

03

Guías Técnicas do Plan de
Atención Integral á Saúde da Muller

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN AO EMBARAZO NORMAL

Versión 1. Xuño 2008

XUNTA DE GALICIA

03

Guías Técnicas do Plan de
Atención Integral á Saúde da Muller

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN AO EMBARAZO NORMAL

Versión 1. Xuño 2008



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

GUÍA TÉCNICA DO PROCESO DE ATENCIÓN AO EMBARAZO NORMAL

ÍNDICE

1. Definición do proceso asistencial.
2. Proceso de elaboración da guía técnica.
3. Metodoloxía utilizada na guía técnica.
4. Obxectivos da guía.
5. Características de calidade do proceso.
6. Proceso xeral, fluxograma.
7. Guía de Actuación Clínica (descrición dos subprocesos).
8. Sistema de avaliación e mellora do servizo.
9. Bibliografía.
10. Anexos.

1.- DEFINIÇÃO DO PROCESO ASISTENCIAL

- Proceso asistencial:

Diagnóstico e seguimento de mulleres con embarazo de baixo risco.

- Alcance:

Todo o persoal do Servizo Galego de Saúde.

- Usuaría:

Muller con sintomatoloxía de embarazo e/ou muller embarazada.

- Propietario do proceso:

División Xeral de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde.

2.- PROCESO DE ELABORACIÓN DA GUÍA TÉCNICA

2.1 Participación social

Esta guía técnica forma parte do proxecto de mellora da atención ao embarazo do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Os requirimentos foron identificados nunha mesa de traballo na que participaron representantes da Asociación Galega de Planificación Familiar, da Sociedade Galega de Contracepción, da Federación de Planificación Familiar de España, da Asociación Galega de Matronas, do Centro de Planificación Familiar Novoa Santos, da Asociación Galega pro-lactación MAMOA, da Asociación “Nove Ondas”, da Sociedade Galega de Xinecoloxía e Obstetricia, de enfermería de Atención Primaria, da Sociedade Galega de Medicina de Familia e Comunitaria, do Servizo de Xinecoloxía do Complexo Hospitalario de Ourense, da Asociación para a Defensa da Sanidade Pública de Galicia (ADSPG), da Unidade de Reprodución Asistida Vigo e do Servizo Galego de Saúde.

Posteriormente o proxecto foi asignado a un profesional experto no tema que definiu as tarefas necesarias para acadar os obxectivos definidos no Plan. Estas tarefas e obxectivos foron aprobados no Comité do Plan formado pola Conselleira de Sanidade, os dous Secretarios Xerais, o Director Xeral de Asistencia Sanitaria e o de Recursos Humanos, a asesora técnica e 3 expertos na materia. A primeira tarefa identificada dentro do proxecto foi a elaboración dunha guía de actuación clínica dirixida aos profesionais sanitarios para a atención ao embarazo.

2.2 Participación dos profesionais

Para a elaboración desta guía, e despois de definirse o fluxograma de procesos, creouse un grupo de traballo composto por profesionais sanitarios expertos no tema que, seguindo a metodoloxía descrita a continuación, definiron e identificaron os criterios e as accións sanitarias que facilitan as tomas de decisión dos profesionais sanitarios que atenden a estas mulleres.

O grupo de traballo tivo que identificar os subprocesos que forman parte do proceso global de atención ao embarazo normal. Para cada subproceso detallaron as actuacións sanitarias (anamnese, probas complementarias, exploración...) que se incluían. Igualmente para cada unha destas actuacións sanitarias os compoñentes do grupo tiveron que definir os seus requisitos ou características técnicas (por exemplo na anamnese qué preguntas se teñen que

facér), o grao de recomendación (seguindo o sistema SIGN) desas características, cando non houbera unha práctica profesional homoxénea, e as características de calidade para realizar ese subproceso asistencial. Por último, tamén tiveron que definir a información que se lle debe dar á usuaria no subproceso. Para a realización deste traballo contouse coa Fundación Fisterrae que participou cunha busca bibliográfica do tema, e Avalia-t para consultas específicas. Con toda esta información elaborouse un documento que foi de novo enviado aos membros do grupo de traballo para a súa revisión.

2.3 Decisión da organización.

O documento presentóuselle á División de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde para a súa revisión e aprobación. Tamén se lle enviou á Fundación Fisterrae para que realizasen unha revisión externa das actuacións incluídas na guía e ao grupo de coordinación do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. O documento final foi presentado ao Comité Técnico do Plan para a súa aprobación final e inicio da súa implantación nas áreas piloto definidas no propio Plan.

3.- METODOLOXÍA UTILIZADA NA GUÍA TÉCNICA

A presente guía técnica non é unha guía de práctica clínica aínda que estas foron a base para a súa elaboración e inclúense na bibliografía. Esta guía quere servir de axuda á toma de decisións dos profesionais que atenden un determinado proceso asistencial, homoxeneizando as actuacións sanitarias en todo o Sistema Sanitario Público de Galicia.

A unidade básica dentro da guía son os chamados “subprocesos” e teñen definidos o seu obxectivo, cando e a quen debe aplicalo e as actuacións sanitarias incluídas nel, coas súas propias características. Tamén están incluídas nesta guía algunhas características de calidade en canto á cualificación ou titulación do profesional e as instalacións e materiais necesarios. Esta guía acompañarase de información específica da área sanitaria, na que o profesional desenvolve o seu traballo, en canto aos fluxos de derivación e a forma de acceso aos especialistas consultores.

En cada subproceso asistencial veñen identificadas as actuacións sanitarias que hai que realizar como poden ser unha anamnese, a solicitude de probas ou a prescrición farmacéutica. De cada unha destas actuacións sanitarias definíronse os seus criterios ou características a modo de guía de práctica clínica. Nos casos en que o grupo considerou que na práctica profesional existe unha variabilidade grande determinouse con detalle o nivel de evidencia científica e apuntouse o grao de recomendación no documento. Nas actuacións sanitarias que o grupo considerou que teñen unha práctica profesional común e que están baseadas na evidencia científica, non se considerou necesario explicitar o grao de recomendación.

O sistema de codificación utilizado para os subprocesos é un código composto polo número de orde de publicación da guía máis un número consecutivo dentro do propio proceso.

Ademais con esta sistemática identificáronse as necesidades materiais e de formación que os xerentes das áreas sanitarias deberán dispor para aplicar un determinado proceso asistencial.

4.- OBXECTIVOS DA GUÍA:

Os obxectivos que espera acadar esta guía unha vez implantada son:

- Axudar aos profesionais na súa toma de decisións sanitarias para realizar o diagnóstico e seguimento do embarazo de baixo risco, e deste modo:
 - Permitir que a xestante sexa a protagonista do seu proceso e que á súa vez faga partícipe ao resto da familia. Fomentar a participación da muller no proceso asistencial.
 - Favorecer unha visión do embarazo como un proceso fisiolóxico e non como unha enfermidade.
 - Manter os bos resultados de saúde materna e perinatal.
- Diminuír a variabilidade na prestación do servizo e mellorar a súa execución.
- Definir de forma clara e precisa as vías de acceso a este servizo.
- Mellorar a accesibilidade a este servizo prestándoo a través de atención primaria.
- Aumentar o grao de satisfacción e de información das mulleres respecto ao trato recibido e potenciar a súa participación na toma de decisións.

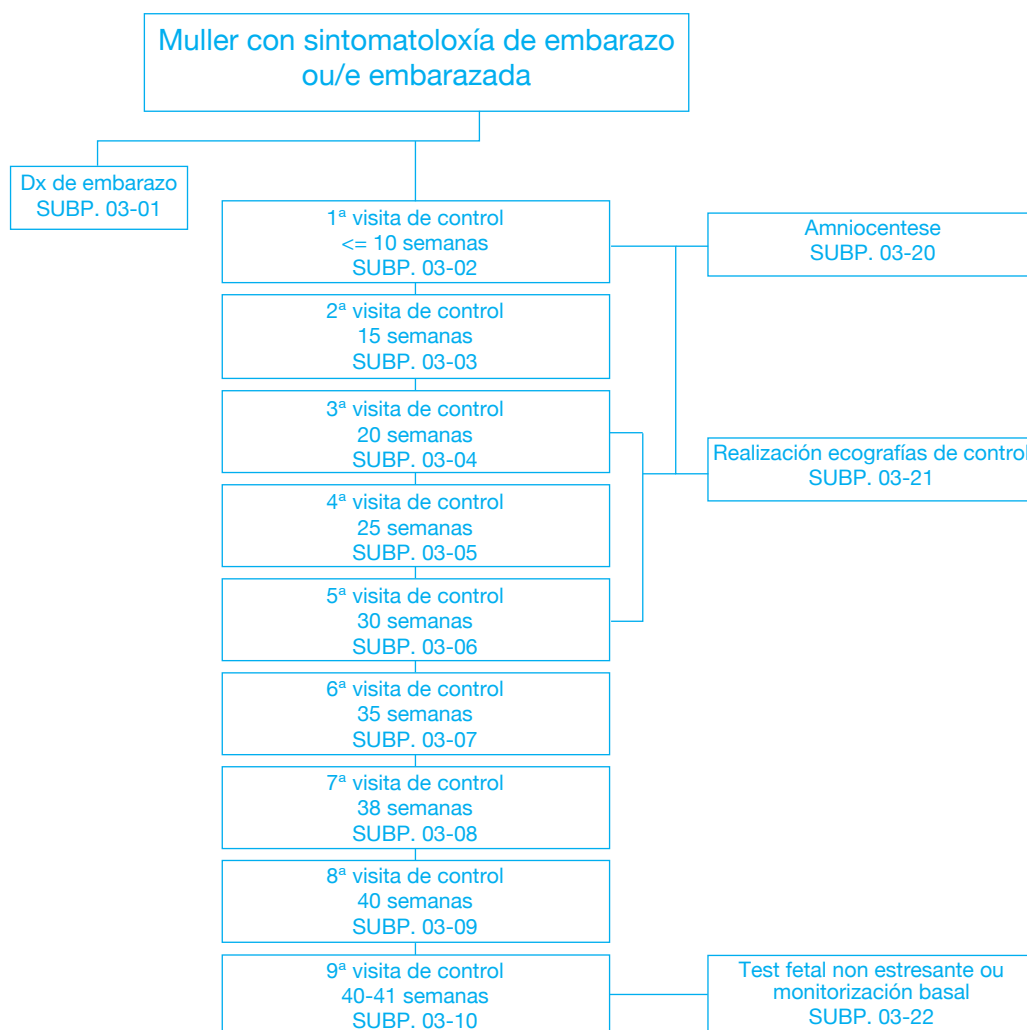
5.- CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE DO PROCESO:

Os seguintes apartados definen as características de calidade do proceso:

- Coñecementos específicos dos profesionais que atenderán o proceso. Deberán ter coñecementos específicos de atención ao embarazo normal.
- Instalacións: Para a realización de todos os subprocesos incluídos necesítase unha consulta que garanta a privacidade da usuaria.
- Recursos materiais:
 - Comúns:
 - Carteis informativos da oferta do servizo de control de embarazo.
 - Material divulgativo educativo sobre hábitos saudables no embarazo, lactación materna e sobre o parto.
 - Dotacións estándares de consultas de atencións primaria ou especializada.
 - Específicos (dotación consulta programa da muller)
 - Test de embarazo
 - Báscula
 - Tensiómetro e fonendoscopio
 - Tallímetro
 - Disco para o cálculo da idade de xestación
 - Padiola xinecolóxica
 - Doppler para auscultación de latido fetal
 - Cinta métrica flexible
 - Tiras reactivas para medición proteinurias
 - Hisopos con medios específicos para toma de estreptococo agalactiae SGB
 - Luvas desbotables
 - Material para a realización de citoloxías
 - Reflectómetro
 - Outros máis específicos atópanse nos propios subprocesos

6.- PROCESO XERAL:

Fluxograma:



Subprocesos:

- 03-01- Dx de embarazo.
- 03-02- 1º visita de control (<=10 semanas)
- 03-03- 2º visita de control (15 semanas)
- 03-04- 3ª visita de control (20 semanas)
- 03-05- 4ª visita de control (25 semanas)
- 03-06- 5ª visita de control (30 semanas)
- 03-07- 6ª visita de control (35 semanas)
- 03-08- 7ª visita de control (38 semanas)
- 03-09- 8º visita de control (40 semanas)
- 03-10- 9ª visita de control (entre as 40-41 semanas)
- 03-20- Amniocentese
- 03-21- Ecografías de control do embarazo
- 03-22- Test fetal non estresante ou monitorización basal

6.- GUÍA DE ACTUACIÓN CLÍNICA

DESCRIPCIÓN DOS SUBPROCESOS ASISTENCIAIS

SUBPROCESO 03-01: DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO.

Obxectivo do subproceso:

Realizar o diagnóstico de embarazo.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller en idade fértil ben regrada con amenorrea acompañada ou non de síntomas de embarazo.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no subproceso:

- Realizar a anamnese

- Data última regra (FUR)
- Idade
- Síntomas embarazo

- Solicitar probas complementarias:

- Test do embarazo (aconsellable a realización do test coa urina da primeira hora da mañá pola súa maior concentración para evitar falsos negativos). Desexable facelo na mesma consulta se se dispón do material.

- Anotar en Historia Clínica.

- Informar a muller:

- Realización proba.
- Comunicar resultados.
 - No caso de test positivo iniciar o seguinte subproceso (Subproceso 03-02- 1ª visita control) ou proceso de interrupción voluntaria do embarazo segundo circunstancias da xestante (ver guía técnica de Interrupción voluntaria del embarazo).
 - No caso de test negativo, débese repetir ao cabo dunha semana coa primeira urina da mañá. Se persiste negativo, investigar outras posibles causas de atraso na regra.

SUBPROCESO 03-02: 1ª VISITA DE CONTROL DE EMBARAZO (≤ 10 semanas)**Obxectivo do subproceso:**

Identificar riscos e actuar sobre eles.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller embarazada de ≤ 10 semanas.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no subproceso:**- Realizar anamnese e anotar en Historia Clínica**

- Confirmar data última regra para calcular a data probable de parto (FPP) usando a fórmula de Nagele = súmanse 7 aos días da FUR e réstaselles 3 aos meses da FUR, ou con disco obstétrico. E tamén calcular as semanas de xestación actuais.
- Estranxeiras: país de procedencia
- Antecedentes familiares (diabetes, hipertensión, epilepsia...)
- Situación sanitaria da parella: estado de saúde, enfermidades hereditarias, adicións, tóxicos, etc.
- Antecedentes médicos da muller:
 - Hábitos (tabaco, alcohol, drogas, exercicio físico, condutas sexuais -condutas de risco-, alimentarios -dietas-...)
 - Factores socio-ambientais: tipo traballo- (se é predominantemente físico ou intelectual, exposición a tóxicos ambientais, se é excesivo ou estresante...) afeccións, exercicio físico, animais cos que conviva e control sanitario destes, estrés..., exposición tóxicos ambientais, vivenda, nivel socioeconómico, estudos, inmigración, conflitos familiares).
 - Enfermidades hereditarias: xenograma dos proxenitores ou que poidan ser herdadas polo feto (hemofilia, distrofia muscular, S. Down...)
 - Enfermidades (rubéola, varicela, hipertensión, diabetes, epilepsia, cardiopatías, asma, enfermidade inflamatoria intestinal, trastornos psiquiátricos, fenilcetonuria, enf. autoinmunes, enf. renais, enfermidade tromboembólica, etc.).
 - Alerxias
 - Transfusións
 - Cirurxía
 - Inmunizacións
 - Problemas osteoarticulares
 - Problemas buco-dentais
- Antecedentes xineco-obstétricos
 - Menarquia e fórmula menstrual
 - Embarazos previos (patoloxías que concorren nestes, finalización, peso dos acabados de nacer: baixo peso ou macrosomía ...)
- Medicación. Tipo, dose, dende cando e para que
- Valoración da aceptación do embarazo
- Síntomas secundarios ao embarazo (náuseas, vómitos, cansazo, acidez, molestias hipogástricas).

- Realizar exploración física

- Xeral se non ten unha recente
- Peso, medida e cálculo do Índice de Masa corporal (IMC) se non ten calculado
- Presión arterial (ver anexo 7)

- Realizar exploración pélvica (especuloscopia e tacto combinado).

- Valorar realización de cribado de cancro de cérvix segundo programa (aplicar Proceso cribado cancro de cérvix). (Grao de recomendación B) Decisións:

- En mulleres embarazadas con historia previa de citoloxías negativas, debe pospoñerse a toma de mostra, agás que leve máis de tres anos sen terse realizado unha citoloxía.
- No caso de mulleres cun resultado anómalo nunha citoloxía previa e na que se indica repetición da proba, o novo test debe ser realizado no segundo trimestre do embarazo. Nestes casos, o seguimento non debe atrasarse.
- As guías europeas de garantía de calidade no cribado cervical (European Guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2nd.) recomendan que se unha muller vai realizar unha citoloxía de cribado rutineira e está embarazada, a toma de mostra pode pospoñerse ata despois do parto, polo que esta opción é tamén aceptable e segura.

- Solicitar probas analíticas (non é preciso realizalas en xaxún agás se se precisa realizar unha glicemia basal, pero non para outras probas) (Ver Anexo 8)

- Glicemia basal: se non ten unha recente ou Test de O'Sullivan no caso de presenza de factores de risco: (Ver Anexo 2)
 - obesidade importante (IMC \geq 30)
 - glicosuria
 - antecedentes persoais de diabetes de xestación antecedentes de feto previo macrosoma (\geq 4K)
 - malos antecedentes obstétricos
 - antecedentes familiares de diabetes tipo II en primeiro grao,
 - > 35 anos
 - glicemia basal anterior entre 100 e 125.
- Hemograma para cribado de anemia (grao de recomendación B)
- Determinación do grupo sanguíneo e Rh se se descoñecese (grao de recomendación B)
- Coombs indirecto (grao de recomendación B)
- Estado de inmunidade para:
 - Toxoplasma: no caso de descoñecemento do estado de inmunidade ou se existe ausencia de inmunidade (grao de recomendación B)
 - Rubéola: no caso de descoñecemento do estado de inmunidade ou se existe ausencia de inmunidade en análise previa (grao de recomendación B).
 - Varicela: no caso de descoñecemento do estado de inmunidade ou se non a tivera (grao de recomendación B)
 - Sífilis

- Hepatite B: só se pide no primeiro trimestre ante a presenza de factores de risco se non está inmunizada ou se descoñece o seu estado de inmunidade. Factores de risco:
 - exposición laboral
 - parella/ convivente portador
 - adición a drogas por vía parenteral
 - pacientes e traballadores de institucións de enfermos mentais
 - reclusas e persoal de institucións penitenciarias
 - receptoras de transfusións ou hemoderivados de forma repetitiva, e
 - viaxe a zona endémica
- VIH previo consentimento informado oral (grao de recomendación A)
- Elemental de urina e sedimento
- Cultivo de urina entre 12-16 semanas (grao de recomendación A)

- Valorar cribado alteracións cromosómicas (grao de recomendación B). (Ver anexo 6)

- A todas as mulleres embarazadas débeseles ofrecer a detección da síndrome de Down mediante o cribado combinado entre as semanas 11-13+6: proteína plasmática A asociada ao embarazo (PAPP-A), beta-gonadotrofina coriónica humana f-beta-HCG e translucencia nucal (TN).
- Ofertaráselles ás mulleres unha amniocentese (ver subproceso 03-20) se cumpre algunha das seguintes indicacións:
 - Idade materna ≥ 38 anos no momento do parto
 - Algúns dos proxenitores é portador dunha alteración cromosómica
 - Antecedentes de feto/fillo con alteración cromosómica
 - Marcador ecográfico de alteración cromosómica (definido na ecografía do primeiro ou segundo trimestre)
 - Cribado en 1º ou 2º trimestre con risco $\geq 1/270$

- Solicitar ecografía no primeiro trimestre. (Grao de recomendación A) (Ver subproceso 03-21) que forma parte do cribado combinado (entre as 11 e 13+6 semanas)

- Realizar a valoración inicial de risco obstétrico. (Ver anexo 3- Táboa 2)

- Recomendar dieta rica en iodo (produtos mariños), consumo de sal iodado (en vez do sal común) e suplemento de 200 μg de ioduro potásico en monofármaco, durante toda a xestación, se non o contraindican outros motivos. (Recomendación da Organización Mundial da Saúde, Ministerios de Sanidade e Consumo, Consellería de Sanidade e Sociedades Científicas).

- Realizar prescripción farmacolóxica de

- Ácido fólico ata as 12 semanas (grao de recomendación A):
 - Mulleres de baixo risco (sen antecedentes de xestación con Defectos de Tubo Neural DTN): 0,4 a 0,8 mg diarios
 - Mulleres de alto risco (antecedentes de xestación con DTN ou hiponutrición): 4 mg/día
 - Recoméndase a administración de ácido fólico en forma de monofármaco

- Revisar o estado de vacinas (especial atención a mulleres inmigrantes)

- Seguir as pautas de vacinación do Programa Galego de Vacinacións (Dirección Xeral de Saúde Pública). Ante dúbidas consultar ao Servizo de Medicina Preventiva de referencia
- As mulleres embarazadas que estean en período gripal, recomendarlles esta vacinación
- No caso de viaxes internacionais deberá consultar cos Centros de Vacinación Internacional

- Información á usuaria

- Explicar as probas que se solicitan
- Explicar as prescricións
- Se se descoñece inmunidade toxoplasma ou se se sabe que non a ten, deberá:
 - Evitar o contacto con feces de gato (terras, areiros)
 - Pelar e lavar ben as verduras e froitas que se comen crúas e evitar comelas fóra da casa
 - Evitar comer carnes crúas, pouco cociñadas e as curadas (embutidos, chacinería crúa). (Pódese cociñalas ben ou conxelalas previamente a -18°C durante 48 horas).
 - Lavar as mans ben despois da manipulación de carnes/verduras e antes de inxerir alimentos.
 - Usar guantes en traballos de xardinería-horta, e lavar ben as mans ao rematar.
 - Evitar consumir ovos crus e maionesa feita na casa.
- Sobre hábitos saudables (nutrición, exercicio, vestimenta, actividade, riscos de exposición, molestias normais) (ver anexo 1). Ofertar programa de deshabitación tabáquica.
- Sobre o seguimento que se fará (probas incluídas)
- Recomendarase visita a unidade de saúde bucodental

- Valoración da presenza de indicadores (condutas, síntomas ou signos) de sospeita de violencia de xénero como son feridas, pegadas de golpes, ansiedade, depresión, somatización, insomnio, nerviosismo, negativa a deixarse explorar, queixas crónicas, abuso de fármacos... (no caso de identificar esa sintomatoloxía aplicar Proceso de atención á vítima de violencia de xénero)

03-02

- Derivación urxente no caso de

- Dor hipogástrica intensa
- Sangrado xenital
- Vómitos incoercibles

- Ofertar a sesión inicial (do primeiro trimestre) de Educación Maternal

- Abrir cartilla de embarazo e anotar todas as actuacións realizadas. Tamén anotalas en Historia Clínica e/ou folla de seguimento de embarazo

SUBPROCESO 03-03: 2ª VISITA DE CONTROL DE EMBARAZO (15 semanas)

Obxectivo do subproceso:

Identificar riscos e actuar sobre eles.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller embarazada de aproximadamente 15 semanas.

03-03

Actuacións sanitarias que hai que realizar no subproceso:

- Realizar actividades de 1ª visita de control se non houbera.
- Calcular a idade de xestación.
- Informar sobre resultado das probas solicitadas.
 - Solicitar/ofertar amniocentese se o cribado amosa un risco $\geq 1/270$ (ver anexo 6): débese dar información da proba (en que consiste e os seus riscos). Neste caso é necesario realizar o consentimento informado, que o ten que asinar o médico que a solicita (e o responsable da petición-indicación) e a paciente, con antelación á data na que realizará a proba. Deberase informar dos seguintes riscos:
 - Perda de xestación: 1% (aumenta o risco en caso de obesidade, xemelgitude, miomatose, paso transplacentario)
 - Punción en branco 2-4%
 - Dano fetal: excepcional
 - Dano vesical materno: excepcional
 - Fallo do cultivo: 1-5%
 - O'Sullivan ≥ 140 mg/dl: solicitar curva previa dieta de preparación.
 - Ausencia de inmunidade para rubéola e varicela: recomendar vacinación de posparto.
 - Ausencia de inmunidade para toxoplasma: recomendarase manter as medidas de precaución ao longo de toda a xestación.
- Realizar a anamnese e anotar:
 - Molestias e sintomatoloxía relacionada co embarazo
 - Vivencia de seu embarazo e resolver dúbidas sobre el
- Realizar a exploración física
 - Peso
 - Toma de presión arterial (ver anexo 7) (opcional, agás que sexa a primeira visita)
- Realizar a detección de tons fetais (Doppler): é opcional xa que pode xerar angustia se non se consegue escoitar o latexo fetal.
- Reavaliación de risco obstétrico (ver anexo 3 -táboa 2-)

- Revisar prescripción farmacéutica

- Suspende ácido fólico
- Continuidade do iodo
- Vacinación antigripal se está en campaña e a partir do segundo trimestre (Grao de recomendación C)

- Solicitar ecografía para estudo anatómico-fetal que se realizará entre 19-21 semanas (ver subproceso 03-21).

- Cribado alteracións cromosómicas. (Grao de recomendación B). (Ver anexo 6)

- A aquelas pacientes que non realizasen o cribado do primeiro trimestre por calquera motivo, e non existindo indicación para amniocentese, ofreceráselles no segundo trimestre: Alfafetoproteína (AFP) e fracción “beta” da hormona gonadotropina coriónica (beta-HCG) (entre as 14-17 semanas)

- Derivación urxente no caso de:

- Dor hipogástrica intensa
- Sangrado xenital
- Perda de líquidos a través dos xenitais
- Vómitos incoercibles

- Información á usuaria

- Explicar as probas que se solicitan
- Explicar as prescripcións
- Revisión de hábitos saudables (nutrición, exercicio, vestimenta, actividade, riscos de exposición, molestias normais)

- Anotar as actuacións realizadas na cartilla e tamén na Historia Clínica e/ou folla de seguimento de embarazo.

SUBPROCESO 03-04: 3ª VISITA DE CONTROL DE EMBARAZO (20 semanas)

Obxectivo do subproceso:

Identificar riscos e actuar sobre eles.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller embarazada de aproximadamente 20 semanas.

03-04

Actuacións sanitarias que hai que realizar no subproceso:

- Realizar actividades de 1ª visita de control se non houbera.
- Informar dos resultados das probas solicitadas e rexistralos (ecografía de estudo anatómico fetal e amniocentese se a fixo)
- Calcular idade de xestación
- Realizar a anamnese e anotar:
 - Molestias
 - Sintomatoloxía relacionada co embarazo
 - Movementsos fetais que en múltipara pódense percibir dende as 17-18 semanas e en primixestas a partir das 19-20
 - Vivencia de seu embarazo e resolver dúbidas sobre el
- Realizar a exploración física
 - Peso
 - Presión arterial (ver anexo 7)
 - Medición de altura de fondo uterino en centímetros (ver anexo 5)
 - Auscultación de tons fetais
- Solicitar probas analíticas: (Ver Anexo 8)
 - Determinación de proteinuria por tiras reactivas (en consulta)
 - Hemograma. (Grao de recomendación A)
 - Test de O'Sullivan entre as 24 e 28 semanas excepto menores de 25 anos sen factores de risco. No caso de dispor dun reflectómetro e do material necesario farase na seguinte visita na propia consulta
 - Coombs indirecto en mulleres Rh negativas non sensibilizadas
 - Sífilis/VIH se condutas ou factores de risco
 - Toxoplasma se non ten inmunidade
 - Elemental e sedimento de urina
- Reavaliación de risco obstétrico (ver anexo 3 -táboa 2-)

- Revisar prescripción farmacéutica (continuar toma de iodo):

- Vacinación da gripe durante a campaña de vacinas se non o fixo previamente. (Grao de recomendación C)

- Derivación urgente no caso de:

- Dor hipogástrica intensa
- Sangrado xenital
- Perda de líquidos a través dos xenitais
- Vómitos incoercibles
- Non se escoita latexo fetal

- Información á usuaria:

- Explicar as probas que se solicitan
- Explicar as prescricións
- Revisión de hábitos saudables (nutrición, exercicio, vestimenta, actividade, riscos de exposición, molestias normais)

- Anotar as actuacións realizadas na cartilla e tamén na Historia Clínica e/ou folla de seguimento de embarazo.

03-04

SUBPROCESO 03-05: 4ª VISITA DE CONTROL DE EMBARAZO (25 semanas)

Obxectivo do subproceso:

Identificar riscos e actuar sobre eles.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller embarazada de aproximadamente 25 semanas.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no subproceso:

03-05

- Realizar actividades de 1ª visita de control se non houbera.
- Informar dos resultados das probas solicitadas e rexistrarlos.
- Calcular idade de xestación
- Realizar a anamnese e anotar:
 - Molestias
 - Sintomatoloxía relacionada co embarazo
 - Movementos fetais
 - Vivencia de seu embarazo e resolver dúbidas sobre el
- Realizar a exploración física
 - Peso
 - Presión arterial (ver anexo 7)
 - Medición de altura de fondo uterino en centímetros (ver anexo 5)
 - Auscultación de tons fetais
 - Presenza de edemas
- Realizar o test de O'Sullivan que se indicou na visita anterior se se dispón dun reflectómetro e do material necesario.
- Solicitar probas analíticas: (Ver Anexo 8)
 - Determinación de proteinuria por tiras reactivas (en consulta) · Presión arterial (ver anexo 7)
 - Solicitar curva de glicemia específica para embarazada se Test de O'Sullivan ≥ 140 (ver anexo 2). Prescribir dieta de preparación (rica en hidratos de carbono os tres días previos a realizala).
- Reavaliación de risco obstétrico (ver anexo 3 -táboa 2-)

- Revisar prescripción farmacéutica (continuar toma de iodo):

- Ferro por anemia. Considerar anemia leve cunha hemoglobina entre 10 e 11 e un hematocrito entre 30 e 33. O tratamento é con sulfato ferroso, 500 mg, en dose equivalente a 100 Fe elemental, dúas ou tres veces ao día segundo grao de anemia. (Grao de recomendación A)
- Inmunoglobulina humana anti-D (1.500 UI) no caso de xestantes Rh negativas non sensibilizadas (coombs indirecto negativo). Entre as 28 e 30 semanas. (Grao de recomendación A)
- Vacinación da gripe durante a campaña de vacinas se non o fixo previamente

03-05

- Derivación urgente no caso de:

- Dor hipogástrica intensa
- Cefalea intensa que non cede con analxésicos
- Dor rítmica tipo cólico (dinámica)
- Sangrado xenital
- Perda de líquidos a través dos xenitais
- Vómitos incoercibles
- Ausencia latexo fetal
- Diminución da percepción de movementos fetais respecto de movementos previos
- Alteración na altura do fondo de uterino (por exceso ou por defecto)
- Alteracións por exceso da presión arterial

- Ofertar consulta de anestesia (para realizala no terceiro trimestre)

- Ofertar Educación Maternal

- Información á usuaria

- Explicar as prescricións
- Entregar documentos informativos sobre parto
- Entregar documentación sobre lactación

- Anotar as actuacións realizadas na cartilla e tamén na Historia Clínica e/ou folla de seguimento de embarazo.

SUBPROCESO 03-06: 5ª VISITA DE CONTROL DE EMBARAZO (30 semanas)

Obxectivo do subproceso:

Identificar riscos e actuar sobre eles.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller embarazada de aproximadamente 30 semanas.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no subproceso:

- Informar dos resultados das probas solicitadas e rexistralos.

- Calcular idade de xestación.

- Anamnese e anotación:

- Molestias
- Sintomatoloxía relacionada co embarazo
- Movementos fetais
- Dinámica uterina
- Vivencia de seu embarazo e resolver dúbidas sobre el

- Exploración física:

- Peso
- Presión arterial (Ver Anexo 7)
- Medición de altura de fondo uterino en centímetros (Ver Anexo 5)
- Auscultación de tons fetais
- Manobras de Leopold para estática fetal (Ver Anexo 4)
- Presenza de edemas

- Solicitar probas analíticas: (ver anexo 8)

- Determinación de proteinuria por tiras reactivas (en consulta)
- Do terceiro trimestre (laboratorio):
 - Hemograma
 - Coombs indirecto en mulleres Rh negativas tendo en conta que pode ser positivo a títulos baixos despois da inmunización con anti-D. (Grao de recomendación A)
 - Sífilis/VIH se hai condutas ou factores de risco. (Grao de recomendación B)
 - Toxoplasma se non ten inmunidade. (Grao de recomendación B)
 - Hepatite B: AgHBs agás se se coñece a presenza de inmunidade. (Grao de recomendación A)
 - Estudo de coagulación.
 - Elemental e sedimento de urina

- Reavaliación de risco obstétrico (ver anexo 3 -táboa 2-)

03-06

- Solicitar realización/ realizar ecografía do terceiro trimestre (entre as semanas 32 e 34) (Ver subproceso 03-21) para valoración de:

- Crecemento fetal
- Inserción e maduración placentaria
- Volume de líquido amniótico

- Revisar prescrición farmacéutica (continuar toma de iodo):

- Ferro por anemia. Considerar anemia leve cunha hemoglobina entre 10 e 11 e un hematocrito entre 30 e 33. O tratamento é con sulfato ferroso, 500 mg, en dose equivalente a 100 Fe elemental, dúas ou tres veces ao día segundo grao de anemia. (Grao de recomendación A)
- Vacinación da gripe durante a campaña de vacinas se non o fixo previamente. (Grao de recomendación C)

03-06

- Derivación urxente no caso de:

- Dor hipogástrica intensa
- Dor rítmica tipo cólico (dinámica)
- Cefalea intensa que non cede con analxésicos
- Sangrado xenital
- Perda de líquidos a través dos xenitais
- Vómitos incoercibles
- Ausencia latexo fetal
- Diminución da percepción de movementos fetais respecto a movementos previos
- Alteración na altura do fondo de uterino (por exceso ou por defecto)
- Alteracións por exceso da presión arterial

- Ofertar Educación Maternal no caso de non estar facéndoa

- Pedir consulta a anestesia se non se fixo antes

- Información á usuaria:

- Explicar as probas que se solicitan
- Explicar as prescricións
- Aclarar dúbidas sobre parto - lactación (Ver Guía Técnica do Proceso de Educación maternal)

- Anotar as actuacións realizadas na cartilla e tamén na Historia Clínica e/ou folla de seguimento de embarazo.

SUBPROCESO 03-07: 6ª VISITA DE CONTROL DE EMBARAZO (35 semanas)

Obxectivo do subproceso:

Identificar riscos e actuar sobre eles.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller embarazada de aproximadamente 35 semanas.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no subproceso:

- Informar dos resultados das probas solicitadas e rexistrarlos. (Analíticas do terceiro trimestre e ecografía do terceiro trimestre. Pedirase curva de glicemia ante a sospeita de macrosomía ou hidramnios na ecografía do terceiro trimestre.

- Calcular idade de xestación.

- Realizar anamnese e anotar:

- Molestias
- Sintomatoloxía relacionada co embarazo
- Movementos fetais
- Dinámica
- Vivencia de seu embarazo e resolver dúbidas sobre el

- Realizar exploración física:

- Peso
- Presión arterial (Ver Anexo 7)
- Medición de altura de fondo uterino en centímetros (ver anexo 5)
- Auscultación de tons fetais
- Manobras de Leopold (Anexo 4). Ante a sospeita de mal posición fetal (presentación de nádegas, transversa) solicitar nova ecografía
- Presenza de edemas

- Realizar toma de cultivo de fluxo vaxino-rectal para estreptococo agalactiae (SGB) entre 35 e 37 semanas (agás se tivese unha bacteriuria previa por SGB ou acabado de nacer previo con sepsis por SGB que terá que facerse profilaxe (Grao de recomendación C). A técnica é:

- Introducción de hisopo en terzo externo de vaxina sen espéculo e posteriormente o mesmo hisopo no recto

- Reavaliación de risco obstétrico (ver anexo 3 -táboa 2-)

- Revisar prescrición farmacéutica (continuar toma de iodo):

- Ferro por anemia. Considerar anemia leve cunha hemoglobina entre 10 e 11 e unhematocrito entre 30 e 33. O tratamento é con sulfato ferroso, 500 mg, en dose equivalente a 100 Fe elemental, dúas ou tres veces ao día segundo grao de anemia (Grao de recomendación A)

03-07

- Vacinación da gripe durante a campaña de vacinas se non o fixo previamente (Grao de recomendación C)

- Derivación urxente no caso de:

- Dor hipogástrica intensa
- Dor rítmica tipo cólico (dinámica)
- Cefalea intensa que non cede con analxésicos habituais
- Prurito cutáneo xeneralizado e progresivo (risco de colostase)
- Sangrado xenital
- Perda de líquidos a través dos xenitais
- Vómitos incoercibles
- Ausencia latexo fetal
- Diminución da percepción de movementos fetais respecto a movementos previos
- Alteración na altura do fondo de uterino (por exceso ou por defecto)
- Alteracións por exceso da presión arterial

- Informar a usuaria:

- Explicar as probas que se solicitan
- Explicar as prescricións
- Específica sobre criterios para acudir a urxencia hospitalaria:
 - Dinámica uterina
 - Rotura de membranas
 - Diminución de movementos fetais

- Anotar as actuacións realizadas na cartilla e tamén na Historia Clínica e/ou folla de seguimento de embarazo.

03-07

SUBPROCESO 03-08: 7ª VISITA DE CONTROL (38 semanas)

Obxectivo do subproceso:

Identificar riscos e actuar sobre eles.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller embarazada de aproximadamente 38 semanas.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no subproceso:

- Informar dos resultados das probas solicitadas e rexistrarlos

- Calcular idade de xestación.

- Realizar anamnese e anotar:

- Molestias
- Sintomatoloxía relacionada co embarazo
- Movementos fetais
- Dinámica
- Vivencia de seu embarazo e resolver dúbidas sobre el

- Realizar exploración física:

- Peso
- Presión arterial (Ver Anexo 7)
- Auscultación de tons fetais
- Manobras de Leopold (Ver Anexo 4)
- Presenza de edemas
- Tacto vaxinal para facer unha valoración cervical (consistencia, lonxitude, dilatación, etc.) se non se fixo previamente ou se refire ter ou ter tido dinámica uterina.

- Realizar proba analítica:

- Proteinuria en tira reactiva (en consulta)

- Reavaliación de risco obstétrico (ver anexo 3 -táboa 2-)

- Revisar prescrición farmacéutica (continuar toma de iodo)

- Ferro por anemia- Considerar anemia leve cunha hemoglobina entre 10 e 11 e un hematocrito entre 30 e 33. O tratamento é con sulfato ferroso, 500 mg, en dose equivalente a 100 Fe elemental, dúas ou tres veces ao día segundo grao de anemia. (Grao de recomendación A)
- Vacinación da gripe durante a campaña de vacinas se non o fixo previamente

03-08

- Derivación urgente no caso de:

- Dor hipogástrica intensa
- Dor rítmica tipo cólico (dinámica)
- Cefalea intensa que non cede con analxésicos habituais
- Prurito cutáneo xeneralizado e progresivo (risco de colostase)
- Sangrado xenital
- Perda de líquidos a través dos xenitais
- Vómitos incoercibles
- Ausencia latexo fetal
- Diminución da percepción de movementos fetais respecto a movementos previos
- Alteración na altura do fondo de uterino (por exceso ou por defecto)
- Alteracións por exceso da presión arterial

- Informar a usuaria:

- Explicar as probas que se solicitan
- Explicar as prescricións
- Específica sobre criterios para acudir a urgencia hospitalaria:
 - Dinámica uterina
 - Rotura de membranas
 - Diminución de movementos fetais

- Anotar as actuacións realizadas na cartilla e tamén na Historia Clínica e/ou folla de seguimento de embarazo.

03-08

SUBPROCESO 03-09: 8ª VISITA DE CONTROL (40 semanas)

Obxectivo do subproceso:

Identificar riscos e actuar sobre eles.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller embarazada de aproximadamente 40 semanas.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no subproceso:

- Informar dos resultados das probas solicitadas e rexistrarlos

- Calcular idade de xestación.

- Realizar anamnese e anotar:

- Molestias
- Sintomatoloxía relacionada co embarazo
- Movementos fetais
- Dinámica
- Vivencia de seu embarazo e resolver dúbidas sobre el

- Realizar exploración física:

- Peso
- Presión arterial (Ver Anexo 7)
- Auscultación de tons fetais
- Manobras de Leopold (Ver Anexo 4)
- Presenza de edemas
- Tacto vaxinal para facer unha valoración cervical (consistencia, lonxitude, dilatación, etc.) se non se fixo previamente ou se refire ter ou ter tido dinámica uterina

- Realizar proba analítica:

- Proteinuria en tira reactiva (en consulta)

- Reavaliación de risco obstétrico (ver anexo 3 -táboa 2-)

- Revisar prescrición farmacéutica (continuar toma de iodo):

- Ferro por anemia- Considerar anemia leve cunha hemoglobina entre 10 e 11 e un hematocrito entre 30 e 33. O tratamento é con sulfato ferroso, 500 mg, en dose equivalente a 100 Fe elemental, dúas ou tres veces ao día segundo grao de anemia. (Grao de recomendación A).
- Vacinación da gripe durante a campaña de vacinas se non o fixo previamente. (Grao de recomendación C).

03-09

- Derivación urgente no caso de:

- Dor hipogástrica intensa
- Dor rítmica tipo cólico (dinámica)
- Cefalea intensa que non cede con analxésicos habituais
- Sangrado xenital
- Perda de líquidos a través dos xenitais
- Vómitos incoercibles
- Ausencia latexo fetal
- Diminución da percepción de movementos fetais respecto a movementos previos
- Alteración na altura do fondo de uterino (por exceso ou por defecto)
- Alteracións por exceso da presión arterial
- Prurito cutáneo xeneralizado e progresivo (risco de colostase)

- Informar a usuaria:

- Explicar as prescricións
- Específica sobre criterios para acudir a urgencia hospitalaria:
 - Dinámica uterina
 - Rotura de membranas
 - Diminución de movementos fetais

- Anotar as actuacións realizadas na cartilla e tamén na Historia Clínica e/ou folla de seguimento de embarazo.

03-09

SUBPROCESO 03-10: 9ª VISITA DE CONTROL (entre as 40-41 semanas)

Obxectivo do subproceso:

Identificar riscos e actuar sobre eles.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller embarazada de aproximadamente 40-41 semanas.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no subproceso:

- Informar dos resultados das probas solicitadas e rexistrarlos

- Calcular idade de xestación.

- Realizar anamnese e anotar:

- Molestias
- Sintomatoloxía relacionada co embarazo
- Movementos fetais
- Dinámica
- Vivencia de seu embarazo e resolver dúbidas sobre el

- Realizar exploración física:

- Peso
- Presión arterial (Ver Anexo 7)
- Auscultación de tons fetais
- Manobras de Leopold (Ver Anexo 4)
- Presenza de edemas
- Tacto vaxinal para facer unha valoración cervical (consistencia, lonxitude, dilatación, etc.) se non se fixo previamente ou se refire ter ou ter tido dinámica uterina

- Solicitar probas analíticas: (Ver Anexo 8)

- Proteinuria en tira reactiva (en consulta)

- Reavaliación de risco obstétrico (ver anexo 3 -táboa 2-)

- Valorar a realización de monitorización fetal basal

- Derivación urxente no caso de:

- Dor hipogástrica intensa
- Dor rítmica tipo cólico (dinámica)
- Cefalea intensa que non cede con analxésicos habituais
- Sangrado xenital
- Perda de líquidos a través dos xenitais
- Vómitos incoercibles

03-10

- Ausencia latexo fetal
- Diminución da percepción de movementos fetais respecto a movementos previos
- Alteración na altura do fondo de uterino (por exceso ou por defecto)
- Alteracións por exceso da presión arterial
- Prurito cutáneo xeneralizado e progresivo

- Xestionar que a partir das 41 semanas deberá ser controlada por especialista en xinecoloxía e obstetricia.

- Anotar as actuacións realizadas na cartilla e tamén na Historia Clínica e/ou folla de seguimento de embarazo.

SUBPROCESO 03-20: AMNIOCENTESE

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller entre as 15 e 17 semanas (excepcionalmente máis de 17 semanas) que cumpre os criterios para realizar unha amniocentese xenética e consente a súa realización.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no subproceso:

- Revisar se cumpre criterios de indicación:

- Idade materna ≥ 38 anos no momento do parto
- Algúns dos proxenitores portador de alteración cromosómica
- Antecedentes de feto/fillo con alteración cromosómica
- Marcador ecográfico de alteración cromosómica
- Cribado en 1º ou 2º trimestre con risco $\geq 1/270$.

- Coñecer o grupo sanguíneo, Rh e Coombs (carné de doador, volante de laboratorio co resultado, ou na historia clínica)

- Verificar que se fixo o consentimento informado

- Realizar estudo ecográfico previo: idade de xestación entre 15-17 semanas

- Realización da amniocentese (necesítanse agullas de punción, desinfectante non iodado, pano e luvas estériles)

- Administrar Immunoglobulina humana anti-D en mulleres rh negativas non sensibilizadas

- Enviar a mostra

- Informar dos resultados:

- En caso de resultado negativo, chamada telefónica e remisión de datos vía postal ou entrega noutra consulta.
- En caso de resultados anómalos, xestión de cita e comunicación dos resultados directamente.

03-20

SUBPROCESO 03-21: REALIZACIÓN DE ECOGRAFÍAS DE CONTROL

Obxectivo do subproceso:

Identificar alteracións no desenvolvemento do feto e das estruturas xinecolóxicas.

Motivo de aplicación deste subproceso:

Muller embarazada na que se prescribiu unha ecografía de control.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no subproceso:

- Realizar ecografía do primeiro trimestre (entre as 11 - 13+6 semanas)

· Obxectivos:

- Determinar número de embrións e corionicidade
- Viabilidade embrionaria
- Cálculo da idade de xestación (biometría CRL)
- Marcadores ecográficos de alteracións cromosómicas: TN e outros
- Despitaxe de malformacións maiores
- Valoración do útero e anexos

- Realizar ecografía para estudo fetal preferiblemente entre as 19-21 semanas e sempre antes das 22

· Obxectivos:

- Despitaxe de anomalías estruturais fetais
- Marcadores de alteración cromosómica
- Datación ecográfica da idade de xestación se non hai ecografía previa
- Valoración crecemento fetal
- Valoración de anexos fetais (cordón, placenta e volume de líquido amniótico)

- Realizar ecografía do terceiro trimestre (entre as 32 e 34 semanas)

· Obxectivos:

- Valoración do crecemento fetal
- Repaso anatómico fetal para detección de malformacións de expresión tardía
- Valoración da inserción, da maduración placentaria e do volume do líquido amniótico

SUBPROCESO 03-22: TEST FETAL NON ESTRESANTE OU MONITORIZACIÓN BASAL

Obxectivo do subproceso:

Identificación de fetos en situación de risco de hipoxia mediante a valoración da frecuencia cardíaca fetal en condicións basais, e en resposta aos movementos fetais ou á estimulación externa. Existe relación entre a morbilidade perinatal hipóxica e o rexistro da FCF (Frecuencia Cardíaca Fetal) con variabilidade e resposta aceleratoria diminuída ou ausente. A resposta aceleratoria cardíaca fetal é desencadeada polos movementos do feto e representa a indemnidade do SNC (Sistema Nervioso Central) e vías cardiorreguladoras. É unha proba non invasiva, cómoda e de baixo custo. Alta especificidade (arredor do 80%) e baixa sensibilidade (arredor do 50%).

Motivo de aplicación deste subproceso:

Xestante de baixo risco entre as 40-41 semanas á que se lle indicou a proba.

Actuacións sanitarias que hai que realizar no subproceso:

- Informar a muller sobre a proba.

- Realizar a proba do seguinte xeito:

- Posición materna en semifowler
- Monitorización: cardiotocógrafo de rexistro externo, rexístrase sobre papel o ton uterino detectado por un tocodinamómetro situado sobre o abdome materno no fondo uterino e a frecuencia cardíaca fetal, cun transdutor de ultrasons Doppler aplicado na zona de abdome materno onde se reciba mellor o sinal.
- Velocidade do rexistro (3cm/min)
- Duración de 20 - 40 minutos (segundo patrón de frecuencia cardíaca fetal)

- Realizar a interpretación da proba:

- Considérase un test reactivo se aparecen aceleracións transitorias na frecuencia cardíaca fetal, (1 a 6 aceleracións en 20 minutos de rexistro) e é indicativo de benestar fetal.
- Existen situacións clínicas que poden condicionar que un feto ben oxixenado presente un patrón non reactivo na proba basal:
 - período de repouso fetal
 - hipoglicemia materna
 - administración materna de fármacos sedantes
 - malformacións do sistema nervioso central (anencefalia, hidrocefalia, etc.)
 - síndrome de decúbito supino
 - prematuridade extrema
 - malformacións cardíacas que afecten ao sistema de condución
 - hábitos tóxicos maternos: heroinómanas, fumadoras, etc.

03-22

- Patróns non reactivos ou dubidosos:
 - estimulación manual do feto
 - aumentar a glicemia materna (preferiblemente oral, cun zume, etc.)
 - estimulación vibroacústica (golpear unha culler sobre outra fixa en abdome materno)

- Informar dos resultados á usuaria

- Actuar segundo resultados: un rexistro patolóxico ou dubidoso deberá ser valorado polo especialista.

8.- SISTEMA DE AVALIACIÓN E MELLORA DO PROCESO ASISTENCIAL:

O responsable do proceso na comunidade autónoma deberá presentar anualmente un informe cos seguintes indicadores e unha proposta de melloras:

- Indicadores de resultados:

- Peso ao nacemento segundo idade de xestación
- % prematuridade
- % atraso de crecemento intraútero
- % HTA inducida polo embarazo (eclampsias/ preclampsias)

- Indicadores accesibilidade:

- % mulleres que teñen habilitado consulta de embarazo no seu centro de saúde.
Indicador: núm. mulleres en idade fértil dos centros coa consulta implantada / núm. total mulleres en idade fértil. Fonte dos datos: SIGAP.
- Isocrona para acceder a ecografía

- Indicadores de calidade:

- Porcentaxe de mulleres embarazadas que realizan a primeira consulta nas 12 primeiras semanas do embarazo
- Porcentaxe de pacientes embarazadas que dispoñen de determinación do grupo sanguíneo (ABO), Rh e anticorpos anti-Rh antes da 15 semana de embarazo
- Porcentaxe de mulleres embarazadas ás que se lles realiza o urocultivo para detectar bacteriuria asintomática
- Porcentaxe de mulleres embarazadas ás que se lles solicita un hemograma para detectar anemia no segundo trimestre do embarazo
- Porcentaxe de mulleres embarazadas ás que se lles solicita unha proba de detección do VIH na primeira consulta do embarazo
- Porcentaxe de mulleres embarazadas ás que se lles realizou un cribado de diabetes de xestación segundo os criterios definidos na presente guía
- Núm. de cribados de cromosomopatías realizados no primeiro trimestre en mulleres de <38 anos / (núm. partos + núm. interrupcións de embarazo, en mulleres de <38 anos)

- Indicadores de produción/ rendemento:

- Número de mulleres embarazadas que acudiron ao control de embarazo en Atención Primaria/núm. de nados na área sanitaria

Deseñaranse medicións do grao de satisfacción da atención prestada (calidade asistencial, información recibida, apoio emocional, etc.).

9.- BIBLIOGRAFÍA:

- Álvarez Pasquín MJ, Batalla Martínez C, Comín Bertrán E, Gómez Marco JJ, Pericas Bosch I, Pachón del Almo J. et al. Actualización 2003 PAPPS: Prevención enfermedades Infecciosas. Grupo de expertos del PAPPS. Atención Primaria 2009; 39 (supl 3): 67-87
- American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus. Diabetes Care. 2004 Jan;27 Suppl 1:S88-90
- NICE clinical guideline: Antenatal care - routine care for the healthy pregnant woman. NHS; 2008 . Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG62fullguideline.pdf>
- Protocolo SEGO. Asistencia a la gestante diabética. Actualizado 2004. Protocolos asistenciales en Asistencia prenatal al embarazo. Progresos en obstetricia y ginecología 2002; 45 (12):575-583.
- Atención preconcepcional, recomendaciones en embarazo de bajo riesgo. Grupo de expertos del PAPPS, Atención Primaria 2007; 39 (supl 2):
- Biagiotti R, Brizzi L, Periti E, d'Agata A, Vanzi E, Cariatì E . First trimester screening for Down syndrome using maternal serum PAPP-A and free B-HCG in combination with fetal nuchal translucency thickness. Br J Obstet Gynecol 1998; 105: 917-20
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Periodic health examination, 1994 update: 3. Primary and secondary prevention of neural tube defects. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. CMAJ. 1994 Jul 15;151(2):159-66.
- Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M et al, for the WHO Antenatal Care Trial Research Group. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. Lancet 2001;357:1565-1570.
- Casimiro-Soriguer Escofet FJ. Guía para la prevención de defectos congénitos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- Center for Disease Control. Use of folic acid for prevention of spina bifida and other neural tube defects 1983-1991. MMWR 1991; 40:513-516
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Proceso Asistencial integrado embarazo, parto y puerperio. 2ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía; 2005.
- Crowther CA. Administración de inmunoglobulina anti-D en el embarazo para la prevención de la aloinmunización Rh; 2000 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública. Guía de prevención dos trastornos causados polo déficit de iodo na Comunidade Autónoma de Galicia. Santiago de Compostela: Xunta Galicia, Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública, 2007.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC). Utilización periconcepcional de ácido fólico y prevención de defectos del tubo neural. Informe Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: MSC; 1993.
- López Álvarez XL, Martínez Vidal A, Álvarez Prieto XL, Pousa Fernández P, Doval Conde XL. Embarazo. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red; 2007. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/embarazo.asp>

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Grupo de Consenso de la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO. Asistencia prenatal al embarazo normal, Protocolo nº 2. Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia. Madrid: Comunicación y Servicio; 1994.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Grupo de trabajo sobre asistencia al embarazo normal (Sección de Medicina Perinatal de la SEGO). 2ª ed. Zaragoza: Ed: E. Fabr e González; 2001.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Grupo Español de Diabetes y Embarazo. Guía asistencial. 3º ed. Madrid: SEGO; 2005.
- Cassini S, Lucero Sáinz GA, Hertz M, Andina E. Guía de control prenatal. Embarazo normal. Revista Hosp Mat. Inf. Ramón Sard a 2002;21 (2):51-62
- Guía de control y seguimiento del embarazo en Atención primaria. Grupo de trabajo de la SCLMFYC. Gómez Marcos MA (coord.). Sociedad Castellano Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en: <http://www.laalamedilla.org/GUIAS/Embarazo.pdf>
- NICE. Pregnancy - routine anti-D prophylaxis for RhD-negative women. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2002. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/TA41>
- Guidelines for vaccinating Pregnant Women. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention 1998. <http://www.immunize.org/genr.d/pregguid.htm>
- International Diabetes Center. Gestational diabetes practice guidelines. Minneapolis (MN): International Diabetes Center; 2003.
- Jack B, Culpepper L. Preconception care: risk, reduction and health promotion in preparation for pregnancy. JAMA 1990;264;1147-1149 .
- Krantz DA, Hallahan TW, Orlandi F, Buchanan P, Larsen JW Jr, Macri JN. First trimester Down syndrome sreening using blood biochemistry and nuchal translucency. Obstet Gynecol 2000; 96: 207-11
- Lilford RJ, Kelly M, Baines A, Cameron S, Cave M, Guthrie K, Thornton J. Effect of using protocols on medical care: randomised trial of three methods of taking an antenatal history. BMJ. 1992 Nov 14;305(6863):1181-4.
- Millar LK, Cox SM. Urinary tract infections complicating pregnancy. Infect Dis Clin North Am 1997 Mar;11(1):13-26.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la prevención de defectos congénitos. Madrid: MSC; 2006.
- Neilson JP. Ecografía para evaluación fetal en el inicio del embarazo; 1998 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Nicolaidis KH. Diagnosis of fetal abnormalities, the 18-23 week scan. London: Parthenon Publishing Group; 1999.
- Oates-Whitehead R. Nausea and vomiting in early pregnancy. Clin Evid. 2004 Jun;(11):1840-52
- Orlandi F. First trimester screening for fetal aneuploidy: biochemistry and nuchal translucency. Ultrasound Obstet Gynecol 1997; 10: 381-386

- Ortiz Serrano R, Beltrán Avendaño MA. Modelo de atención prenatal de bajo riesgo. MedUNAB 2005; 8:102-112
- Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines from CDC. MMWR Recomm Rep. 2002 Aug 16;51(RR-11):1-22.
- Reveiz L, Gyte GML, Cuervo LG. Tratamientos para la anemia ferropénica en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Chickenpox in Pregnancy. London: RCOG; 2007. Disponible en: http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/greentop13_chickenpox0907.pdf
- Lu MC. Recommendations for preconception care. Am Fam Physician. 2007 Aug 1;76(3):397-400
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for gestational diabetes mellitus: recommendations and rationale. Obstet Gynecol 2003 Feb;101(2):393-5
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Española de Neonatología, Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Sociedad Española de Quimioterapia, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Prevención de la infección perinatal por estreptococo grupo B. Recomendaciones revisadas. Prog Obstet Gynecol 2003; 46:411-420.
- U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality, Neural Tube Defects. Rockville MD: AHRQ; 1996. Disponible en : <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsneur.htm>
- Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo; 2001 (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Department of Making Pregnancy Safer. Geneva: WHO;2007.

ANEXO 1: INFORMACIÓN PARA LLE TRASMITIR Á USUARIA.

Reforzar a idea de que estar embarazada non é estar enferma:

- Sexualidade:
 - Nun embarazo de curso normal a actividade sexual non ten efectos nocivos e non necesita ser modificada. Recoméndase evitar o coito, se existe hemorraxia xenital ou ameaza de parto prematuro.
- Exercicio:
 - Durante o embarazo existe unha menor tolerancia ao esforzo físico, por iso se recomenda exercicio suave e regular 3 ou máis veces por semana (natación, hidroximnasia, ioga, camiñar...). Desaconséllase exercicio de alta competición, de contacto, de mergullo e calquera que inclúa saltos ou rebotes violentos.
- Alimentación:
 - A dieta debe ser variada, equilibrada e fraccionada (5 comidas/día).
 - Recoméndase:
 - almuerzo abundante (25% da inxestión calórica total)
 - pobre en graxas saturadas e rica en ácidos graxos esenciais
 - escasa en azucres simples
 - aumentar a inxestión de fibra
 - asegurar a inxestión de lácteos equivalentes a 0.5 – 1 litro/día
 - preferencia por alimentos frescos e de elaboración sinxela (evitando fritura e rebozados), limitando enlatados e precociñados
- Medicamentos:
 - Evitar calquera medicamento ou preparados de herboristería salvo os aconsellados polo médico.
- Viaxes:
 - Non están contraindicadas, nin sequera en avión. Cara ao final da xestación evítanse as longas.
- Hixiene:
 - Recomendar ducha diaria, xa que na xestación aumenta a suor e o fluxo vaxinal.
 - Extremar a limpeza da boca, derivar á USBD (Unidade de Saúde Bucodental).
- Vestido:
 - Utilizar prendas cómodas e amplas, o calzado será confortable con tacón medio.
 - A faixa atrofia a musculatura abdominal, non se usará salvo prescrición facultativa.
 - Non se aconsellan medias e calcetíns que causen compresión local (favorecen as varices)
- Traballo:
 - Pode desenvolver o seu traballo habitual. Evitar exposición a produtos tóxicos, radiacións ionizantes, hipertermias exógenas e endógenas e fatiga física ou psíquica excesiva.

- Sintomatoloxía habitual:

- Náuseas e vómitos:
 - Sintomatoloxía máis frecuente do 1T.
 - Tratamento máis efectivo: medidas hixiénico-dietéticas e se precisa piridoxina, asociada ou non a doxilamina.

- Estrinximento:
 - Máis frecuente ao final do embarazo.
 - Recomendación: aumentar a inxestión de fibra e auga; laxantes formadores de bolo (metilcelulosa, salvado, plantago ovata,..)

- Hemorroides:
 - Recomendación: evitar o estrinximento, a bipedestación e sedestación prolongada
 - Aplicar frío local e antihemorroidais tópicos.

- Pirose e ardor epigástrico:
 - Recomendación: evitar alimentos e hábitos que o empeoren, utilizaranse antiácidos non absorbibles e antiH2 (categoría B da FDA).

- Edemas e varices en MMII:
 - Recomendación: camiñar a diario, evitar bipedestación e sedestación prolongada, estrinximento e prendas axustadas. Son útiles as medias elásticas e a elevación das pernas en repouso.

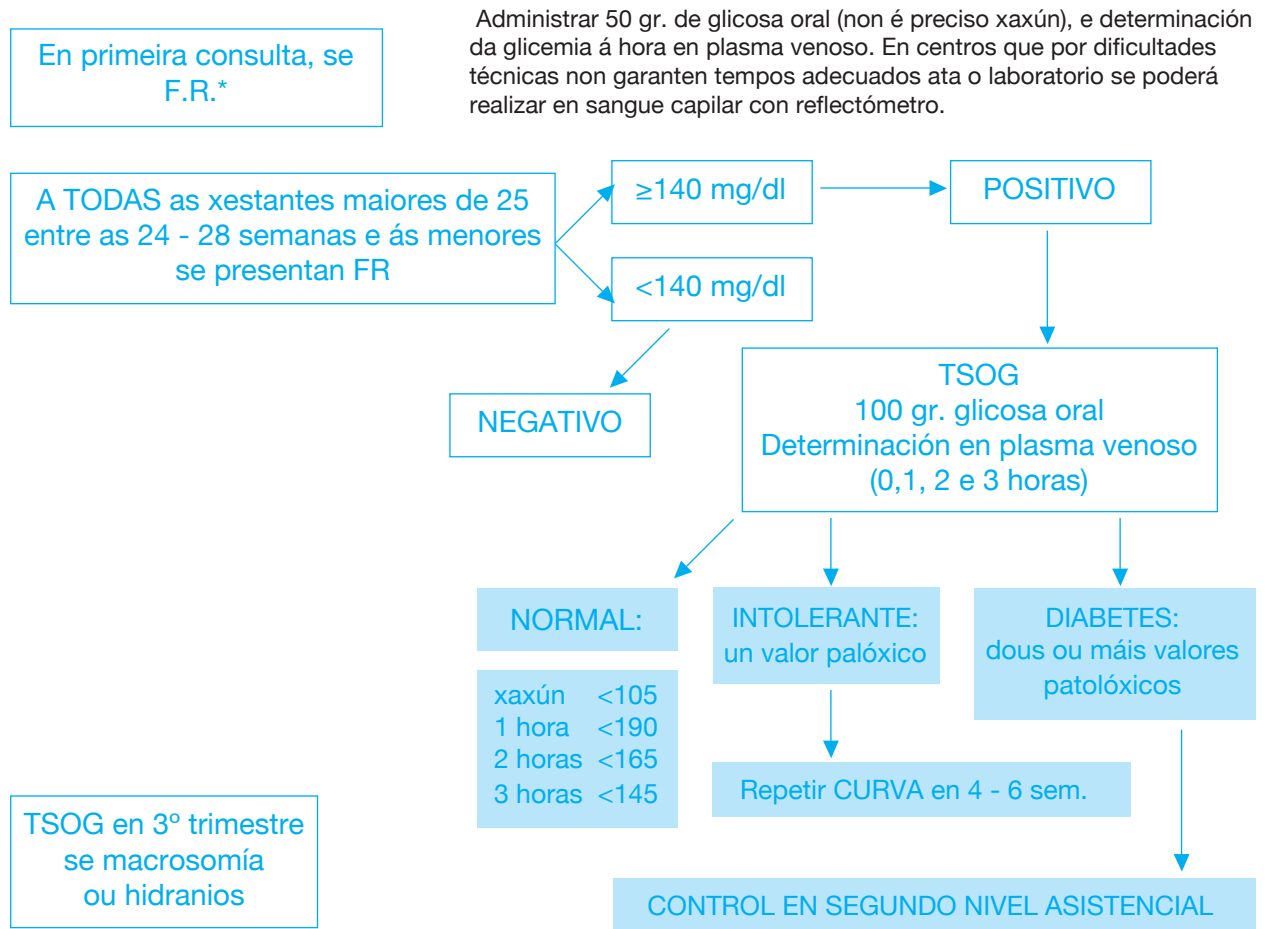
- Lumbalxia:
 - Debida á hiperlordose.
 - Recomendación: hixiene postural, exercicios de reforzamento da musculatura abdominal e lumbodorsal, calor local e masaxe se existe contractura.
 - Se é necesario un analxésico utilizarase o paracetamol.

- Parestesias e cambras:
 - Son frecuentes a meralxia parestésica e cambras nocturnas en extremidades inferiores.
 - Recomendación: masaxes e exercicios de estiramento, non evidencia de utilidade do tratamento farmacolóxico.

- Melasma:
 - Hiperpigmentación en áreas fotoexpostas.
 - Recomendación: evitar exposición solar e empregar fotoprotectores.

ANEXO 2: TEST DE O’SULLIVAN

Cribado de diabetes: Test de O’Sullivan



*Factores de risco de diabetes: antecedentes persoais de diabetes, feto macrosoma previo ou mala historia obstétrica, glicosuria, IMC ≥ 30 , glucemia basal entre 100-125, familiares en primeiro grao con diabetes, idade ≥ 35 anos.

ANEXO 3:

A táboa implica un cambio nos requisitos do profesional (Nivel 2: especialista) no caso de ter algún risco identificado.

| | Poblema | Nivel 1 | Individualizar¹ | Nivel 2 |
|---------------------------------------|---|-------------------|-----------------------------------|-------------------|
| Antecedentes Familiares | Enf. hereditarias | | x | |
| | Antecedente de malformacións | | x | |
| | Portador de alt. cromosómica | | x | |
| | Exposición a quimio/radioterapia | | x | |
| Factores sociais Demográficos | Idade materna <16 anos ou >39 anos | | x | |
| | Altura menor de 1,45 | | derivar en segunda metade | |
| | IMC >34 anos ou < 19 anos | | x | |
| | Tabaquismo > 10 | x | | |
| | Alcoholismo, drogadicción | | x | |
| | Risco social | x | | |
| | Risco laboral/ EXPOSICIÓN | | x | |
| Enfermidades maternas crónicas | Enfermidade inflamatoria intestinal | | x | |
| | Trastornos psiquiátricos | | x | |
| | Anemia < 10 gr/dl de Hb | | x | |
| | Hipertensión arterial | | | x |
| | Diabetes tipo I | | | x |
| | Conectivopatias | | x | |
| | Endocrinopatias | | x | |
| | Antecedente de tromboembolismo | | | x |
| | Cardiopatías (segundo gravidade) | | | x |
| | Nefropatías(segundo gravidade) | | | x |
| | Epilepsia | x | x | |
| | VIH-SIDA | | | x |
| | Hepatitis B/C | se portadora | | se crónica activa |
| Antecedentes Obstétricos | Antecedente de embarazo ectópico | 2º e 3º trimestre | | 1º trimestre |
| | Antecedente de macrosoma previo | x | | |
| | Antecedente de RCIU | | | x |
| | Antecedente de preeclampsia grave | | | x |
| | Aborto de repetición (máis de dous) | | x | 1º trimestre |
| | Esterilidade | | elección da usuaria | |
| | Antecedentes de parto pretérmino | ata as 20 sem | | dende as 20 sem |
| | Morte fetal perinatal, malformado o fillo con deficiencias ou defecto conxénito | | elección da usuaria | |
| | Incompetencia cervical | | | x |
| | Malformacións uterinas | | x | |
| | Antecedente de cirurxía uterinas con acceso a cavidade (salvo cesárea/legrado) | ata as 20 sem | | dende as 20 sem |
| Multiparidade (máis de 4 xestacións) | x | | | |
| Riscos evolutivos | Xestación bicorial-biamniótica | | x | 3º trimestre |
| | Xestacións dobres monocoriais | | | x |
| | Xestacións triples ou máis | | | x |
| | Alteracións do crecemento fetal (RCIU/macrosmia) | | | x |
| | Alteracións do líquido amniótico (hidramnios/oligoamnios) | | | x |
| | Sospeita de malformación fetal | | | x |
| | Preeclampsia moderada ou máis | | | x |
| | Diabetes xestacional | | x | |
| | Sospeita de ETV (VIH, lues, rubéola , CMV, toxoplasma) | | | x |
| | Isoinmunización D | | | x |
| | Estática fetal anómala ás 37-38 | | | x |
| | Xestación de máis de 41 sem. | | | x |
| | Rotura prematura de membranas | | | x |
| | Metrorraxias do 1º trimestre | | x | |
| | Metrorraxias do 2º- 3º trimestre | | | x |
| | Útero miomatoso | | individualizar | |
| | Anemia severa (Hb <9) | | | x |
| | Colestasis intrahepática | | 2º nivel dende o diagnóstico | |
| | Outros procesos médicos asociados | | individualizar | |
| | Exposición a teratóxenos (medicamentos, tóxicos ambientais/ ocupacionais, radiacións) | individualizar | | 1º trimestre |
| Xestación con DIU | 2º e 3º trimestre | | 1º trimestre | |

¹ **Individualizar:** quedará a criterio do profesional responsable da usuaria, se a deriva e o momento da derivación en función da patoloxía, da severidade, dela evolución e da necesidade de asistencia multidisciplinar.

ANEXO 4: MANOBRAS DE LEOPOLD

- Valoran a presentación e posición fetal.
- A paciente estará co abdome espido, deitada nunha superficie firme e dura, e preferiblemente coa vexiga baleira.
- Durante as primeiras tres manobras o médico debe estar ao lado dereito, mirando cara á cara da paciente.

- 1ª Manobra:

- Identificación do fondo uterino, pálpase suavemente coas dúas mans a superficie deste, para determinar que polo se encontra nel, (as nádegas son unha superficie nodular e branda e a cabeza é dura e redonda e pelotea).

- 2ª Manobra:

- Con ambas mans estendidas a ambos lados do abdome trátase de identificar onde se encontra o dorso fetal, (superficie será plana fronte múltiples nódulos, que son partes pequenas fetais). Se cada man palpa un polo fetal encontrámonos ante unha situación transversa.

- 3ª Manobra:

- Palpación entre o polgar e os outros dedos da man do polo fetal situado sobre o pube. Se este polo é duro e pelotea será a cabeza. Un polo brando, irregular e sen peloteo serán as nádegas. Non poderá realizarse o peloteo se esta está encaixada.

- 4ª Manobra:

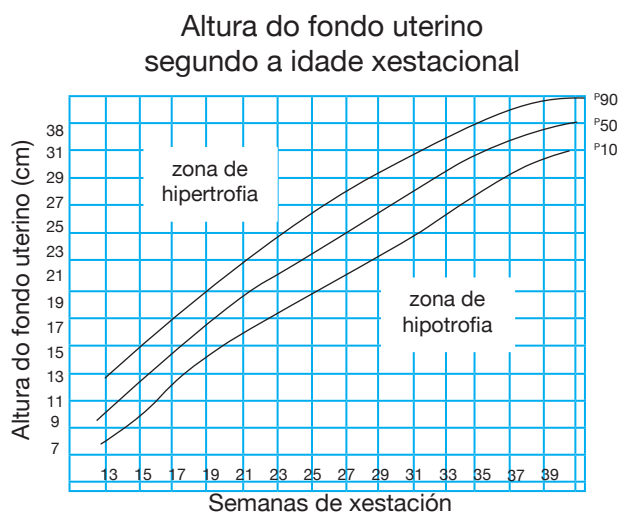
- Mirando cara aos pés da paciente, deslízanse as palmas das mans polos flancos da paciente e trátase de introducilas na pelve ósea: valora a flexión –deflexión da cabeza (pouco valor clínico fóra do traballo de parto).

ANEXO 5: MEDICIÓN DA ALTURA DO FONDO UTERINO

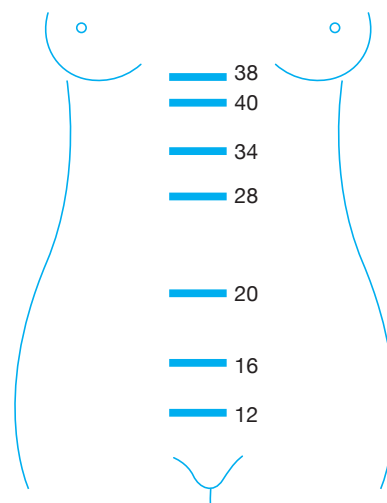
Técnica:

A altura do fondo uterino é a distancia que separa a sínfise do pube do fondo do útero, debe medirse e anotarse en cada consulta dende as 20 ás 36 semanas. Coa muller en decúbito supino, aplícase un dos extremos da cinta métrica sobre o borde superior da sínfise do pube na liña mediana e fíxase co dedo polgar. Esténdese a cinta métrica sobre a liña media e remóntase a man, esvarando o seu borde cubital ao longo da cinta ata o punto no que desaparece a resistencia do útero subxacente; a cifra que aparece debaixo do borde cubital da man é a altura do fondo do útero.

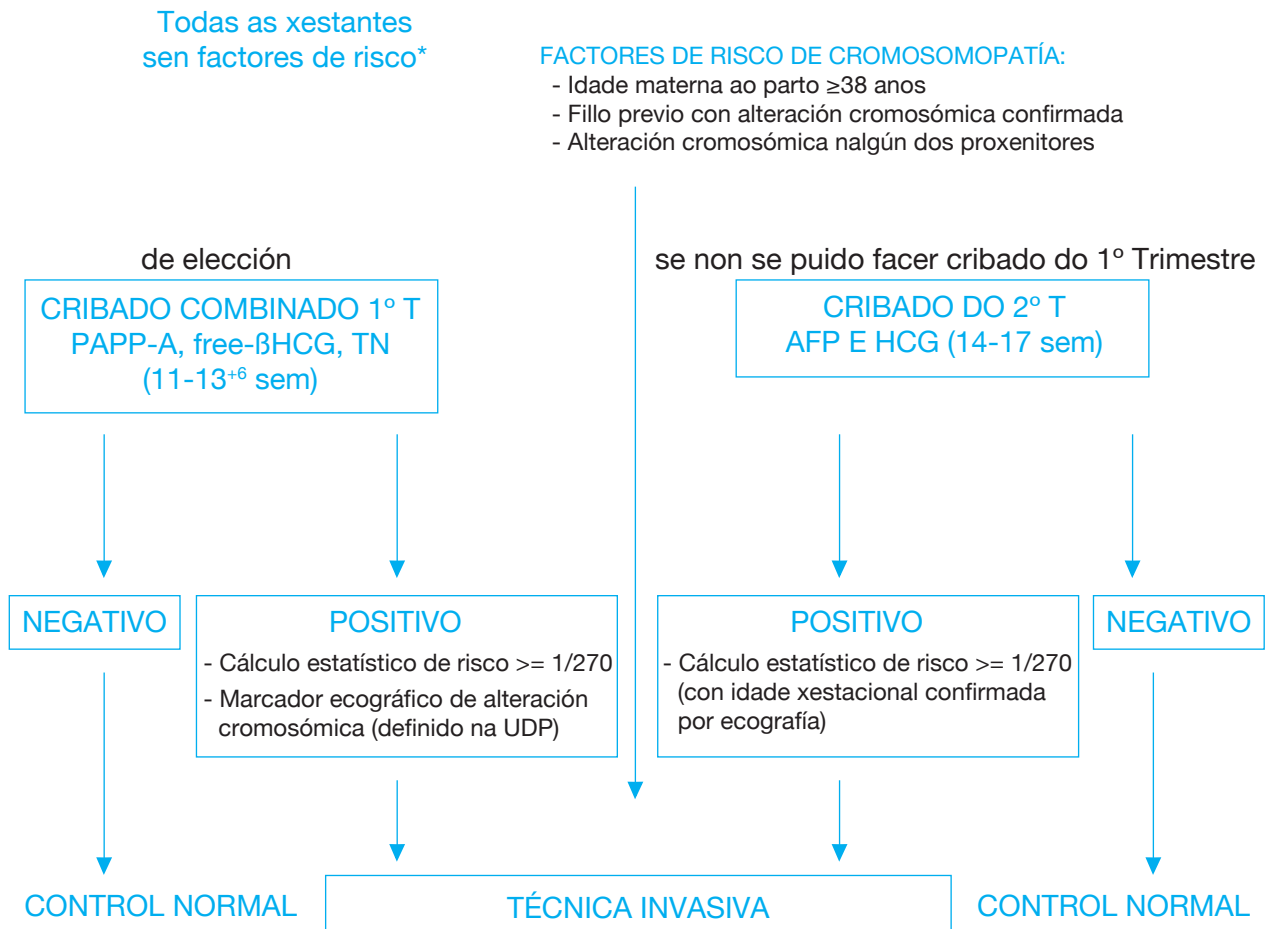
O ritmo de crecemento da altura do fondo uterino ata a 36ª SG é duns 4cm/mes. (NE I, rec B para control de crecemento fetal entre as 20-36 semanas).



Fonte: Fescina, R.N. y Cols; Clap; 1990



ANEXO 6: CRIBADO DE ALTERACIÓNS CROMOSÓMICAS FETAIS



*Pódese realizar o cribado en mulleres con FR que dubidan da realización da técnica invasiva, para coñecer o risco previo

ANEXO 7: TÉCNICA DE TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL

Técnica:

A embarazada estará sentada, ou en decúbito lateral esquerdo, con manguito adecuado á circunferencia do seu brazo e tras repouso de 15 - 20 minutos. Valorarase aumento sobre cifras ao inicio da xestación de 30 milímetros de mercurio a sistólica ou 15 mm Hg a diastólica. Se descoñecemos a presión arterial inicial deberemos considerala anormal cando a presión arterial se encontra maior ou igual de 140 mm Hg a sistólica ou 90 mm Hg a diastólica.

ANEXO 8: TÁBOA DE ANALÍTICAS, PROBAS E INMUNIZACIÓNS NA XESTACIÓN

| Proba | 1º trimestre | rec | 2º trimestre | rec | 3º trimestre | rec |
|--|---|-----|--|--|---------------------|--------------------|
| Hemograma [1] e [2] | si | B | si | A | si | |
| Glicemia [3] | si | | ----- | | ----- | |
| Estudo de coagulación | | | | | si | |
| Grupo ABO e Rh | si | B | ----- | | ----- | |
| Coombs indirecto | si | A | se necesario [4] | B | se necesario [4] | B |
| Sedimento de urina | si | | si | | si | |
| Urocultivo[5] | si entre 12-16 sem | | A | | | |
| Test de O'Sullivan[6] | si FR [7] | | si, entre 24-28 sem (excepto < 25 anos sen FR) | C | | |
| TSOG (100 g.) [8] | se necesario | | se necesario | | se necesario | |
| Rubéola (IgG) | se necesario [9] | B | | | | |
| Lúes (RPR / VRDL) | si | A | se necesario [10] | | se necesario [10] | |
| Toxoplasmose | si [11] | | se non inmunidade | | se non inmunidade | |
| Hepatite B | se factores de risco [12] | | | si | | A |
| Varicela | se non a pasou ou descoñece inmunidade | B | | | | |
| HIV [13] | si, a todas previo CI oral | A | se FR | | se FR | |
| Cribado de cancro cervical [14] | se é necesario, cando corresponda | | | | | |
| Cribado alteracións cromosómicas [15] | PAPP-A e b-HCG (con eco do 1º trimestre a 10-13 sem) | B | AFP e b-HCG (14 a 17 sem) | B | | |
| Amniocentese se FR (16) | entre as 15-17 sem | | | | | |
| Ecografías (semanas) | 11-13+6 (con TN) | A | 19-21 | A | 32-34 sen evidencia | |
| Cultivo SGB [17] | | | | | se (35-37 sem) | C |
| Inmunoglobulina anti-D. | | | | 28 -30 semanas (mellor 28) en mulleres Rh negativas non sensibilizadas | | |
| Vacina antigripal | | | | En campaña de vacinas (evitar 1º trimestre) | | |
| Vacina antitetánica | | | | Vacinar / actualizar arredor das 28 semanas | | |
| Profilaxe de DTN con ácido fólico (18) | ata as 12 sem | A | se precisa | | se precisa | |
| Profilaxe con iodo | 200 mg diarios e sal iodado (NE I-III, segundo iododeficiencia da área) | | | | | |
| Test non estresante | | | | | | Opcional (> 40 SG) |

Rec: recomendación; FR: factores de risco; CI: consentimento informado ; TN: translucencia nual; NE: nivel de evidencia

- Solicitar Hb, Hto, VCM, HCM, CHCM, leucocitos e fórmula e plaquetas.
- Tratamento con ferro (REC. A): se Hb<11 gr./dl e Hto<33%.
- Non existe indicación para facer analítica de embarazo en xaxún salvo que se necesite glicemia basal. En poboación sa podería obviarse, a glicemia basal podería ser de utilidade en casos moi concretos (ante a imposibilidade de facer o test de O'Sullivan).
- Só en pacientes Rh negativas e coombs indirecto previo negativo (REC. B).
- Urocultivo preferentemente entre as 12-16 semanas para despistaxe de bacteriuria asintomática. Moi importante instrucións de recollida. Se é negativo, non é preciso repetir. Se é positivo, realizar antibiograma e tratamento, urocultivo control aos 7-14 días despois de acabado o tratamento.
- Pódese realizar a calquera hora xa que non é necesario estar en xaxún. Administraranse 50 gr. de glicosa e aos 60 minutos realizarase a extracción de sangue. Non se necesita glicemia basal: son probas mutuamente excluíntes. Consideraranse patolóxicos valores iguais ou superiores a 140 mg/dl.
- Considéranse factores de risco para diabetes xestacional: idade maior de 35 anos, antecedentes en familiares de primeiro grao de diabetes, IMC≥30, glicemia basal entre 100-125, diabetes xestacional previa, macrosomía fetal previa ou malos antecedentes obstétricos.
- Tras xaxún de 12 horas e 3 días de dieta normocalórica con achega mínima de 150-200 gr. de carbohidratos. A paciente debe estar en repouso e sen fumar as tres horas que dura a proba. Realízanse determinacións de glicemia (en plasma venoso) basal, á hora, ás dúas horas e ás tres horas. Realízase o diagnóstico de diabetes xestacional se dous ou máis valores son iguais ou superiores a: 105 (0), 190 (60), 165 (120), 145 (180) mg/dl. Se só un valor da curva iguala ou supera o normal, etiquetárase de intolerancia á glicosa e repetirase a proba en 3 - 4 semanas. Se a curva é intolerante no 3º trimestre, pódese prescribir dieta e exercicio. Se se diagnostica unha diabetes xestacional remitirase a paciente a atención especializada.
- Realizar a todas as pacientes se se descoñece a inmunidade ou se é negativa. Se non existe inmunidade recomendarase vacinación posparto.
- Se é negativo e hai factores de risco (prostitutas, síndromes de inmunosupresión, toxicomanías, presenza doutras ITS, contacto con persoas con sífilis activa).
- O ideal é ter unha IgG previa á xestación. Solicitalo a todas as pacientes no 1º trimestre se inmunidade descoñecida ou non inmunes. Se negativo repetir en 2º e 3º trimestre.
- Practicaráselles a todas as pacientes, sen antecedente de vacinación, no 3º trimestre co obxectivo de previr a transmisión vertical ao acabado de nacer. Recoméndase no 1º trimestre se existen factores de risco (exposición laboral, convivente/parella portador, ADVP, pacientes e traballadores de institucións de enfermidades mentais, reclusas e persoal de institucións penitenciarias, receptores de transfusións ou hemoderivados de forma repetida viaxe a zona endémica), aínda que non existen medidas terapéuticas.
- O obxectivo é o diagnóstico precoz para poder tratar a nai e previr a transmisión vertical (REC. A). É imprescindible que a embarazada dea o seu consentimento (é suficiente un consentimento oral). Repetir a seroloxía ao longo do embarazo ante a presenza doutras ETS, ADVP, antecedentes de transfusión, relacións sexuais con portador, bisexual ou ADVP e prostitución.
- Segundo os protocolos de cribado de cancro de cérvix da comunidade.
- Cribado de alteracións cromosómicas: a todas as menores de 38 anos no momento do parto e sen outros factores de risco de alteración cromosómica (ver 16). E de elección o do primeiro trimestre combinado coa TN ecográfica. Só se fará o do 2º trimestre se non se puido facer no primeiro.
- Factores de risco de cromosomopatía fetal (indicacións de amniocentese):
 - Idade materna ≥ 38 anos no momento do parto
 - Algún dos proxenitores portador de alteración cromosómica
 - Antecedente de feto / fillo con alteración cromosómica
 - Cribado en 1º ao 2º trimestre con risco ≥1/270
 - Marcador ecográfico de alteración cromosómica (definido dende as Unidades de D.Prenatal)
- Realízase toma única vaxino-rectal a todas as xestantes entre as 35-37 semanas de xestación (excepto se tiña bacteriuria por SGB nesta xestación ou RN previo con sepsis neonatal por SGB. A toma realízase sen espéculo, antes da exploración (introdúcese en terço externo de vaxina e posteriormente rectal co mesmo hisopo). Gárdase en tubo con medio de cultivo.
- Administración de ácido fólico ata as 12 semanas:
 - Mulleres de baixo risco (sen antecedentes de xestación con DTN): 0,4 a 0,8 mg diarios
 - Mulleres de alto risco (antecedentes de xestación con DTN, hiponutrición): 4 mg/día

FOLLA PARA ANOTACIÓNS:

FOLLA PARA ANOTACIÓNS:

Servizo Galego
de Saúde

División de
Asistencia Sanitaria
Guías, procesos,
protocolos



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE