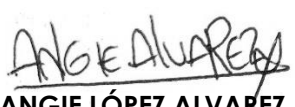
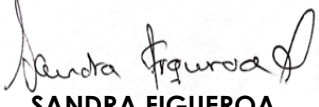

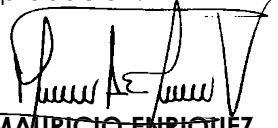

	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA		Código: PT-ACE-006
			Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONTROL PRENATAL		Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
			Página: 1 de 17

Elaboración:  ANGIE LÓPEZ ALVAREZ Profesional IAMII	Revisión Técnico/Científica:  SANDRA FIGUEROA Coordinadora de Calidad y servicios de apoyo	Revisión Calidad:  CRISLIAN JIMENEZ Profesional de Calidad y Riesgos	Aprobación:  MAURICIO ENRIQUEZ Director Ejecutivo
--	--	---	--



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-006
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONTROL PRENATAL	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 2 de 17

1. OBJETIVO

Garantizar una atención integral oportuna, continua y con enfoque diferencial a las gestantes, mediante el control prenatal dentro de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, con el fin de reducir la morbilidad materna y perinatal y promover el bienestar biopsicosocial de la madre y el feto

2. ALCANCE

El presente protocolo aplica a todas las mujeres gestantes que consultan RED MEDICRON IPS, independientemente del régimen de afiliación. Cubre desde la captación temprana hasta el control del puerperio inmediato, e incluye intervenciones de tamizaje, valoración clínica, educación y seguimiento según el riesgo obstétrico.

3. RESPONSABLES

Médico general, jefe de enfermería, ginecología, nutrición, psicología, trabajo social, entre otros perfiles profesionales.


4. MATERIALES, EQUIPOS E INSUMOS

- **Consultorios con espacio y condiciones adecuadas**
- **Espacios acondicionados para educación grupal**
- **Equipo de computo**
- **Equipos para examen físico:** Estetoscopio, equipo de órganos, linterna, tensiómetro adulto, fonendoscopio, doppler fetal, pulsoxímetro.
- **Equipos antropométricos:** Balanza digital calibrada, tallímetro, cinta métrica flexible, software anthro plus, curvas de Atalah según resolución 2465 de 2016
- **Ecografías obstétricas y resultados de laboratorio**
- **Micronutrientes: ácido fólico, hierro, calcio, multivitamínicos**
- **Formatos de clasificación de riesgo obstétrico**
- **Carné de materno**
- **Formatos de encuesta IAMII**
- **Material educativo:** Cartillas, afiches y folletos sobre signos de alarma, lactancia, preparación para el parto, derechos sexuales y reproductivos

5. RIESGOS Y COMPLICACIONES

- Captación tardía de la gestante (< 12 semanas)
- Clasificación incorrecta del riesgo obstétrico
- No aplicación de tamizajes obligatorios
- Falsos negativos en pruebas infecciosas (sífilis, VIH, etc.)
- Incumplimiento de citas por barreras geográficas, culturales o económicas
- Registro incompleto en la histórica clínica o carné materno
- No adherencia a la suplementación por efectos adversos o desconocimiento
- Desarticulación entre niveles de atención para remisión de alto riesgo




	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-006
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONTROL PRENATAL	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 3 de 17

- Pérdida de seguimiento de gestantes con riesgo psicosocial
- Falta de consentimiento informado en procedimientos diagnósticos o tratamientos

6. DEFINICIONES

- **Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS):** Conjunto de acciones articuladas para garantizar el acceso, oportunidad, calidad y continuidad de los servicios de salud.
- **Control prenatal:** Seguimiento médico periódico que permite identificar riesgos en la madre o el feto y prevenir complicaciones.
- **Captación temprana:** Primera consulta prenatal realizada antes de la semana 12 de gestación.
- **Riesgo obstétrico:** Clasificación clínica que valora la probabilidad de complicaciones durante la gestación, parto o puerperio.
- **Atención centrada en la mujer:** Enfoque que prioriza la dignidad, derechos, preferencias y necesidades de la gestante.
- **Tamizaje prenatal:** Pruebas aplicadas de forma sistemática para detectar alteraciones infecciosas, genéticas, metabólicas y estructurales.
- **Educación prenatal:** Proceso de orientación a la gestante y su familia sobre autocuidado, signos de alarma, parto y crianza.
- **Puerperio inmediato:** Periodo de 24-48 horas después del parto en el cual se vigila a la madre y el recién nacido.
- **Consulta de valoración por medicina general u obstetricia:** Es la valoración periódica de la gestante con énfasis en el crecimiento fetal, bienestar materno y control de patologías asociadas.
- **Edad gestacional:** Tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha actual, expresado en semanas
- **Carné perinatal:** Documento de seguimiento clínico de la gestante que contiene información clave para todos los profesionales involucrados.
- **Suplementación con hierro:** Estrategia preventiva para evitar anemia durante la gestación, recomendada a partir del segundo trimestre.
- **Ácido fólico:** Micronutriente esencial en la prevención de defectos del tubo neural. Debe iniciarse idealmente antes del embarazo o en el primer trimestre.
- **Calcio:** Micronutriente clave para prevenir preeclampsia y asegurar un adecuado desarrollo óseo fetal.
- **Clasificación de riesgo obstétrico:** Procedimiento para identificar gestantes con condiciones clínicas que incrementan el riesgo de complicaciones.
- **Controles prenatales periódicos:** Consultas secuenciales para el seguimiento clínico y psicosocial de la gestante, mínimo 6 en embarazo de bajo riesgo.
- **Curso maternidad y paternidad responsable:** Proceso educativo durante el embarazo que prepara a la mujer y su familia para el parto, puerperio y cuidado del recién nacido.
- **Tamizaje infeccioso:** Pruebas dirigidas a detectar infecciones transmisibles materno-fetales como VIH, sífilis, hepatitis B, toxoplasmosis, entre otras.



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-006
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONTROL PRENATAL	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 4 de 17

- **Preeclampsia:** Complicación del embarazo caracterizada por hipertensión y signos de disfunción orgánica que puede comprometer la vida materno-fetal.
- **Diabetes gestacional:** Trastorno metabólico caracterizado por hiperglucemia diagnosticada por primera vez durante el embarazo.
- **Planificación familiar posparto:** Conjunto de métodos anticonceptivos ofrecidos después del parto para prevenir embarazos no deseados o muy seguidos.
- **Atención humanizada del parto:** Modelo de atención que respeta la dignidad, autonomía y decisiones de la mujer durante el trabajo de parto y nacimiento.
- **Consentimiento informado:** Aceptación voluntaria de una intervención médica por parte de la paciente, tras recibir información clara y completa.
- **Interrupción voluntaria del embarazo (IVE):** Procedimiento legal en Colombia en tres causales, protegido por la Corte Constitucional (Sentencia C-055 de 2022).
- **Inmunización materna:** Vacunación de la gestante contra tétanos, difteria, tosferina (Tdap), influenza y COVID-19 para protección materno-fetal.
- **Seguimiento psicosocial:** Evaluación del entorno emocional, familiar, económico y social que pueda influir en la salud de la gestante y el feto.
- **Violencia obstétrica:** Cualquier maltrato físico, verbal, negligencia o trato deshumanizado a la mujer durante la atención en salud reproductiva.
- **Referenciación y contrarreferenciación:** Proceso de traslado coordinado de una gestante a un nivel superior o inferior de atención, según el riesgo.
- **Educación para la maternidad y la paternidad responsables:** Formación dirigida a madres, padres y cuidadores sobre su rol protector y de cuidado antes y después del nacimiento.

7. MARCO LEGAL (opcional)


➤ Constitución Política de Colombia (1991)

- Art. 11: Derecho a la vida como inviolable.
- Art. 42: Protección a la familia y la maternidad como instituciones fundamentales.
- Art. 44: Los derechos de los niños prevalecen sobre los demás.
- Art. 49: Derecho fundamental a la salud.

➤ Leyes nacionales

- **Ley 100 de 1993:** Crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), estableciendo el acceso universal e integral, incluyendo atención prenatal.
- **Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud:** Reconoce el derecho fundamental a la salud, incluyendo la maternidad segura, sin barreras de acceso, con disponibilidad de servicios de calidad.
- **Ley 1098 de 2006 – Código de Infancia y Adolescencia:** Obliga al Estado a garantizar desde la gestación el desarrollo integral del niño. Protege el derecho a la atención



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-006
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONTROL PRENATAL	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 5 de 17

prenatal.

- **Ley 1804 de 2016 – Ley de Cero a Siempre:** Prioriza la atención integral a la primera infancia, desde la gestación. Obliga al sector salud a implementar acciones de cuidado prenatal.
- **Ley 1438 de 2011:** Reforma estructural del SGSSS, define como obligatoria la promoción de la salud materna y controles prenatales de calidad.
- **Ley 1616 de 2013 – Ley de Salud Mental:** Ordena la detección temprana de factores psicosociales y emocionales en gestantes como parte del seguimiento prenatal.

➤ **Decretos reglamentarios**

- **Decreto 780 de 2016:** Compila las normas del sector salud. Define las condiciones para la atención a la población gestante y la prestación de servicios.
- **Decreto 3039 de 2007:** Adopta el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), que contempla la reducción de la morbilidad materna como objetivo prioritario.


➤ **Resoluciones del Ministerio de Salud**

- **Resolución 3280 de 2018:** Adopta la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, que establece el conjunto de intervenciones mínimas durante el control prenatal.
- **Resolución 2465 de 2016:** Define los patrones antropométricos para clasificar el estado nutricional de gestantes, incluyendo los criterios para bajo peso o sobrepeso.
- **Resolución 3100 de 2019:** Establece los requisitos para la habilitación de servicios de salud, incluyendo consulta prenatal, laboratorio y ecografía obstétrica.
- **Resolución 4505 de 2012:** Define las intervenciones a reportar al Sistema de Información para la Protección Social (SISPRO), incluyendo controles prenatales y tamizajes.
- **Resolución 1441 de 2013:** Regula el tamizaje auditivo neonatal y otras pruebas que deben ser informadas y ofrecidas desde el periodo prenatal.

➤ **Políticas y estrategias nacionales**

- **Política de Atención Integral en Salud (PAIS) – Resolución 429 de 2016:** Promueve la atención integral centrada en la persona, con acciones desde la promoción hasta la atención especializada de las gestantes.



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-006
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONTROL PRENATAL	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025 Página: 6 de 17

- **Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) – Resolución 2626 de 2019:** Instrumento para los entes territoriales que prioriza la salud materna y perinatal como una de sus líneas estratégicas.
- **Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional:** Promueve la nutrición adecuada en gestantes como componente fundamental del desarrollo fetal.
- **Política Nacional de Salud Mental:** Reconoce a las gestantes como población prioritaria para el abordaje psicosocial.
- **Estrategia IAMI Integral:** Modelo institucional que promueve el respeto, el apego inmediato y la atención humanizada desde el embarazo.

➤ **Guías técnicas del MSPS**

- **Guía de Práctica Clínica (2013):** Atención prenatal integral basada en la evidencia. Establece recomendaciones sobre tamizajes, seguimiento del riesgo, suplementación y pruebas diagnósticas.
- **Lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Materno Perinatal:** Documento guía para implementar las acciones del control prenatal según la Resolución 3280 de 2018.
- **Manual de tamizajes prenatales e intervenciones clínicas y educativas:** Guía para el seguimiento y detección de infecciones, enfermedades crónicas y síndromes congénitos.


➤ **Normativa internacional ratificada por Colombia**

- **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer:** Reconoce el derecho de las mujeres a recibir atención durante el embarazo, el parto y el posparto.
- **Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989) – Ley 12 de 1991:** Garantiza el derecho del niño a la vida, salud y desarrollo desde la gestación.
- **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:** Reconoce el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental para todas las personas, incluyendo la mujer gestante.

8. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Las acciones o actividades que incluye la atención para el cuidado prenatal para gestantes de bajo riesgo deben ser realizadas por profesionales en medicina o enfermería. Quienes deben contar con un equipo interdisciplinario de referencia como profesionales de nutrición, psicología, trabajo social y otros perfiles de acuerdo con el caso específico.



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-006
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONTROL PRENATAL	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 7 de 17

Las consultas de cuidado prenatal durante el último mes de gestación (semanas 36, 38 y 40) deben ser realizados por un profesional en medicina. Asimismo, el profesional de enfermería deberá remitir a valoración médica inmediata a la gestante en la cual identifique factores de riesgo biopsicosocial, enfermedades asociadas y propias de la gestación, durante la anamnesis, el examen físico o la revisión de los paraclínicos para su adecuado y oportuno manejo. La institución deberá garantizar la continuidad en estos casos para que se le brinde la atención oportuna para los casos derivados.

Cuando en las consultas de cuidado prenatal realizadas por profesional en enfermería, se identifique a partir de la anamnesis o del examen físico factores de riesgo biopsicosocial, enfermedades asociadas y propias de la gestación o anomalías en los paraclínicos, se debe remitir inmediatamente a la gestante para valoración por profesional en medicina a fin de garantizar su adecuado y oportuno manejo. La institución deberá garantizar la continuidad de la atención en estos casos.

➤ **Duración mínima recomendada**

Primera consulta: si esta se realiza antes de la semana 10ª de gestación la duración mínima es de 30 minutos; cuando una gestante comience tardíamente su proceso, sobre todo después de la semana 26 de gestación, se recomienda tener en su primer control todas las actividades recomendadas para las consultas previas, así como aquellas que correspondan a la consulta actual. Por lo tanto, se recomienda que una primera consulta tardía se haga con una duración mínima de 40 minutos. La duración de las consultas de seguimiento será, mínimo, de 20 minutos

➤ **Atenciones incluidas:**

- Asesorar sobre opciones durante el embarazo
- Valorar el estado de salud de la gestante
- Identificar factores protectores y de riesgo biológicos y psicosociales
- Detectar tempranamente alteraciones
- Brindar información en salud
- Establecer el plan integral de cuidado

➤ **Frecuencia**


Si la gestación es de curso normal en una mujer nulípara se programarán mínimo 10 controles prenatales durante la gestación; si ella es multípara se programarán mínimo controles durante la gestación.

La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta semana 36, y luego cada 15 días hasta la semana 40.

➤ **Descripción**

Primera consulta prenatal: La primera consulta prenatal deberá ser realizada por profesional en medicina enfermería e incluye lo siguiente:



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-006
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONTROL PRENATAL	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 8 de 17

Asesorar sobre opciones durante el embarazo: Antes de hacer la inscripción en la consulta para el cuidado prenatal, debe informarse a la mujer sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, en caso de configurarse una de las causales establecidas en la sentencia C355 de 2006. 4Valoración integral de la gestante e identificación de factores de riesgo: Esta valoración permite elaborar el plan de cuidado a partir de las siguientes actividades:

➤ **Anamnesis**

Antecedentes personales: patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicos, alérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros), trastornos mentales, signos de alarma y tratamientos recibidos durante la gestación actual, trombosis venosa profunda, tromboembolismo y trastornos de hipercoagulabilidad.

Antecedentes ginecológicos: indagar edad de la menarquía, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, antecedente o presencia de flujos vaginales, infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH, historia y tratamientos de infertilidad. Indagar sobre tamización de cáncer de cuello uterino


Antecedentes obstétricos: total de gestaciones, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abruptio, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino, número de partos, fecha del último, si han sido únicos o múltiples, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, retención placentaria, infecciones en el post parto, hemorragia obstétrica que requirió transfusión, preeclampsia, eclampsia o síndrome HELLP, número de nacidos vivos o muertos, hijos con malformaciones congénitas, muertes perinatales y causas y peso al nacer.

Antecedentes familiares: hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras.

Gestación actual: edad gestacional probable (fecha de la última menstruación, altura uterina o ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cérvico vaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros. Además, indagar signos y síntomas gastrointestinales asociados a la gestación: náuseas, vómito, epigastralgias y hemorroides.

Valoración psicosocial: debe incluir la estructura y dinámica familiar, las redes de apoyo familiar, social y comunitario, gestación deseada, gestación programada. Indagar o identificar situaciones de vulnerabilidad: estresores, exclusión social, pobreza, marginalidad, e indagar sobre su manejo. Se recomienda para el análisis de estas variables utilizar la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado.



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-006
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONTROL PRENATAL	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 9 de 17

Otros condiciones o situaciones de riesgo psicosocial que se deben valorar de manera integral son: falta apoyo familiar o social, falta de apoyo del compañero o la compañera, familia reconstruida, diferencia amplia de edad (diez o más años) entre ambos, relaciones conflictivas con las personas con quienes convive, madre cabeza de familia, la gestante tiene a cargo a niños menores de 5 años o a personas con discapacidad, bajo nivel educativo de la pareja gestante, nivel bajo de ingresos (menos de medio salario mínimo al mes), violencia intrafamiliar, abuso sexual, explotación sexual, consumo de sustancias psicoactivas de la gestante o de la pareja, difícil acceso geográfico (desplazamiento complicado para llegar a la institución de salud), traslado constante de domicilio (ha cambiado de domicilio cuatro o más veces en el año), situación de desplazamiento forzado, habitante de la calle, reinsertada, privada de la libertad o en detención domiciliaria, estrés laboral, condición de trabajo difícil, condición étnica (indígenas, afrodescendientes, ROM [gitanos], raizales), creencias religiosas y culturales, gestante en condición de discapacidad permanente, experiencias negativas y traumáticas en gestaciones y partos anteriores, trastornos en la conducta alimentaria (anorexia o bulimia), embarazo no deseado, entre otros.

Además, se deberá indagar la exposición a violencias a partir de las siguientes preguntas:

- ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, ha sido humillada, menospreciada, insultada amenazada por su pareja?
- ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue golpeada, bofetada, pateada, o lastimada físicamente de otra manera?
- ¿DESDE QUE ESTÁ EN GESTACIÓN, ha sido golpeada, bofetada, pateada, lastimada físicamente de alguna manera?
- ¿DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, fue forzada a tener relaciones sexuales?

Si la respuesta es positiva a una de las anteriores preguntas, se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o víctima de violencia.


Identificar riesgo de depresión post parto utilizando las siguientes preguntas:

- Durante el mes pasado, ¿con frecuencia se ha sentido triste, deprimida o esperanza?
- Durante el mes pasado, ¿ha permanecido preocupada por tener poco interés o placer para hacer las cosas cotidianas? Una tercera pregunta se debe considerar si la mujer responde "sí" a cualquiera de las preguntas iniciales: ¿Siente que necesita ayuda?

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

Los proveedores de atención médica deben ofrecer una intervención breve a todas las mujeres embarazadas que consumen alcohol o drogas de manera habitual o a las mujeres con consumos incidentales durante el embarazo que persisten su consumo a pesar de la información recibida.



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-006
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONTROL PRENATAL	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 10 de 17

La intervención breve es una terapia estructurada de corta duración (típicamente 5-30 minutos) ofrecida con el objetivo de asistir a una persona a cesar o reducir el uso de una sustancia psicoactiva. Está diseñado especialmente para profesionales y otros trabajadores de atención primaria de salud. La intervención breve debe ser individualizada e incluir comentarios y consejos sobre cómo cesar o reducir el alcohol y el uso de otras sustancias durante el embarazo. Es necesario realizar un seguimiento a la paciente, evaluando la posibilidad de remisión a tratamiento para aquellas pacientes que no pueden reducir o eliminar dicho uso, a través de la Ruta Integral de Atención en Salud para personas con trastornos del comportamiento manifiestos por uso de sustancias psicoactivas y alcohol.

➤ Examen físico

Realizar examen físico completo por sistemas: debe hacerse céfalo caudal incluida la cavidad bucal, tomar signos vitales: pulso, respiración, temperatura y tensión arterial.

Tomar medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional. Se debe registrar el índice de masa corporal (IMC) y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación, de acuerdo con los siguientes parámetros.

IMC < 20 kg/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

Si el primer control prenatal es tardío (después de la semana 16 - 18) se recomienda registrar el IMC pre gestacional y con base en este establecer las metas de ganancia de peso durante la gestación.

Valoración ginecológica: realizar examen genital que incluye valoración del cuello, tamaño, posición uterina y anexos, comprobar la existencia de la gestación, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.


Valoración obstétrica: número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia movimientos fetales.

Solicitud de exámenes de laboratorio

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

- Urocultivo y antibiograma.
- Hemograma y hemoclasificación




	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-006
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONTROL PRENATAL	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 11 de 17

- Glicemia.
- Prueba rápida para VIH (VIH 1-VIH 2). Se ofrece asesoría para la prueba voluntaria de VIH.
- Prueba treponémica rápida para sífilis.
- Antígeno de superficie para Hepatitis B- HbsAg.
- Pruebas de IgG, para Rubeola en mujeres no vacunadas previamente, antes de la semana 16 si no ha sido realizada en la etapa preconcepcional.
- Pruebas de IgG e IgM, en los casos en que no se conozca el estatus de infección por toxoplasma.
- Si las pruebas de IgG e IgM para toxoplasma son positivas tomar prueba de avidez IgG, si la gestación es menor a 16 semanas. Si es mayor a 16 semanas el estudio se hará con IgA.
- Si la IgG e IgM toxoplasma es negativa se debe hacer tamización mensual con IgM para identificar seroconversión.
- Tamizaje de cáncer de cuello uterino si no se ha realizado este en la consulta preconcepcional de acuerdo a la técnica y frecuencia contemplada en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- Repetición de IgG en dos semanas cuando el IgG es negativo y el IgM positivo en la primera evaluación para toxoplasmosis, para documentar seroconversión aguda presencia de IgM natural.
- Ecografía entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas+ 6 días, la cual se realiza para tamizaje de aneuploidías; se recomienda que sea tomado por profesional en ginecología o radiología con el entrenamiento requerido y que se reporte la razón de riesgo para T13 18 y 21. Se debe ofrecer la asesoría según el resultado y remitir a Ginecoobstetricia para estudios confirmatorios en caso de tamizaje positivo.
- En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa.
- Hacer tamizaje en zonas endémicas para enfermedad de Chagas. Se realizará prueba de ELISA (antígenos totales/crudos) en suero con sensibilidad recomendada $\geq 98\%$ para tamizaje en gestantes que hayan sido residentes (nacidas o procedentes) en áreas endémicas. Se recomienda considerar la presencia de factores de riesgo en cualquier momento de la vida de la embarazada como: conocimiento del vector «pito», vivienda con piso de tierra, techo de palma o pared de bahareque ubicada a menos de 2.000 m sobre el nivel del mar, tener familiares con diagnóstico de enfermedad de Chagas o haber recibido transfusiones sanguíneas principalmente antes del año 1995. Ante un resultado positivo o indeterminado de la prueba de tamizaje, se deberá realizar como prueba complementaria, ELISA antígenos recombinantes con especificidad recomendada $\geq 98\%$. La detección de infección por T. cruzi (enfermedad de Chagas) en la gestante conllevará al análisis posterior en el producto para identificar transmisión transplacentaria.

Valoración del riesgo materno



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-006
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONTROL PRENATAL	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 12 de 17

De acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y exámenes paraclínicos, se valora y clasifica el riesgo para su intervención oportuna.

Las gestantes con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación tienen mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal con respecto a la población general. Estas gestantes deberán ser remitidas al especialista en ginecoobstetricia para valoración, quien les definirá un plan de atención integral acuerdo con su condición de salud de

Las gestantes adolescentes deberán tener acompañamiento durante el resto de la gestación por el equipo de salud mental y trabajo social.

Si la mujer tiene o se sospecha que tiene una enfermedad mental grave, se debe garantizar su atención en un servicio especializado de salud mental.

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

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

1. Trombofilias heredadas o adquiridas
2. Evento tromboembólico venoso previo
3. Anemia de células falciformes


Para la gestante con una primera prueba de anticuerpos rápida reactiva para VIH (VIH 1 y VIH 2) se debe realizar inmediatamente una segunda prueba de anticuerpos diferente a la primera; si esta sale reactiva se debe tomar inmediatamente una muestra de sangre total para realizar carga viral de VIH. Inicie tratamiento antirretroviral profiláctico y remita prestador complementario para que le continúen manejo y definan el diagnóstico final.

➤ Plan de cuidado

Formulación de micronutrientes:

- Ácido fólico: hasta la semana 12 de gestación para reducir riesgos de defectos del tubo neural (anencefalia o espina bífida). 0.4 mg día, en alto riesgo de defectos del tubo neural, la dosis es de 4 mg.



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-006
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONTROL PRENATAL	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 13 de 17

- Calcio: suplencia con calcio 1.200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de preeclampsia.
- Hierro: suplemento de hierro de forma rutinaria a todas las mujeres gestantes de curso normal. Las gestantes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL. no requieren dicha suplementación de forma rutinaria.

Vacunación: debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y los antecedentes de vacunación de la gestante. El esquema de vacunación para las gestantes incluye las siguientes vacunas:

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

Información en salud: dirigida a la gestante y su acompañante, hacer énfasis en:

- Los servicios de salud a los que tiene derecho y sus mecanismos de exigibilidad.
- Promover los factores protectores para la salud de la gestante, tales como medidas higiénicas, hábitos alimentarios, actividad física recomendada, sueño, fortalecimiento redes de apoyo familiar y social.
- Orientar sobre los signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, o sintomatología urinaria y tos.
- Importancia de la asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad.

Se debe indagar por alguna barrera lingüística o de acceso que impida a la gestante adherencia a los controles prenatales; en caso tal, se deberá indicar la necesidad de albergues (casa de paso u hogares maternos) o facilitadores interculturales (intérpretes).


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

➤ **Control prenatal de seguimiento**

Los controles prenatales de seguimiento pueden ser realizados por el profesional de medicina o enfermería a las gestantes sin factores de riesgo. Incluye:

- Valoración integral del estado de salud de las gestantes
- Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud
- Detección temprana de alteraciones
- Información en salud
- Establecimiento del plan de parto



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-006
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONTROL PRENATAL	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 14 de 17

➤ **Valoración integral del estado de salud de la gestante**

Orientada a la identificación de factores protectores o de riesgos biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación. Hacer énfasis en la identificación de factores de riesgo para violencia.

Identificar la aparición de nuevos síntomas, signos y otros eventos asociados con la gestación, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales o auditivos, epigastralgia, edemas, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amniorrea o leucorrea, sintomatología urinaria, intolerancia a la vía oral y patrón de sueño alterado.

Aplicar la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado en cada trimestre de la gestación. En la semana 28 de gestación, se debe realizar las preguntas que permiten identificar riesgo de depresión post parto.

➤ **Examen físico**


Debe ser completo por sistemas, de manera céfalo caudal. Debe hacerse especial énfasis en la evaluación de:

- Tensión arterial (si hubiese criterios de preeclampsia, esto es: mayor o igual a 140/90, al menos en 2 ocasiones separadas por al menos 4 horas, después de la semana 20 de gestación, o mayor o igual a 160/110 en una sola toma; deberá ser llevada a un servicio hospitalario para el estudio inmediato de afectación de órgano blanco, se deberá garantizar continuidad de la atención hasta acceder a este servicio).
- Curvas de ganancia de peso: la gestante con inadecuada ganancia a las 28 semanas debe continuar su control a cargo de un equipo multidisciplinario especializado.
- Altura uterina.
- Frecuencia cardíaca fetal.
- Situación y presentación fetal a partir de la semana 36.

➤ **Solicitud de exámenes paraclínicos**

- Urocultivo de seguimiento en gestantes que reciben tratamiento para bacteriuria asintomática.
- Prueba de inmunoglobulina (Ir) M para toxoplasma. Tamizar mensualmente a las gestantes seronegativas.
- Hacer prueba de IgA para toxoplasmosis en mujeres con IgG e IgM positiva, si la gestación es mayor a 16 semanas, en caso de ser menor se recomienda realizar prueba de avidéz.
- Prueba rápida para VIH (VIH 1-VIH 2). Se ofrece asesoría para la prueba voluntaria de VIH. Realizar en cada trimestre de la gestación y en el momento del parto.



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-006
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONTROL PRENATAL	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 15 de 17

- Prueba treponémica rápida para sífilis en gestantes con prueba inicial negativa (aplicada en el momento y el sitio de la consulta). Realizar en cada trimestre de gestación.
- En mujeres con sífilis gestacional, realizar prueba no treponémica (VDRL o RPR) reportada en diluciones. Realizar en cada trimestre de gestación.
- Ecografía obstétrica cuando la altura uterina sea menor del percentil 10 o mayor del percentil 90.
- Ecografía obstétrica para la detección de anomalías estructurales. Realizar entre la semana 18 y semana 23 + 6 días.
- Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) con 75 gramos (g) de glucosa. Realizar entre la semana 24 y 28 de gestación.
- Hemograma. Realizar en la semana 28 de gestación.
- Tamización para estreptococo del grupo B con cultivo rectal y vaginal. entre la semana 35 a 37 de gestación.
- En zonas endémicas de malaria se debe indicar una gota gruesa mensual.


Todo examen paraclínico que sea anormal deberá ser informado inmediatamente por medio documentable a la EAPB para contactar y reorientar al control prenatal inmediatamente.

Aplicación de la prueba de tamizaje ASSIST para detección temprana y valoración del riesgo por consumo de sustancias psicoactivas y alcohol para gestantes que manifiestan mantener su consumo durante el embarazo. Los profesionales clínicos deben utilizar los criterios definidos en el CIE-10, el DSM-5, o cuando corresponda, su actualización vigente, como referencia para realizar el diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Para los pacientes con diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias, se canaliza a la Ruta Integral de Atención en Salud para personas con trastornos del comportamiento manifiestos por uso de sustancias psicoactivas y alcohol.

➤ **Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud**

- Formulación de micronutrientes
- Vacunación.
- Prescripción de ácido acetil salicílico de 75 a 100 mg, a partir de la semana 12 de gestación y hasta el día del parto en mujeres con un criterio de alto riesgo o con dos o más factores de riesgo moderado para preeclampsia
- Suministro de condones para prevenir el riesgo de ITS, incluida en zonas de riesgo para ZikV.
- Se deberá hacer una asesoría formal anticonceptiva, en caso tal, se deberá incluir en la historia clínica el método elegido para ser iniciado desde el post parto antes de dada el alta hospitalaria. Esta elección se deberá incluir también en el carné perinatal.
- Si se identifica pubalgia asociada a la gestación remitir a terapia física.
- Se deberá proveer desparasitación antihelmíntica a gestantes en segundo y tercer trimestre de embarazo que habiten en zonas de alto riesgo de infección por geo helmintos (no acueducto, no alcantarillado, agricultoras o mineras, grupos étnicos y



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-006
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONTROL PRENATAL	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 16 de 17

áreas con altos índices de Necesidades Básicas Insatisfechas), con Albendazol a dosis única de 400 mg vía oral.

➤ **Información en salud:**

Dirigida a la gestante y su acompañante. Además de la información precisada en la primera consulta prenatal, hacer énfasis en:

- Anticoncepción y planificación reproductiva.
- Lactancia materna, de acuerdo con la condición de la paciente. Ante un diagnóstico de VIH o una prueba de tamización reactiva para VIH en el momento del parto realice reemplazo de la lactancia materna por alimentos de fórmula para lactantes.
- Opciones para el manejo de la gestación prolongada.

➤ **Plan de parto**

En el último trimestre se realiza el análisis crítico de la evolución de la gestación. Este plan incluye:

- Confirmar presentación fetal (maniobras de Leopold).
- Definir el componente y prestador para la atención del parto (incluye gestión con la familia, sobre los aspectos logísticos de la ausencia de la mujer en el hogar y la tenencia de sus hijas o hijos si los tiene) y remitir.
- En contextos rurales y étnicos en los que la gestante prefiera hacer uso de médicos tradicionales o parteras, se deberá dar información para la activación del sistema de referencia y transporte comunitario en caso de signos de alarma.
- Información sobre el trabajo de parto, analgesia intraparto y manejo embarazo prolongado de Signos para reconocer el inicio del trabajo de parto.
- Cuidados del recién nacido. Cuidados postnatales.

➤ **Valoración del riesgo materno**


En cada consulta de seguimiento y control, de acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos, se deberá reclasificar a la gestante de acuerdo con los factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación.

En caso de encontrar riesgos que impliquen manejo en el prestador complementario se debe hacer la referencia y consignar en la historia clínica la causa de la remisión.

➤ **Instrumentos insumos y dispositivos**

Se requerirá lo pertinente a la atención del servicio de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad definido en el manual de Habilitación. Se usarán para la atención las siguientes escalas e instrumentos: Carné materno con las variables del CLAP; escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtado; nomograma de Atalah.



	PROCESO ATENCIÓN CONSULTA EXTERNA	Código: PT-ACE-006
		Versión: 00
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE CONTROL PRENATAL	Fecha de aprobación: 25 de julio de 2025
		Página: 17 de 17

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Lineamientos técnicos y operativos para la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018 – Por la cual se adoptan las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Guía de práctica clínica para la atención prenatal integral. Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://gpc.minsalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Resolución 2465 de 2016 – Por la cual se adoptan patrones de referencia y puntos de corte para clasificación antropométrica en gestantes y otras poblaciones. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 3100 de 2019 – Por la cual se establecen los requisitos de habilitación para los prestadores de servicios de salud. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Guía técnica y operativa del sistema de seguimiento nutricional (SISVAN). Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Lineamientos técnicos de la estrategia IAMI Integral. Bogotá, Colombia.
- Organización de las Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York, EE. UU.
- Naciones Unidas. (1979). Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Nueva York, EE. UU.

