

PROCESO EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

EMBARAZO

CATALOGO DE ACTIVIDADES AP Y AE

Consulta preconcepcional:

1. Informar a toda mujer en edad fértil, sobre importancia la visita prenatal precoz, y sobre cómo se realizará el seguimiento de su embarazo de producirse.
2. Identificar, controlar y registrar riesgos de la gestación **(1) (ver notas en ANEXO DE USO MÚLTIPLE)**.
3. Facilitar información sobre reconocimiento de situaciones de riesgo (fármacos, radiaciones, etc).
4. Informar a la pareja sobre riesgos de aparición/repetición de alteraciones genéticas y promocionar estilos de vida saludable mujer/pareja.
5. Recomendar quimioprofilaxis con ácido fólico **(2)** antes de buscar el embarazo.
6. Realizar serologías: Lúes, Toxoplasma, Rubéola y VIH (previo consentimiento oral informado).
7. Especial atención a mujeres de riesgo (adolescentes, marginal, inmigrantes).
8. Informar sobre la importancia de la visita prenatal precoz.

Diagnóstico de embarazo / Captación precoz:

1. Realizar test de gestación.
2. Valorar resultado.
3. Informar del resultado a la usuaria, valorar el grado de aceptación, e informar sobre IVE (Interrupción voluntaria del embarazo) si procede.
4. Incorporación precoz a proceso de embarazo (antes de semana 12), previa cita.
5. Captación activa de gestantes de riesgo (adolescentes, marginal, inmigrantes) para asegurar su adherencia al proceso.
6. Solicitar analítica general: **Hematimetría (Hemoglobina y hematocrito), Grupo y Rh, Test de Coombs Indirecto, Bioquímica elemental, Uricemia, Serologías de VIH** (a todas, previo consentimiento informado), **de Rubéola** (sólo si no existe documentación previa sobre inmunidad frente a la misma, por cartilla, consulta preconcepcional, o gestación previa), **de Toxoplasma** (si no existe inmunidad previamente documentada por gestación previa o consulta preconcepcional), **de Sífilis** (a todas las gestantes), **de Hepatitis B** (sólo a gestantes con factores de riesgo **(3)**), y **Test de O'Sullivan** en esta primera analítica a gestantes de riesgo **(4)**.
7. Reforzar quimioprofilaxis con ácido fólico (decir que es para prevenir defectos del tubo neural).
8. Información clara y específica sobre el proceso (que el seguimiento del embarazo se hará tanto por el servicio de Tología como desde Atención Primaria, nombres de los profesionales, horarios, teléfonos, ofrecerse para resolver dudas sobre cómo acudir a cada una de las citas, etc.).

Primera visita: (semana 8 aproximadamente):

1. Informar sobre seguimiento del embarazo (sistemática, pruebas, visitas, etc.).
2. Actualizar y registrar en historia clínica:
 - a. Exploración general: TA, Talla y peso, I.M.C.
 - b. Antecedentes gineco-obstétricos: FUR (fecha de última regla), FPP (fecha probable de parto), FO (fórmula obstétrica), FM (fórmula menstrual), Patología ginecológica y mamaria y Anticoncepción previa
 - c. Cribado de factores de riesgo de ETS:
 - i. Gonorrea (mujeres jóvenes, con dos o más compañeros sexuales en el último año, prostitutas, contactos sexuales con pacientes con ETS, antecedentes de ETS de repetición).
 - ii. Infecciones por Clamidia trachomatis (los anteriores más cervicitis mucopurulenta o friabilidad cervical).
 - d. Deseos de lactancia materna.
 - e. Signos y síntomas asociados al embarazo.
 - f. Presencia de hábitos tóxicos.
3. Valorar grado de aceptación del embarazo, informar sobre IVE si procede.
4. Percepción de Apoyo Social de la gestante. Realizar genograma (5).
5. Abrir y cumplimentar DSE (documento de salud de la embarazada).
6. Realizar exploración general, y genital y mamaria (6).
7. Evaluar y registrar (tanto en historia clínica como en DSE) analítica solicitada en visita de captación (solicitar sino se hizo):
 - a. Si Hb y Hto. compatibles con anemia, iniciar terapia con hierro.
 - b. Si Rh negativo, solicitar **Grupo y Rh de la pareja** de la gestante.
 - c. Si serología de Rubéola negativa, informar sobre cómo evitar contactos.
 - d. Si serología a Toxoplasma negativa, recomendar medidas preventivas higiénico-sanitarias para evitar infección durante el embarazo.
 - e. Si serología de VHB negativa, recomendar vacunación a toda gestante de riesgo. Toda mujer con HbsAg positivo debe ser valorada y derivada para actuar según el protocolo de infección por VHB.
 - f. Si Glucemia > 140 mg/dl en O'Sullivan, se indicará el Test de tolerancia a la glucosa con 100 gr. (7).
8. Solicitar **Urocultivo**, para que se realice entre las 12-16 semanas de gestación y repetirlo en la semana 28. Si se aísla Estreptococo del grupo B, se debe tratar y registrar "bien visible" en el DSE, pues supone mayor riesgo para el recién nacido, y estos casos se considera portadora de EGB, y precisará profilaxis antibiótica intraparto.
9. Aconsejar técnicas de Diagnóstico Prenatal en mayores de 35 años o con factores de riesgo y Marcadores bioquímicos en menores de 35 años, recogiendo revocación del consentimiento en caso de no aceptación. Se realizará entre las semanas 15 a 18. Lo solicitará Atención Especializada, y según los resultados, se pondrá en contacto con la paciente para proseguir los estudios necesarios y solicitar si precisa.
10. Recomendar: evitar riesgos de exposición, abandono de hábitos tóxicos, dieta que asegure requerimientos diarios de calcio, higiene bucal, Educación Maternal (E.M.) como actividad grupal del 1º trimestre.
11. Reforzar quimioprofilaxis con ácido fólico.
12. Evaluar y registrar riesgo obstétrico (1).
13. Derivar a Tocólogo (2ª visita entre 10-13 semanas de gestación).

14. Programar siguiente cita en A.P. (3ª visita entre 16-18 semanas).
15. Ofertar E.M. y derivar a UAU-AP para gestión de citas: 1º con Tocología, pruebas complementarias, E.M., I.V.E., etc.

SEGUNDA VISITA (8-12 SEMANAS) PREFERIBLE 10-13 SEMANAS, PARA MEDIR TN

1. Anamnesis: datos sobre la evolución del embarazo. Preguntar si asistió a consulta en Atención Primaria.
2. Identificación de factores de riesgo de ETS (sino se practicó en la primera consulta).
 - Se consideran factores de riesgo de gonorrea:
 - Mujeres < de 25 años con 2 o más compañeros sexuales en el último año
 - Prostitutas
 - Contactos sexuales con pacientes con ETS
 - Antecedentes de ETS de repetición
 - Y factores de riesgo de infección por Clamidia trachomatis:
 - Los anteriores, además de
 - Presencia de cervicitis mucopurulenta o friabilidad cervical

Se recomienda cribado sistemático para gonorrea en embarazadas con riesgo elevado de infección en la primera visita prenatal. Se sugiere una segunda prueba en el tercer trimestre en aquellas gestantes con riesgo continuo de infección.

El cribado sistemático para infección por Clamidia trachomatis se recomiendanlos más cercano al parto (junto al cribado del Estreptococo del grupo B)

PROBLEMA: NUESTRO LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA NO DETECTA GONOCOCO NI CLAMYDIA.

3. Registro de datos en Historia Clínica y DSE. Archivar los informes analíticos que traerá la gestante en la Historia (sino los trae, imprimir copia del ordenador)
4. Exploración: Peso y TA
5. Exploración genital y mamaria (Toma de citología cv. Aplicar protocolo de toma de citología cv.
6. Solicitar analítica:
 - **Urocultivo**, para realizar entre la semana 12 y 16 (sino se ha solicitado en la primera visita). Es para la detección de bacteriuria asintomática, y se debe repetir en la semana 28. Se tratará según los resultados del antibiograma. Si se aísla ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B, se deberá tratar, y se anotará en la Historia Clínica y en el DSE como gestante portadora de EGB para la profilaxis intraparto. En estas gestantes no es necesario tomar el exudado vagino-rectal en las semanas 35-37, porque ya se consideran portadoras de EGB.
 - **Marcadores bioquímicos** en las gestantes con edad en la FPP menor de 35 años. Se realizarán entre la semana 15 y 18. Si no aceptan, se deberá recoger la revocación del consentimiento. Los resultados de los marcadores bioquímicos se revisarán en la consulta de Obstetricia y se avisará a la gestante por teléfono si son patológicos. **Importante: Debe constar el número de teléfono en la H. C.** Si aceptan realizarse una amniocentesis, se

les dará la cita para la realización de la misma en la consulta de Obstetricia de lunes a jueves (no vísperas de festivos), a las 8,45 horas, y entregarán el consentimiento informado para la H.C. De lo contrario, firmarán la revocación

- En las gestantes con edad en la FPP ≥ 35 años, o con factores de riesgo de cromosomopatías (antecedentes familiares u obstétricos), se les indicarán una **amniocentesis**, y se procederá de la misma manera que en el apartado anterior.
7. Ecografía obstétrica: Objetivos:
 - Confirmar la evolución normal de la gestación
 - Confirmar la edad gestacional. Si se modifica la FPP por ecografía, no olvidar anotar en el DSE
 8. Medir TN (traslucencia nucal) entre la semana 10 y la 13. Si es mayor de 3 mm, se indicará Amniocentesis. Si la gestante acepta firmará consentimiento informado y se le dará la cita para la misma entre la semana 15 y 17, y si no acepta, firmará revocación.
 9. Reforzar recomendaciones: Dieta equilibrada y rica en calcio, hábitos higiénicos (sobre todo higiene bucal), abandono de hábitos tóxicos y evitar riesgos de exposición (rubéola, toxoplasma, etc., en las gestantes no inmunes). Reforzar la Educación Maternal y la quimioprofilaxis con ácido fólico (mantener hasta las 12 semanas de gestación $-0,4\text{mg/día}$ en gestantes sin antecedentes de defectos del tubo neural, y 4mg/día en gestantes con antecedentes)
 10. Evaluar y registrar RIESGO OBSTÉTRICO. Las gestantes de alto riesgo se identificarán en la hoja de curso prenatal y en el DSE con las siglas **CAR**, y se citarán los viernes en la consulta de Obstetricia del hospital **(1)**.

Tercera visita (entre semanas 16-18 aproximadamente):

1. Anamnesis, evolución del embarazo y preguntar si asistió a consulta en AE (Atención Especializada).
2. Registrar datos en historia y DSE.
3. Exploración: Peso, TA., Altura uterina y Auscultación fetal (Doppler).
4. Evaluar y registrar analítica: Marcadores bioquímicos y Urocultivo.
5. Solicitar serología de VIH a gestantes con factores de riesgo **(8)** y serología negativa en 1º trimestre.
6. Reforzar las recomendaciones.
7. Evaluar y registrar el riesgo obstétrico.
8. Programar siguiente cita en A.P. (5ª visita entre 24-28 semanas).

CUARTA VISITA (18-22 SEMANAS)

1. Anamnesis: Datos sobre evolución del embarazo.
2. Registro de datos en Historia Clínica y DSE.
3. Exploración: Peso y tensión arterial.
4. Valoración y registro de resultados de los marcadores bioquímicos y de la amniocentesis si se realizó.
5. Exploración ecográfica (20 semanas): Indicación:
 - Confirmar una correcta evolución de la gestación

- Cribado de las malformaciones fetales estructurales (con esta exploración se pueden detectar el 70% de las malformaciones graves). Se debe informar de las limitaciones de la técnica.
6. Evaluar y registrar riesgo obstétrico.
 7. Reforzar recomendaciones.

Quinta visita (entre semanas 24-28 aproximadamente):

1. Anamnesis, evolución del embarazo y preguntar si asistió a consulta en AE
2. Registrar datos en historia y DSE (evaluar y registrar las analíticas pendientes).
3. Exploración: Peso, TA., Altura uterina y Auscultación fetal (Doppler).
4. Solicitar analítica (se realiza a partir de la 26 semana): **Hematimetría, Bioquímica elemental, Uricemia, Serología de Hepatitis B, Test de O'Sullivan a todas las gestantes** (excepto las < 25 años sin factores de riesgo), **Test de Coombs indirecto o anticuerpos irregulares a toda gestante Rh negativa no sensibilizada, si no se conoce que el padre sea Rh negativo y Urocultivo.**
5. Reforzar recomendaciones (EM).
6. Informar y aconsejar sobre la evolución de la gestación.
7. Evaluar y registrar el riesgo obstétrico.
8. Programar siguiente cita en A.P. (6ª visita entre 28-32 semanas).

Sexta visita (semanas 28-32 aproximadamente):

1. Anamnesis de datos sobre evolución del embarazo.
2. Identificación de factores de riesgo de ETS.
3. Registrar datos en historia clínica y DSE.
4. Exploración: Peso, TA., Altura uterina y Auscultación fetal (Doppler).
5. Evaluar y registrar datos de analítica solicitada en anterior visita:
 - a. Si test de O'Sullivan patológico, solicitar la **Curva completa con 100 gr. de glucosa.**
 - b. Si Hb < 11 gr/dl + Hto < 33 % en 1º y 3º trimestre (10.5 gr/dl y 32% respectivamente en el 2º trimestre), iniciar tratamiento con hierro.
 - c. Profilaxis con 300 µgr. de Gammaglobulina anti-D en la semana 28 a gestantes Rh negativas no sensibilizadas.
6. Vacunación antitetánica, con vacuna monocomponente (presentación Td), según situación de la gestante **(9)**.
7. Reforzar recomendaciones (EM como actividad grupal del 3º trimestre).
8. Evaluar y registrar el riesgo obstétrico.
9. Programar siguiente cita en A.P. (8ª visita entre 35-37 semanas).

SÉPTIMA VISITA (32-34 SEMANAS)

1. Anamnesis: Datos sobre evolución del embarazo.
2. Registro de datos en Historia y DSE.
3. Exploración: Peso y tensión arterial.
4. Exploración ecográfica: Objetivos:
 - Cribado de anomalías estructurales de aparición tardía
 - Valoración del crecimiento y bienestar fetal.
5. Reforzar recomendaciones (Educación Maternal).
6. Evaluación y registro de riesgo obstétrico.

Octava visita (semanas 35-37 aproximadamente):

1. Anamnesis, evolución del embarazo y preguntar si asistió a consulta en AE
2. Registro de datos en historia y DSE.
3. Exploración: Peso, TA., Altura uterina y Auscultación fetal (Doppler).
4. Solicitar analítica: **Pruebas de coagulación** (epidural) y **toma de Exudado vagino-rectal** a todas las embarazadas en la semana 35-37 de gestación (Los resultados de los cultivos han de estar disponibles en el momento del parto y se harán constar en el DSE).
5. Reforzar las recomendaciones (EM como actividad grupal del 3º trimestre).
6. Evaluar y registrar el riesgo obstétrico.
7. Informar sobre la visita puerperal.
8. Programar siguiente cita en A.P. (9ª visita entre 37-38 semanas).

Novena visita (semanas 37-38):

1. Anamnesis de evolución de la gestación.
2. Registro de datos en historia y DSE.
3. Exploración: Peso, TA., Altura uterina y Auscultación fetal (Doppler).
4. Evaluar y registrar resultado de pruebas de coagulación y cribado de Estreptococo del grupo B.
5. Reforzar las recomendaciones.
6. Evaluar y registrar el riesgo obstétrico.
7. Recordar visita puerperal tras alta hospitalaria postparto y pasar datos de FPP a enfermería para asegurar continuidad del proceso.

DÉCIMA VISITA (> 39 SEMANAS): CONSULTA DE BIENESTAR FETAL

Las gestantes sin patología obstétrica se citarán en la Consulta de Bienestar Fetal a partir de la semana 38, y se les dará la cita en la última visita de la consulta de Obstetricia. Las gestantes con patología obstétrica (RCIU, macrosomía fetal, HTA, diabetes) o de alto riesgo (ver **(1)**), se citarán en Bienestar Fetal a partir de la semana 36-37. Se deberá realizar:

1. Anamnesis: Datos sobre evolución del embarazo.
2. Registro de datos en Historia y DSE.
3. Exploración: Peso y tensión arterial.
4. Reforzar recomendaciones.
5. Evaluación y registro de riesgo obstétrico.
6. Realización de pruebas para evaluar bienestar fetal (cardiotocografía, ecografía, y eco-doppler si patología obstétrica o alto riesgo). Se citarán semanalmente hasta la semana 40, entre la semana 40 y 41 cada 2-3 días, y a partir de la 41 se citarán en la consulta de Urgencias de Partorio para valorar inducción del parto. Así mismo se procederá si se decide finalizar gestación antes de la semana 41.

ANEXO DE USO MÚLTIPLE

(válido para todas las categorías profesionales)

(1) Baremo de Riesgo Obstétrico:

GESTANTES DE ALTO RIESGO: Son gestantes con factores de riesgo poco frecuentes pero con una gran especificidad y/o sensibilidad. Estas gestantes tienen un aumento notable de la posibilidad de complicaciones durante el embarazo y el parto. El control sanitario del embarazo debería realizarse por un Servicio de Alto Riesgo de Obstetricia o Tercer Nivel desde el inicio del mismo o desde el momento en que aparezca el factor de riesgo.

Dependiendo de la intensidad del proceso y de la edad gestacional, el control del embarazo podrá llevarse a cabo en Primer-Segundo Nivel.

Se consideran los siguientes factores de riesgo:

1. Abuso de drogas*: Consumo habitual de drogas, fármacos,...
2. Alteraciones del líquido amniótico: Polihidramnios 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 y diabetes gestacional insulinodependiente.
7. Embarazo múltiple: Gemelar y 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 trimestres.
10. Hipertensión arterial*: HTA crónica, preeclampsia.
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.
18. Tumoración genital: uterina, anexial...
19. FIV/ICSI

GESTANTES DE RIESGO MUY ALTO: Gestantes con factores de riesgo muy poco frecuentes pero con muy alta sensibilidad y/o especificidad. Las patologías referidas en la literatura en este grupo han sido reseñadas en los grupos de riesgo anteriores, pero ahora las gestantes suelen requerir atenciones especiales, recursos sanitarios de alta

tecnología, vigilancia por los Servicios de Alto Riesgo de Obstetricia y hospitalización casi sistemática.

Se consideran los siguientes factores de riesgo:

1. Crecimiento intrauterino retardado confirmado.
2. Malformación fetal confirmada.
3. Incompetencia cervical confirmada.
4. Placenta previa.
5. Desprendimiento prematuro de placenta.
6. HTA Grave.
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,...)

ACTITUD ANTE LAS GESTANTES DE ALTO RIESGO Y MUY ALTO RIESGO

- Se identificarán con las siglas **ARO** en la hoja de curso prenatal y en el DSE, detallando el factor o factores de riesgo.
- Hasta la semana 28 se procederá de la misma forma que en las gestantes de bajo riesgo, es decir, 1ª visita en Atención Primaria (semana 8), 2ª visita en AE (10-13 semanas), 3ª visita en AP (semana 16), 4ª visita en AE (semana 20), y 5ª visita en AP (semana 24).
- A partir de la visita de la semana 20 en Atención Especializada, la gestante será citada en la Consulta de Obstetricia cualquier viernes no festivo (Consulta de Alto Riesgo), en las semanas 27-29 y 34-35, realizando el especialista todas las actividades correspondientes a estas semanas. Si el factor de riesgo lo requiere, la gestante será citada a criterio del Obstetra con la periodicidad que necesite.
- Se deberá respetar la visita de la semana 24 en Atención Primaria.
- A partir de la semana 36-37, estas gestantes pasarán a la consulta de Bienestar Fetal.
- Desde Atención Especializada se solicitarán las consultas con otros especialistas o con otros centros de III nivel, que la gestante requiera por su factor o factores de riesgo.
- Si la gestante necesita ingreso hospitalario, lo hará por indicación del Obstetra de la consulta de Obstetricia a través de la consulta de urgencias de Paritorio.
- En cualquier caso, al tratarse de gestantes de alto riesgo, la periodicidad de las visitas se podrá modificar a criterio tanto de los médicos de Atención Primaria como los de Atención Especializada. Debería haber una buena comunicación entre ellos (Teléfono Consulta de Obstetricia: 950 029281)

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A URGENCIAS DE OBSTETRICIA

- ❑ Rotura prematura de membranas.
- ❑ Hemorragia genital.
- ❑ Sospecha de embarazo ectópico.
- ❑ Amenaza de parto prematuro.
- ❑ Hipertensión arterial grave.
- ❑ Sospecha de feto muerto.
- ❑ Vómitos persistentes y resistentes al tratamiento.
- ❑ Fiebre mayor de 38° C sin signos de focalidad.
- ❑ Dolor abdominal intenso y continuo.
- ❑ Traumatismo importante.
- ❑ Otras patologías subsidiarias de ingreso hospitalario.

(2) Quimioprofilaxis con ácido fólico para prevención de los defectos del tubo neural:

- Todas las mujeres con deseo de gestación: 0,4 mg/día periconcepcional (desde al menos un mes antes de la concepción y hasta las 12 semanas de la gestación).
- Mujeres con deseo de gestación y antecedente de un embarazo previo afectado por un defecto del tubo neural: 4mg/día (desde uno a tres meses antes de la concepción y hasta las 12 semanas de gestación).

(3) Factores de Riesgo de HB: Exposición laboral a sangre humana, conviviente/pareja de portador del VHB, adicción a drogas vía parenteral, paciente o trabajadora de institución de enfermos mentales, o de penitenciarias, receptora de transfusiones o hemoderivados, viajes a zonas de alta incidencia.

(4) Cribado de Diabetes Gestacional, se realiza mediante el test de O'Sullivan. Está indicado:

- Al inicio del embarazo, si la gestante posee factores de riesgo, entre los que se incluyen:
 - Edad \geq 35 años.
 - Historia de diabetes en familiares de primer grado
 - Obesidad (IMC $>$ 30).
 - Intolerancia glucídica ó diabetes gestacional en gestación previa.
 - Antecedente de macrosomía en embarazo previo.
 - Malos antecedentes obstétricos (abortos de repetición, muerte fetal...)
- Entre la semana 24-28 a todas las gestantes, mayores de 25 años no diagnosticadas previamente. Las menores de 25 años, sin factores de riesgo no es necesaria su realización.

Se indicará Test de tolerancia oral a la glucosa con 100g (TTOG) en los casos de test de O'Sullivan patológico: glucemia $>$ 140 mg/dl, a la hora de administrar sobrecarga de 50 gr de glucosa.

- Se consideran valores normales de la TTOG los siguientes:
 - Basal $<$ 105 mg/dl.
 - 1ª hora $<$ 190 mg/dl.
 - 2ª hora $<$ 165 mg/dl.
 - 3ª hora $<$ 145 mg/dl.
- El diagnóstico de diabetes gestacional se establece cuando existan dos ó más valores de la TTOG iguales o mayores a los normales.

- Si sólo un valor de la curva iguala o supera al normal se considera una curva intolerante y se debe repetir en tres semanas, sin realizar Test de O'Sullivan previamente.
- (5) El genograma** es una representación gráfica del entorno familiar, que nos aporta información de estructura, relaciones afectivas, presencia de acontecimientos vitales estresantes, etapa del ciclo familiar y recursos familiares y extrafamiliares, todo en relación a la gestante.
- (6) Exploración Genital y Mamaria:**
- Inspección de genitales, tacto bimanual y exploración de mamas.
 - Toma de citología según protocolo, si no está incluida en el programa de Diagnóstico precoz del cáncer (DPC). Esta incluida en esta primera visita, pero no hay medios para hacerla, se deja para la primera visita para Tocología.
- (7) Valoración de TTOG (Test de Tolerancia Oral a la Glucosa):** Diagnosticar Diabetes gestacional si tiene 2 de los valores por encima de los siguientes: Basal < 105 mg/dl, 1ª hora < 190 mg/dl, 2ª hora < 165 mg/dl y 3ª hora < 145 mg/dl. Si sólo 1 patológico, repetir a las 3 semanas.
- (8) Factores de Riesgo de VIH:** Presencia de otras ETS, Adicción a drogas vía parenteral, Antecedentes transfusionales, Relaciones sexuales anteriores o actuales con portador VIH, Bisexuales o ADVP (adicción a drogas por vía parenteral) y Prostitución.
- (9) Vacunación antitetánica:** En la gestante se realiza con la presentación farmacológica monocomponente, se debe evitar el componente difterico (presentación Td). Se pueden dar distintas situaciones:
- No vacunada/historia incierta de vacuna: 3 dosis (1ª, 2ª al mes y 3ª al año)
 - Una dosis previa:
 - < de 5 años: 2 dosis (1 mes de intervalo)
 - > de 5 años: 3 dosis (1ª, 2ª al mes y 3ª al año)
 - 2 dosis previas:
 - < de 5 años: 1 dosis recuerdo
 - > de 5 años: 2 dosis (1 mes de intervalo)
 - 3 dosis previas:
 - < de 10 años: Nada
 - > de 10 años: 1 dosis recuerdo

Al finalizar la pauta, en todos los casos se administrara nueva dosis de recuerdo cada 10 años (efecto booster).

Cronograma de serología:

- Visita preconcepcional: Se recomienda solicitar a todas las mujeres Lúes, Toxoplasma, Rubeola y VIH (Consentimiento oral informado).
- Primer Trimestre:
 - VIH:** a todas las gestantes, previo consentimiento oral informado.
 - Rubéola:** sólo solicitar si no existe inmunidad previa documentada (cartilla de vacunación, consulta preconcepcional o gestación previa).

-Toxoplasma: La toxoplasmosis sólo se transmite al feto, por vía placentaria, cuando la mujer padece la primoinfección durante la gestación. Por lo que la intervención sobre la población general de gestantes, debe centrarse en la prevención de las primoinfecciones en las embarazadas seronegativas. Solo se solicitara serología si no existe inmunidad previa documentada (consulta preconcepcional o gestación previa).

Una serología negativa, solicitada al inicio del embarazo descarta una infección reciente y sitúa a la mujer dentro del grupo de “susceptibles de padecer la infección”. En estas mujeres la intervención será recomendar medidas preventivas higiénico-sanitarias:

- Consumir únicamente carne cocinada a más de 66°C, o congelada a 20°C/24h. Evitar hamburguesas.
- No consumir embutidos, no productos elaborados con carne cruda.
- Lavarse las manos después de haber manipulado cualquier tipo de carne cruda (evitando tocarse los ojos, nariz o boca).
- Limpiar bien los utensilios de cocina usados en la manipulación, antes de nuevo uso.
- Lavar bien las frutas, verduras y hortalizas.
- Animales (gatos) evitar tocarlos con las manos y alimentarlos con carnes crudas o poco cocidas.
- Evitar el contacto material contaminado con excrementos de gatos.
- Usar guantes en las labores de jardinería.

-Sífilis a todas las gestantes.

-Hepatitis B: Sólo a gestantes con factores de riesgo de contraer la enfermedad. Se consideran factores de riesgo:

- Exposición laboral a sangre humana.
- Convivente/pareja de portador de Hepatitis B.
- Adicción a drogas vía parenteral (ADVP).
- 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

Se recomienda la vacunación en gestantes de riesgo y sin inmunidad.

Toda mujer con HbsAg positivo debe ser valorada por su médico de familia para actuar según protocolo de infección de VHB.

- Segundo trimestre:

-VIH en gestantes con factores de riesgo y serología durante el primer trimestre negativa. En estas pacientes también debe solicitarse en el postparto. Se consideran factores de riesgo:

- Presencia de otras ETS.
- Adicción a drogas por vía parenteral (ADVP)
- Antecedentes transfusionales.
- Relaciones sexuales anteriores o actuales con portador de VIH, bisexuales o □on adicción a drogas por vía parenteral.
- Prostitución.

- Tercer Trimestre:
 - Sífilis** sólo en gestantes con factores de riesgo y serología durante el primer trimestre negativa. En estas pacientes también debe solicitarse en el postparto. Se consideran factores de riesgo:
 - Prostitución.
 - Sd inmunosupresión
 - Toxicomanías (cocaína, crack,...)
 - Presencia de otras ETS incluyendo VIH.
 - Contacto con personas con sífilis activa.
 - Hepatitis B** a todas las gestantes no diagnosticadas previamente. Toda mujer con HbsAg positivo debe ser valorada por su médico de familia para actuar según protocolo de infección de VHB.
 - VIH** en gestantes con factores de riesgo.

Cribado de la Incompatibilidad D:

- Primera visita: Grupo Sanguíneo y Factor Rh (salvo que este dato esté documentado), y Test Coombs Indirecto o anticuerpos irregulares a todas las gestantes. Grupo y Rh a las parejas de las gestantes Rh negativas (salvo que este dato esté documentado).
- Entre las semanas 24-28 se debe repetir el test de Coombs Indirecto o Anticuerpos Irregulares a todas las gestantes Rh negativas no sensibilizadas (salvo las que se conozca que el padre es Rh negativo).
- En la semana 28 está indicada la profilaxis con gammaglobulina anti-D (300 µg) en gestantes Rh negativas no sensibilizadas.

PARTO

- EVALUACIÓN CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
 - Valoración del Documento de Salud de la Embarazada (DSE) y de la Historia Clínica.
 - Evaluación y registro de los factores de riesgo.
 - Valorar la idoneidad o no de realizar pruebas complementarias e indicarlas en su caso y, finalmente, instaurar el tratamiento si procediera (pruebas de coagulación y HbsAg si no hubieran sido realizados previamente, así como aplicación del protocolo del Estreptococo del Grupo B).
 - Explicitación y registro del diagnóstico del período del parto, de la estática y vitalidad fetal y el pronóstico del parto.
 - Cumplimentación de la Historia Clínica, sin errores ni omisiones.
- INDICACIÓN DE INGRESO HOSPITALARIO
 - Información comprensible, suficiente y periódica a la gestante y acompañante.
- APLICAR PROTOCOLO DE ANALGESIA
 - Ofertar las diferentes técnicas de analgesia, incluida la epidural, al 100% de las gestantes.
 - Cumplimentación, si procede, del consentimiento informado.
 - Aplicar la técnica de analgesia indicada por el médico y elegida por la gestante.
- ASISTENCIA AL PERIODO EXPULSIVO (SI ES NECESARIA LA INTERVENCIÓN DEL GINECÓLOGO- PARTO INSTRUMENTAL, PARTO GEMELAR Y PARTO DE NALGAS)
 - Traslado al paritorio en el momento y forma adecuada, asegurando la confortabilidad de la usuaria e informando a los familiares.
 - Valoración sistemática de su evolución con registro exhaustivo de datos.
 - Ofertar diferentes alternativas para la postura a adoptar durante el parto y facilitar la elección por la gestante.
 - Episiotomía selectiva según indicaciones y sutura eficaz y estética.
 - Favorecer la asistencia del acompañante y el contacto físico madre-neonato-acompañante, cuando no precise de cuidados especiales.
 - Evitar el rasurado del pubis y de los genitales externos.
 - Aplicar el protocolo de Identificación del Recién Nacido, en los casos que corresponda.
- ASISTENCIA AL PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO (SI PATOLOGÍA DEL ALUMBRAMIENTO)
 - Comprobación previa del desprendimiento placentario antes de realizar maniobras. Alumbramiento manual si retención placentaria.

- Revisión sistematizada de la placenta, el cordón umbilical y las membranas ovulares.
 - Revisión sistematizada del canal del parto.
 - Reconstrucción de la episiotomía si procede, con sutura correcta, simétrica, estética y con asepsia.
 - Comprobar tono uterino y hemorragia postparto periódicamente.
 - Administración de uterotónicos si precisa.
 - Registro de datos del parto en la Historia Clínica y tocograma.
 - Instauración de tratamiento médico para el postparto y puerperio inmediato, si procede.
- ATENCIÓN EN EL PUERPERIO PRECOZ
- Valoración clínica (involución uterina, aspecto de los loquios, hemorragia, Tª, T.A., pulso y valorar estado de la episiotomía si la hubiere) y anímica de la puérpera.
 - Mantenimiento de actividades de apoyo a la lactancia materna, educación sanitaria y cuidados maternos y del recién nacido.
 - Información sobre los programas de Planificación Familiar y Seguimiento de Salud Infantil en Atención Primaria.
- ALTA HOSPITALARIA
- Alta a las 36-48 horas del parto, si no existen complicaciones maternas o del recién nacido. En caso de cesárea, alta a los 2-4 días de la misma.
 - Entrega del informe de alta, Documentos de Salud Infantil y Hoja de Continuidad de Cuidados en el momento del alta.
 - Registro de datos en el Documento de Salud de la Embarazada.
 - Informar sobre la visita puerperal realizada por Atención Primaria.
 - Facilitar la conexión con Atención Primaria para la revisión posparto, visita domiciliaria y Programas de Planificación Familiar, de Salud Infantil, vacunas y metabolopatías.