

Guía de práctica clínica

Control prenatal en embarazadas de bajo riesgo I

Resumen

A lo largo de los años el control prenatal (CP) se ha "medicalizado" y en muchas ocasiones se decide realizar mayor número de procedimientos (por ejemplo análisis de laboratorio, ecografías, controles) con iguales resultados. En esta guía se plantearán cuidados prenatales adecuados, necesarios, y efectivos para la atención integral de la embarazada.

En octubre del 2003 el Instituto para la Excelencia Clínica en el Reino Unido (NICE del inglés National Institute for the Clinical Excellence) publicó una guía para los controles adecuados de la embarazada de bajo riesgo como guía para el Sistema Nacional de Salud Británico¹. Parte de las recomendaciones y temas analizados en esta guía están basados en esa publicación. Aquellas recomendaciones marcadas con (*), están basadas en la guía inglesa y adaptadas por los autores al contexto local en base a las características epidemiológicas de nuestro medio.

Fraifer S., García Martí S. Control Prenatal en embarazadas. Evid. actual. práct. ambul. 2004;7: 173-177

Definición Control Prenatal

En Argentina más del 98% de los partos ocurren en instituciones. Sin embargo la cobertura médica para el control prenatal aún es baja. Para el subsector público se estima que el 78% de las embarazadas llegan al parto con alguna consulta prenatal realizada, muchas de las cuales no reúnen los requisitos aceptables en cuanto a su precocidad, cantidad, distribución, integralidad y calidad. Sólo el 30% de los controles se inicia precozmente durante el primer trimestre².

Existe amplia evidencia que el médico de atención primaria adecuadamente entrenado realiza el CP y el parto de bajo riesgo con los mismos resultados de calidad que los obstetras³.

Si postulamos un beneficio en la atención del médico de familia es que, al compartir con la paciente y su familia la historia de salud de manera longitudinal, la intervención en prácticas preventivas está facilitada y el grado de satisfacción de la paciente es mayor.

Pero... ¿Como definimos bajo riesgo?

Se deben tener en cuenta los antecedentes obstétricos de la paciente (abortos, partos pretérminos, retardo de crecimiento intrauterino, embarazo ectópico) y los personales (HTA, DBT, Insuficiencia renal crónica, Chagas, Toxoplasmosis, Anemia, Infección Urinaria). En todas estas situaciones, si el médico de familia es un profesional idóneo en el problema, podrá continuar el CP. De otra manera deberá interconsultar con el obstetra y considerar un seguimiento conjunto.

En los problemas desarrollados en el embarazo: HTA gestacional, DBT gestacional, infecciones adquiridas durante la gestación (Toxoplasmosis, Chagas, Sífilis, VIH, Hepatitis B) dependerá de la experiencia del profesional a cargo en elegir continuar seguimiento conjunto con el obstetra o interconsultar a la paciente en forma oportuna.

Los siguientes factores de riesgo preconceptionales no modificables no deberían ser motivo de derivación, ya que las medidas a tomar no difieren según la especialidad.

1. Edad menor a 17 o mayor a 40 años
2. Altura menor a 1,50 mts.
3. Peso menor a 45 Kg. o menor al 20 % de su peso teórico
4. Analfabetismo
5. Bajo nivel socioeconómico
6. Multiparidad (mayor a 4)
7. Periodo intergenésico menor a 12 meses

La mayoría de los embarazos son de bajo riesgo y una buena relación médico paciente promueve una mayor adherencia a las intervenciones médicas, prácticas preventivas, consejería, pautas de alarma y reaseguros en salud.

No hay una recomendación absoluta para que el médico de atención primaria derive a la paciente al obstetra. La decisión del médico de familia deberá basarse en su experiencia y habilidad y en una adecuada valoración de los factores de riesgo presentes.

Frecuencia de los controles prenatales

Los cuidados prenatales son el conjunto de acciones realizadas durante el embarazo. Estos deben ser precoces, - el ideal es que

el primer control sea alrededor de la semana 12 de gestación y periódicos, aunque la periodicidad del mismo es discutida. Clásicamente se recomienda un control mensual hasta la semana 32, uno cada 15 días hasta la semana 38 y luego uno semanal hasta la semana 41, en la cual, si el parto no sucedió, se evaluará la derivación a la paciente para su internación. El número de controles puede variar entre 6 a 8, aunque esto se evaluará de acuerdo a las posibilidades asistenciales y al riesgo de la paciente.

Trabajos recientes indican que un menor número de consultas no pone en riesgo el embarazo, pero tal vez sí la satisfacción de la paciente⁴.

Durante el embarazo se debe controlar:

- El desarrollo y vitalidad del bebé (monitoreo de crecimiento con altura uterina (AU), Peso, Talla, Ecografía, Movimientos fetales y Latidos)
- Algunos requerimientos maternos que pueden aumentar (quimio-profilaxis, hierro, Ácido Fólico)
- Ciertas patologías se pueden presentar con mayor frecuencia (Anemia, HTA, DBT, Infección Urinaria)
- Ciertas patologías que se transmiten de madre a hijo (Tétanos, Sífilis, Hepatitis B, Chagas, HIV, Toxoplasmosis, Enfermedad Rh, Rubéola)

Además de acompañar durante todo el proceso (Consejería), no olvidar que los controles prenatales ofrecen una oportunidad de contacto con el sistema de salud y en muchos casos debe aprovecharse para realizar intervenciones preventivas como p. ej. PAP y examen odontológico.

Tabla de gradación de las recomendaciones presentadas en esta guía de práctica²

- Tipo A** Basada en revisiones sistemáticas, metanálisis de ensayos clínicos o al menos un ensayo clínico bien diseñado
- Tipo B** Basada en estudios bien diseñados que incluyan grupo control aunque no sean aleatorizados (cohortes, casos y controles)
- Tipo C** Basada en estudios de diseños descriptivos (estudios comparativos, de correlación o estudios de casos)
- Tipo D** Opinión de comité de expertos o experiencia clínica de autoridades en la materia

Diagnóstico de Embarazo

El signo más frecuente es la amenorrea. Las náuseas, vómitos, la turgencia mamaria, la poliuria y la mayor tendencia al sueño son síntomas de presunción de embarazo y los signos de certeza son los latidos cardíacos fetales. Con Doppler se detectan a partir de la semana 10 y con el estetoscopio de Pinard entre las 16 y 20 semanas.

El crecimiento del útero permite estimar la edad Gestacional (EG). A las 8 semanas de gestación el útero duplica su tamaño. A las 12 semanas se puede palpar el borde superior a la altura del pubis y a las 20 semanas a la altura del ombligo.

Si la altura uterina es mayor que la esperada para la edad gestacional correspondiente, se puede deber a embarazo gemelar, fecha de última menstruación errónea o, raramente, a enfermedad molar. Cuando la altura uterina es menor que la esperada puede corresponder a un retardo del crecimiento intrauterino o huevo muerto y retenido.

Pruebas Diagnósticas

Los test diagnósticos de embarazo se basan en la medición de Gonadotropina Coriónica Humana (HCG):

1. **HCG cuantitativa en sangre:** es el método más sensible y más costoso. Detecta niveles de HCG de hasta 5 mUI/ml. Es positivo luego de 3 días de la concepción.

2. **Test de Anticuerpos Monoclonales en Orina:** Detecta niveles de subunidad beta de 25 mUI/ml. Es positiva antes del atraso menstrual y aunque su sensibilidad y especificidad son muy altas, debido a condiciones inherentes a la realización en el hogar del método, tiene una sensibilidad del 90% en el primer día de atraso, aumentando al 97% una semana después del supuesto día de menstruación⁵. Existen varias marcas en el comercio (Evatest easy, Gravitest, Nuevelunas, SioNo).

3. **Dap test:** mide HCG en niveles de 150 a 250 mUI/ml en sangre u orina. Necesita 2 semanas de atraso menstrual para ser positivo. Tiene una sensibilidad del 90%. El Ortho test se realiza en orina, con una sensibilidad luego de 15 días de atraso de 80% y luego de 21 días de 95%.

Cálculo fecha probable de parto

Existen varias formas de calcularla. La más frecuente es el método de Pinard, cuyo cálculo se realiza sumando al último día de la menstruación 10 días y restando 3 meses. El uso de los discos del Centro Latinoamericano de Atención Perinatólogica (CLAP) también es frecuente. En algunos estudios se han reportado hasta un 40% de errores en la precisión del recuerdo de la fecha última menstruación por parte de las mujeres, es debido a esto que se debe realizar una Ecografía precozmente en el control del embarazo para calcular la fecha probable de parto. Una correcta identificación de la edad gestacional se asoció a una menor tasa de inducciones en partos postérmino⁷.

Idealmente se debe realizar una ecografía entre la semana 10-13 de gestación para el cálculo de edad gestacional. **Recomendación Tipo A**

Contenido de las Consultas Prenatales

En los controles se debe:

- Definir el riesgo
- Evaluar la evolución del embarazo
- Planificar la solicitud de estudios complementarios
- Rastrear y tratar las patologías encontradas
- Realizar consejería
- Organizar vacunación
- Programar asistencia odontológica
- Promover la participación en grupos de preparación para el parto
- Promover la lactancia materna

En la primera entrevista se debe recabar información de los antecedentes personales (hipertensión, diabetes, infecciones urinarias, hábitos, incompatibilidad sanguínea, problemas tiroideos, cardíacos), gineco-obstétricos (menarca, anticoncepción, gestas anteriores, abortos, período intergenésicos, pesos de recién nacidos previos) y familiares (gestas múltiples, hipertensión, diabetes). Para un adecuado registro, contamos con la Historia Clínica del CLAP y el Carnet Perinatal, de valor en la transferencia y contra-

transferencia de información. En algunos estudios realizados la posesión del carnet perinatal por parte de las embarazadas se asoció a una mayor satisfacción con los cuidados del embarazo⁸. La adecuada utilización de estos instrumentos nos permitirá estandarizar y unificar la recolección de datos para de esta forma facilitar la comunicación intra y extra muro, favorecer el cumplimiento de las normas y guías y registrar datos de valor legal.

Se debe llevar un registro especial para los controles prenatales y se debe entregar una ficha con la información para que las pacientes lleven consigo. **Recomendación Tipo A**

Examen Físico

En todas las visitas se deberá consignar:

1. **Peso y talla:** Debe constar el peso previo a la concepción y el peso de cada visita. Existen curvas que correlacionan el incremento de peso acorde a la edad gestacional.

El aumento de peso debería oscilar entre 9 y 12 kilos al finalizar el embarazo, aunque aumentos superiores no se correlacionaron con mayor morbimortalidad perinatal. Las pacientes con bajo peso previo a la concepción (menor a 51 kg) presentaron un leve aumento del riesgo de dar a luz a hijos con bajo peso para edad gestacional (BPEG) sin ser este un riesgo significativo⁹.

Se debe consignar el peso en la primer visita y en las visitas subsiguientes. **Recomendación Tipo B**

2. **Tensión Arterial (TA):** Se debe tomar la TA en cada consulta. Esta debe realizarse al final de la consulta, con la paciente ya relajada, en posición sentada con apoyo dorsal e idealmente con apoyo braquial a nivel del corazón. Esta maniobra se realiza para la detección precoz de hipertensión arterial inducida por el embarazo que en algunas ocasiones puede llevar al desencadenamiento de Pre-eclampsia¹⁰. El diagnóstico y tratamiento de este problema de salud aporta claros y contundentes beneficios.

Se debe medir la TA en cada una de las visitas durante el control prenatal. **Recomendación Tipo B**

3. **Altura Uterina (AU):** Se debe registrar la AU en cada consulta a partir de la semana 12, dado que previo a esto el útero es intra pélvico. Idealmente debe ser tomada por el mismo operador, consignándola en un gráfico de acuerdo a la EG.

Para su medición se utiliza una cinta métrica flexible pero no extensible. Existen cintas del CLAP en donde figuran los intervalos óptimos según AU y EG. Se debe fijar un extremo en el borde superior del pubis y deslizar la otra mano hasta encontrar con el borde cubital el fondo del útero.

Si la FUM es confiable, la medición de la AU tiene un 90% de especificidad y casi un 85% de sensibilidad para el diagnóstico de RCIU cuando es tomada por el mismo observador en consultas sucesivas¹¹. A su vez aporta información diagnóstica en la evaluación de la discordancia entre la EG y la AU en el embarazo gemelar, polihidramnios y macrosomía fetal.

Se debe medir la altura uterina a partir de la semana 12 en cada una de las visitas del control prenatal. **Recomendación Tipo A**

4. **Latidos Cardíacos Fetales:** Se deben buscar a partir de la semana 10-12 de gestación con aparato ultrasónico Doppler y a partir de la semana 18-20 con el estetoscopio de Pinard. La auscultación de los latidos fetales solo nos aporta información instantánea sobre la vitalidad fetal no teniendo correlación con eventos futuros¹².

Se deben buscar los latidos cardíacos fetales en cada consulta a partir de la 12va semana de gestación. **Recomendación Tipo D**

5. **Movimientos Fetales:** En los primeros embarazos las mujeres los perciben alrededor de la semana 20 y en múltiparas a partir de la semana 16.

6. **Presentación Fetal:** Puede ser cefálica, transversa o podálica. Puede variar a lo largo del embarazo, pudiéndose modificar hasta la semana 36 de gestación. Las nulíparas con presentación podálica o situación fetal transversa, tienen indicación de cesárea.

7. **Examen mamario:** se debe realizar consejería desde las primeras consultas. Evidenciar estado de mamas, piel y pezones para luego intervenir, aunque la presencia de pezones invertidos no tiene una fuerte asociación con dificultades en la lactancia posterior¹³.

8. **Edad Gestacional:** Consignar en cada encuentro.

Estudios Complementarios

Antes de la semana 13 se deben solicitar:

1. Grupo y Factor de la paciente, y de la pareja (de ser este RH negativo)
2. Hemograma
3. VDRL*
4. Serología para Toxoplasmosis pareada*
5. Serología para VIH
6. Urocultivo
7. Ecografía (para evaluación edad gestacional)

* Estas serologías deben repetirse entre las semanas 28 y 32, según el resultado previo.

Alrededor semana 20:

8. Ecografía (para la evaluación de anomalías estructurales)¹⁴

Entre la semana 24 y 28 de gestación:

9. glucemia en ayunas
10. HBs Ag
11. Chagas
12. **Monitoreo Fetal:** Consiste en el registro en forma gráfica de la frecuencia cardíaca fetal, los movimientos fetales y las contracciones uterinas, nos aporta datos acerca de la condición fetal inmediata. A menos que surja evidencia que demuestre lo contrario, su uso debe ser restringido a situaciones en las que se sospeche hipoxia fetal aguda y en ocasiones para realizar monitoreo fetal intraparto. Hasta el momento no hay información que permita inferir que el uso en forma rutinaria del monitoreo fetal este

asociado a mejores resultados durante el control prenatal¹⁵.

14. **Ecografía:** La ecografía tiene utilidad para el diagnóstico de edad gestacional en el primer trimestre y posteriormente para evaluar anomalías estructurales alrededor de la semana 20.

15. **Papanicolaou (PAP):** Se debe realizar según las normas establecidas para esta práctica. Se debe recordar que en muchas ocasiones el CP es uno de los pocos contactos con el médico y no realizarlo sería una oportunidad perdida. Por comodidad de la paciente y para facilitar la toma de la muestra se debería realizar antes de las 28 semanas.

Quimioprofilaxis

Suplementación con ácido fólico para prevención de defectos del tubo neural (DTN)

La prevalencia de DTN es de 1-8/1000. Las condiciones asociadas a esta malformación son:

- Anencefalia
- Espina Bífida
- Meningocele y mielomeningocele
- Morbilidad Asociada: paraplejía, incontinencia de esfínteres, impedimentos físicos y mentales.

El suplemento con ácido fólico disminuyó el riesgo de primer ocurrencia de DTN en un 40% en embarazos de bajo riesgo. Por lo que el suplemento rutinario con 1 mg/día de ácido fólico en prevención primaria, desde un mes antes de la concepción y hasta la semana 12 de gestación aporta claros beneficios. En prevención secundaria, cuando existe un caso de DTN en la familia (padres o hijos) la dosis de ácido fólico es de 4mg/día.

Se debe suplementar a las mujeres gestantes con 1 mg/día de ácido fólico desde un mes antes de la concepción hasta la semana 12 de gestación para la disminución de los defectos del tubo neural. **Recomendación Tipo A**

Suplementación con calcio

Durante algún tiempo se supuso que una adecuada ingesta de calcio diaria (1 gramo/día) producía una reducción en el riesgo de tensión arterial elevada durante el embarazo y una substancial disminución del riesgo en mujeres con factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial durante el embarazo¹⁷. Estos trabajos tenían algunas deficiencias metodológicas por lo que se realizó un ensayo clínico en el cual se evidenció que la suplementación con calcio no aportaba beneficios en las pacientes con bajo de riesgo de hipertensión aunque si era beneficioso en aquellas pacientes de alto riesgo¹⁸.

GUIA DE CONTROL PRENATAL			
1er Trimestre (sem 0-13)	2do Trimestre (sem 13-26)	3er Trimestre (sem 26-40)	
<ul style="list-style-type: none"> - Pap y Odontología - Acido Fólico y evaluar Fe y Calcio - Peso y Talla 	<p>Todos los controles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Altura Uterina, Latidos Fetales, Movimientos Fetales - Toma de TA - Monitoreo crecimiento - Requerimientos y Vacunas - Rastreo de Patologías que se presentan con mas frecuencia - Rastreo patologías que se transmiten de madre a hijo - Oportunidad - Consejería 	<p>Semana 28</p> <ul style="list-style-type: none"> - HbS Ag - Chagas - Repetir los (-) de Toxo, VDRL y HIV 	
<p>Semana (10-13)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecografía precoz - VDRL - Hiv - Toxoplasmosis - Ig G pareada - Grupo y Factor 	<p>Sem 18-22</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecografía 	<p>Sem. 24</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar Doble Adultos 	<p>Sem 24-28</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glucemia en ayunas
		<p>Sem. 28</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antigripal - Evaluar Doble Adultos 	
- Consejería (se debe desaconsejar el tabaquismo y la ingesta de alcohol durante la gestación)		Curso de preparación para el parto y la crianza	

Inmunizaciones

Vacuna antitetánica

En mujeres gestantes sin esquema completo: Se debe realizar la prevención del tétanos a través de un plan de dos dosis, que se iniciará a las 24 semanas y se repetirá con un intervalo no menor a 4 semanas. La aplicación de una tercera dosis 6 a 12 meses después de la segunda, confiere inmunidad durante 10 años debiéndose reforzar con una nueva dosis cada 10 años.

En mujeres gestantes con esquema de antitetánica completo: A las mujeres que hayan sido vacunadas dentro de los últimos 10 años, se les puede indicar solo un refuerzo en la semana 28.

Aquellas mujeres que no presenten el esquema de vacunación antitetánica completo deben recibir dos dosis de vacuna durante el embarazo. **Recomendación Tipo A**

Gripe: Las mujeres embarazadas con alguna patología de base que requiera vacunación deben ser vacunadas cuando comienza la temporada de gripe independientemente de su edad gestacional. Aquellas mujeres que no tengan indicación especial deben ser vacunadas en la semana 14 de gestación¹⁹.

Las mujeres embarazadas deben recibir vacunación antigripal. **Recomendación Tipo A**

Otras vacunas

La vacuna triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola) esta contraindicada en el embarazo, pero últimos trabajos han demostrado que en mujeres vacunadas, sin anticoncepción que gestaron no se presentaron síndromes en relación a estos virus²⁰.

Las indicaciones para la profilaxis de vacunación contra Hepatitis B no se encuentran alteradas por el embarazo.

Educación

Preparación de las mamás y lactancia materna

En la primer consulta se deben evaluar las mamás y comenzar precozmente con la promoción de la lactancia materna. Se deben cuidar especialmente los pezones, aireándolos, lubricándolos con calostro o cremas de caléndula o con lanolina. Dentro de las posibilidades se deben exponer al sol para fortalecerlos y así prevenir futuras grietas. Se pueden realizar ejercicios para los pezones umbilicados o cortos, tomando el pezón entre los dedos índice y pulgar y traccionando suavemente rotándolo en el sentido en forma circular hacia uno y otro lado.

Curso de preparación para el parto

Es un espacio que las embarazadas y sus parejas encuentran para aprender, hablar de sus inquietudes y aclarar dudas. Toda embarazada debe tener la oportunidad de concurrir a uno de estos cursos. Se recomienda iniciarlo entre la semana 26 y 28^{21 22}.

Las mujeres embarazadas e idealmente sus parejas deben tener la posibilidad de concurrir a un curso de control prenatal. **Recomendación Tipo A**

Consejería

Esta debe ser una herramienta de prevención y de promoción de la salud. Debe incluir: reaseguro en salud, intervenciones sobre temas específicos, guía anticipatoria y pautas de alarma.

Reaseguro en salud

Se debe reforzar la idea que estar embarazada no es estar enferma. El embarazo es una etapa especial de la vida pero de ninguna

manera invalidante. Se debe fomentar un cuidado sano de la embarazada, evitando conductas sobreprotectoras o abandonicas.

Relaciones Sexuales

La normalidad en relación a este tema, es lo que cada pareja este en condiciones de aceptar. Es real que a lo largo del embarazo existen variaciones en la libido de la gestante, pero muchas veces esto se debe a temores y prejuicios.

El médico debe conversar con su paciente y su pareja en relación a este tema y reasegurar que las relaciones sexuales no dañan al bebe y que su actividad sexual dependerá de su decisión, en relación al bienestar de la pareja²³.

Actividad Física

Se considera que la actividad física que la mujer realizaba antes de estar embarazada es la mas adecuada para el embarazo. Realizar ejercicio moderado no es perjudicial ni para la madre ni el feto²⁴. Se desaconseja el ejercicio de alta competición, de contacto y buceo. Se debe evitar el aumento sostenido de temperatura en la gestante, para no exponer al feto a hipertermia. Se aconseja una reducción gradual hacia el tercer trimestre.

Alimentación

La dieta debe ser balanceada. Solo el requerimiento de calcio y hierro aumenta.

Se deben ingerir alrededor de 1200 mg de calcio elemental. Esta cantidad se encuentra en 5 porciones de lácteos/día (1 porción de 250 ml leche o 250 grs. de yogurt o 1 porción de queso tamaño de 1 cassette o 1 huevo o 2 cucharas soperas de queso blanco).

Tabaquismo y alcohol

El consumo de alcohol durante el embarazo se asoció a bajo peso al nacer²⁵, aunque no se sabe cuanto alcohol sería perjudicial para el feto, se aconseja no ingerir alcohol durante el embarazo.

El fumar se asoció a una variedad de efectos adversos para el feto en numerosos estudios²⁶, se debe realizar consejería desalentando el hábito tabáquico durante la gestación.

Se debe desaconsejar el hábito tabáquico así como el consumo de alcohol durante la gestación. **Recomendación Tipo A**

Consejo Genético

Existen algunos test para el diagnóstico prenatal de síndrome de Down y defectos del cierre del tubo neural. El triple esquema con marcadores serológicos en sangre materna con alfa feto proteína baja, estriol no conjugado bajo, y gonadotropina coriónica humana aumentada, entre la semana 10-12 de gestación identifica el 80% de los fetos con síndrome de Down con una tasa del 5% de falsos positivos²⁷.

La evaluación de la translucidez nucal mediante ecografía realizada durante la semana 9 a 14 de gestación tiene una sensibilidad del 75%, aunque es un test muy operador dependiente requiriendo un buen entrenamiento por parte del ecografista. No se recomienda su uso para rastreo en forma rutinaria²⁸.

El consejo genético en países donde el aborto es ilegal, conlleva la problemática de que es lo que se le va a ofrecer a las pacientes una vez hecho el diagnóstico. Probablemente la conducta más adecuada en este punto sea informar a la paciente antes de iniciar una estrategia de rastreo.

A Continuación se detalla el cronograma de cuidados prenatales:

- **Cronograma de Actividades Clínicas y Exámenes Complementarios en el CP**

Maniobra	Antes semana 13	13 a 19 semanas	19 a 25 semanas	25 a 31 semanas	31 a 38 semanas	Más de 38 semanas
Registro Historia Clínica	X	X	X	X	X	X
Registro Carnet Perinatal	X	X	X	X	X	X
Evaluación Clínica	X					
Evaluación Odontológica	X					
Calculo Edad Gestacional	X	X	X	X	X	X
Peso	X	X	X	X	X	
Tensión Arterial	X	X	X	X	X	X
Talla	X					
Latidos Cardiacos Fetales	X	X	X	X	X	X
Presentación Fetal				X	X	X
Ecografía	X		X(sem 20)			
Grupo y factor	X					
Urocultivo	X					
Hemograma	X					
Glucemia en ayunas				X(sem 26)		
VDRL	X			X si era-		
Ig G pareada Toxoplasmosis	X			X si era-		
VIH	X			X si era-		
HBs Ag				X		
Chagas				X		
PAP	X					
Preparación mamas			X	X	X	X
Psicoprofilaxis del parto				X	X	X
Monitoreo Fetal						Solo con indicación
Vacunación antitetánica			X	X		

Dra Sandra Fraifer. Dr Sebastián García Martí [Construir Salud.Obra Social del Personal de la Construcción]

Bibliografía

1. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. October 2003.
2. El cuidado Prenatal. Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal. Ministerio de Salud de salud de la Nación. República Argentina 2001.
3. Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low - risk pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003;(1).
4. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M, et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. Lancet 2001; 357:1565-70.
5. Wilcox, AJ, Baird, DD, Dunson, D, McChesney, R. Natural limits of pregnancy testing in relation to the expected menstrual period. JAMA 2001; 286:1759.
6. Crowther CA, Kornman L, O'Callaghan S, George K, Furness M, Willson K. Is an ultrasound assessment of gestational age at the first antenatal visit of value? A randomised clinical trial. [see comments]. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1999; 106:1273-9.
7. Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 1999;(2).
8. Elbourne D, Richardson M, Chalmers I, Waterhouse I, Holt E. The Newbury Maternity Care Study: a randomized controlled trial to assess a policy of women holding their own obstetric records. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1987;94:612-19.
9. Dawes MG, Grudzinskas JG. Repeated measurement of maternal weight during pregnancy. Is this a useful practice? British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1991;98:189-94.
10. Douglas KA, Redman CW. Eclampsia in the United Kingdom. British Medical Journal 1994;309:1395-400.
11. Belizan, JM, Villar, J, Nardin, JC et al. Diagnosis of IUGR by a simple clinical method: measurement of fundal height. Am J Obstet Gynecol 1978; 131:643.
12. Sharif K, Whittle M. Routine antenatal fetal heart rate auscultation: is it necessary? Journal of Obstetrics and Gynaecology 1993;13:111-3.
13. Alexander JM, Grant AM, Campbell MJ. Randomised controlled trial of breast shells and Hoffman's exercises for inverted and nonprotractile nipples. British Medical Journal 1992; 304:1030-2.
14. Bricker L, Garcia J, Henderson J, Mugford M, Neilson J, Roberts T, et al. Ultrasound screening in pregnancy: a systematic review of the clinical effectiveness, cost-effectiveness and women's views. Health Technology Assessment 2000; 4:1-193.
15. Pattison N, McCowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001;(2).
16. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002;(1).
17. Bucher, HC, Guyatt, GH, Cook, RJ, et al. Effect of calcium supplementation on pregnancy-induced hypertension and preeclampsia: A meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA 1996; 275:1113.
18. Levine, RJ, Hauth, JC, Curet, LB, et al. Trial of calcium to prevent preeclampsia. N Engl J Med 1997; 337:69.
19. Prevention and control of influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1998; 47(RR-6): 5.
20. Rubella vaccination during pregnancy--United States, 1971-1988. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1989; 38:289.
21. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition. 2000.
22. Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001;(3).
23. Klebanoff MA, Nugent RP, Rhoads GG. Coitus during pregnancy: is it safe? Lancet 1984;2:914-7.
24. Clapp JF III, Simonian S, Lopez B, Appleby-Wineberg S, Harcar-Sevcik R. The one-year morphometric and neurodevelopmental outcome of the offspring of women who continued to exercise regularly throughout pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1998;178:594-9.
25. Borges G, Lopez-Cervantes M, Medina-Mora ME, Tapia-Conyer R, Garrido F. Alcohol consumption, low birth weight, and preterm delivery in the national addiction survey (Mexico). International Journal of the Addictions 1993;28(4):355-68.
26. Castles A, Adams EK, Melvin CL, Kelsch C, Boulton ML. Effects of smoking during pregnancy: Five meta-analyses. American Journal of Preventive Medicine 1999;16:208-15.
27. Niemimaa M, Suonpaa M, Perheentupa A, Seppala M, Heinonen S, Laitinen P, et al. Evaluation of first trimester maternal serum and ultrasound screening for Down's syndrome in Eastern and Northern Finland. European Journal of Human Genetics 2001; 9:404-8.
28. Bindra R, Heath V, Nicolaides KH. Screening for chromosomal defects by fetal nuchal translucency at 11 to 14 weeks. Clinical Obstetrics and Gynecology 2002; 45:661-70.