

PROTOCOLO DE ATENCIÓN:

CONSULTA PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO Y
PUERPERIO.

ÍNDICE

1. CONSULTA PRECONCEPCIONAL:

1.1 ACTUACIÓN EN LA CONSULTA.

1.1.1 EVALUACIÓN DEL RIESGO: ANAMNESIS.

1.1.2 EXAMEN CLÍNICO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

1.1.3 ACCIONES EDUCATIVAS Y PROMOTORAS DE LA SALUD.

1.1.4 INTERVENCIÓN.

2. PROCEDIMIENTO DE LAS VISITAS DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO SIN RIESGO:

2.1. PRIMERA VISITA: E. A. P. (Equipo de Atención Primaria)

2.2. SEGUNDA VISITA: ESPECIALIZADA (10^a - 12^a semana).

2.3. TERCERA VISITA: E. A. P. (16^a semana).

2.4. CUARTA VISITA: ESPECIALIZADA (20^a semana).

2.5. QUINTA VISITA: E. A. P. (24^a semana).

2.6. SEXTA VISITA: E. A. P. (28^a semana).

2.7. SÉPTIMA VISITA: ESPECIALIZADA (32^a semana).

2.8. OCTAVA VISITA: E.A.P. (36^a semana).

2.9. NOVENA VISITA: ESPECIALIZADA (37^a - 38^a semana).

3. VISITA PUERPERAL:

3.1. ATENCIÓN A LA PUÉRPERA.

3.2. ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO.

3.3. VALORACIÓN ENTORNO DOMICILIARIO.

4. NOTAS ACLARATORIAS

5. SISTEMA DE REGISTRO:

5.1. HOJA CONTROL DE LA GESTACIÓN.

5.2. ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA.

5.3. HOJA EVOLUCIÓN POSTPARTO.

6. ANEXOS.

7. BIBLIOGRAFÍA.

8. AUTORES GRUPO DE TRABAJO.

1. CONSULTA PRECONCEPCIONAL:

Surge ante el deseo expreso de gestación por parte de la mujer y puede ser útil tanto para las mujeres que acuden espontáneamente a solicitar consejo antes de iniciar un embarazo, como para aquellas que acuden por la existencia de factores de riesgo, por malos antecedentes reproductivos o por padecer alguna enfermedad crónica.

La asistencia preconcepcional:

- ✓ Tiene como objetivo promover la salud de la mujer y la de su futura descendencia.
- ✓ Se basa en la promoción de la salud, la evaluación del riesgo reproductivo y en las acciones emprendidas en función de los riesgos y enfermedades descubiertas.
- ✓ Incorpora, junto con la preocupación por los problemas médico y psicosociales, un mayor interés en los esfuerzos preventivos.

El contenido de la consulta preconcepcional depende de las características de cada mujer, pero en todo caso hay que hacer:

- 1.- Evaluación del riesgo preconcepcional.
- 2.- Examen clínico y pruebas de laboratorio.
- 3.- Acciones educativas y promotoras de la salud.

1.1 ACTUACIÓN EN LA CONSULTA

1.1.1 EVALUACIÓN DEL RIESGO: ANAMNESIS

- Datos personales.
- Estilo de vida.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales y de pareja.

1.1.2 EXAMEN CLÍNICO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

- **Exploración física:** Talla, peso, IMC, Tensión Arterial, exploración ginecológica y mamaria, con toma de muestra para citología según protocolo de prevención de cáncer de cérvix.
- **Pruebas de laboratorio:** Hemograma, Grupo sanguíneo y R.H, Coombs Indirecto, Glucemia Ac. Úrico, creatinina, GPT, GOT, Pruebas serológicas de detección de: Rubéola¹, Sífilis, Toxoplasmosis¹, V.I.H. con consentimiento informado².
Analítica de orina (tira reactiva).

El resultado de estas pruebas complementarias (validez de 6 meses) se adjuntarán, una vez se confirme el embarazo en la primera consulta de embarazo.

1.1.3 ACCIONES EDUCATIVAS Y PROMOTORAS DE LA SALUD.

Consejo nutricional, exposición a teratógenos, fármacos y riesgos ambientales, importancia de la consulta prenatal precoz, apoyo social

1.1.4 INTERVENCIÓN.

- Consejo sobre el beneficio del embarazo planificado.
- Medidas de Educación para la salud encaminadas a modificar los hábitos de vida poco saludables.
- Vacunación frente a la rubéola si no existe inmunidad previa.
- Detección y derivación al Trabajador social de problemas sociales detectados.
- Corrección de patologías médicas detectadas y estabilización de trastornos crónicos.
- Aporte de ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural, 1 mes antes de la concepción, se recomienda de 0,4 a 0,8 mg/día.³
- Normas higiénico dietéticas: Aporte de alimentos ricos en hierro y medidas de Prevención de Toxoplasmosis.
- Colaboración con otros niveles de salud ante: Disfunción sexual, Apoyo psicológico, Consejo genético, Diagnóstico prenatal, Situaciones de alto riesgo gestacional.

2. PROCEDIMIENTO DE LAS VISITAS DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO SIN RIESGO:

2.1 PRIMERA VISITA: EQUIPO ATENCIÓN PRIMARIA

Debe realizarse lo más precoz posible:

- 1º.- Historia clínica, que incluye: Filiación, ficha social, antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes ginecológicos-obstétricos y valoración de riesgos (Anexo 1).
- 2º.- Exploración general (con peso, talla, T.A., edemas).
- 3º.- Exploración mamaria para descartar patología de la mama.
- 4º.- Exploración pélvica, tacto vaginal, examen con espéculo y citología cérvico-vaginal según protocolo de prevención de cáncer de cérvix.
- 5º.- Petición analítica: Hemograma, Grupo y RH, Coombs Indirecto, glucosa, Ac. úrico, creatinina, GPT, GOT, VIH² sífilis, rubeola¹, toxoplasmosis¹, VHB⁴ sólo a pacientes de riesgo.
- 6º.- Valoración del riesgo de Diabetes Gestacional⁵: Solicitud de Test de O'Sullivan sólo a gestantes con riesgo alto.
- 7º.- Analítica de orina (tira reactiva).
- 8º.- Tratamiento de Ácido Fólico durante el 1er. trimestre de gestación. De 0,4 mg a 0,8 mg. diarios³.
- 9º.- Educación sanitaria individual y grupal.
- 10º.- Derivar al Especialista para la próxima visita y programar (día y hora) la tercera visita (16 semanas).

2.2. SEGUNDA VISITA: ESPECIALIZADA (10º-12º semana, Ecografía).

- 1º.- Cálculo edad gestacional.
- 2º.- Valoración factores de riesgo.
- 3º.- Anamnesis general.
- 4º.- Exploración física y ecografía.
- 5º.- Valoración resultados pruebas complementarias.
- 6º.- Educación sanitaria individual.
- 7º.- Solicitud del screening bioquímico (Beta HCG, Alfa-Fetoproteína). La paciente se lo deberá realizar entre la 14/15 semana de gestación preferentemente en el Hospital⁶.

2.3. TERCERA VISITA: EQUIPO ATENCIÓN PRIMARIA (16ª Semana).

- 1º.- Cálculo edad gestacional.
- 2º.- Valoración factores de riesgo.
- 3º.- Anamnesis general.
- 4º.- Exploración física (T.A., peso, edemas) y Tocoginecológica (fondo útero, latido fetal).
- 5º.- Realizar analítica orina (Tiras reactivas).
- 6º.- Solicitud de ANALÍTICA (se realizará 15-20 días antes de la cuarta visita realizada por el Especialista). Hemograma, Coombs Indirecto, glucosa, Ac. úrico, GOT, GPT, creatinina, toxoplasmosis¹ y rubeola¹. Urocultivo.
- 7º.- Educación sanitaria individual y grupal.
- 8º.- Citar para la próxima visita, día y hora (24ª semana).

2.4. CUARTA VISITA: ESPECIALIZADA (20ª semana).

- 1º.- Cálculo edad gestacional.
- 2º.- Valoración factores de riesgo.
- 3º.- Anamnesis general.
- 4º.- Exploración física y ecografía.
- 5º.- Valoración resultados pruebas complementarias.
- 6º.- Valorar suplemento de Fe⁺⁺⁷.
- 7º.- Educación sanitaria individual.

2.5. QUINTA VISITA: EQUIPO ATENCIÓN PRIMARIA (24ª semana).

- 1º.- Cálculo edad gestacional.
- 2º.- Valoración factores de riesgo.
- 3º.- Anamnesis general: percepción movimientos fetales.
- 4º.- Exploración física (T.A., peso, edemas,.....) y tocoginecológica (movimientos fetales, fondo útero, F.C.F.,).
- 5º.- Realización analítica de orina (Tiras reactivas).
- 6º.- Valoración del riesgo de Diabetes Gestacional⁵: Realizar Test de O'Sullivan a todas las gestantes con riesgo alto y moderado (24-28 semanas).
- 7º.- Educación sanitaria individual y grupal.
- 8º.- Programar, día y hora, la sexta visita (28ª SEMANA).

2.6. SEXTA VISITA: EQUIPO ATENCIÓN PRIMARIA (28ª semana).

- 1º.- Cálculo edad gestacional.
- 2º.- Valoración factores de riesgo.
- 3º.- Anamnesis general: percepción movimientos fetales.
- 4º.- Exploración física (T.A., peso, edemas,.....) y tocoginecológica (movimientos fetales, presentación, fondo útero, F.C.F.,.....).
- 5º.- Valoración test de Coombs y, si procede la administración de gamma-globulina anti-D.
- 6º.- Realización analítica de orina (Tiras reactivas).
- 7º.- Solicitud de ANALÍTICA (se realizará 15-20 días antes de la séptima visita realizada por el Especialista). Hemograma, Coombs Indirecto, glucosa, Ac. úrico, GOT, GPT, creatinina. Toxoplasmosis¹ y Rubéola¹. VHB a todas las gestantes no diagnosticadas previamente. Urocultivo.
- 8º.- Profilaxis antitetánica-antidiftérica⁸ (1ª dosis si no está inmunizada) y citar para las 32 semanas (2ª dosis profilaxis antitetánica-antidiftérica).
- 9º.- Educación sanitaria individual y grupal.
- 10º.- Derivar al Especialista para la próxima visita y programar (día y hora) la octava visita (38ª semana).

2.7. SÉPTIMA VISITA: ESPECIALIZADA (32ª semana)

- 1º.- Cálculo edad gestacional.
- 2º.- Valoración de factores de riesgo.
- 3º.- Anamnesis general.
- 4º.- Exploración física y ecografía.
- 5º.- Exploración de la estática fetal.
- 6º.- Valoración resultados pruebas complementarias.
- 7º.- Valoración del riesgo de Diabetes Gestacional⁵: Realización Test de O'Sullivan a gestantes con riesgo alto (32 -36 semanas)
- 8º.- Valorar suplemento de Fe⁺⁺⁷.
- 9º.- Educación sanitaria individual.
- 10º.- Se deriva al hospital para citar a la 37 semanas de gestación.

2.8. OCTAVA VISITA: EQUIPO ATENCIÓN PRIMARIA (36ª semana)

- 1º.- Cálculo edad gestacional.
- 2º.- Valoración factores de riesgo.
- 3º.- Anamnesis general.
- 4º.- Exploración física.
- 5º.- Estática fetal (Maniobra de Leopold).
- 6º.- Cultivo vagino-perianal, E.G.B. (35-37 semanas).
- 7º.- Educación sanitaria individual.

2.9. NOVENA VISITA: ESPECIALIZADA (37ª -38ª semana).

- 1º.- Cálculo edad gestacional.
- 2º.- Valoración factores de riesgo.
- 3º.- Anamnesis general: percepción movimientos fetales.
- 4º.- Exploración física (T.A., peso, edemas,) y tocoginecológica (Altura fondo útero, presentación, F.C.F., estática fetal).
- 5º.- Realización analítica de orina (Tiras reactivas).
- 6º.- Educación sanitaria individual y grupal.

Posteriormente en Atención Especializada se irá citando dependiendo de las necesidades. Al igual que en Atención Primaria.

3. VISITA PUERPERAL:

3.1. ATENCIÓN A LA PUERPERA.

- Anamnesis: valoración estado psicológico.
- Aspecto general.
- Mamas.
- Útero, loquios.
- Cesárea/Episiotomía, hematoma.
- Vacunación de la rubeola (si procede).
- Educación para la Salud. Refuerzo de la lactancia materna.
- Valoración de Tto. con hierro oral.
- Información sobre Planificación Familiar.

3.2. ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO.

- Aspectos generales.
- Exploración.
- Educación para la Salud. Refuerzo lactancia materna.
- Pruebas metabólicas (si procede).
- Calendario vacunal.

Derivación al pediatra.

3.3. VALORACIÓN ENTORNO DOMICILIARIO.

4. NOTAS ACLARATORIAS.

1.- Rubeola y toxoplasmosis: Sólo si no existe inmunidad previa documentada.

2.- VIH: El consentimiento informado quedará archivado en la historia clínica. Si existe negativa a la realización de la prueba, en el apartado de observaciones de la petición de analítica, constará como que la paciente no consiente la realización de la misma.

3.- Mujeres con antecedentes de gestación con defecto del tubo neural que deseen quedar embarazadas, deberán tomar 4 mg/día de ácido fólico de 1 a 3 meses antes de la concepción y en los primeros 3 meses de embarazo.

4.-VHB: Pacientes con riesgo: exposición laboral a sangre humana, conviviente/pareja portadora, adicción a drogas vía parenteral, pacientes y trabajadoras en institución de enfermos mentales, reclusas y personal de instituciones penitenciarias, receptores de transfusiones o hemoderivados de forma repetida, viaje a zona de alta incidencia.

5.- a) Valoración del riesgo de Diabetes Gestacional:

- No existe evidencia suficiente ni para incluir, ni para excluir el cribado de Diabetes Gestacional. No parece justificado seguir con el cribado Universal recomendándose el cribado selectivo en mujeres de moderado o alto riesgo, mientras se aportan pruebas o no en otro sentido. Hoy en día lo más extendido es el estudio en dos pasos, recomendado por la ADA. El test de cribado y si es positivo un test diagnóstico.
- Clasificación del riesgo:
 - Gestante con riesgo alto: Con uno o más factores siguientes de riesgo [Obesidad importante (IMC>30) glucosuria, antecedentes personales de diabetes gestacional o patología obstétrica, antecedentes familiares de diabetes en primer grado].
 - Gestante con riesgo moderado: 25 años o más y ningún otro factor de riesgo.
 - Gestante con riesgo bajo: Menores de 25 años, normopeso, ausencia de factores de riesgo alto y la no pertenencia a un grupo étnico de alto riesgo. No es necesario ningún tipo de diagnóstico en este grupo.

b) Realización del Test de O´ Sullivan:

La realización del test, consiste en valorar la glucemia una hora después de la ingesta oral de 50 gr. de glucosa, en cualquier hora del día independiente de la ingesta o no de alimentos previos. Para el Test de O´ Sullivan puede utilizarse la glucemia capilar medida con glucómetro en la consulta, puesto que no es un test diagnóstico, sino que en los positivos se debe solicitar un TTOG con 100 gr. de glucosa para la confirmación. Pero existe controversia a cerca del nivel de glucemia que se debe emplear como punto de corte con esta técnica.

TTOG. 100 gr. Glucosa. Valores referencia (ADA1997)

0 h < 105 mg/dl - 1 h < 190 mg/dl - 2 h < 165 mg/dl - 3 h. < 145 mg/dl

Si estos valores resultan anormales se derivará a la gestante al endocrinólogo.

6.- Solicitud screening bioquímico: La prueba se realizará en el Hospital, por la importancia del tiempo de gestación en la que se determina. Si la embarazada tuviera dificultad de accesibilidad, sería conveniente contactar con el ginecólogo que efectuará el seguimiento de la misma, para concretar la semana de realización de la prueba.

7.- Suplemento de Fe⁺⁺ : No hay evidencias claras que indiquen aconsejar o desaconsejar una política de suplemento rutinario de hierro durante el embarazo. Los datos disponibles de los ensayos controlados demuestran con claridad los efectos positivos de un suplemento rutinario de hierro para prevenir la aparición de niveles bajos de Hemoglobina en el parto o a las seis semanas post parto. Hay poca información a cerca del efecto, beneficioso o no, sobre los resultados medibles del embarazo, tanto para la madre como para el recién nacido.

Dada la naturaleza de la hemodilución fisiológica durante los embarazos, los cambios de la hemoglobina y el hematocrito (Ht^o) deben ser evaluados de acuerdo con la semana y el trimestre de la gestación: En el protocolo de la SEMFyC 2000/4, se recomienda Fe⁺⁺ 30 mgr./día:

- Hb < 11 g/l y Ht^o < 33 %: 1^{er} y 3^{er} trimestre.
- Hb < 10,5 g/l y Ht^o < 32 %: 2^o trimestre.

8.- El programa de actividad preventiva y de promoción de la salud en Atención Primaria recomienda la vacunación en gestantes no vacunadas de Antitetánica y Antidiftérica (tipo adulto).

5. SISTEMA DE REGISTRO:

5.1. HOJA CONTROL DE LA GESTACIÓN (ANEXO 2):

Será autocopiativa por triplicado:

- 1^a.- Para la Matrona / E.A.P..
- 2^a.- Para la embarazada.
- 3^a.- Para la Consulta ginecológica/hospital.

5.2. HOJA ECOGRAFIA OBSTETRICA (ANEXO 3):

Será autocopiativa por triplicado:

- 1^a.- Consulta Obstétrica - ginecología.
- 2^a.- Para la embarazada.
- 3^a.- Hospital.

5.3. HOJA DE EVOLUCION POSTPARTO (ANEXO 4):

Hoja única para la historia de la usuaria en el E.A.P. La embarazada durante todo el proceso, deberá portar la hoja de Control de Gestación, la de Ecografía Obstétrica y también es imprescindible que lleve los resultados de las analíticas, el original o una fotocopia.

6. ANEXOS:

Anexo 1: Tabla de riesgo, de la Guía de Embarazo, Parto y Puerperio: Proceso asistencial integrado. Consejería de Salud de Andalucía 2002.

Anexo 2: Hoja Control de la Gestación.

Anexo 3: Hoja Ecografía Obstétrica.

Anexo 4: Hoja Evolución Postparto.

TABLA DE RIESGO

(ANEXO I)

Riesgo I o Riesgo medio

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Anemia leve o moderada. 2. Anomalía pélvica. 3. Cardiopatías I y II 4. Cirugía genital previa. 5. Condiciones socioeconómicas desfavorables. 6. Control gestacional insuficiente: Primera visita > 20 SG o < de 4 visitas o sin pruebas complementarias. 7. Diabetes gestacional. 8. Dispositivo intrauterino y gestación. 9. Edad extrema: < 16 o > de 35 años. 10. Edad gestacional incierta: FUR desconocida, ciclos irregulares o exploración obstétrica discordante. 11. Embarazo gemelar. 12. Embarazo no deseado: Situación clara de rechazo de la gestación. 13. Esterilidad previa: Pareja que no ha conseguido gestación en los dos años previos. 14. Fumadora habitual. 15. Hemorragia del primer trimestre (no activa). 16. Incompatibilidad D (Rh)* 17. Incremento de peso excesivo: \uparrow IMC > 20% o > de 15 K. | <ol style="list-style-type: none"> 18. Incremento de peso insuficiente: < de 5 K. 19. Infecciones maternas: Infecciones sin repercusión fetal aparente. 20. Infección urinaria: BA y cistitis. 21. Intervalo reproductor anómalo: Periodo intergenésico < de 12 meses. 22. Multiparidad: 4 o más partos con fetos > de 28 SG. 23. Obesidad: IMC > de 29 y < de 40. 24. Obesidad mórbida: IMC > de 40. 25. Presentación fetal anormal: Presentación no cefálica > 32 SG. 26. Riesgo de crecimiento intrauterino retardado: Factores de riesgo asociados a CIR. 27. Riesgos de enfermedades de transmisión sexual* 28. Riesgo laboral: Trabajo en contacto con sustancias tóxicas. 29. Sospecha de malformación fetal: antecedentes, alteraciones ecográficas o bioquímicas. 30. Sospecha de macrosomía fetal: Peso fetal estimado a término > 4 K. 31. Talla baja: Estatura < de 1,50 m. |
|---|--|

Riesgo II o Alto riesgo.

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Abuso de drogas*: Consumo habitual de drogas, fármacos,.... 2. Alteraciones del líquido amniótico: hidramnios y oligoamnios. 3. Amenaza de parto prematuro: Desencadenamiento de trabajo de parto sin o con escasos cambios cervicales en < 37 SG. 4. Anemia grave*: Hb < de 7,5. 5. Cardiopatías grados III y IV*. 6. Diabetes mellitus tipo 1*: Diabetes pregestacional. 7. Embarazo múltiple: Gestación simultánea de tres o más fetos en la cavidad uterina. 8. Endocrinopatías (otras)*: Alteraciones del tiroides, suprarrenales, hipófisis, hipotálamo,.... 9. Hemorragias del segundo y tercer trimestre. 10. Hipertensión arterial*: HTA crónica, preeclampsia. | <ol style="list-style-type: none"> 11. Infección materna*: Cualquier infección con repercusión materna, fetal o en RN. 12. Isoinmunización.* 13. Malformación uterina: Cualquier malformación incluyendo la incompetencia cervical. 14. Malos antecedentes obstétricos: Dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, RN con deficiencia mental o sensorial, una o más muertes fetales o neonatales, antecedente de CIR,... 15. Pielonefritis. 16. Patología médica materna asociada grave*: Cualquier enfermedad que provoque intensa o moderada afectación materna y/o fetal (insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, discrasias sanguíneas, insuficiencia hepatocelular,...) 17. Sospecha de crecimiento intrauterino retardado: Biometría ecográfica fetal < que edad gestacional. Tumoración genital: uterina, anexial,.... |
|--|---|

Riesgo III o Riesgo Muy Alto.

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Crecimiento intrauterino retardado confirmado. 2. Malformación fetal confirmada. 3. Incompetencia cervical confirmada. 4. Placenta previa. 5. Desprendimiento prematuro de placenta. 6. HTA Grave. | <ol style="list-style-type: none"> 7. Amenaza de parto y parto prematuro. 8. Rotura prematura de membranas. 9. Embarazo prolongado. 10. Patología materna asociada grave*. 11. Muerte fetal anteparto. 12. Otras. |
|--|---|

* Conveniencia de que la gestante acuda al Tocólogo con informe del Especialista respectivo (Cardiólogo, Nefrólogo, Endocrino, Hematólogo ...).

ETIQUETA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

ANEXO 2

C.I.P.
 APELLIDO 1º
 APELLIDO 2º
 NOMBRE:
 Nº SEG .SOCIAL

FECHA: Población:
 Dirección: Telf
 Médico: Tocólogo:
 Enfermero/a: Matrona:

HOJA CONTROL DE LA GESTACIÓN

PUESTO DE TRABAJO: ESTUDIOS: UNIVERSITARIO MEDIO PRIMARIA SIN ESTUDIOS
 S. SOCIECONOMICA: I.M.C.

ANTECEDENTES FAMILIARES	ANTECEDENTES PERSONALES	ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS/OBSTÉTRICOS:
Subnormalidad: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Epilepsia: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Diabetes: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> H.T.A.: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Consume alcohol: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Otras:	Intervenciones: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Ingreso Hospitalario: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Medicamentos: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Alergias: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Caries: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Enf. Relevantes: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Tabaco: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N° <input type="text"/> Alcohol: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Drogas:	Embarazos: <input type="text"/> Prematuridad: <input type="text"/> Abortos: <input type="text"/> Nacidos Vivos: <input type="text"/> Menarquia: <input type="text"/> Tipo Regla: <input type="text"/> Anticoncepción: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Método: Duración: Última revisión Ginecológica:

GESTACIONES ANTERIORES

Nº	AÑO	GESTACIÓN	PARTO	PUERPERIO	SEXO R.N.	PESO R.N.	LACTANCIA	PATOLOGÍA R.N.

Fecha Test Embarazo (+): F.U.R. F.P.P.

Grupo Sanguíneo: Rh: Edad: Peso Inicial: Educación Grupal: SI NO

FECHA | EVOLUCIÓN DE LA GESTACIÓN

FECHA	
-------	--

		E.A.P. 8	A.E. 12	E.A.P. 16	A.E. 20	E.A.P. 24	E.A.P. 28	A.E. 32	E.A.P. 36	E.A.P./ A.E. 38	E.A.P./ A.E 40	E.A.P./ A.E 42	
FECHA													
EDAD GESTACIONAL													
VALORACIÓN FACTORES RIESGO													
TALLA													
PESO													
T.A.													
EDEMAS													
CITOLOGÍA													
Cuello uterino													
EXPLORACIÓN MAMARIA													
Mov. Fetales													
Fondo Útero													
Latido Fetal													
Presentación													
ANALÍTICA	Toxoplasn.												
	Rubeola												
	V.I.H.												
	HbsAg												
	α - Fetoproteína												
	β - HCG												
	Albuminuria												
	Glucosuria												
	Sedimento												
	Cultivo orina												
	Hb -Hcto.												
	Glucemia												
	Ácido Úrico												
	Creatinina												
	GOT / GPT												
	G.S. y Rh												
	Test Coombs/IgAntiD												
	Lúes												
	Cult. Vaginal/St. agalactiae												
	Test O'Sullivan / SOG												
Prof. Tétanos/difteria													
Tto. Ac. Fólico													
Tto. Fe ⁺⁺													
Ed. San. Ind.													
Ed. San. Grup.													

FECHA

EVOLUCIÓN DE LA GESTACIÓN

ETIQUETA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

ANEXO 3

C.I.P.....
 APELLIDO 1º.....
 APELLIDO 2º.....
 NOMBRE:
 Nº SEG .SOCIAL.....

FECHA: Población:.....
 Dirección: Telf.....
 Médico: Tocólogo:
 Enfermero/a:..... Matrona:

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

Gestación..... F.U.R.....

FECHA						
Biometría						
Edad Gestacional						
Situación						
L. Cardíaco						
Saco Gestacional	=	Sem.	=	Sem.	=	Sem.
CRL	=	Sem.	=	Sem.	=	Sem.
BDP	=	Sem.	=	Sem.	=	Sem.
LF	=	Sem.	=	Sem.	=	Sem.
AC	=	Sem.	=	Sem.	=	Sem.
L. Amniótico						
ILA						
Placenta						
MAF						
MR						

EVOLUCIÓN DE LA GESTACIÓN

FECHA

--	--	--	--	--	--	--

ETIQUETA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

ANEXO 4

C.I.P.
 APELLIDO 1º
 APELLIDO 2º
 NOMBRE:
 Nº SEG .SOCIAL.....

POBLACIÓN: TELF:
 DIRECCIÓN:
 Matrón/a:
 Médico:
 Enfermero/a:
 FECHA: FECHA PARTO:

HOJA EVOLUCION POSTPARTO

	VISITA DOMICILIARIA PUÉRPERA	CONSULTA POSTPARTO
	FECHA _____ TA _____ Tº _____	FECHA _____ TA _____ Tº _____ IMC _____
ANAMNESIS		
ASPECTOS GENERALES		
ESTADO PSÍQUICO		
MAMAS		
ÚTERO/LOQUIOS		
CESÁREA		
EPISIOTOMÍA HEMATOMA		
E.P.S.: * MADRE Higiene Lactancia Ejercicio Físico * R.N. Higiene Alimentación		
PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
OBSERVACIONES		

DERIVACIÓN AL PEDIATRA _____

FECHA

EVOLUCIÓN

7. BIBLIOGRAFÍA:

* TEMAS:

1.- CONSULTA PRECONCEPCIONAL:

- Protocolo de Planificación Familiar del Programa de Atención a la Mujer. Área 9 Atención Primaria. INSALUD. MADRID, 1999.

2.- PREVENCIÓN DEL TUBO NEURAL:

- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination Canada Guide to clinical preventive health care. Ottawa: Canada Communication Group, 1994; 74-81

- U.S. Preventive Services Task Force. Cribado de los defectos del tubo neural, incluyendo profilaxis con ácido fólico. En: Guía de medicina clínica preventiva. Barcelona: Medical Trends, 1998; 361-3.

- Folic acid for the prevention of neural tube defects. American Academy of Pediatrics. Committee on Genetics. Pediatrics 1999 Aug;104(2 Pt 1):325-7.

- Erickson JD. Folic Acid and Prevention of Spina Bifida an Anencephaly 10 Years After the U.S. Public Health Service Recommendation. MMWR 2002; 51 (nº. RR-13): 1-3.

- Nancy S. Folic acid supplementation and prevention of birth defects. J Nutr. 2002; 132; 2356S-2360S.

- Martinez-Frias ML, Rodriguez-Pinilla E, Mejias C, Dequino G. [Primary prevention of neural tube defects: folic acid or levofoline acid?] Med Clin (Barc). 2002 Mar 16;118(9):358-9.

3.- SUPLEMENTO DEL HIERRO:

- Mahomed K. Iron supplementation in pregnancy (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.

- Bailón Muñoz, E. Seguimiento del Embarazo en Atención Primaria. Semergen 2000, 36:537-549.

- Mahomed K. folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.

- Cuervo LG, Mahomed K. Treatment for iron in pregnancy (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.

- Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.

4.- VALORACION DEL RIESGO:

- Aranda JM, Luna JD. Aplicación de la estrategia de riesgo para la transformación de los servicios de Salud Materno-infantil en Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública Granada 1993.

- Bailón E. Atención Familiar y Embarazo. En: De la Revilla L. Manuel de Atención Familiar II. Granada: Fundesfan; 1999. p. 607-632.

- Corney RH. A survey of profesional help sought by patients for psychosocial problems. Br J Gen Pract 1990, 40:365-368.

- Pagel MD, Montano D, Regen H, Smilkstein G. Psychosocial influences on new born outcomes: a controlled prospective study. Soc Sci Med 1990; 30:597-604.

- Gibblint PT. Social Support effects on health behavior and antenatal care. J Community Health 1990; 15 (6): 357-368.

- Grupo de Consenso de la Sección de Medicina Perinatal de la S.E.G.O. Asistencia prenatal al embarazo normal. Protocolo nº 2. Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid: Comunicación y Servicio, 1994.

- Aranda JM. Índices de riesgo obstétrico para Andalucía: Tesis Doctoral. Facultad de Medicina de Granada 1997.

- Nesbitt R, Aubry R. High risk Obstetric II. Value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable group. Am J Obstet Gynecol 1969; 103:972-985.

-Hobel C, Hyvarinen M, Okada D, Oh W. Prenatal and intrapartum high-risk screening. Prediction of the high-risk neonate. Am J Obstet Gynecol 1973; 117:1-9.

5.- TOXOPLASMOSIS:

- José M. Ortega-Benito. Cribado prenatal de la toxoplasmosis congénita. En *Medicina Clínica* 2001;116(10):385-389.
- National Guideline Clearinghouse. Recommendations regarding selected conditions affecting women's health. 2000.
- Marc Pujol-Riqué, Llorenç Quintó, Cristina Danés, M. Eugenia Valls, Oriol Coll M. Teresa Jiménez de Anta. Seroprevalencia de la toxoplasmosis en mujeres en edad fértil (1992-1999). *Medicina Clínica* 2000;115 (10):375-376.
- Peyron F, Wallon M, Liou C, Garner P. Treatments for toxoplasmosis in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4 2002*. Oxford: Update Software.

6.- ISOINMUNIZACION:

- Crowther CA, Keirse MJNC. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 3, 2000*. Oxford: Update Software.
- Technology Appraisal nº 41. Guidance on the use of routine antenatal anti-D prophylaxis for RhD-negative women. National Institute for Clinical Excellence. May 2002.

7.- CRIBADO DE DIABETES GESTACIONAL:

- Henry OA, Shelley-Jones DC, Oats JN, Wein P, Beischer NA. Comparison of the 50 g capillary plasma glucose tolerance test with the 75 g venous plasma glucose tolerance test in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*. 1996 Jun;22(3):215-9.
- Zhang Y, Xu H. [Screening for gestational diabetes with capillary blood glucose] *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 1995 May;30(5):287-9.
- Coustan DR. Methods of screening for and diagnosing of gestational diabetes *Clin Perinatol* 1993 Sep;20(3):593-602.
- Yoo T, Chao J. Screening for gestational diabetes mellitus. Use and accuracy of capillary blood glucose measured with a reflectance meter. *J Fam Pract* 1989 Jul;29(1):41-4
- Landon MB, Cembrowski GS, Gabbe SG. Capillary blood glucose screening for gestational diabetes: a preliminary investigation. *Am J Obstet Gynecol* 1986 Oct;155(4):717-21.
- Dacus J, Schulz K, Averill A, Sibai B. Comparison of capillary Accu-Chek blood glucose values to laboratory values. *Am J Perinatol* 1989 Jul;6(3):334-6
- Berger W, Misteli F. Clinical significance, diagnosis and treatment of diabetes in pregnancy (gestational diabetes). *Ther Umsch* 1990 Jan;47(1):71-9
- Teplick FB, Lindenbaum CR, Cohen AW. Cost-effective approach to office screening for gestational diabetes. *J Perinatol* 1990 Sep;10(3):301-3.
- Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en la Atención Primaria. GedapS 2000.
- Grupo de diabetes de la AGAMFeC. Diabetes Gestacional [en línea] [15-05-2002]. Disponible en [www.fisterra.com/guias2/diabetes_gestacional.htm]

*** GENERAL:**

- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Protocolos Asistenciales de Ginecología y Obstetricia, S.E.G.O. 1993.
- Protocolo 2000/4. Embarazo y puerperio. Formación Médica Continuada en A.P. Programa de actualización en Medicina Familiar y Comunitaria. Volumen 7. Suplemento 10-2000. Barcelona. 2000.
- Proceso asistencial integrado. Embarazo y puerperio. Consejería de Salud Andalucía, 2002.
- European Diabetes Policen Group 1999. A desktop guide to Fipe 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine* 1999; 16(9): 716.
- Proceso asistencial integrado. Diabetes. Consejería de Salud de Andalucía. 2002.
- Doval Conde, J.L. Del Alamo Alonso, A. Menéndez Villalva, C. Y Blanco Pérez, S. Protocolo de Obstetricia y Ginecología para Atención Primaria. Grupo Aula Médica, S.A. 1999.
- Evidencia Clínica. Edición 1, mayo 2002. Grupo Editorial Legis S.A., Bogotá, Colombia 2002.

8. AUTORES GRUPO DE TRABAJO.

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| * HURTADO MARCOS, Encarnación | TRABAJADORA SOCIAL | C.O.P.F. Plasencia |
| * MORÁN CANELO, Manuela | ENFERMERA | C.O.P.F. Plasencia |
| * GARCIA MUÑOZ, M ^a Henar | MATRONA | C.S. Plasencia II |
| * PIQUERO LOZANO, Chantal | MATRONA | C.S. Plasencia III |
| * LÓPEZ LÓPEZ, M ^a Angeles | MATRONA | C.S. Plasencia III |
| * MARTÍN MARTÍN, M ^a Jesús | ENFERMERA | C.S. Ahigal |
| * ROMO HERRERO, Begoña | MEDICO | C.O.P.F. Jaraiz de la Vera |
| * SÁNCHEZ GALAYO, Petra | MATRONA | Hosp. "Virgen del Puerto" Plasencia |
| * FARFAN, Jorge Ariel | GINECÓLOGO | Hosp. "Virgen del Puerto" Plasencia |
| * GÓMEZ MÉNDEZ, Pilar | MEDICO | C.S. Hervás |
| * AZZI FIAD, J. E. | GINECÓLOGO | Hosp. "Virgen del Puerto" Plasencia |
| * FUENTES SERRADILLA, Emilio | FARMACÉUTICO | Gerencia Área Salud. Plasencia |
- * Coordinación del Grupo por parte de la Gerencia del Área: Lidia PERAL BAENA, Dirección de Enfermería de Atención Primaria de Plasencia.
- *Nuestro agradecimiento a la Secretaria de Dirección de Atención Primaria de la Gerencia del Área, que ha llevado a cabo el trabajo administrativo: SIMÓN GARCÍA, Consuelo.