

PROTOCOLO

DE

DETECCIÓN, CONTROL Y

SEGUIMIENTO DEL

EMBARAZO DE BAJO RIESGO

Este protocolo está totalmente elaborado a partir de dos documentos: Las recomendaciones elaboradas por el grupo de trabajo de la Sección de Medicina Perinatal de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, coordinado entre otros por el Dr. Ernesto Fabre (1992); y el protocolo para Atención Primaria del departamento de Trabajo, Sanidad y Bienestar Social del Gobierno Vasco (Vitoria, 1985). Este último, ha sido revisado por el Dr. Buil, especialista en Ginecología y Obstetricia (responsable del centro de orientación y planificación familiar del ambulatorio de especialidades de I. Jiménez). El documento final fue adaptado a las normas técnicas mínimas (N.T.M.) elaboradas por la comisión formada al efecto este año en Madrid y compuesta por profesionales de Atención Primaria.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1.-PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS	4
2.-POBLACIÓN DIANA Y DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO	6
3.-ACTIVIDADES	8
4.-CALENDARIO DE VISITAS	11
 <u>ANEXOS:</u>	
<i>Anexo I Factores de riesgo durante el embarazo</i>	<i>16</i>
<i>Anexo II Cuidados generales que precisa la embarazada</i>	<i>17</i>
<i>Anexo III Actitud ante los hallazgos frecuentes en el embarazo y que no con- llevan aumento de riesgo</i>	<i>21</i>
<i>Anexo IV Actitud ante los signos de alarma</i>	<i>23</i>
<i>Anexo V Actitud ante los hallazgos de la exploración y analíticos</i>	<i>25</i>
 • HOJA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA	28

1



***PRESENTACIÓN
Y OBJETIVOS***

Este protocolo surge como tantos otros a consecuencia de la necesidad en dotar a los profesionales de atención primaria de un instrumento útil en la atención a la mujer embara-

zada. Creemos que puede ser una guía para los médicos, matronas y enfermeras encargados de atender en primera instancia a las embarazadas ya que presenta unas pautas sobre qué controles básicos se deben tener en el embarazo y qué actitudes se deben tomar ante las diversas situaciones que se puedan presentar.

Unas normas correctas y claras suponen una gran ayuda para la detección precoz de las situaciones de riesgo y su correcta atención posterior, ofreciendo así la máxima seguridad a la embarazada y al feto; el protocolo que aquí presentamos no es un conjunto de normas rígidas, sino propuestas a considerar y a adaptar a las diversas características y condiciones materiales con que cuenta cada equipo.

2



*POBLACIÓN DIANA Y
DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO*

Deberá sospecharse embarazo ante la presencia de retraso menstrual de 10 o más días de duración en mujeres en edad fértil, confirmándose mediante la prueba de Gravindex o

test de embarazo en orina. Si resultara negativa, repetirla a intervalos semanales. A partir de la 8ª semana de amenorrea sin resultados positivos, habrá que buscar otras posibles causas de ésta, derivando a la paciente a ginecología.

3



ACTIVIDADES

3.1.-La asistencia al embarazo comienza con la primera consulta prenatal, que debe realizarse antes de la 12ª semana.

- 3.2.-Precediéndose a solicitar analítica básica: hemograma completo, glucemia, ac. úrico, creatinina, serología de lúes, toxoplasmosis, rubéola, virus de hepatitis B (V.H.B.), virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.)¹, grupo sanguíneo, Rh y sistemático de orina.*
- 3.3.-Calcular la fecha probable de parto (F.P.P.) restando 3 meses al día de inicio de la última regla (F.U.R.) y añadiendo 7 días.*
- 3.4.-Realizar una valoración de riesgo investigando aquéllas causas que motivan la derivación inmediata de la embarazada al obstetra (ver Anexo I).*
- 3.5.-Informar de la existencia del servicio de preparación al parto y educación maternal, derivándola a partir de la 28 semana.*
- 3.6.-Revisar la situación de inmunización frente al tétanos completándose una correcta inmunización.*
- 3.7.-Educación sanitaria. Haremos hincapié en los cuidados que precisa en su nuevo estado (Ver Anexo II).*

Continuando con una visita cada 4-6 semanas hasta la semana 36, después quincenalmente y semanalmente a partir de la 40 semana.

Es imprescindible que al menos 2 visitas, una en el primer trimestre y otra hacia la semana 36, sean realizadas por el obstetra (Tabla 1).

¹ Obtener consentimiento antes de realizar la prueba.

TABLA N° 1:
CRONOGRAMA DE LAS ACCIONES A REALIZAR DURANTE
LA ASISTENCIA PRENATAL A UN EMBARAZO NORMAL

MÉTODO	1ª CONSULTA TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3er TRIMESTRE
<i>Historia clínica</i>	<i>Sí</i>	<i>Actualizar en cada consulta</i>	
<i>Identificación del riesgo</i>	<i>Sí</i>	<i>Actualizar en cada consulta</i>	
<i>Acciones informativas</i>	<i>Sí</i>	<i>Actualizar en cada consulta</i>	
<i>Exploración general</i>	<i>Sí</i>	--	--
<i>Exploración mamaria</i>	<i>Sí</i>	--	--
<i>Exploración genital</i>	<i>Sí</i>	--	<i>Sí, al término</i>
<i>Talla</i>	<i>Sí</i>	--	--
<i>Peso</i>	<i>En cada consulta</i>		
<i>Tensión arterial</i>	<i>En cada consulta</i>		
<i>Edema</i>	<i>En cada consulta</i>		
<i>Altura del fondo uterino</i>	<i>En cada consulta</i>		
<i>Latido cardíaco fetal</i>	<i>En cada consulta a partir de la 20ª semana</i>		
<i>Movimientos fetales</i>	<i>En cada consulta a partir de la 20ª semana</i>		
<i>Estática fetal</i>	<i>En cada consulta a partir de la 28ª semana</i>		
<i>Grupos ABO y Rh</i>	<i>Sí</i>	--	--
<i>Test de Coombs indirecto</i>	<i>Sí¹</i>	--	--
<i>Hemograma</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
<i>Glucemia</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>Sí</i>
<i>Screening de diabetes</i>	--	<i>Sí (24ª-28ª semana)</i>	--
<i>Creatinina</i>	<i>Sí</i>	--	--
<i>Ac. Úrico</i>	<i>Sí</i>	--	--
<i>G.O.T., G.P.T.</i>	<i>Sí</i>	--	--
<i>Sistemático de orina</i>	<i>Sí²</i>	<i>Sí²</i>	<i>Sí²</i>
<i>Citología (triple toma)</i>	<i>Sí³</i>	--	--
<i>Rubéola (IgG)</i>	<i>Sí</i>	--	--
<i>Sífilis (V.D.R.L.-R.P.R.)</i>	<i>Sí</i>	--	--
<i>Hepatitis B (HBsAg)</i>	<i>Sí</i>	--	<i>Sí⁴</i>
<i>Toxoplasmosis (IgG)</i>	<i>Sí</i>	--	--
<i>V.I.H. (IgG)</i>	<i>Recomendado⁵</i>	--	--

¹ Si madre Rh negativa control periódico según protocolo específico.

² Cultivo de orina si procede.

³ Si no ha sido realizada durante el año anterior.

⁴ Repetir a las mujeres HBsAg negativas que hayan estado sometidas a situaciones de riesgo.

⁵ Obtener consentimiento antes de realizar la prueba.

4



CALENDARIO DE VISITAS

4.1.-EN TODAS LAS VISITAS.

4.1.1.- Se tomará la T.A, el peso y se realizará valoración de la edad gestacional.

4.1.2.- Se interrogará sobre todos y cada uno de los síntomas de alarma.

4.1.3.- Exploración cardio-respiratoria; Abdomen: Se medirá la altura del fondo uterino (A.F.U.), midiendo la distancia que existe entre el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino delimitado con el borde cubital de la mano. Para saber si el crecimiento intrauterino es correcto, aplicaremos la regla de Mc Donald: $\text{semanas de gestación} = \text{A.F.U.} \times 8/7$ aprox.

4.1.4.- Auscultación de los tonos fetales: Son audibles hacia la semana 15 incluso antes con los ultrasonidos o Doppler, y con el estetoscopio hacia la s. 28-32.

4.2.-UTILIZACIÓN DE LA ANALÍTICA Y OTRAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS.

4.2.1.- Analítica: Además de las peticiones de la 1ª visita, ya vistas, es necesario repetir las peticiones de hemograma, glucosa y sistemático de orina en la 28 y 36 semana. Además en la 28 hay que realizar un cribaje de diabetes gestacional con la ingesta de 50 gr. de glucosa y la determinación de glucemia a los 60' (Normal < 145 mg/dl).

4.3.-ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PARA CADA VISITA.

4.3.1.- 12 semanas:

Se derivará al obstetra, especialmente si hay dudas sobre la fecha de la última regla. Registrar el resultado de la ecografía.

4.3.2.- 20 semanas: (2º trimestre, mitad del embarazo)

Se intentará observar los movimientos fetales, aunque en la mayoría de los casos no se conseguirá.

Se comenzará el tratamiento profiláctico con Fe. a dosis de 300 mg./día de sales ferrosas ó 60 mg. de Fe. en forma elemental. Varios autores recomiendan asimismo un aporte de ac. fólico lo más precozmente posible a dosis de 0,5 mg/día. Si hay intolerancia a leche y sus derivados, se añadirán asimismo suplementos de Ca.

4.3.3.- 24 semanas: (2º trimestre)

Palpación de los movimientos fetales (es frecuente palparlos). Derivar al obstetra para ecografía.

4.3.4.- 28 semanas: (3º trimestre)

Auscultación fetal: en adelante siempre debe oírse.

Movimientos fetales: en adelante suelen palpase en el 100% de la revisiones.

4.3.5.- 32 semanas: (3^{er} trimestre)

Además de los controles habituales, realizaremos las maniobras de Leopold I y II:

⇒ *Leopold I: El médico se coloca al lado de la mujer, mirando hacia su cara y con los bordes cubitales de ambas manos profundiza en la parte alta del vientre para delimitar el fondo uterino, reconociendo el polo fetal que se encuentra en esta zona. Las nalgas se palpan como una superficie voluminosa e irregular y la cabeza como una masa dura y regular.*

⇒ *Leopold II: El médico sigue en la misma posición y con ambas manos extendidas palpa ambos flancos de la mujer; habitualmente en un lado palpa una superficie plana, continua, que corresponde al dorso fetal y en el otro nota unos pequeños abultamientos que en ocasiones se mueven; corresponden a los miembros del feto.*

Se advertirá que puede haber secreción mamaria; instruir sobre su limpieza y preparar los pezones umbilicados o cortos con estiramientos suaves diarios. Aconsejar la lactancia natural; advertir sobre los síntomas de alarma, pérdidas de líquido vaginal, sangrado o contracciones intensas o dolorosas. En cualquiera de estos casos acudirá a su tocólogo u hospital de referencia.

4.3.6.- 36 semanas:

A estas alturas del embarazo es imprescindible una consulta con el obstetra, ya que el pronóstico general del parto debe realizarse antes de la F.P.P. La sistemática a seguir por nosotros es, además de todo lo habitual:

Maniobras de Leopold I, II, III y IV, el feto deberá estar ya en posición longitudinal y presentación cefálica; si no lo está: control por el obstetra.

⇒ *Leopold III: El médico sigue en la misma posición y con una mano, entre el pulgar y los demás dedos, intenta abarcar la presentación fetal, inmediatamente por encima de la sínfisis de pubis, imprimiéndole movimientos laterales. Si este polo es la cabeza se percibe una masa dura y regular que en los movimientos laterales pelotea con la mano. Al mismo tiempo, la facilidad de desplazamiento lateral o su dificultad nos orientan respecto al grado de encajamiento de la presentación en el canal del parto.*

⇒ *Leopold IV: El médico mira ahora a los pies de la embarazada; introduce profundamente las puntas de los dedos de ambas manos, con las*

palmas vueltas hacia la superficie del abdomen, lateralmente entre la presentación y los huesos de la pelvis; si la parte presentada es la cabeza, con un poco de experiencia se apreciará la frente y el occipucio y el grado de flexión de la cabeza.

Puede asimismo apreciar el grado de encajamiento y, ascendiendo en la palpación, se nota la depresión existente (signo del hachazo) entre la cabeza y el hombro anterior del feto, punto de la máxima facilidad auscultatoria de la frecuencia cardíaca fetal. En la presentación podálica no es factible apreciar el signo del hachazo. Si no apreciamos polo alguno en contacto con el estrecho superior de la pelvis el diagnóstico será de situación transversal.

Se hará exploración ginecológica: Ver si ha expulsado el tapón de moco, el grado de dilatación del orificio, la consistencia de los bordes así como el borramiento del cuello, las multíparas no lo borran. Ante una mínima sospecha de infección vaginal solicitar cultivo de exudado.

Registrar el resultado de la ecografía.

4.3.7.- 40 semanas: (fin del embarazo)

Como norma general, el fondo uterino estará más bajo que en la visita anterior en las primíparas; en las multíparas, al no encajarse el feto, estará más alto o igual.

Nuevamente exploración ginecológica que deberá ser muy cuidadosa.

Recomendarle que se abstenga de tomar cualquier alimento una vez de iniciado el parto.

4.3.8.- Más de 40 semanas:

Ante cualquier paciente que controlemos nosotros y que haya sobrepasado las 40 semanas de gestación, la enviaremos para su control al obstetra.

4.3.9.- Casos especiales:

Pacientes que acuden tarde a nosotros, habiendo sobrepasado la semana 36 de gestación, los enviaremos a control por el obstetra.

A N E X O S

ANEXO I

FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> * Edad materna < a 15 años * Edad materna > a 35 años * Relación peso/talla (I.M.C.): <ul style="list-style-type: none"> - Obesidad: > 29 - Delgadez: < 20 * Tabaquismo > de 10 cigarros/día * Alcoholismo * Drogadicción * Nivel socio-económico bajo * Riesgo laboral 	<ul style="list-style-type: none"> * Esterilidad en tratamiento al menos durante 2 años * Aborto de repetición * Antecedente de parto pretérmino * Antecedente de nacido con C.I.R. * Antecedente de muerte perinatal * Hijo con lesión residual neurológica * Antecedente de nacido con defecto congénito * Antecedente de cirugía uterina (excepto legrado instrumental) * Malformación uterina * Incompetencia cervical
ANTECEDENTES MÉDICOS	EMBARAZO ACTUAL
<ul style="list-style-type: none"> * Hipertensión arterial * Enfermedad cardíaca * Enfermedad renal * Diabetes mellitus * Endocrinopatías * Enfermedad respiratoria crónica * Enfermedad hematológica * Epilepsia y otras enfermedades neurológicas * Enfermedad psiquiátrica * Enfermedad hepática con insuficiencia * Enfermedad autoinmune con afectación sistémica * Tromboembolismo * Patología médico-quirúrgica grave 	<ul style="list-style-type: none"> * Hipertensión inducida por el embarazo * Anemia grave * Diabetes gestacional * Infección urinaria de repetición * Infección de transmisión perinatal * Isoinmunización Rh * Embarazo múltiple * Polihidramnios * Oligohidramnios * Hemorragia genital * Placenta previa asintomática (diagnóstico ecográfico > 32ª semana) * Crecimiento intrauterino retardado * Defecto fetal congénito * Estática fetal anormal > 36ª semana * Amenaza de parto pretérmino * Embarazo postérmino * Rotura prematura de membranas ovulares * Tumoración uterina * Patología médico-quirúrgica grave

I.M.C.: Índice de masa corporal (kg./m²). Se calcula peso (kg.) / (talla)² (metros).

C.M.: Crecimiento intrauterino retardado.

ANEXO II

CUIDADOS GENERALES QUE PRECISA LA EMBARAZADA

1.-MEDICAMENTOS.

Hay que tener presente que cada vez que administramos un medicamento a la embarazada lo hacemos también al embrión y al feto; la gran mayoría de los fármacos administrados a la madre llegan hasta el feto en un gradiente de concentración capaz, la mayor parte de la veces, de producir una acción farmacológica y/o tóxica sobre el feto.

La inmensa mayoría de los autores están de acuerdo en no administrar ningún tipo de medicación en los 60 primeros días de gestación, siempre que no sea absolutamente necesario.

<i>FÁRMACOS QUE DEBEN SER EVITADOS O ADMINISTRADOS CON PRECAUCIÓN EN EL EMBARAZO</i>		
<i>Comienzo del embarazo</i>	<i>Final del embarazo</i>	<i>Todo el embarazo</i>

<p><u>Riesgo muy elevado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Citotóxicos • Hormonas sexuales • Talidomida • Warfarina • Cumarinas • Quininas <p><u>Riesgo elevado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Difenilhidantoína • Barbitúricos • A. Valproico • Trimetadona • Litio <p><u>Algún aumento de riesgo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cotrimoxazol • Cortiosterosis • Sulfonilureas • Aspirinas • Benzodiacepinas • Anestésicos • Inhalatorios • Metronidazol 	<p><u>Evitar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticoagulantes • Aspirina (grandes dosis) • Cloramfelicol • Estreptomina • Yoduros • Nitrofurantoína • Sulfonilureas • Sulfamidas • Barbitúricos • Inhibidores de la ECA (2º y 3º trimestre) <p><u>Utilizar con cuidado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anestésicos • Analgésicos narcóticos • Benzodiacepinas • Propanolol • Reserpina • Tiazidas • Litio • Fenotiacinas • Antitiroideos • Corticosteroides 	<p><u>Evitar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hormonas sexuales • Tabaco, chicles de nicotina • Tetraciclinas • Alcohol • Ergotamina • Quinolonas (pipemídico, ciprofloxacina, etc.) • A. Quenodesoxicólico y usodesoxicólico. • Etretrato¹ • Isotretinoína²
--	--	--

**FÁRMACOS RELATIVAMENTE SEGUROS
EN EL EMBARAZO**

- **ANTIBIÓTICOS:** Penicilinas, cefalosporinas, eritromicina (excepto el estolato), oleandomicina y espiramicina. Para uso tópico: Tolnaftato, nistatina y anfotericina B.
- **ANALGÉSICOS Y ANTIPIRÉTICOS:** Paracetamol.
- **ANTIDIABÉTICOS:** Insulina.
- **ANTIHIPERTENSIVOS:** Metildopa.
- **ANTITUSÍGENOS Y EXPECTORANTES:** Dextrometorfano.
- **BRONCODILADORES:** Teofilina y aminofilina.
- **FÁRMACOS empleados en patología cardio-vascular:** Nitroglicerina y Digital.
- **ANTIINFLAMATORIOS:** Tanto los salicilatos como la indometacina y fenilbutazona, han sido acusados de diversos efectos teratógenos.
- **ANTIEMÉTICOS:** Aunque en las observaciones clínicas, a dosis terapéuticas, no se han observado efectos teratógenos, como todos los medicamentos, deben prescribirse cuando son absolutamente imprescindibles.

Indicaremos a la embarazada que no debe tomar ningún medicamento sin consultar previamente con el médico responsable.

La asociación piridoxina-doxilamina-dicicloberina ha sido objeto de muchas

¹ Utilizar métodos contraceptivos eficaces, al menos durante 1 año, después de suspender el tratamiento.

² Utilizar métodos contraceptivos eficaces durante, al menos, tres meses después de suspender el tratamiento.

controversias sobre su seguridad en el embarazo. Reservar la metoclopramida para el tratamiento de la hiperemesis durante el tercer trimestre.

- **LAXANTES:** *Metilcelulosa y Mucilago.*
- **VACUNAS:** *Están contraindicadas las vacunas con virus vivos a las embarazadas. Asimismo, en el primer trimestre, no se deben dar vacunas inactivadas.*

Durante todo el embarazo están contraindicadas las vacunas reactógenas, (antitífica, antipertusis).

Pueden administrarse las vacunas: antigripal y antipoliomelíticas inactivadas. Debe investigarse y completarse la vacunación antitetánica.

Para la administración de vacunas peligrosas para las embarazadas, en mujeres de edad fértil, se exige:

- a) *Susceptibilidad demostrada.*
- b) *Comprobación de que no está embarazada.*
- c) *Utilización de algún método anticonceptivo seguro los 3 ciclos menstruales siguientes.*

Bibliografía:

1. *Medicamentos en embarazo, madres lactantes, niños y ancianos. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.*
 2. *Drug evaluations 6th edición. American Medical Association.*
 3. *Medicamentos y embarazo. Información farmacoterapéutica vasca. 1989; 2(5): 49-51.*
- 2.- RÉGIMEN DE VIDA.**

Es imprescindible que realice ejercicio físico diariamente, por ej: paseos de 2-4 Km. por terreno llano, natación en aguas no frías etc. Debe evitarse estar de pie sin caminar, los trabajos pesados físicos o intelectuales el ejercicio físico violento o con riesgo de caídas, como equitación, esquí ...

3.-ALIMENTACIÓN.

La embarazada debe recibir un aporte alimentario adecuado tanto cualitativa como cuantitativamente. No es recomendable seguir dietas hipocalóricas durante el embarazo. Se recomendará una pauta alimenticia ordenada de 4 tomas de alimento. La dieta debe estar basada en verduras, carnes no muy grasas y variadas, huevos, pescados; se recomienda que tome hígado una vez por semana; fruta variada, especialmente cítricos, y ensaladas. Es importante que ingiera 1/2 a 3/4 de 1. de leche al día o sus equivalentes, 100 gr. de queso o 2-3 yogures; En ausencia de toxemia se recomienda beber abundante agua, moderar la ingesta de pan, pastas y dulces puesto que son alimentos que no aportan más que calorías, sin ningún otro nutriente.

4.-ALCOHOL.

El etanol se encuentra en la circulación fetal al minuto de ser ingerido por la madre; se debe evitar su ingesta en el embarazo.

5.-TABACO.

El efecto del tabaco sobre la reducción del peso fetal es directamente proporcional al nº de cigarrillos fumados por la madre. El tabaquismo previo al embarazo y de los primeros meses de la gestación tiene menor repercusión en el feto que el tabaquismo en la 2ª mitad. Se debe aconsejar a la embarazada que evite fumar. En caso de antecedentes de toxemia la restricción será absoluta.

6.-DROGAS.

Heroína, L.S.D., marihuana: Se prescribirá su uso en el embarazo.

7.-TÓXICOS INDUSTRIALES PELIGROSOS PARA EL FETO.

Plomo, mercurio, monóxido de carbono son los principales tóxicos industriales junto con el benzol, fósforo y hexaclorofeno.

8.-RADIACIONES.

No deberán hacerse exploraciones radiológicas cuando exista posibilidad de embarazo; es igualmente peligroso que entre en una sala donde se hacen radioscopias. En caso de ser imprescindibles, extremar la protección abdominal e intentar posponerlas al 3^{er} trimestre.

9.-VESTIDOS.

Deben ser amplios, evitando compresiones, pues favorecen los edemas y las varices.

10.-RELACIONES SEXUALES.

Serán normales hasta el 8º mes o 38 semana teniendo siempre en cuenta la máxima higiene. Deberán prohibirse las relaciones sexuales si tras el coito se presentan dolores cólicos o sangrado.

11.-HIGIENE.

Es aconsejable la ducha diaria con agua tibia; están contraindicadas las duchas vaginales y el uso de tampones intravaginales en caso de sangrado o de exceso de flujo.

12.-CUIDADOS DE LA PIEL.

Aunque las estrías gravídicas son sólo en parte previsibles, es fundamental evitar una ganancia excesiva de peso, mediante una dieta adecuada, mantener un buen tono muscular mediante ejercicio diario y el realizar masajes en la piel que va a sufrir mayor distensión empleando una crema hidratante; el masaje se debe realizar con las palmas de las manos extendidas realizando movimientos circulares desde los flancos hacia el pubis, siguiendo después hacia el ombligo.

13.-CUIDADO DE LAS MAMAS.

Durante toda la gestación se recomienda el uso de sostén ajustado. La limpieza de pezones y areolas se hará con agua preferentemente fría, jabón neutro y se darán friegas con un algodón húmedo para endurecer la piel, tras aclarado y secado minucioso, cubrirlo con una gasa estéril. En las pacientes con pezón corto o umbilicado deberán aconsejarse maniobras de estiramiento suaves que se harán 1 ó 2 veces al día al final de la gestación.

14.-PREPARACIÓN PARA EL PARTO.

Es aconsejable que acudan a ciclos de preparación teórica y hagan gimnasia preparatoria para el parto.

ANEXO III

ACTITUD ANTE LOS HALLAZGOS FRECUENTES EN EL EMBARAZO Y QUE NO CONLLEVAN AUMENTO DE RIESGO

1.- CARIES Y ALTERACIONES DE LAS ENCÍAS.

Si hay infección, tratar con espiramicina. Extremar la higiene dental.

2.-ASTENIA O FATIGA.

Es frecuente en el 3^{er} trimestre; si es intensa, descartar anemia o cardiopatía.

3.-MAREOS.

Son debidos a hipotensión ortostática y/o hipoglucemia. Recomendaremos que no esté inactiva en bipedestación, la ingesta de fruta entre horas o de estimulantes: café, té ...

4.-LUMBALGIAS.

Ocurre en casi todas las embarazadas a partir de la 2ª mitad del embarazo y son debidas a la contractura compensatoria de la musculatura paravertebral y a la hiperlaxitud de las articulaciones; propias del embarazo.

Aconsejaremos reposo en decúbito lateral sobre cama dura, uso de tacones bajos. En ocasiones es beneficioso el empleo de faja maternal, calor local y linimentos y analgésicos de aplicación tópica.

5.-DOLOR ABDOMINAL.

En el embarazo son frecuentes los dolores abdominales banales, debidos al peso del útero sobre el suelo pélvico, al estiramiento de los ligamentos redondos o a flatulencias o distensiones debidas a la constipación. El tratamiento es, según los casos, dietético o con laxantes tipo expansores del volumen fecal (Metamucil, Cenat, etc.) o bien reposo en decúbito lateral y faja de embarazo.

6.-CONTRACCIONES UTERINAS.

Son habituales pasadas las 32 semanas de embarazo. No precisan tratamiento. Si son dolorosas, rítmicas o intensas puede tratarse de un parto prematuro, por lo que la enviaremos a un centro hospitalario.

7.-OTROS DOLORES.

La embarazada está igualmente expuesta a toda la gama de patología quirúrgica, urológica o ginecológica. Por tanto, ante cualquier dolor agudo y persistente que no quede aclarado en poco tiempo, la enviaremos a un centro hospitalario.

8.-VÓMITOS.

Iniciaremos tratamiento dietético, aconsejando comidas suaves, poco grasas y que no repugnen a la paciente, así como bebidas frías en pequeñas cantidades. Es conveniente el reposo en cama si los vómitos son importantes. Investigar conflictos psíquicos y desechar temores, tranquilizándola. Si con esto no mejorara, se recurrirá a los fármacos que actúan sobre la fibra lisa digestiva, como la Metoclopramida. A veces precisa ingreso hospitalario.

9.-PIROSIS.

Tratamiento dietético igual que en los vómitos. En la 1ª mitad del embarazo, evitar el empleo de antiácidos porque hay hiposecreción gástrica; al final pueden ser utilizados, siendo preferibles los que llevan gel de Al3OH (Alucol silicona, etc.)

10.-CONSTIPACIÓN.

Cierto grado de constipación es habitual. Se dará dieta rica en residuos, ingesta abundante de agua; evitar sedentarismo. Si este no resulta efectivo, emplear los laxantes anteriormente nombrados.

11.-HEMORROIDES.

Evitar la constipación y el sedentarismo. Tratamiento con baños de asiento, analgésicos y antiinflamatorios de uso tópico.

12.-POLAQUIURIA.

Es fisiológica; si se acompaña de otros síntomas, descartar infección urinaria.

13.-PRURITO GENITAL.

Investigaremos las posibles causas como candidiasis, tricomonas, vaginitis por cocos, diabetes, higiene defectuosa, parasitosis intestinal o del vello pubiano. Se realizará siempre un cultivo de exudado vaginal. Tratamiento: el específico para cada enfermedad.

14.-VARICES.

Evitar estar quieta en bipedestación. Recomendar reposo en posición de Trendelenburg, ejercicio diario y la utilización de medias elásticas terapéuticas hasta la cintura.

ANEXO IV

ACTITUD ANTE LOS SIGNOS DE ALARMA

Llamamos signos de alarma a aquellos que son manifestaciones de procesos que pueden poner en peligro el curso normal del embarazo, bien porque pueden terminar con éste prematuramente o porque pueden poner en peligro incluso la vida materna o fetal. Es imprescindible que la paciente conozca estos síntomas y acuda rápidamente a la consulta cuando se presenten. Asimismo, en las visitas indagaremos por todos y cada uno de estos signos.

1.-PERDIDAS HEMÁTICAS VAGINALES.

Habitualmente es un signo que alarma mucho a las embarazadas consultando por ello espontáneamente.

Clasificaremos a los sangrados vaginales según ocurran en la 1ª o 2ª mitad del embarazo:

1.1.-HEMORRAGIAS DE LA 1ª MITAD:

Pueden ser debidas a: Amenaza de aborto, aborto en curso, mola, coriocarcinoma, embarazo ectópico.

Se hará diagnóstico diferencial en base a la presencia o no de síntomas acompañantes, especialmente presencia de dolor y carácter de éste, y en base a la exploración obstétrica observando la abertura del cérvix y el tamaño uterino.

Si el sangrado es escaso, el tamaño uterino acorde con la edad gestacional y el dolor suave, nos orienta hacia amenaza de aborto. Es el único caso en el que se puede iniciar un tratamiento a domicilio con reposo y tranquilizando a la enferma. El tratamiento hormonal con progestágenos no se ha mostrado útil excepto en los casos de insuficiencia de esta hormona.

Si en 24-48 horas no mejora, ingreso.

En todos los casos de sangrado vaginal solicitaremos una ecografía.

En todos los demás casos ingresaremos a la mujer, siendo este ingreso urgente si sospechamos embarazo ectópico; pensaremos en él en caso de dolor hipogástrico intenso, defensa abdominal, hemorragia intermitente o achocolatada, mareos e hipotensión. A veces puede presentarse el cuadro sin la hemorragia vaginal o en pacientes aún no diagnosticadas de embarazo.

En el aborto en curso y aún después de pasado éste indicaremos el ingreso para la realización de legrado uterino.

1.2.-HEMORRAGIAS DE LA 2ª MITAD:

Suelen ser debidas a placenta previa o a desprendimiento precoz de placenta.

Precisan siempre ingreso inmediato. No se deben hacer exploraciones por vía vaginal por el riesgo de agravar la hemorragia.

A veces, en el desprendimiento de placenta con gran hematoma retroplacentario puede faltar el sangrado vaginal inicial, siendo el dolor agudo e intenso en hipogastrio y el síntoma principal, junto a un cuadro de anemia aguda, bradicardia o ausencia de tonos fetales.

2.-EDEMAS EN CARA Y MANOS, VISIÓN BORROSA O DISMINUIDA, CEFALEA CONTINUA.

Si aparecen en el 3^{er} trimestre, nos orientan hacia una gestosis eclámptica o preeclampsia. En la 1ª mitad, estos signos nos orientan hacia una gestosis por mola hidatidiforme.

Si la T.A. es superior a 140/90 y/o la albuminuria es de 2 cruces o más ingresaremos a la embarazada.

Si la T.A. es normal y no presenta proteinuria, mantendremos a la paciente en reposo, con restricción salina moderada. buscando otras posibles causas de estos síntomas.

ANEXO V

ACTITUD ANTE LOS HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN Y ANALÍTICOS

1.- FIEBRE, ESCALOFRÍOS.

Buscaremos el foco de infección, descartando especialmente una pielonefritis o una infección urinaria baja por medio de cultivos de orina sistemáticos, ya que las embarazadas tienen especial propensión a padecer estas afecciones, que pueden abocar en ocasiones al parto prematuro y a la nefropatía intersticial residual. Tras recoger el urocultivo y a la espera del antibiograma iniciaremos el tratamiento oral con fosfocina.

Tras finalizar el tratamiento realizaremos un nuevo urocultivo de control.

En estas mujeres se descartará bacteriuria en todas las visitas posteriores.

2.- DISURIA Y/O TENESMO.

Aplicaremos los mismos criterios de sospecha de infección urinaria que en el apartado anterior. Descartaremos asimismo una infección vaginal, tomando una muestra de exudado vaginal para su cultivo.

3.- TENSIÓN ARTERIAL.

Las T.A. por encima de 140/90 serán enviadas a control del obstetra. Si además van acompañadas de edemas y/o proteinuria de 2 o más cruces indicaremos su inmediato ingreso hospitalario. Si la tensión arterial está en los límites de la normalidad descartaremos una afección renal solicitando exámenes de urea, creatinina, uricemia, albuminuria de 24 horas.

4.- ÚTERO QUE NO CRECE.

Debemos considerar el diagnóstico de muerte fetal, que se constata por la ausencia de latidos fetales y signos ecográficos típicos en las fases avanzadas. Enviaremos a la embarazada a la consulta del obstetra.

5.- ÚTERO QUE CRECE DEMASIADO.

Las principales causas de que el útero crezca por encima de lo esperado son embarazo gemelar, la mola hidatidiforme y el hidramnios.

Solicitaremos una ecografía y enviaremos a la mujer a la consulta del obstetra.

6.-ANEMIA.

Si la hemoglobina es menor de 2 gr. % iniciaremos tratamiento con 600 mg. de Sulfato ferroso oral (Fero-Gradumet) ya que el 90% de las anemias de las embarazadas son ferropénicas. Si se sospecha un déficit de ac. fólico por presentar un M.C.V. mayor de 95, haremos tratamiento con ac. fólico a dosis de 5-10 mg./día. Si existe intolerancia al hierro oral lo daremos por vía i.m. La dosis total será de 250 mg. por cada gramo de hemoglobina que falte para alcanzar valores normales.*

Esta dosis total se distribuirá inicialmente en 50 mg/día, diariamente durante una o 2 semanas, dependiendo de la importancia de la anemia y continuar con dosis de 100-250 mg. 2 veces por semana hasta completar la dosis deseada. YectofoHD inyect. un vial de 2 c.c. contiene 100 mg. de Fe.

7.-HEMOGRAMA.

Un moderado aumento del n° de leucocitos y de la V.S.G. son fisiológicos en el embarazo.

8.-ALBUMINURIA.

En el Labstix es normal que durante el embarazo aparezcan indicios o una cruz de proteinuria. Cuando aparezcan 2 o más cruces solicitaremos albuminuria de 24 horas. Si ésta es superior a 150 mg. la enviaremos al obstetra. En cualquier caso se recomendará reposo, en decúbito lateral.

9.-GLUCOSURIA.

Es frecuente la presencia de una cruz de glucosuria. Deberá descartarse la presencia de diabetes gestacional con la realización de una prueba de sobrecarga oral de glucosa, administrando unos 100 gr. de glucosa oral y será patológica si alguna de las determinaciones supera los siguientes valores: Basal: 105 mg./ dl. (95 en sangre total); 1 hora: 165 mg./dl.; 2 horas: 145 mg/dl; 3 horas: 125 mg/dl.

10.-GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH.

Si la embarazada tiene Rh(-), tipificaremos la sangre del padre y solicitaremos pruebas de sensibilización (Test de Coombs), esta prueba se debe repetir hacia el 7° mes de embarazo. Si se detecta sensibilización deberá ser controlada en un medio hospitalario.

11.-SÍFILIS.

Se cree que la placenta actúa de barrera frente al treponema hasta el 3^{er} mes de gestación. La prueba de laboratorio más utilizada para detectar la sífilis materna es el V.D.R.L. (reacción serológica inespecífica por floculación utilizando antígeno no treponémico). Para descartar las reacciones falsas positivas o cuando el contacto sospechoso sea reciente, se utilizará la reacción específica F.T.A. con antígeno treponémico, por ser la primera que se positiviza y por su alta especificidad y sensibilidad.

Si se detecta una sífilis materna, la embarazada debe ser tratada y controlada en medio hospitalario.

Embarazada con serología negativa: repetirla en el 8^o mes.

12.-TOXOPLASMOSIS.

El método más utilizado en la actualidad para su detección es el estudio de las inmunoglobulinas.

Si la IgG es (-) no hay inmunización, por lo que es susceptible de infectarse en el transcurso del embarazo. Se debe repetir el control analítico trimestralmente.

IgG positiva con valores bajos (hasta 200 u.) = Contacto antiguo: existe inmunidad. IgG con valores entre 200-600 u.: sospecha de enfermedad actual, vigilar la evolución de la IgG con un nuevo control a las 3 semanas.

IgG más de 600 u. y/o presencia de IgM: Tratamiento inmediato con Espiramicina 500 mg/6 h. durante 8 días, continuando con 250 mg/6 h. durante 4-6 semanas más. A la tercera semana se hará control de la evolución de la IgG y de la IgM.

En este tercer caso la embarazada deberá ser controlada hospitalariamente.

13.-RUBÉOLA.

Si en el estudio de las inmunoglobulinas apareciese una IgM positiva se trataría de una primoinfección con riesgo teratogénico muy elevado. Para la IgG aplicaremos los mismos criterios que en el apartado anterior. Si se detectan IgM ó valores elevados de IgG enviarle inmediatamente al obstetra.

14.-HEPATITIS B.

Se determinará la presencia de HBsAg en todas las embarazadas. Si resultara HBsAg positivo debe ser enviada al especialista y recomendar la inmunización activa y pasiva del recién nacido.



HOJA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA

INSALUD  ZARAGOZA

PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:	
NOMBRE:		Nº HISTORIA:	
MÉDICO:		CENTRO DE SALUD:	
FECHA PRIMERA VISITA:		MATRONA:	
EDAD:	ESTADO CIVIL:	PROFESIÓN:	TFNO.:

ANTECEDENTES FAMILIARES		
Enf. Hereditarias:	H.T.A.:	Neoplasias:
Malformaciones congénitas:	Diabetes:	T.B.C.:
Gemelos:	Obesidad:	Sífilis:
Observaciones:		

ANTECEDENTES PERSONALES		
MÉDICOS	TÓXICOS	SOCIO-DEMOGRÁFICOS
Infecciones:	Tabaco (Nº cigarrillos):	Marginación social:
Cardiovasculares:	Alcohol (Cantidad):	
Endocrinometabólicas:		Drogas (Tipo):
Renales:	Medicamentos:	
Neurológicas:		
Hepáticas:		
Autoinmunes:	Alergias a medicamentos y otras sustancias:	

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS	
Menarquia:	Fórmula menstrual:
Alteraciones menstruales:	
Edad inicio relaciones sexuales estables:	
Coitorragia:	Disparemia:
Método anticonceptivo previo:	
Eficacia:	Tolerancia/Complicaciones:
Fecha última citología:	Resultado:
Patología mamaria:	
Anomalías/intervenciones ginecológicas:	

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS			
Fecha final última gestación:	Parto:	Aborto:	
Nº Abortos anteriores:	Trimestre 1 - 2		
Espontáneos:	Causas:		
Provocados:	Causas:		
Nº Partos anteriores:	Peso:	Peso:	Peso:
Nº Nacidos vivos:	Nº Nacidos muertos:	Nº Prematuros:	
Complicaciones neonatales:			
Nº Cesáreas:	Causas:		
Nº Partos instrumentales:	Causas:		

FUTURO PADRE	
Nombre:	Edad:
Profesión:	Grupo S. y Rh:
Enfermedades padecidas y estado actual:	

HOJA DE VISITAS		
Fecha última regla:	Fecha probable de parto:	Peso antes del embarazo:
Paridad (EA/Pr/A/HV):	Edad:	Fecha Wide (+):
Talla:	G. y Rh:	Rubéola:
Toxoplasmosis:	V.D.R.L.:	HBsAg:
VIH:		

VISITA/FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Peso</i>										
<i>Tensión Arterial</i>										
<i>Edemas</i>										
<i>Semana Gestación</i>										
<i>Altura Uterina</i>										
<i>Hto.</i>										
<i>Hb.</i>										
<i>Glucemia</i>										
<i>Albuminuria</i>										
<i>Cetonuria</i>										
<i>Glucosuria</i>										
<i>Sedimento</i>										
<i>Estática fetal</i>										
<i>Movimientos fetales</i>										
<i>Frecuencia cardíaca fetal</i>										
<i>Tacto vaginal</i>										
<i>Ecografía</i>										
<i>Tratamiento</i>										
<i>P.P.O. y Educación materna:</i> • Alimentación • Higiene										
<i>Observaciones</i>										

FACTORES DE RIESGO EMBARAZO ACTUAL	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>H.T.A. inducida por el embarazo</i> <input type="checkbox"/> <i>Hemorragia vaginal < 20 semanas</i> <input type="checkbox"/> <i>Hemorragia vaginal > 20 semanas</i> <input type="checkbox"/> <i>Cirugía en la gestación</i> <input type="checkbox"/> <i>Infección urinaria</i> <input type="checkbox"/> <i>Ganancia excesiva de peso (> 15 Kg.)</i> <input type="checkbox"/> <i>Ganancia insuficiente de peso (< 5 Kg.)</i> <input type="checkbox"/> <i>Pre-eclampsia leve</i> <input type="checkbox"/> <i>Pre-eclampsia grave</i> <input type="checkbox"/> <i>Eclampsia</i> <input type="checkbox"/> <i>Edad > 35 años</i> <input type="checkbox"/> <i>Edad < 15 años</i> <input type="checkbox"/> <i>Diabetes</i> <input type="checkbox"/> <i>Anemia < 10 gr. Hb</i> <input type="checkbox"/> <i>Infección materna transmisible al feto</i> <input type="checkbox"/> <i>Isoinmunización</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Insuficiencia venosa periférica</i> <input type="checkbox"/> <i>Infección vaginal</i> <input type="checkbox"/> <i>Estenosis pélvica</i> <input type="checkbox"/> <i>Incompetencia cervical</i> <input type="checkbox"/> <i>Obesidad (20 Kg. > talla)</i> <input type="checkbox"/> <i>Talla < 150 cm.</i> <input type="checkbox"/> <i>Hábitos tóxicos</i> <input type="checkbox"/> <i>Problema emocional</i> <input type="checkbox"/> <i>Embarazo múltiple</i> <input type="checkbox"/> <i>Polihidramnios</i> <input type="checkbox"/> <i>Oligohidramnios</i> <input type="checkbox"/> <i>Embarazo postérmico</i> <input type="checkbox"/> <i>C.I.R.</i> <input type="checkbox"/> <i>Perfil feto placentario sospechoso</i> <input type="checkbox"/> <i>Fármacos de riesgo</i>

FECHAS	OBSERVACIONES / ACTUACIONES

HOJA DE VALORACIÓN DE LA PUERPERA

<i>FECHA DEL PARTO:</i>		<i>DURACIÓN GESTACIÓN:</i>		<i>SEMANAS:</i>
<i>TIPO DE PARTO:</i>		<i>EUTÓPICO:</i> <i>FÓRCEPS:</i> <i>VACUM EXTRACTOR:</i> <i>NALGAS:</i> <i>CESÁREA:</i>		<i>ESPONTÁNEO:</i> <i>INDUCIDO:</i> <i>ESPÁTULAS:</i>
<i>AMNIORREXIS:</i>	<i>ARTIFICIAL:</i>	<i>ESPONTÁNEA:</i>	<i>LIQ. AMNIÓTICO:</i>	• <i>CLARO</i> • <i>TEÑIDO</i> • <i>COLOR</i>
<i>ALUMBRAMIENTO:</i>		<i>ESPONTÁNEO:</i>	<i>MANUAL:</i>	
<i>PUERPERIO CLÍNICO:</i>		<i>NORMAL:</i>	<i>FIEBRE:</i>	
<i>ESTADO GENERAL:</i>				
<i>ESTADO PSICOLÓGICO:</i>				
<i>DESTREZA MANEJO R.N.:</i>				
<i>HIGIENE PUERPERAL:</i>				
<i>INVOLUCIÓN UTERINA:</i>				
<i>LOQUIOS:</i>		<i>OLOR:</i> <i>CANTIDAD:</i> <i>COLOR:</i>		
<i>INCISIÓN CESÁREA:</i>	<i>CLÁSICA:</i>	<i>SUPRAPÚBICA:</i>	<i>CURA:</i>	
<i>EPISIOTOMÍA:</i>	<i>SÍ:</i>	<i>NO:</i>	<i>CURA:</i>	
	<i>LATERAL DCHA.:</i>	<i>LATERAL IZDA.:</i>	<i>CENTRAL:</i>	
<i>DESGARRO:</i>				
<i>TEMPERATURA CORPORAL:</i>		<i>T.A.:</i>	<i>EDEMAS:</i>	
<i>VARICES:</i>				
<i>HEMORROIDES:</i>		<i>MICCIÓN:</i>	<i>ESTREÑIMIENTO:</i>	
<i>MAMAS:</i>		<i>SECRECIÓN:</i> <i>INGURGITACIÓN:</i> <i>MASTITIS:</i> <i>GRIETAS:</i>		<i>CURAS:</i>
<i>ABDOMEN:</i>				
<i>HÁBITOS:</i>		<i>ALIMENTACIÓN:</i> <i>TÓXICOS:</i> <i>DESCANSO:</i> <i>TRATAMIENTO:</i>		
<i>VISITA DOMICILIARIA POSTPARTO:</i>		<i>SÍ:</i>	<i>NO:</i>	<i>FECHA:</i>
<i>INMUNOGLOBULINA ANTI D.:</i>		<i>HEPATITIS B:</i>		
<i>RECIÉN NACIDO</i>				
<i>VARÓN:</i>	<i>HEMERA:</i>	<i>PESO:</i>	<i>TALLA:</i>	<i>APGAR:</i>
<i>CORDÓN DESPRENDIDO:</i>	<i>SÍ:</i>	<i>NO:</i>	<i>OBSERVACIONES:</i>	
<i>INGRESO NEONATAL:</i>	<i>SÍ:</i>	<i>NO:</i>	<i>CAUSA:</i> <i>COMPLICACIÓN ALTA:</i>	
<i>REANIMACIÓN:</i>				
<i>MALFORMACIONES:</i>				
<i>LACTANCIA:</i>		<i>SCREENING METABOLOPATÍAS:</i>		
<i>OBSERVACIONES:</i>				