunilal S. *Intern Med J*. 2012 Oct; 42 (10): 1104-1112. doi: 10.1111 / j.1445-5994.2012.02863.x. PMID: 22755545
12. Clatworthy J. The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *J Affect Disord*. 2012 Mar;137(1-3):25-34. doi: 10.1016/j.jad.2011.02.029. Epub 2011 Apr 22. Review. PubMed PMID: 21514960.
13. Codner E, Soto N, Merino PM. Contraception, and pregnancy in adolescents with type 1 diabetes: a review. *Pediatr Diabetes*. 2012 Feb;13(1):108-23. doi: 10.1111/j.1399-5448.2011.00825.x. Epub 2011 Oct 13. Review. PubMed PMID: 21995767.

14. Cypher RL. Reducing recurrent preterm births: best evidence for transitioning to predictive and preventative strategies. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2012 Jul-Sep;26(3):220-9. doi: 10.1097/JPN.0b013e3182611b9e. Review. PubMed PMID: 22843004.
15. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud. México, DF: CONEVAL, 2012.
16. Cáceres-Manrique, Flor de María. (2009). El control prenatal: una reflexión urgente. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 60(2), 165-170. Retrieved Abr 28, 2015, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200007&lng=en&tlng=es.
17. Downs JS, Arslanian S, de Bruin WB, Copeland VC, Doswell W, Herman W, Lain K, Mansfield J, Murray PJ, White N, Charron-Prochownik D. Implications of type 2 diabetes on adolescent reproductive health risk: an expert model. *Diabetes Educ.* 2010 Nov-Dec;36(6):911-9. doi: 10.1177/0145721710383586. Epub 2010 Oct 13. PubMed PMID: 20944055; PubMed Central PMCID: PMC3462007.
18. Guía de Práctica clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México: Secretaría de Salud; 2009 http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC__PrenatalRiesgo/IMSS_028_08_EyR.pdf
19. Heslehurst N, Newham J, Maniatopoulos G, Fleetwood C, Robalino S, Rankin J. Implementation of pregnancy weight management and obesity guidelines: a meta-synthesis of healthcare professionals' barriers and facilitators using the Theoretical Domains Framework. *Obes Rev.* 2014 Jun;15(6):462-86. doi: 10.1111/obr.12160. Epub 2014 Mar 16. Review. PubMed PMID: 24629076.
20. International. Diagnósticos Enfermeros NANDA. Definiciones y Clasificación. 2015-2017. Herdman TH; Elsevier. Barcelona, España. 2015
21. Kusters DM, Homsma SJ, Hutten BA, Twickler MT, Avis HJ, van der Post JA, Stroes ES. Dilemmas in treatment of women with familial hypercholesterolaemia during pregnancy. *Neth J Med.* 2010 Aug;68(1):299-303. Review. PubMed PMID: 20739726.
22. Miller S, Skinner J. ¿Son las madres primerizas que planean parto en casa más probable que recibir atención basada en la evidencia? Un estudio comparativo de la atención domiciliaria y hospitalaria proporcionada por las mismas parteras. *Nacimiento.* 2012 Jun; 39 (2): 135-44. doi: 10.1111 / j.1523-536X.2012.00534.x. Epub 2012 May 17. PubMed PMID: 23281862
23. Nacional Centro de Colaboración para la Mujer y la Salud de los Niños. La atención prenatal: atención de rutina para la mujer embarazada sana. Londres (Reino Unido): Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE); 2008 marzo 56 p. (Directriz Clínica; No.62). Actualización 2011. <http://www.guideline.gov/content.aspx?f=rss&id=14306>
24. Plan de cuidados de enfermería: control prenatal. Segundo Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería, Páginas 06-20. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección general de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud, Segunda edición 2013.
25. Peltzer K, Jones D, Weiss SM, Shikwane E. Promoting male involvement to improve PMTCT uptake and reduce antenatal HIV infection: a cluster randomized controlled trial protocol. *BMC Public Health.* 2011 Oct 10;11:778. doi: 10.1186/1471-2458-11-778. PubMed PMID: 21985332; PubMed Central PMCID: PMC3196716

26. Practice guidelines for the prevention and early detection of pregnancy disorders 2013. Amaya-Guío, Jairo; Díaz-Cruz. Rev Colomb Obstet Ginecol; 64(3): 245-288, jul.-set. 2013. ilus, tab Artículo en Español | LILACS | ID: lil-695824
27. Programas de Acción Específico 2013-2018, Salud Materna y Perinatal. Secretaria de salud. 21 abr. 2015 - www.spps.gob.mx/programas-accion2013-2018.html
28. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY. NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. Secretaría de Salud.
29. Shah PS, Zao J, Al-Wassia H, Shah V; Knowledge Synthesis Group on Determinants of Preterm/LBW Births. Pregnancy and neonatal outcomes of aboriginal women: a systematic review and meta-analysis. Womens Health Issues. 2011 Jan-Feb; 21(1):28-39. doi: 10.1016/j.whi.2010.08.005. Epub 2010 Dec 3. Review. PubMed PMID: 21129997.
30. Siddique J, Lantos JD, VanderWeele TJ, Lauderdale DS. Screening tests during prenatal care: does practice follow the evidence? Matern Child Health J. 2012 Jan;16(1):51-9. doi: 10.1007/s10995-010-0723-3. Epub 2010 Nov 28. PubMed PMID: 21113814.
31. Skagerstróm J, Chang G, Nilsen P. Predictors of drinking during pregnancy: a systematic review. J Womens Health (Larchmt). 2011 Jun;20(6):901-13. doi: 10.1089/jwh.2010.2216. Review. PubMed PMID: 21671775; PubMed Central PMCID: PMC3159119.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de la **Secretaría de Salud del Gobierno Federal, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, Hospital Juárez de México, Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y Hospital de la Mujer** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por la **Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)**, y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades de la **Universidad Autónoma de Chihuahua** quien participó en los procesos de **protocolos de búsqueda**, a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán, a la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional por su colaboración en el proceso de **validación** y al Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) por el **proceso de verificación** y revisión del modelo editorial.

9. COMITÉ ACADÉMICO

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD (DGCES)

Dr. Sebastian García Saisó	<i>Director General de Calidad y Educación en Salud</i>
Dra. Odet Sarabia González	<i>Dirección General Adjunta de Calidad y Educación en Salud</i>
Mtra. Claudia Leija Hernández	<i>Directora de Enfermería</i> <i>Coordinadora General de la Comisión Permanente de Enfermería</i>
Mtra. María del Rocío Almazán Castillo	<i>Subdirección de Evaluación de los Servicios de Enfermería</i>
Mtra. María de Jesús Posos González	<i>Coordinadora Normativa de Enfermería</i> <i>Coordinadora del proyecto de Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE)</i> <i>Asesora metodológica de las GPCE</i>

CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD (CENETEC-SALUD)

Dr. Francisco Ramos Gómez	<i>Director General</i>
Dr. Jesús Ojino Sosa García	<i>Director de Integración de GPC</i>
Dr. Arturo Ramírez Rivera	<i>Subdirector de GPC</i>
Dra. Violeta Estrada Espino	<i>Departamento de validación y normatividad de GPC</i>
Dr. Cristobal León Oviedo	<i>Coordinador de guías de medicina interna</i>
Dra. Mercedes del Pilar Álvarez Goris	<i>Coordinadora de guías de ginecología y obstetricia</i>
Dr. Joan Erick Gómez Miranda	<i>Coordinador de guías de cirugía</i>
Dr. Christian Fareli González	<i>Coordinador de guías de cirugía</i>
Dr. Jaime Enoc Zambrano Guerrero	<i>Coordinador de guías de pediatría</i>
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	<i>Investigación documental</i>
Dr. Pedro Nieves Hernández	<i>Subdirector para la gestión de GPC</i>
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	<i>Departamento de apoyo científico para GPC</i>

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

DIRECTORIO SECTORIAL

Secretaría de Salud

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social

Mtro. Mikel Arriola Peñalosa
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. José Reyes Baeza Terrazas
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Lic. Laura Vargas Carrillo
Titular del Organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos

Dr. José Antonio González Anaya
Director General

Secretaría de Marina Armada de México

Almte. Vidal Francisco Soberón Sanz
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Jesús Ancer Rodríguez
Secretario del Consejo de Salubridad General

DIRECTORIO DEL CENTRO DESARROLLADOR

Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia

Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso
Director General

Lic. Matilde Morales Olivares Representante de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia

Hospital General de México

Dr. Eduardo Liceaga

Dr. Cesar Athié Gutiérrez
Director General

LEO. María De Los Ángeles Garrido González
Subdirectora de Enfermería

Hospital Juárez de México

Dr Martín Antonio Manrique
Director General

Mtra. Silvia Navarrete Camacho
Jefe de Enfermeras

Hospital General Manuel Gea González Dr.

Mucio Moreno Portillo
Director General

Mtra. Yolanda Mayoral Mendez

Subdirectora de Enfermería

Hospital de la Mujer

Dra. Ma. De Lourdes C. Martínez Zúñiga
Director General

Mtra. Ma. De Jesus Cruz Hinojosa
Jefe de Enfermeras

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

	Dr. José Meljem Moctezuma	Presidente
	Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dr. Pablo Antonio Kuri Morales	Titular
	Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas	Titular
	Comisionado Nacional de Protección Social en Salud Dr. Isidro Ávila Martínez	Titular
	Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud Dr. Jesús Ancer Rodríguez	Titular
	Secretario del Consejo de Salubridad General General de Brigada M. C. Daniel Gutiérrez Rodríguez	Titular
	Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional Cap. Nav. SSN. M.C. Derm. Luis Alberto Bonilla Arcaute	Titular
Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México	Dr. José de Jesús Arriaga Dávila	Titular
	Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses	Titular
Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Dr. Marco Antonio Navarrete Prida	Titular
	Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Dr. Ricardo Camacho Sanciprián	Titular
Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez	Titular
	Encargado del Despacho de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico Dr. Sebastián García Saisó	Titular
	Director General de Calidad y Educación en Salud Dr. Miguel Ángel Cedillo Hernández	Titular
	Director General de Evaluación del Desempeño Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
	Director General de Información en Salud Dr. Francisco Ramos Gómez	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Director General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Dr. Álvaro Emilio Arceo Ortíz	Titular 2016-2017
Secretario de Salud y Director General del Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche	Dr. Jesús Pavel Plata Jarero	Titular 2016-2017
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Nayarit	Dr. Neftalí Salvador Escobedo Zoletto	Titular 2016-2017
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Puebla	Dr. Enrique Luis Graue Wiechers	Titular
	Presidente de la Academia Nacional de Medicina Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Titular
	Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía Dr. Arturo Perea Martínez	Titular
	Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría Lic. José Ignacio Campillo García	Titular
	Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. Dr. Ricardo León Bórquez M.C.A.	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C. Dr. Francisco Hernández Torres	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C. Dr. Carlos Dueñas García	Asesor Permanente
	Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C. Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Dr. Jesús Ojino Sosa García	Secretario Técnico
	Secretario Técnico del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	