







Estudio comparativo de guías de atención prenatal en Latinoamérica

 Valeria Antuanne Ortiz Ramos¹,  Nora Nicole Itusaca Dueñas¹,  Lucía Victoria Ulloa Ordoñez¹,
 José Manuel Vela Ruiz²,  Joyce Desposorio-Robles³,  María del Socorro Alatriza Gutierrez
Vda. Bambaren⁴.

RESUMEN

Objetivo: Realizar una síntesis comparativa sobre las guías de control prenatal en países hispanohablantes de Latinoamérica.

Métodos: Se seleccionaron las guías de atención prenatal más actualizadas de cada país latinoamericano y se expusieron sus criterios en un cuadro comparativo.

Resultados: Se evidenció que la mayoría de las guías de control prenatal comparten criterios guiados por las recomendaciones dadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, existen diferencias que dependen del riesgo epidemiológico o de exposición que se presente en cada país.

Conclusión: A través de esta investigación, se ha reafirmado que el control prenatal desempeña un papel crucial en la promoción de la salud materno-fetal, permitiendo detectar y abordar de manera temprana factores de riesgo, así como proporcionar la atención y seguimiento adecuados durante el embarazo.

Palabras clave: Atención prenatal, Guía de Práctica Clínica, América Latina (Fuente: DeCS – BIREME)

Comparative study of prenatal care guidelines in Latin America

SUMMARY

Objective: To perform a comparative synthesis of prenatal care guidelines in Spanish-speaking countries of Latin America.

Methods: The most up-to-date prenatal care guidelines from each Latin American country were selected, and their criteria were presented in a comparative table.

Results: It was evident that the majority of prenatal care guidelines share criteria guided by recommendations from the World Health Organization (WHO). However, there are differences that depend on the epidemiological risk or exposure present in each country.

Conclusion: Through this research, it has been reaffirmed that prenatal care plays a crucial role in promoting maternal-fetal health by allowing the early detection and management of risk factors, as well as providing adequate care and monitoring during pregnancy.

Keywords: Prenatal Care, Practice Guideline, Latin America (Source: MeSH MLN)

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal es aquella actividad realizada por un profesional de salud capacitado que permite la vigilancia, evaluación integral, prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones que puedan ocasionar morbilidad y mortalidad materna y perinatal (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención prenatal cumple con las funciones de promoción de la salud, el cribado y prevención de enfermedades (2).

¹Licenciada Instituto de Investigaciones en Ciencias Biomédicas (INICIB). Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. ²Especialista en Oncología Médica, Unidad de Oncología Hospital San Juan de Lurigancho. Magister en Gerencia de servicios de Salud. Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú. ³ Especialidad Gestión en Salud, Maestría Gerencia en Servicios de Salud. Instituto de Investigaciones en Ciencias Biomédicas (INICIB). Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. ⁴Especialista en Cirugía General, Administración de Salud. Maestra en Medicina, Doctor en Medicina. Instituto de Investigaciones en Ciencias Biomédicas (INICIB). Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. Correo de correspondencia: antuanneortiz2@gmail.com

Forma de citar este artículo: Ortiz Ramos VA, Itusaca Dueñas NN, Ulloa Ordoñez LV, Vela Ruiz JM, Desposorio-Robles J, Alatriza Gutierrez MS. Estudio comparativo de guías de atención prenatal en Latinoamérica. Rev Obstet Ginecol Venez. 84(2): 155-167. DOI: 10.51288/00840209

Se ha observado que la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe se ha paralizado; cifras recientes muestran una razón de 67,2 muertes por cada 100 000 nacidos vivos (3). Las causas más comunes se asocian a complicaciones obstétricas como: hemorragias, hipertensión inducida por el embarazo, complicaciones relacionadas con el aborto en condiciones de riesgo, sepsis y otras que pueden ser intervenidas durante el control prenatal (4).

Cada país latinoamericano ha elaborado su propia guía de atención prenatal con diversos esquemas a cumplir, dependiendo de los grupos de riesgo médico y características demográficas, socioeconómicas y culturales (5). Como resultado, se han observado discrepancias específicas que se describen en el presente estudio.

Este artículo va dirigido a todo personal de salud, autoridades sanitarias y población en general, interesado en salud maternofetal preventiva, debido a que la morbilidad y la mortalidad prevenibles relacionadas con el embarazo forman parte del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible, brindado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 2016 (6).

Por lo tanto, el objetivo del presente artículo es realizar una síntesis comparativa sobre las guías de control prenatal en países hispanohablantes de Latinoamérica.

MÉTODOS

El presente estudio descriptivo transversal seleccionó las guías de atención prenatal más recientes de cada país latinoamericano de habla hispana. Para la búsqueda se utilizaron los términos

“guía”, “esquema”, “norma técnica”, “protocolo”, “atención prenatal”, “control prenatal”, “atención pregestacional”, “atención materno-neonatal” en el buscador de Google usando como fuentes principales las páginas oficiales de los ministerios de salud de cada país. Posteriormente se realizó un cuadro comparativo donde se esquematizaron similitudes y diferencias entre ellas. Además, se compararon con las recomendaciones brindadas por la OMS de 2016 (2) y la guía de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de 2019 (7).

Se incluyeron guías prenatales en idioma español, oficiales y actualizadas, pertenecientes al ministerio de salud de cada país. Se excluyeron guías prenatales de años anteriores y de países que no pertenecen a Latinoamérica.

RESULTADOS

En este estudio se han incluido trece guías de control prenatal de los siguientes países: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. La Tabla 1 muestra los principales criterios que conforman estas guías de control prenatal, así como una comparación con las recomendaciones brindadas por la OMS y la OPS (1, 2, 7–19).

Los resultados mostraron que la mayoría de las guías de atención prenatal comparten estándares comunes a las de la OMS. Existe consenso sobre la importancia de la detección temprana de factores de riesgo y la promoción de la salud materno-fetal. Sin embargo, se identificaron diferencias significativas influenciadas principalmente por el riesgo epidemiológico y las condiciones de salud de cada país.

ESTUDIO COMPARATIVO DE GUÍAS DE ATENCIÓN PRENATAL EN LATINOAMÉRICA

Tabla 1. Relación de criterios de las guías de control prenatal en Latinoamérica

CRITERIOS	OMS	OPS	Argentina	Chile	Colombia	Costa Rica	Ecuador	El Salvador	Honduras	México	Paraguay	Perú	República Dominicana	Uruguay	Venezuela
Historia clínica y examen físico completos	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Cantidad de atenciones mínimas requeridas (Número de controles)	8	8	5	7	10 en nulíparas y 7 en multíparas	5	5	4	5	8	4	6	6	5	6
Presentación y situación fetal: altura uterina (AU) / ecografía (Eco) tercer trimestre	Si AU, eco temprana < 24 sem., eco doppler tercer trimestre	Si AU a partir de la 3era atención (sem. 26)	A través del examen obstétrico con maniobras de Leopold, sem. 38- 40	Por eco a las 30-34 sem.	En todas las atenciones	Desde la 2da atención (20 sem.)	En cada atención desde sem. 24	Medición de AU desde la sem. 12	Si	En todas las atenciones	32-36 Biometría fetal, rutinario a partir de la 28 sem.	A partir de la 4ta atención (25-32 sem.)	A partir de la 22-24 sem.	Segundo trimestre del tercer trimestre a las 36 sem.	En todas las atenciones
Inmunizaciones	No refiere	Según riesgo de exposición	Según riesgo epidemiológico	Según riesgo de exposición	No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	No	No refiere	Segundo trimestre	No refiere
Hepatitis A	No refiere	Según riesgo de exposición	Según riesgo epidemiológico	Según riesgo de exposición	No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	No	No refiere	Segundo trimestre	No refiere
Hepatitis B	No refiere	Según riesgo de exposición	Según riesgo de exposición	Según riesgo de exposición	No recomendada	No refiere	No refiere	No refiere	Si	No refiere	No refiere	Si	No refiere	Segundo trimestre	No refiere
Influenza	No refiere	Si, independiente de la EG	Si (en cualquier trimestre dentro de primeros 6 meses)	Si, independiente de la EG	Si	Independiente de la EG, pre-ferible 2do-3er trimestre	Si, independiente de la EG	Si (a partir de la sem. 12)	Si, independiente de la EG	No refiere	Si (a partir de sem. 20)	Si (a partir de sem. 20)	Si, independiente de la EG	Según riesgo epidemiológico	Si
Antitetánica (DT)	Recomendada preventiva	Si (entre 12-20 sem)	Si	Si	Si	No refiere	Si (<20 sem.)	Si (16 sem.)	Si no está vacunada o si necesita completar esquema. Entre 22-29 sem.	1º dosis: <14 sem., 2º entre 4 a 8 sem. después de la 1º	Preconcepcional o segundo trimestre.	Si	Si (antes de las 20 sem.), 2da dosis entre las 27-29 sem.	26-32 sem.	Si
Tdap	No refiere	Si	Si (a partir de sem. 20)	Si (entre 20-36 sem.)	Si (> 20 sem.)	Entre las 27-30 sem.	No refiere	Si a partir de las 20 sem. (entre 27-36 sem.)	Si	No refiere	Si (a partir de sem. 20)	Si (a partir de sem. 27)	Evitar en 1er trimestre de embarazo	No refiere	Si
Otras	No refiere	Vacuna antirrubéola (de preferencia preconceptual)	No refiere	Polio, rabia, Meningocócica, fiebre tifoidea (según riesgo de exposición)	Fiebre amarilla en zonas endémicas	No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	Evitar gestación en los 3 meses posvacunación de sarampión, rubéola, parotiditis, varicela	En zonas endémicas: vacuna contra fiebre amarilla a partir de las 26 sem.	Vacunación de rubéola en posparto en caso necesario	Según riesgo de exposición	No refiere

Tabla 1. Relación de criterios de las guías de control prenatal en Latinoamérica (cont.)

CRITERIOS	OMS	OPS	Argentina	Chile	Colombia	Costa Rica	Ecuador	El Salvador	Honduras	México	Paraguay	Perú	República Dominicana	Uruguay	Venezuela
Consejería y evaluación nutricional	Intervenciones alimentarias (alimentación saludable y actividad física)	Si	Previa y durante la gestación	Previa, durante y posgestacional	En todas las atenciones	En todas las atenciones	1era atención	En todas las atenciones	Preconcepcional y todas las atenciones	En 1era atención	Preconcepcional y todas las atenciones	1era atención (<14 sem.)	Si	Al momento de la capacitación del embarazo	Contenido educativo en todas las atenciones
Evaluación del volumen del líquido amniótico	No refiere	Si, A partir de la 3era atención (sem. 26)	Dentro de evaluación ecográfica, 1 ecografía por trimestre: 11-14, 20-22, 30 sem.	Ecografía a las 22-24 y 30-34 sem.	No refiere	No refiere	Entre sem. 18-24	Si, dentro del perfil biofísico	Si	En 11-14 sem. y 16-22 sem.	A partir de las 28 sem.	A partir de la 3era atención (22-24 sem.)	Entre las sem. 18-24	20-24 sem. ecografía estructural en el segundo trimestre	Dentro de evaluación ecográfica, en la 1era, 3ra, 5ta y 6ta atención
Bienestar fetal. Test no estresante.	En el 3er trimestre del embarazo. Mediante ecografía doppler	No refiere. Evaluación del crecimiento fetal	Anteparto	No refiere	No recomendado en pacientes con embarazo normal	No refiere	No refiere	A partir de las 32-34 sem. de embarazo	En embarazo en vías de prolongación	En 11-14, 18-22 y 29-30 sem.	No refiere	A partir de la 5ta atención (33-36 sem.)	No refiere	No refiere	En la 1era, 3ra, 5ta y 6ta atención
Determinación de hemoglobina y hematocrito	Hemograma para diagnóstico de anemia	En 1era (12 sem.), 3era (26 sem.) y 6ta atención (36 sem.)	En 1era (<20 sem.) y 3era atención (27-29 sem.)	En 1era (<10 sem.) y 6ta atención (35-38 sem.)	En 1era y atención en la sem. 28	En 1era (<12 sem.) y 4ta atención (32 sem.)	En 1era atención	Si, reevalúa a las 3 sem. posterior al tratamiento	En 1era (<12 sem.) y 3era atención (27-29 sem.)	En 1era atención	1era atención y 2da mitad del embarazo	En 1era (<14 sem.) y 3ta atención (33-36 sem.)	1era atención y alrededor de las 28 sem.	Desde 1era atención. 1er, 2do y 3er trimestre	En 1era (<14 sem.) y 5ta atención (33-35 sem.)
Urocultivo y examen de orina completo	Cultivo de orina de chorro medio diagnóstico de bacteriuria asintomática. Tinción de Gram in situ antes que tiras reactivas	En 1era (12 sem.), 3era (26 sem.) y 6ta atención (36 sem.)	En 1era (<20 sem.) y 4era atención (33-35 sem.)	En 1era atención (<10 sem.)	En 1era atención hasta antes de la sem. 16	Primera consulta y luego en todas las atenciones	En 1era atención	Si, examen general y tira rápida para orina	En 1era y 3era atención (27-29 sem.)	En todas las atenciones	En 1era (<12 sem.) y (26-28 sem.) y (32-35 sem.)	En 1era (<14 sem.) y 5ta atención (33-36 sem.)	1era atención. Si cultivo es (+) repetir >20 sem.	Desde 1era atención. 1er, 2do y 3er trimestre	En 1era (<14 sem.) y 5ta atención (33-35 sem.)
Detección de diabetes gestacional	TTOG: G ayunas, G plasmática 1h ≥ 180 mg/dL, G plasmática 2h: 153 - 199 mg/dL)	En 1era (12 sem.) y 3era atención (26 sem.)	En 1era (<20 sem.) y 3era atención (27-29 sem.)	En 4ta atención (26-28 sem.)	Entre 24-28 sem.	1era atención	En 1era atención	En el momento de la inspección	En 1era (<12 sem.) y 4ta atención (33-35 sem.)	En 1era atención para ver riesgo y 24 a 28 sem.	Preconcepcional y atención y repetir según factores de riesgo	En 1era (<14 sem.) y 4ta atención (25-32 sem.)	En primer trimestre, repetir el tamizaje entre las 24 y 28 sem.	Desde 1era atención. 1er, 2do y 3er trimestre	Entre 24-28 sem. Durante la 3era y 4ta atención

ESTUDIO COMPARATIVO DE GUÍAS DE ATENCIÓN PRENATAL EN LATINOAMÉRICA

Tabla 1. Relación de criterios de las guías de control prenatal en Latinoamérica (cont.)

CRITERIOS	OMS	OPS	Argentina	Chile	Colombia	Costa Rica	Ecuador	El Salvador	Honduras	México	Paraguay	Perú	República Dominicana	Uruguay	Venezuela
Prueba antígenos hepatitis	No refiere	Según riesgo epidemiológico	En 1era atención	No refiere	En 1era atención y en el último mes	En 1era atención	En 1era atención	No refiere	Solo en caso de estado febril	No refiere	Para la clasificación de riesgo preconceptual	No refiere	En 1era atención	2do trimestre	En 1era atención
Pruebas de tamizaje para VIH-SIFILIS	VIH-sifilis, expuestas/consumo de tabaco, uso de sustancias, alcohol	En 1era (12 sem), 4ta (30 sem) y 6ta atención (36 sem.)	En 1era (<20 sem) y 4ta atención (33-35 sem.)	1era atención (<10 sem), 20-24 sem., 32-34 sem.	1era atención y en el 3er trimestre (28-32 sem.)	En 1era atención	En 1era atención	En el momento de la inscripción	En 1era (<12 sem) y 4ta atención (33-35 sem.)	En 1era atención	Preconceptual	En 1era (<14 sem) y 5ta atención (33-36 sem.)	En 1era atención	Desde 1era atención. 1er, 2do y 3er trimestre	En 1era (<14 sem) y 5ta atención (33-35 sem.)
Toxoplasmosis (IgM, IgG)	No refiere	En 1era (12 sem.) y 4ta atención (30 sem.). Según norma nacional	Consulta preconceptual / desde el 1er trimestre	No refiere	Si, mensual	No refiere	Si	No refiere	IgM < 12 sem. IgG el 1er examen < 20 sem., 2do examen > 20 sem.	No refiere	1era atención < 20 sem.	No refiere	Indicar la prueba en embarazada en riesgo	Desde 1era atención. 1er, 2do y 3er trimestre	1era atención (<14 sem.)
Cultivo perianal de estreptococo grupo B	No refiere	En 6ta atención (sem. 36). Según norma nacional	En 4ta atención (33-35 sem.)	En 7ma atención (35-37 sem.)	En las 35 a 37 sem.	En 35-37 sem. con hisopado vaginal y rectal	No refiere	No refiere	En las 35 a 37 sem.	No refiere	En 35-37 sem. hisopado vaginal y rectal. 5 sem. parto	No refiere	En las 35 a 37 sem.	En 35-37 sem. con hisopado vaginal y rectal	En 5ta atención (33-35 sem.)
Toma de PAP	No refiere	En 1era atención (12 sem.)	1er trimestre	1era atención (< 10 sem.)	En 1era atención	No refiere	En 1era atención	En el momento de la inscripción	De acuerdo a normas del programa de cáncer	No refiere	1era atención	1era atención (<14 sem.)	En 1er trimestre	1era atención	1era atención (< 14 sem.)
Evaluación odonto-estomatológica	Delegación de componentes de la prestación de AP	En 1era atención (12 sem.)	En 1era (< 20 sem.) y 4ta atención (33-35 sem.)	Entre 14 y 20 sem.	En 1era atención	En 1era atención	En 1era atención	Si	En la 1era atención (antes de las 12 sem.)	En 1era atención	Si	En 2da (14-21 sem.) y 3era atención (22-24 sem.)	En 1er trimestre	1era atención	En todas las atenciones
Administración ácido fólico	Preferible ingestión de ácido fólico preconceptual	En todas las atenciones	0,4 mg/d (antes-cedentes)	3 meses antes y 12 meses después de la concepción (0,4-0,8 mg por día)	En todas las atenciones	En todas las atenciones	5 mg por vía oral al día hasta las 12 sem.	Una tableta de 5 mg al día, todo el embarazo	En todas las atenciones	0,4 mg previos de la primera consulta y durante todo el embarazo	3 meses antes del embarazo y continuar 10 a 12 sem. (5 mg/día)	0,5 mg / 0,4mg (14 sem.)	Diaria en dosis de 0,4 mg/día durante las primeras 12 sem. de gestación	0,4 a 1 mg/día preconcepional hasta 12-14 sem. 4 mg/día en mujeres con defectos del tubo neural en gestaciones previas	En todas las atenciones

Tabla 1. Relación de criterios de las guías de control prenatal en Latinoamérica (cont.)

CRITERIOS	OMS	OPS	Argentina	Chile	Colombia	Costa Rica	Ecuador	El Salvador	Honduras	México	Paraguay	Perú	República Dominicana	Uruguay	Venezuela
Administración de hierro + ácido fólico.	Hierro elemental 30-60 mg y 0,4 mg de ácido fólico Poblaciones con anemia mg hierro elemental 120 mg y 2800 ug Ácido fólico una vez por semana.	En todas las atencionesHernándezHernándezHernándezHernández	En todas las atenciones	Desde las 16 sem. en adelante (30-60 mg)	En forma rutinaria	Desde la 2da atención (20 sem.)	Ácido fólico 0,4 mg + 60 mg de hierro elemental atención	300 mg/día de sulfato ferroso desde la sem. 16	En todas las atenciones	Si	0,4 mg/dé ácido fólico y 60 mg de hierro elemental de la 2da o 300 mg de sulfato ferroso por día, desde sospecha de gestación hasta 3 meses postparto. Tiempo total no < 6 meses	Ácido fólico 0,4 mg y sulfato ferroso 60 mg a partir de la 2da atención (14-21 sem.) hasta el parto	En todas las atenciones	Hierro en el 1er, 2do y 3er trimestre	En todas las atenciones
Administración de calcio	1,5 – 2,0 g de calcio elemental oral para reducir riesgo de preeclampsia	Calcio elemental oral 1,5-2 g/día	Si existe deficiencia de calcio: productos descremados y leche con gran aporte	1 - 1,3 g diarios principalmente en el último trimestre	1,2 g/día a partir de la sem. 14	No refiere	1,5 a 2 g/día	1200 mg/día, a pacientes con riesgo de preeclampsia. Desde sem 16 hasta el puerperio	Si	No refiere	No refiere	Calcio de 2 g/día a partir de la 3era atención (22-24 sem.) hasta el parto	No refiere	1er, 2do y 3er trimestre	En todas las atenciones
Psicoprofilaxis prenatal	No refiere	Si, atención continua. Incluye preparación para lactancia	Si	No refiere	No refiere	No refiere	No refiere	Si	No refiere	Visita preconcepcional	En todas las atenciones	A partir de la 2da atención (14-21 sem.)	Si	Acciones orientadas en el 3er trimestre	Contenidos educativos todas las atenciones
Información sobre salud sexual y reproductiva / Planificación familiar	Indagación clínica de violencia de pareja (1er control)	Si, incluye provisión de anticoncepción en la 6ta atención (sem. 40)	Visita 3: 27-29, Visita 4: 33-35, Visita 5: 38-40 sem.	En todas las atenciones	Sem. 36 o pre-concepcional	Desde la 3era visita (28 sem.)	En todas las atenciones	En todas las atenciones	Consejería de anticoncepción en todas las atenciones alta hospitalaria	En todas las atenciones y 1era atención	Preconcepcional y 1era atención	En todas las atenciones	A partir de las 3-4 sem.	En todas las atenciones	En todas las atenciones
Detección de signos de alarma	No refiere	En todas las atenciones (sem. 40)	Preconcepcional y en todas las atenciones	En todas las atenciones	En todas las atenciones	En todas las atenciones	En todas las atenciones	En todas las atenciones	En todas las atenciones	1era atención	1era atención	En todas las atenciones	En todas las atenciones	En todas las atenciones	En todas las atenciones

DISCUSIÓN

En el presente estudio se observó una estandarización en los parámetros considerados en la historia clínica básica y examen físico completo, lo que se ha relacionado a un adecuado diagnóstico, tratamientos precisos, y mejor pronóstico del paciente (20).

Con respecto a la cantidad de atenciones mínimas requeridas, se pudo observar un mínimo de 4 controles, por parte de El Salvador y Paraguay, durante todo el periodo de gestación, lo cual es la mitad de lo sugerido por las guías de la OPS y OMS (8, 9).

En todos los países, se realiza la medición de la altura uterina, la presentación y la situación fetal a partir del segundo trimestre del embarazo. La medición de la altura uterina en este período es importante, ya que está relacionada con la edad gestacional (EG) y el tamaño del feto, lo que permite detectar posibles problemas en el crecimiento fetal en embarazos no complicados (21).

Las inmunizaciones esenciales en casi todas las guías son contra la influenza y la vacuna antitetánica, menos en México y Costa Rica, respectivamente. Vacunas como la Tdap (*Diphtheria, Tetanus y acellular Pertussis*), contra la hepatitis A y hepatitis B, son en su mayoría condicionales al riesgo epidemiológico de cada país, resaltando Uruguay que propone aplicar estas dos últimas en el segundo trimestre de embarazo en su población gestante. Se demostró que existe más prevalencia de hepatitis en Perú y Colombia (22). Además, inmunizaciones adicionales como la vacuna antirrubéólica (según OPS, Paraguay y República Dominicana) debe administrarse en la preconcepción y la paciente no debe concebir en los 2 a 3 meses posteriores. Otras vacunas son contra polio, rabia, meningocócica, fiebre tifoidea (según Chile) y fiebre amarilla (Colombia y Perú), las cuales se aplican solo según riesgo de exposición o en zonas endémicas (23).

Se coincide en ofrecer consejería y evaluación nutricional continua desde la primera atención; incluso, países como Chile, El Salvador, Paraguay y Honduras indican que la atención nutricional debe ser preconcepcional. Esto debido a que la desnutrición materna causa bajo peso al nacer (BPN), incrementando la mortalidad neonatal, generando retrasos en el crecimiento y riesgos de trastornos psicomotores. Por otro lado, la obesidad previa al embarazo aumenta las morbilidades como hipertensión arterial, preeclampsia y diabetes, lo que resulta en una mayor mortalidad perinatal e infantil (24).

Con respecto a la evaluación ecográfica: la evaluación del volumen líquido amniótico en su mayoría es a partir de la semana 18 a 20; Argentina y Venezuela, además, requieren una evaluación en la 1era atención. Para mejorar los resultados maternos y perinatales, la OMS no recomienda realizar sistemáticamente una ecografía *doppler* de vasos sanguíneos a las embarazadas, ya que no hay evidencia de que la ecografía *doppler* de la arteria umbilical de rutina en embarazos de bajo riesgo beneficie a la madre o al bebé (25).

En cuanto a pruebas de bienestar fetal, la OPS solo refiere la evaluación del crecimiento fetal sin mencionar pruebas específicas. En Perú, El Salvador, Venezuela, México se realiza esta evaluación con ligeras variaciones entre semanas de evaluación. Colombia no lo recomienda en embarazos normales, Honduras solo en embarazos prolongados. En el resto de países no se encontró información específica sobre recomendaciones de bienestar fetal/pruebas sin estrés. La cardiotocografía (método para evaluación fetal) se utiliza en casos de alto riesgo, pero su uso en embarazos de bajo riesgo puede resultar en tasas más altas de cesáreas sin mejoras en los resultados perinatales (26).

Cada país tiene como parte de sus esquemas la determinación de hemoglobina y hematocrito desde la primera atención, ya que se ha demostrado que

acudir a un primer control después de las 12 semanas es un factor de riesgo importante para el desarrollo de anemia (27). La anemia afecta aproximadamente al 41,8 % de las gestantes, principalmente la anemia ferropénica (28).

El examen de orina y urocultivo también se realiza desde la primera atención, para descartar infección del tracto urinario, siendo esta la segunda enfermedad más frecuente con un 5 % a 10 % de incidencia, que si no es tratada oportunamente puede complicarse con una pielonefritis que afectará a la madre y el feto con un cuadro de sepsis e insuficiencia respiratoria en el recién nacido (29).

Para la detección de diabetes gestacional, Chile, Venezuela y Colombia lo indican en la cuarta atención. Los demás países sugieren que se realice en la primera consulta, lo que coincide con lo sugerido por la OPS. Si bien es cierto existen múltiples pruebas para el tamizaje, se ha observado que el control de la glucemia en ayunas es el parámetro de control clínico más efectivo y se asocia con un menor número de complicaciones. Se ha demostrado que existe asociación entre un control clínico inadecuado y la presencia de complicaciones como: macrosomía, polihidramnios y óbito (30).

Con respecto a la prueba de antígenos para hepatitis, la OPS recomienda hacerlo según el riesgo epidemiológico. Paraguay lo recomienda preconcepcional. Argentina, Colombia, Ecuador, Venezuela y República Dominicana lo especifican antes de las 14 semanas (primera atención) y Costa Rica hace una evaluación adicional en el último mes; Uruguay en el segundo trimestre; y Honduras solo en caso de estado febril. No se encontró información específica por parte de la OMS, Chile, El Salvador y México. La transmisión vertical del virus de la hepatitis B (VHB) es la forma principal de transmisión a nivel mundial con 90 % de los recién nacidos infectados que desarrollan una enfermedad crónica (31).

Las pruebas para virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis están indicadas en la primera atención, como segundo tamizaje, algunos países coinciden que se realice entre las 20 a 28 semanas (Chile y Costa Rica). Los demás países entre las 32 a 36 semanas. Paraguay indica que idealmente la prueba debe realizarse antes de la concepción. Adicionalmente, Chile propone un tercer tamizaje entre la semana 32 a 34. En caso de VIH, el diagnóstico oportuno es importante para iniciar terapia antirretroviral temprana, ya que disminuye la carga viral y riesgo de transmisión vertical (32). Por otro lado, la infección fetal por sífilis ocurre mayormente entre las semanas 16 a 28, con una alta tasa de transmisión vertical en mujeres no tratadas. De no recibir tratamiento se pueden presentar complicaciones como aborto espontáneo, muerte fetal o perinatal (33).

El diagnóstico serológico para toxoplasmosis será dado mediante la presencia de anticuerpos IgM e IgG en la gestante; los países que sugieren esta prueba son Argentina, Paraguay, Uruguay, Venezuela, Colombia, Ecuador y Honduras; al igual que la guía de la OPS, durante la primera consulta. República Dominicana lo indica siempre y cuando la embarazada haya estado en riesgo de exposición. Esto debido a que, si la madre es contagiada, el bebé puede nacer con toxoplasmosis congénita, responsable de signos y síntomas cerebrales (calcificaciones intracraneales, hidrocefalia), así como lesiones en la retina (retinocoroiditis) (34).

El cultivo perianal de estreptococo grupo B, según la recomendación de la OPS, se realiza en la semana 36, Argentina y Venezuela a partir de la semana 33 a la 35; y en Chile, Uruguay, Colombia, Honduras, Paraguay, Costa Rica y República Dominicana a partir de la semana 35 a 37. Paraguay además indica que, debido a que la colonización es transitoria, se efectuará no más de 5 semanas antes del parto. La OMS, Perú, El Salvador, Ecuador y México no poseen información específica sobre este criterio. El *Streptococcus* beta-hemolítico del Grupo B (SGB), es la causa más

común de infección neonatal grave y muerte materna. Coloniza el tracto gastrointestinal, puede trasladarse a la vagina y en el embarazo causar infecciones graves en el recién nacido a través de la transmisión vertical antes o durante el parto (35).

La toma de citología (PAP) se realiza en la primera atención, a excepción de la OMS, Colombia y México, que no refieren la prueba en sus esquemas. Honduras la indica de acuerdo a las normas del programa de cáncer que este país posee. El tamizaje de cáncer cervical durante la gestación puede reducir el número de muertes por esta enfermedad, ya que se observó que durante el embarazo las mujeres son más propensas a ser diagnosticadas con lesiones iniciales, tres veces más que en no gestantes (36).

En cuanto a la evaluación odonto-estomatológica, en Perú se recomienda realizarla entre la segunda y tercera atención, los demás países y la OPS refieren que debe evaluarse a la gestante en la primera atención. Por su parte, Argentina agrega una segunda evaluación entre las 33 a 35 semanas. Se ha evidenciado que la enfermedad periodontal se asocia a complicaciones obstétricas como BPN o partos prematuros (37).

En cuanto a la administración de ácido fólico, la OMS y la OPS recomiendan dosis de 0,4 mg desde la concepción en el primer trimestre. Mientras que Argentina, Venezuela, Honduras, Costa Rica y República Dominicana lo recomiendan durante todo el embarazo. México sugiere suplementación tres meses antes de la concepción. En Perú, la dosis es de 0,5 mg desde el primer control hasta la semana 14. En Chile, dosis de 0,4 a 0,8 mg por día, comenzando tres meses antes hasta 12 semanas. El Salvador, Paraguay y Ecuador dosis diarias de 5 mg que varían en el momento de la administración: diariamente, tres meses antes del embarazo hasta las 10 a 12 semanas, y hasta la semana 12, respectivamente. Uruguay recomienda dosis de 0,4 a 1 mg por día desde la concepción hasta las semanas 12 a 14 y dosis mayores de 4 mg en

mujeres con antecedentes de defectos del tubo neural (DTN). Se evidenció que la ingesta de ácido fólico exógeno puede prevenir DTN y que su deficiencia está relacionada con el aumento de riesgo de partos pretérmino, BPN y preeclampsia (38).

De acuerdo con las pautas establecidas por la OMS, se recomienda una dosis de 30-60 mg de hierro elemental junto con 0,4 mg de ácido fólico para la suplementación durante el embarazo. Esto ha sido adoptado por la OPS y los siguientes países: Argentina, Venezuela, Colombia, Ecuador, Honduras, República Dominicana y México, países donde se recomienda durante todas las atenciones prenatales. Perú sugiere la administración a partir del segundo control prenatal hasta el parto; Chile la inicia en la semana 16 de gestación; Costa Rica desde la semana 20. En Paraguay, se recomienda iniciar tan pronto como se sospeche un embarazo y continuar hasta 3 meses después del parto con hierro elemental 60 mg o sulfato ferroso de 300 mg. En El Salvador el uso de sulfato ferroso es a partir de la semana 16 en dosis de 300 mg. En Uruguay, la administración de hierro elemental inicia desde el primer trimestre hasta el parto. La administración combinada reduce el riesgo de BPN, anemia materna y deficiencia de hierro, y promueve un aumento de peso adecuado durante el embarazo (28).

La OMS recomienda una dosis diaria de calcio de 1,5 a 2 gramos, que es seguida también por la OPS, Ecuador, Uruguay y Venezuela, a partir del primer control prenatal. En Perú, en cambio, se recomienda tomar 2 gramos desde la semana 22 a 24 hasta el parto. Argentina la recomienda solo cuando existe deficiencia. Chile usa dosis diaria de 1 a 1,3 g, especialmente en el último trimestre. En El Salvador se sugieren dosis diarias de 1,2 g a partir de la semana 16 y Colombia usa la misma dosis, pero a partir de la semana 14. Paraguay, Costa Rica, República Dominicana y México no brindan recomendaciones específicas. Existe evidencia de que la falta de este mineral se ha asociado

con prematuridad, BPN, deficiente mineralización ósea, preeclampsia e hipertensión gestacional (39).

Según la OPS, la psicoprofilaxis es parte de la atención continua, incluyendo preparación para la lactancia, lo cual es seguido por Argentina, El Salvador, Paraguay, Venezuela y República Dominicana. Perú lo realiza desde la segunda atención. El Salvador y Uruguay lo realizan a partir del tercer trimestre. México lo recomienda como una visita preconcepcional. En contraste, la OMS, Chile, Colombia, Ecuador, Honduras, Costa Rica no lo refieren. Se ha demostrado una serie de beneficios como la reducción en la duración del parto, mejores puntuaciones en el test de Apgar y promoción de la lactancia materna. Además, ayuda a detectar posibles desviaciones de la normalidad, lo que permite ofrecer una atención y referencia oportuna (40).

La información sobre salud sexual y reproductiva (planificación familiar) según la OMS se realiza en la primera consulta como parte de la historia clínica, según la OPS en la 6ta atención (40 semanas) incluyendo provisión de anticoncepción. En Colombia, se recomienda antes o en la semana 36, en Argentina en la 3era (semana 27 a 29), 4ta (semana 33 a 35) y 5ta (semana 38 a 40) atención. Chile, El Salvador y Paraguay lo recomiendan de manera preconcepcional y en la primera consulta. Costa Rica, desde el 3er control, República Dominicana, a partir de la semana 34 y México, durante todos los controles y en el posparto, antes del alta. En Perú, Uruguay, Venezuela, Ecuador, Honduras, se da en todas las atenciones. Esto es importante ya que ofrece apoyo en la planificación del embarazo y asesoramiento sobre métodos anticonceptivos. Según la OPS, se recomienda que las mujeres esperen al menos 2 años después de dar a luz antes de concebir nuevamente (41).

La detección y reconocimiento de los signos de alarma por la paciente es recomendada en todos los países,

Argentina lo realiza también en la preconcepción, Paraguay incluye al acompañante y la OMS no brinda recomendación sobre el tema. Los signos se asocian a enfermedades hemorrágicas, hipertensivas, sufrimiento fetal agudo, insuficiencia placentaria, rotura prematura de las membranas y abortos. Entre las complicaciones asociadas se encuentran la infección puerperal, la prematuridad, la sepsis neonatal, la corioamnionitis y una mayor morbilidad neonatal debido a la inmadurez (42).

La presente revisión estuvo limitada por la dificultad para acceder a las guías de atención prenatal de los siguientes países: Bolivia, Cuba, Panamá y Puerto Rico, en las plataformas oficiales de sus respectivos ministerios.

En conclusión, se hallaron similitudes y diferencias en los estándares utilizados en las guías de control prenatal latinoamericanas. Estas diferencias están influenciadas por factores sociodemográficos y epidemiológicos específicos de cada país. Los hallazgos amplían la comprensión de los criterios utilizados y destacan la importancia de la salud materno-fetal preventiva, permitiendo detectar y abordar de manera temprana factores de riesgo, así como proporcionar la atención y seguimiento adecuados durante el embarazo.

Se recomienda mejorar la vigilancia epidemiológica de la población y facilitar el acceso a los registros oficiales de control prenatal en toda la región en interés de los investigadores y el público general. Estos hallazgos brindan una base sólida para desarrollar políticas y estrategias de atención prenatal más efectivas.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Instituto de Investigaciones en Ciencias Biomédicas (INICIB) de la Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma.

Sin conflictos de interés. Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud República del Perú [Internet]. Lima: Norma técnica de salud para la Atención Integral de Salud Materna. 2013 [consultado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen de orientación; 2016 [consultado 26 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/WHO-RHR-16.12>
3. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR). Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para América Latina y el Caribe [Internet]. Nueva York: Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna: orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030. 2021 [consultado 26 de abril de 2023]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/resources/consenso-estrat%C3%A9gico-interagencial-para-la-reducci%C3%B3n-de-la-morbi-mortalidad-materna>
4. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, *et al*. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323-33. DOI: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X.
5. Ipia-Ordóñez NV, Ortega-Vallejo DF, Acosta-Mora PA, López-Lasso WA, Martínez-Rodríguez JE, Corrales-Zúñiga NC, *et al*. Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en Latinoamérica. *Rev Fac Med*. 2019;67(3):519-23. DOI: 10.15446/revfacmed.v67n3.69536
6. Organización de las Naciones Unidas/Organización Mundial de la Salud [Internet]. Nueva York: Objetivos de Desarrollo Sostenible 3. Salud y Bienestar; 2020 [consultado 26 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
7. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington DC: Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido. Cuarta edición. 2019 [consultado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51740/9789275321355_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Ministerio de Salud Gobierno de El Salvador [Internet]. San Salvador: Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. 2021 [consultado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_preconcepcional_v2.pdf
9. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Asunción, Paraguay [Internet]. La Asunción: Normas de Cuidados Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, Seguros e Inclusivos. 2015 [consultado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/0c51be-NORMASDECUIDADOS.pdf>
10. Ministerio de Salud de Argentina. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia [Internet]. Buenos Aires: Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal; 2013 [consultado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-la-practica-del-control-preconcepcional-prenatal-y-puerperal>
11. Ministerio de Salud Gobierno de Chile [Internet]. Santiago: Guía Perinatal MINSAL; 2015 [consultado 1 de junio de 2023]. Disponible en: http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/436/GUIA-PERINATAL_2015-PARA-PUBLICAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. [Internet]. Montevideo: Guías en salud sexual y reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. 2014 [consultado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-salud-sexual-reproductiva-manual-para-atencion-mujer-proceso>
13. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Oficina Sanitaria Panamericana/Organización Mundial de la Salud. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. Fondo de Población de Naciones Unidas - UNFPA [Internet]. Protocolo de Atención. Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia; 2013 [consultado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Protocolo%20Atencion%20Obstetrica.pdf>
14. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias Bogotá – Colombia. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS [Internet]. Bogotá: Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio; 2013 [consultado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20(1).pdf)
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador [Internet]. Quito: Control Prenatal Guía de Práctica Clínica; 2016 [consultado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: https://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/pdf/guia_control_prenatalfileminimizer.pdf

16. Gobierno de la República de Honduras - Secretaria de Salud [Internet]. Protocolos para la Atención Durante la Preconcepción, El Embarazo, El Parto, El Puerperio y del Neonato; 2016 [consultado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/PROTOCOLOS.ATENCION.PRECONCEPCI%C3%93N.EMBARAZO.PARTO.PUERPERIO.NEONATO/VOLUMEN1.ATENCION.AMBULATORIA.pdf>
17. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud área de Atención Integral a las Personas Programa de Normalización de Atención a la Mujer. Caja Costarricense de Seguro Social Costa Rica – Gerencia Médica [Internet]. San José: Protocolo Clínico de Atención Integral al Embarazo, parto y postparto en la red de Servicios de Salud; 2022 [consultado 11 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.cendeiss.sa.cr/wp/wp-content/uploads/2023/02/Protocolo-de-Atencion-Clinica-integral-al-embarazo-parto-y-postparto-2.pdf>
18. Ministerio de Salud Pública Santo Domingo – República Dominicana [Internet]. Santo Domingo: Protocolo de Atención del Embarazo de Bajo Riesgo. 2020 [consultado 11 de junio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/2006/9789945621181.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. Ciudad de México: Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recien Nacida; 2016 [consultado 11 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/documento/nom-007-ssa2-2016-atencion-de-la-mujer-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-y-del-recien>.
20. González Rodríguez R, Cardentey García J. La historia clínica médica como documento médico legal. *Rev Med Electrón* [Internet]. 2015 [consultado 11 de junio de 2023]; 37(6): 648-653. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000600011&lng=es.
21. Alcázar JL. Historia clínica, exploraciones básicas y pruebas complementarias en obstetricia y ginecología. Capítulo 4. En: Alcázar JL. *Obstetricia y Ginecología* [Internet] Editorial Medica Panamericana; 2017 [consultado 11 de junio de 2023]. p. 33-43 Disponible en: https://www.unav.edu/documents/29044/12213684/capitulo_muestra.pdf/7795ca27-9c69-475a-830a-f9dbd609aa2d
22. Mesías MAP, Santana BGR, Dueñas MFT, Jalca JEC. Formas de transmisión, consecuencias y prevalencia de la Hepatitis Viral: Un estudio epidemiológico en Latinoamérica. *Rev Científ Bioméd Higía Salud* [Internet]. 2022 [consultado 11 de junio de 2023];7(2). Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/756>
23. Goujon C. Embarazo y vacunación. *EMC - Ginecol-Obstet.* 2000;36(3):1-4 DOI: 10.1016/S1283-081X(00)71872-8
24. San Gil CI, Ortega Y, Lora J, Torres J, San Gil Suárez CI, Ortega Y, *et al.* Estado nutricional de las gestantes a la captación del embarazo. *Rev Cuba Med Gen Integral* [Internet]. 2021 [consultado 14 de junio de 2023];37(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252021000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Alfircovic Z, Stampalija T, Medley N. Fetal and umbilical *Doppler* ultrasound in normal pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(4):CD001450. DOI: 10.1002/14651858.CD001450.pub4.
26. Ayres-de-Campos D, Spong CY, Chandrharan E; FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;131(1):13-24. DOI: 10.1016/j.ijgo.2015.06.020.
27. Gaspar Alvarado SB, Luna Figuero AM, Carcelén Reluz CG, Gaspar Alvarado SB, Luna Figuero AM, Carcelén Reluz CG. Anemia en madres adolescentes y su relación con el control prenatal. *Rev Cuba Pediatría* [Internet]. 2022 [consultado 18 de junio de 2023];94(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312022000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
28. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Directriz: administración diaria de suplementos de hierro y ácido fólico en el embarazo; 2014 [consultado 20 de junio de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/124650>
29. Castillo-Rienda A, Espinosa-Barta P, González-Andrades E, López-López A, López-Peña C, Santiago-Suárez I. Incidencia de la infección del tracto urinario en embarazadas y sus complicaciones. *Actual Méd* 2019; 104(806):8/11. DOI: 10.15568/am.2019.806.or01
30. Alarcón Chávez EJ, Lama Asinc VA, Ramírez Cervantes AE, Rodríguez Martrus JE. Pacientes con diabetes gestacional. *RECIMUNDO.* 2020;4(1):483-498. DOI: 10.26820/recimundo/4.(1).enero.2020.483-498
31. Ramos IM, García África M, Ruiz CMV. Cuidados en la prevención de la transmisión vertical del virus de la hepatitis B. *Conoc Enfer* [Internet]. 2020 [consultado 19 de junio de 2023].3(08):5-14. Disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/91>
32. Moreno KF, Ayala FD, Velásquez C. Estrategias de prevención para disminuir la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana durante la gestación. *Rev Peru Invest Mat Perin* [Internet]. 2022 [consultado 19 de junio de 2023].10(3):47-53 Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/243>

33. Maronezzi da Silva G, Brichi G, Martins DC, do Prado CM, Molena CA. Sífilis en la gestante y congénita: perfil epidemiológico y prevalencia. *Enferm Glob* [Internet]. 2020 [consultado 19 de junio de 2023];19(57):107-150. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000100004&lng=es.
34. Picone O, Fuchs F, Benoit G, Binquet C, Kieffer F, Wallon M, *et al*. Toxoplasmosis screening during pregnancy in France: Opinion of an expert panel for the CNGOF. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2020;49(7):101814. DOI: 10.1016/j.jogoh.2020.101814.
35. Cabrera-Reyes AL, Martínez-García MC, Palacios-Saucedo GC, Rojas-Montes O, Cajero-Avelar A, Solórzano-Santos F, *et al*. Colonización cervicovaginal y rectal por estreptococos del grupo B en embarazadas mexicanas a término. *Gac Méd Méx* [Internet]. 2021 [consultado 20 de junio de 2023];157(5):533-538. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132021000500533&lng=es.
36. Contri M L, de Barros NB, Martins TS, de Carvalho JFC. The importance of the papanicolau test as prevention of cervical cancer and risk factors related to the absence of the examination in pregnant women. *Braz J Develop*. 2021; 7(10):98308–98323. DOI: 10.34117/bjdv7n10-242
37. Padilla-Cáceres T, Arbildo-Vega HI, Caballero-Apaza L, Cruzado-Oliva F, Mamani-Cori V, Cervantes-Alagón S, *et al*. Association between the Risk of Preterm Birth and Low Birth Weight with Periodontal Disease in Pregnant Women: An Umbrella Review. *Dent J (Basel)*. 2023;11(3):74. DOI: 10.3390/dj11030074.
38. Liu C, Liu C, Wang Q, Zhang Z. Supplementation of folic acid in pregnancy and the risk of preeclampsia and gestational hypertension: a meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2018;298(4):697-704. DOI: 10.1007/s00404-018-4823-4.
39. Organización Panamericana de la Salud. Síntesis de evidencia y recomendaciones para manejo de la suplementación con calcio antes y durante el embarazo para la prevención de la preeclampsia y sus complicaciones. *Rev Panam Salud Publica*.2021;45:e134. DOI: 10.26633/RPSP.2021.134
40. Basilio Rojas MR. Atención prenatal y psicoprofilaxis obstétrica en gestantes del primer nivel de un distrito del Callao. *Health Care Global Health*. 2020;4(1):11-15. DOI: 10.22258/hgh.2020.41.68
41. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington: Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores; 2020 [consultado 21 de junio de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51918>
42. Ticona-Rebagliati D, Torres-Bravo L, Veramendi-Espinoza L, Zafra-Tanaka JH. Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*. [Internet]. 2014 [consultado 21 de junio de 2023];60(2):123-130. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200005&lng=es

Recibido 16 de agosto de 2023
Aprobado 5 de febrero de 2024