

## LA IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL EN EMBARAZOS DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

Ojeda, Yaneth<sup>1</sup>  
Mejía, Martín<sup>2</sup>

**Palabras claves:** control prenatal, embarazos de bajo riesgo obstétrico, morbilidad materna extrema, mortalidad materna y perinatal, guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo.

### Resumen

En Colombia, a través del Plan Nacional de Salud Pública, se definen estrategias de implementación de atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras en la prestación, con calidad para las emergencias obstétricas, adecuados controles prenatales, atención del parto y post-parto, atención de abuso sexual en servicios de urgencia e interrupción voluntaria del embarazo. (3). El objetivo del CPN es llevar a feliz término el proceso reproductivo dando a la sociedad una madre y RN sanos, en un ambiente adecuado para un desarrollo normal. En la primera consulta de control prenatal se debe: Ordenar prueba de embarazo si no es evidente, promover la presencia de compañero o familiar en la consulta. En la anamnesis: indagar la ocupación materna, determinar edad gestacional, ¿Cuántos fetos son?, antecedentes personales y familiares. Antecedentes obstétricos, laborales, ginecológicos, familiares, paridad. Gestación actual. (14). Las actividades básicas del control prenatal son la elaboración de la historia clínica, evaluación del perfil de riesgo, solicitud de exámenes paraclínicos básicos, vacunación, formulación de micronutrientes, evaluación y manejo en situaciones especiales, remisión consulta odontología general, valoración por Nutrición, educación a la madre, compañero y familia, curso psico-profiláctico y diligenciamiento y entrega del carné materno. Finalmente, es de vital importancia desde la primera consulta de control prenatal determinar la edad gestacional y el número de fetos, al igual que las variables trazadoras y los factores de riesgo a intervenir durante las siguientes citas del control prenatal.

<sup>1</sup>Médico. Esp. Auditoría de Calidad, Msc. Gerencia de la Calidad. [Dpa.salud@fitec.edu.co](mailto:Dpa.salud@fitec.edu.co), Tecnológica Fitec. Colombia.

<sup>2</sup> Médico. Ginecólogo. [xxxx](http://www.xxxx.com), Sanitas. Colombia.

### ABSTRACT

In Colombia, through the National Public Health Plan, strategies for the implementation of comprehensive health care protocol are defined with a biopsychosocial risk approach, without barriers in delivery, with quality for obstetric emergencies, adequate prenatal check-ups, delivery care and post-partum, care of sexual abuse in emergency services and voluntary interruption of pregnancy. (3). The goal of the NPC is to bring the reproductive process to a successful conclusion by giving society a healthy mother and RN, in a suitable environment for normal development. In the first prenatal check-up visit you should: Order pregnancy test if it is not evident, promote the presence of a partner or family member in the consultation. In the anamnesis: investigate the maternal occupation, determine gestational age, how many fetuses are ?, personal and family history. Antecedents obstetric, labor, gynecological, family, parity. Current pregnancy. (14) The basic activities of prenatal care are the preparation of the clinical history, evaluation of the risk profile, request for basic paraclinical examinations, vaccination, formulation of micronutrients, evaluation and management in special situations, referral to general dentistry, assessment by Nutrition, education to the mother, partner and family, psycho-prophylactic course and completion and delivery of the maternal card. Finally, it is of vital importance to determine the gestational age and the number of fetuses from the first prenatal checkup, as well as the tracer variables and the risk factors to intervene during the following prenatal check-up appointments.

**Keywords:** prenatal control, pregnancies of low obstetric risk, extreme maternal morbidity, maternal and perinatal mortality, practical guide for pregnancy and high risk delivery.

### INTRODUCCIÓN

Dentro de los objetivos del milenio del año (2000), el objetivo 5: mejorar la salud materna, tiene como meta 6 reducir en tres cuartos, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna a nivel mundial (1) y para Colombia la meta a 2015 consistía en disminuir las muertes maternas a 45 muertes por 100 mil nacidos vivos. El país ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna, pero a pesar de estos avances aún mueren casi 400 mujeres al año por causas asociadas al embarazo y al parto. El 18% de las muertes maternas se produjo en mujeres entre los 10 y 19 años de edad; el 24% de la mortalidad materna ocurrió en población afrocolombiana y pueblos indígenas. (2)

El Plan Nacional de Salud Pública (2007-2010), define la reducción de la tasa de mortalidad materna por debajo de 62,4 por cien mil nacidos vivos (Línea de base: 78,7 por cien mil nacidos vivos. Fuente: DANE 2004), siendo una de sus estrategias la implementación de la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo biopsicosocial, sin barreras en la prestación, con calidad para las emergencias obstétricas, adecuados Controles prenatales, atención del parto y post-parto, atención de abuso sexual en servicios de urgencia e interrupción voluntaria del embarazo. (3)

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP (2012 – 2021) en su dimensión 5, Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos contempla como estrategia del componente la garantía de la salud materna, estando orientada las acciones hacia la prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva desde un enfoque de derechos. (4).

## **DESARROLLO DEL TEMA**

Dentro de sus objetivos específicos contempla: Desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención pre-concepcional, atención prenatal, atención del aborto seguro, atención del parto y el puerperio de todas las mujeres gestantes del país, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos; en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y las estrategias de atención primaria en salud, estando dentro de sus metas que los casos de mortalidad materna evitable sean inferiores a 150 casos

anuales en el país, el 95% de las mujeres gestantes asistan 4 o más controles prenatales en el 94 % de las entidades territoriales, el 80% de las mujeres gestantes, ingresen al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional, y disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%. (4).

Del conjunto de los ODM, tres objetivos (el 4, 5 y el 6) abordaban metas de salud, las cuales no fueron alcanzadas a pesar de los avances realizados en la reducción de la mortalidad infantil, reducción de la muerte materna a niveles más bajos, pero no a los deseados (con compromisos de la calidad del sistema de salud y la capacidad de respuestas ante las complicaciones obstétricas) y en la reducción de la mortalidad por VIH (los avances fueron pocos). (1). Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, plantean en el Objetivo 3 “Asegurar vidas saludables y promover el bienestar para todos/as en todos los momentos de la vida”; (13) definiendo para el 2030 la meta de reducir la tasa global de mortalidad materna a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos. Al igual que alcanzar la cobertura sanitaria universal, el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar. (5)

El Plan Nacional de Desarrollo (PND 2014 – 2018) “ Todos por un nuevo país”, tiene como objetivo construir una Colombia en paz, equitativa y educada, en armonía con los propósitos del Gobierno Nacional, con las mejores prácticas y estándares internacionales, y con la visión de planificación de largo plazo prevista por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (6). Como estrategias para reducir la mortalidad materna evitable, el PND plantea el principal reto del sistema en superar las barreras existentes y mejorar la calidad de la atención antes, durante y después del evento obstétrico, para lo cual plantea el diseño de una estrategia bajo la coordinación del Ministerio de Salud y de Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos y en unión con los entes territoriales. Con la implementación de acciones integrales para la identificación temprana del embarazo y atención de las embarazadas con enfoque de derechos humanos (7)

Articulado con la estrategia de los Primeros mil días (2012 – 2021) del Ministerio de Protección Social (MPS), donde se definen las cuatro áreas estratégicas que fundamentan las intervenciones sustantivas como son: 1- La gestión del plan y la creación de alianzas para su implementación; 2- El fortalecimiento de la capacidad resolutoria de los servicios de salud obstétrico-neonatales en términos de recursos humanos, equipamiento e infraestructura y flujos financieros suficientes y sostenibles; 3- La participación de las familias, los papás, mamás, cuidadores y comunidades en la gestión de la salud y cogestión del plan incluyendo el control social de la gestión pública; y 4- El fortalecimiento de los sistemas de información en el periodo específico de los primeros mil días de vida (8). La Secretaria de Salud Departamental de Santander a través del grupo de maternidad segura ha realizado desde el año 2015, acompañamiento y capacitaciones en el Control Prenatal de bajo riesgo obstétrico, morbilidad materna extrema, mortalidad materna y mortalidad perinatal a sus Secretarías de salud municipales y a la red hospitalaria pública e IPS privadas, con el análisis de los eventos de mortalidad materna, morbilidad materna extrema y / o mortalidad perinatal, que permiten definir acciones conjuntas de tipo preventivo y correctivos en la prestación del servicio, soportado de forma adicional en las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social (2013). (9).

En las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias, para uso de profesionales de salud. (2013) - Guías No. 11-15, plantea como objetivo: Desarrollar de manera sistemática recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto y puerperio con el fin de optimizar la calidad de la atención obstétrica, mejorar la salud materno-fetal y reducir la morbimortalidad materno perinatal. (9).

Por lo anterior se presenta en el siguiente artículo una revisión bibliográfica de la importancia del control prenatal de bajo riesgo obstétrico para disminuir los eventos prevenibles en el binomio madre – hijo.

### **Control Prenatal de Bajo Riesgo**

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica Control Prenatal (2015) y la Resolución 412 del 2000, se define como

control prenatal al conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, planificadas para lograr una gestación adecuada que permitan que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para madre, el recién nacido y la familia. (18), (17).

El objetivo del CPN es llevar a feliz término el proceso reproductivo dando a la sociedad una madre y RN sanos, en un ambiente adecuado para un desarrollo normal.

Es importante la realización de la consulta pre-concepcional en la cual se debe determinar los factores de riesgo en una posible gestación e intervenirlos antes de planear el futuro embarazo de acuerdo a lo establecido en la Guía Práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo (15), este debe ser precoz, periódico, oportuno, con una completa cobertura y de calidad. Manejado por un grupo interdisciplinario conformado por la medicina general, enfermería, odontología, nutrición, psicología y ginecología (la valoración del GO en la semana 28 - 30 y semana 34 – 36 para una nueva valoración del riesgo); (9).

El control prenatal debe ser realizado por un grupo pequeño de profesionales con los que la gestante se sienta cómoda. Debe haber continuidad de la atención durante el período prenatal (9).

La edad gestacional de ingreso al primer control prenatal se recomienda debe ser en el primer trimestre, idealmente antes de la semana 10 de gestación (9).

Las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias, para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. 2013 – recomiendan que la cita de inscripción al control prenatal y la primera cita de control prenatal tengan una duración de 30 minutos. Para los siguientes controles se recomienda una duración de 20 minutos. Y cuando una gestante comience tardíamente su control prenatal, sobre todo después de la semana 26 de gestación, la duración de su primera consulta debe ser de 40 minutos. (9).

No se recomienda un programa de control prenatal con un número reducido de citas porque se asocia con un aumento de la mortalidad perinatal. La recomendación de las guías cuando el control prenatal inicia en el primer trimestre para una mujer nulípara con un embarazo de curso normal, un programa de diez citas. Para una mujer

múltipara con un embarazo de curso normal debe ser de siete citas. (9)

Las actividades básicas del control prenatal son la elaboración de la historia clínica, evaluación del perfil de riesgo, solicitud de exámenes paraclínicos básicos, vacunación, formulación de micronutrientes, evaluación y manejo en situaciones especiales, remisión consulta odontología general, valoración por Nutrición, educación a la madre, compañero y familia, curso psico-profiláctico y diligenciamiento y entrega del carné materno.

En la primera consulta de control prenatal se debe: Ordenar prueba de embarazo si no es evidente, promover la presencia de compañero o familiar en la consulta. En la anamnesis: indagar la ocupación materna, determinar edad gestacional, ¿Cuántos fetos son?, antecedentes personales y familiares. Antecedentes obstétricos, laborales, ginecológicos, familiares, paridad. Gestación actual. (14)

Respecto al cálculo de la edad gestacional, la ecografía temprana, principalmente la del primer trimestre e incluso la de segundo trimestre hasta la semana 23, por su gran precisión, corroboran o definitivamente descarta la FUR para el cálculo de la edad gestacional. Teniendo en cuenta el margen de error de las ecografías tempranas, en caso de no correspondencia entre la FUR y la Ecografía obstétrica de primer trimestre, por una diferencia mayor de 3 a 7 días, se debe tomar como guía para el cálculo de la Edad Gestacional esta ecografía y por tanto se debe recalcular la edad gestacional. (16)

Realización de tamizaje para violencia intrafamiliar y depresión trimestral (9).

Valoración condiciones psicosociales: modelo biopsicosocial de Herrera J. (10)

Tabla No 1 Clasificación del Riesgo Obstetricio

	Clasificación	Puntos
<b>Riesgo obstetricio</b>		
Edad	<18 años	1
	18-30 años	0
	>35 años	2
Paridad	0	1
	1-4	0
	>4	2
<b>Características</b>		
Pre-eclampsia o hipertensión		1
Diabetes o insuficiencia renal		1
Historial de parto prematuro o retenido		1
Manejo de placenta		1
Peso al nacer (nacido)	<2.000 g o >4.000 g	1
Abundancia fetal (peso o normal longitud)		1
Trabajo de parto normal o dificultoso		1
Trabajo de parto con cesárea		1
<b>Riesgo obstetricio</b>		
Gravidez con patología		2
Gravidez con patología		2
Trastorno psicológico		2
Historial de	<20 semanas	1
	20-30 semanas	2
	30-40 semanas	3
	>40 semanas	4
Alumbramiento	<37 semanas	2
Polihidramnios		2
Placenta previa		2
Presentación fetal anómala o transversa		2
Trastorno de parto		2
<b>Riesgo obstetricio</b>		
Atención materna		1
Soporte social familiar inadecuado		1

Fuente: Herrera et al.  
 Nota: que incluye: ansiedad emocional, trastorno depresivo, síntomas físico-vegetativos de angustia (taquicardia o bradicardia, mareos).  
 Soporte social: incluye tanto las relaciones con el apoyo recibido por la familia y/o compañeros en el momento del tiempo, espacio y dinero como otros aspectos involucrados en alto riesgo de complicaciones al parto.

Luego se realiza Examen físico: realizando medidas antropométricas, altura uterina. Valoración Ginecológica y valoración Obstétrica. Se realiza el análisis y se determinan las variables trazadoras y los riesgos obstétricos a intervenir durante el control prenatal, el parto y el puerperio. Planeando un plan de trabajo para todo el control prenatal (14).

Respecto a la ganancia de peso durante el embarazo, No se recomiendan orientaciones nutricionales encaminadas a bajar de peso durante esta. Lo recomendado es la ganancia de peso programada o planeada teniendo en cuenta en índice de masa corporal de la gestante en la cita de inscripción al control prenatal (alrededor de la semana 10), de acuerdo a los siguientes parámetros; (9)

IMC < 20 kg/m<sup>2</sup> = ganancia entre 12 a 18 Kg

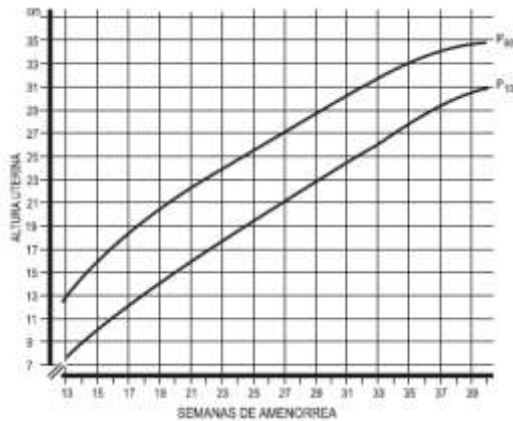
IMC entre 20 y 24,9 kg/m<sup>2</sup> = ganancia entre 10 a 13 Kg

IMC entre 25 y 29,9 kg/m<sup>2</sup> = ganancia entre 7 a 10 Kg

IMC > 30 kg/m<sup>2</sup> = ganancia entre 6 a 7 Kg.

Se recomienda la medición rutinaria de la altura uterina en todas las consultas de control prenatal, después de la semana 24, se recomienda su registro en una gráfica de progresión (Guía MPS 2013); (ver grafica no 1). (9) , (11)

**Gráfica No 1.** Ganancia de altura uterina CLAP/SMR (14, pág 43)



Según la Guía MPS 2013 los exámenes paraclínicos durante el control prenatal se organizan por ingreso al control prenatal y por trimestre de gestación, de la siguiente manera: Al ingreso al Control prenatal y durante el primer trimestre las guías recomiendan son: cuadro hemático, hemoclasificación, Serología, Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria, Urocultivo, Glicemia en ayunas, antígeno de superficie (HbsAg), tamización para Rubéola antes de la semana 16, Frotis de flujo vaginal, Toxo g, prueba Elisa para VIH(anticuerpos VIH 1 y 2) Coombs Indirecto: ( se debe solicitar sólo si la paciente es Rh negativa, ha sido politransfundida o tiene historia de hijos previos con anemia hemolítica ), Citología cervicouterina (si no se ha realizado una en el último año) y la Ecografía semana 11 – 14 para pesquisa de cromosomopatías. (9)

Los exámenes paraclínicos a realizar durante el segundo trimestre son: Cuadro Hemático, Parcial de Orina, VDRL y curva de tolerancia oral a la glucosa con carga de 75 GR – 3 TOMAS – (SEMANA 24 A 28 EG). Y la Ecografía de detalle anatómico fetal, a realizar de la semana 18 a 23 (+6) de edad gestacional, realizada por profesional con entrenamiento y certificación. (9)

Los exámenes paraclínicos a realizar durante el tercer trimestre de gestación son: Cuadro Hemático, Parcial de Orina, VDRL, segundo tamizaje para VIH y entre la semana 35 a 37 realizar Cultivo secreción vaginal y rectal: para descartar infección por estreptococo del grupo B, excepto para pacientes con indicación de cesárea. Respecto a nueva ecografía se realizara según el riesgo individual para cada gestante (9).

La mejor forma de intervenir en el desenlace favorablemente del binomio madre-hijo es mediante la realización de un adecuado control prenatal, lo cual lleva a la disminución de la morbimortalidad materno fetal. (19)

Durante los últimos años se ha dado mayor importancia a la atención a la gestante y el producto de esta gestación, desde el punto de vista gubernamental y clínico, al estar inmersas dentro los objetivos del milenio y los Objetivos de desarrollo sostenible, determinando metas para 2030 como la reducción de la tasa global de mortalidad materna a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos. Al igual que alcanzar el acceso universal a los servicios de salud. De igual manera el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 en su dimensión 5, teniendo entre sus metas: Los casos de mortalidad materna evitable sean inferiores a 150 casos anuales en el país. El 95% de las mujeres gestantes asistan 4 o más controles prenatales en el 94 % de las entidades territoriales. El 80% de las mujeres gestantes, ingresen al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional, y disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%. (3). Metas que se espera superar con la aplicación de Las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias, para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Para uso de profesionales de salud. 2013 - Guías No. 11-15, aplicación de una manera responsable y estricta en todos los ámbitos y niveles de prestación de servicios a las gestantes. (9)

Lo primero que se debe realizar es la consulta pre-concepcional para determinar los factores de riesgo e intervenirlos antes de planear el futuro embarazo.

Considero el CPN debe ser de inicio en el primer trimestre, idealmente antes o durante de la semana 10 de edad gestacional, Debe ser precoz, periódico, oportuno, de completa cobertura y de calidad. Manejado por un grupo interdisciplinario, por un grupo pequeño de profesionales que deben ofrecer la continuidad de la atención durante el período prenatal.

Para realizar un control prenatal de calidad, donde se identifiquen todos los factores de riesgo y se realice la intervención de los mismos, además se de educación a la gestante y su familia, la cita de primer control prenatal debe tener una

duración de 30 minutos, al igual para los siguientes controles se recomienda una duración de 30 minutos. Y cuando una gestante comience tardíamente su control prenatal, sobre todo después de la semana 26 de gestación, la duración de su primera consulta debe ser de 40 minutos.

## CONCLUSIONES

La Guía MPS 2013 ha sido acertada referente al número de citas para un programa de control prenatal. (10 para las nulíparas y 7 para las multíparas).

Dentro las actividades básicas del control prenatal resalto la importancia de curso psico-profiláctico y diligenciamiento y entrega del carné materno, el cual debe diligenciar también el gineco-obstetra. (17)

Es de vital importancia desde la primera consulta de control prenatal determinar la edad gestacional y el número de fetos, al igual que las variables trazadoras y los factores de riesgo a intervenir durante las siguientes citas del control prenatal.

La aplicación de la Valoración condiciones psicosociales: modelo biopsicosocial de Herrera J. recomendada en La Guía MPS 2013, durante cada trimestre del embarazo es un instrumento que nos orienta para la determinación de las variables trazadoras y los factores de riesgo a intervenir.

Con los avances tecnológicos aplicados a la práctica médica como lo es la historia clínica sistematizada y dentro de esta la Historia perinatal sistematizada que hoy en día contamos en la gran mayoría de los centros de atención a gestantes, es una herramienta que nos aporta y facilita la revisión y el análisis de gráficas de progresión, entre ellas la de altura uterina, durante la consulta prenatal.

Al revisar el Perfil de Morbilidad Materna Extrema en Santander 2012-2014, casos de morbilidad materna extrema 2015 y eventos muerte materna en Santander durante el año 2015 se observó que las gestantes con eventos adversos fueron aquellas que presentaron: el inicio tardío del control prenatal, asistieron a un programa de control prenatal con citas reducidas (3 o menos), su CPN no fue periódico y oportuno, no realizaron las actividades básicas del control prenatal, la duración de las citas no fue la adecuada, en algunas ocasiones nunca las valoro el obstetra y en su atención no se realizó el

cumplimiento de las La Guía MPS 2013 (4)

La Guía MPS (2013) referente a las ayudas diagnósticas por inicio del control prenatal y por trimestre de gestación, ha sido acertada, pero considero deben realizarse ajustes como: en lugar de solicitar parcial de orina en el segundo y tercer trimestre de gestación, no es más útil el urocultivo. Además según las nuevas guías para sífilis en lugar del VDRL, debe realizarse una prueba treponémica rápida, ajuste que ya se realizó o está realizando en los centros de atención a gestantes. Es importante la incorporación a estas ayudas diagnósticas desde el inicio del control prenatal la realización de tamizaje para trastornos tiroideos.

Al realizar un adecuado control prenatal se disminuye de la morbimortalidad materno fetal. Logrando una gestación adecuada que permitan que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para madre, el recién nacido y la familia.

Se espera que un adecuado CPN y la implementación del Plan de Salud Primeros Mil Días de Vida (estrategia definida por el MPS para todos los municipios del país) (8), nos permita lograr un resultado favorable al binomio madre hijo, lo anterior articulado con el adecuado manejo de las Rutas Integrales de Atención Materno Perinatal (20).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. Objetivo de Desarrollo del Milenio – Meta 5: Mejorar la salud materna. (2015) Recuperado de: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/mdg/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/)
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Objetivos de desarrollo del Milenio Informe (2015). Recuperado de <http://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/post-2015/mdgoverview.html>.
3. Ministerio de Protección Social. Plan Nacional de Salud Pública. (2007 -2010). Recuperado de: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas\\_Nacionales\\_Salud-Colombia\\_2007-2010.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf).

4. Ministerio de Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Recuperado de: <http://minsalud.gov.co/PlanDecenal/Paginas/home2013.aspx>.
5. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible, Colombia. Herramientas de aproximación al contexto local.. Recuperado de: <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/ODM/undp-co-ODSColombiaVSWs-2016.pdf>.
6. CEIPAZ (2014-2015). Focos de tensión, cambio geopolítico y agenda global. Recuperado de: <http://www.ceipaz.org/images/contenido/0.INTRO.pdf>.
7. Departamento Nacional de Planeación (2010). Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Ley 1753 de Junio del 2015. Recuperado de: <https://www.dnp.gov.co/Plan-Nacional-de-Desarrollo/Paginas/Que-es-el-Plan-Nacional-de-Desarrollo.aspx>.
8. Plan de Acción en Salud. Primeros 1000 días de vida y Marco Estratégico Nacional armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública, Colombia (2012-2021). Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/P/ENT/planeacion-primeros-mil-dias.pdf>.
9. Centro Nacional de Investigación en evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio Guías No. 11-15 (2013). (p.20-22)
10. Herrera J.A, Hurtado H, Caceres D. Antepartum biopsychosocial risk and perinatal outcome. Fam Pract Res J. (1992) (p12:391-399)
11. Organización Mundial de las Salud. Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS 2003. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42692/1/WHO\\_RHR\\_01.30\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42692/1/WHO_RHR_01.30_spa.pdf).
12. Observatorio de Salud de Santander. Informe Epidemiológico de Santander. Perfil De Morbilidad Materna Extrema En Santander 2012-2014. Año 9 (Enero - Abril/2015).
13. Sanahuja J. Instituto Complutense de Estudios Internacionales (ICEI) (p.71:72).
14. Ñañez H y Ruiz A (1999). Texto de Obstetricia y Perinatología. Santa Fé de Bogotá DC. Primera Edición.
15. Arias F (1995). Guía Práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. Segunda edición. Editorial Mosby / Doyma Libros. (p. 540 – 546.)
16. Peter W. (2009). Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Editorial Elsevier Masson, Quinta edición, (p. 225:247).
17. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 412 del 200. Ministerio de Salud de Colombia. Guía de la promoción de la salud y prevención de enfermedades de salud pública, Guía 3, Guía para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/vivianatera/n27/resolucion-412-2000-14022470>.
18. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Quito (2015). Control Prenatal, Guía de Práctica Clínica. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Quito. (p. 10:18). Recuperado de: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>.
19. PROSEGO (2010). Control Prenatal del Embarazo Normal. Protocolo Actualizado en Junio. p. (330:336). Recuperado de: [file:///C:/Users/Fitec/Downloads/S0304501310004589\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Users/Fitec/Downloads/S0304501310004589_S300_es.pdf).

20. Ministerio de Salud. Rutas Integrales de Atención Materno Perinatal. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>.