**PRIMERA CONSULTA DE CAPTACION DE EMBARAZADA**

LA CAPTACION DE GESTANTE SE DEBE HACER EN HORARIO QUE NO COINCIDA CON EL HORARIO DE MAYOR CARGA ASISTENCIAL DEL DIA, O SEA PREFERIBLEMENTE DEBE SER EN LA SECCION DE LA TARDE, EN PRIVADO CON LA GESTANTE, SU PAREJA Y LA ENFERMERA DEL CONSULTORIO. RECORDAR QUE LA CONCEPCION ES RESULTADO DE LOS DOS MIEMBROS DE LA PAREJA Y DEBIERAN ESTAR PRESENTES Y LLENAR LA DOCUMENTACION SIGUIENTE:

1. HISTORIA CLINICA DE EMBARAZADA, O TARJETON
2. LLENAR EL CARNÉ OBSTETRICO AMBULATORIO COMPLETAMENTE CON LA MISMA INFORMACION DEL TARJETON DEL CONSULTORIO Y ADJUNTAR LIBRETA SI ES PRECISO PARA TENER LA MAYOR INFORMACION DE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO.
3. LA CAPTACION DE LA EMBARAZADA SE INFORMA EN HOJA DE CARGO PONIENDO CAPTACION DE GESTANTES DE X SEMANAS, NOMBRE, EDAD, VALORACION NUTRICIONAL, MORBILIDAD DE MAYOR IMPORTANCIA Y RIESGOS.

AQUÍ MUESTRO EJEMPLO DE LOS ACAPITES QUE INCLUYE LA PRIMERA CONSULTA DE GESTANTE:

SE DEBE ENCABEZAR ASI: SE TRATA DE GESTANTE X CON X AÑOS DE EDAD Y AMENORREA DE X SEMANAS Y SINTOMAS Y SIGNOS COMPATIBLES CON GESTACION, QUE ACUDE PARA ATENDERSE EL EMBARAZO PLANIFICADO O NO POR LA PAREJA, DESEADO O NO POR LA PAREJA, QUE CONSTITUIA O NO RIESGO PRECONCEPCIONAL, Y QUE TOMABA O NO ACIDO FOLICO PREVIAMENTE. Debe comentar si la gestante llega refiriendo vómitos, astenia, náuseas, y si es así incluirlo en diagnostico final junto con el diagnostico de embarazo.

DATOS QUE DEBE INCLUIR: Fecha: Medico a cargo, Área de salud, CMF, Nombre y apellidos,CI, Edad, Dirección x CI, Teléfono, Dirección de tránsito, Escolaridad: Ocupación, nombre de pareja , su CI, Índice de hacinamiento: # de dormitorios, # de convivientes, Hábitos tóxicos, Alergias, Transfusiones, Radiaciones, Operaciones,APF, APP, Historia obstétrica: menarquia, Embarazos :Partos :Abortos : Prov O Espont, Cesáreas Y Razón,AP de tumores obstétricos, patología de cuello, pre eclampsia, bajo peso fetal o materno o RR O ARO previo, Menstruación: Regular o Irregular, Formula menstrual, uso de anticonceptivos, Captación a las x semanas, Fecha Ultima menstruación : Fecha Probable Parto , Citología (ultima toma de muestra)/fecha y Resultado, Vacunación:(toxoide tetánico): 1 ra dosis, 2 da dosis y Reactivación si la lleva. EXAMEN FISICO: PIEL: TEMPERATURA, COLORACION, MUCOSAS HUMEDAS Y COLOREADAS,BOCA: DENTADURA, CUELLO: TIROIDES NI VISIBLE NI PALPABLE, A. RESPIRATORIO: MV, FR. NO ESTERTORES, a CVS: FC,TA, TAM: , RUIDOS CARDIACOS RITMICOS o no , ABDOMEN: DEPRESIBLE, NO VISCEROMEGALIA, NO DOLOROSO A LA PALPACION, PESO, TALLA, IMC: GINECOLOGICO **:** Inspección de los genitales externos: labios mayores y menores, , incluyendo las glándulas de Bartolini, se deben buscar secreciones o edemas locales, condilomatosis o ulceras. Examen de vagina y cuello uterino con espéculo buscando eritema y secreciones de la vagina: normal o patológica, humedad, amplitud o estrechez. Cuello cerrado o abierto. A la inspección de utero y localización de utero: posterior , retroverso o lateralizado derecha o izquierda. Después de retirar el espéculo se hace un tacto bimanual buscando tamaño, consistencia, movilidad del útero, así como de los anejos. Explora mediante tacto la consistencia que en embarazo debe ser consistencia media, Buscar longitud del cuello en cms y características del agujero cervical, así como lesiones o defectos por partos o inflamaciones anteriores. (ectopias, huevos de nabot, etc), Si decide no realizar tacto por molestias de la paciente y ya tiene confirmación de embarazo por US o test embarazo debe aclararlo en la HC para que no parezca omisión u olvido. Anejos: no deben ser tactables ni palpables. Mamas: tipo de mama (pendulares o pequeñas) nódulos o no, tejido fibroquistico o no, sensibilidad o no, aumento de volumen, adenopatías axilares o no, región areolar y pezón normal o invertido o plano u umbilicado. Aptas para lactancia o no.

**Obstétrico:**Medir la altura uterina si EG de 14 semanas.**,** Medir la circunferencia abdominal a partir de

las 18 semanas, foco fetal a partir de las 28 con estetoscopio de Pinard.

**Maniobras de Leopold** en caso en que la captación se realice en etapa muy avanzada del embarazo. Presentación, Posición, Situación fetal, altura de la presentación y auscultación del foco fetal (normal entre 120 y 160 latidos \* min), se ausculta más fácilmente en la región del dorso fetal a la altura del hombro del feto.

Miembros inferiores (Varices y edema), Neurológico: ubicada en tiempo, espacio y persona.

Habiendo terminado el examen físico poner todos los diagnósticos y aparte los riesgos identificados, ejemplo: ID: gestación de 8 semanas, síndrome emético, candidiasis vaginal, Obesa.

Riesgos: Enfermedad hipertensiva del embarazo por APF y HTA y obesidad, Riesgo de DM gestacional por APF de DM y obesidad, etc.

Conducta e indicaciones: en adjunto pongo todos los consejos relacionados con los cuidados en el embarazo. Pero en la captación indico:

\_Realizar complementarios de la captación:

Hb y Hto, orina, glicemia, electroforesis de Hb, serología primer trimestre de la gestante y esposo, antígena superficie de gestante y esposo, hiv de gestante y esposo, grupo sanguíneo, exudado vaginal, heces fecales.

-Remitida a consulta multidisciplinaria en 15 días con obstetra, genética, nutrición, asistente social, clínico, psicólogo, fisiatra, estomatólogo.

\_ Asistir a las consultas desde las primeras semanas a las consultas programadas siempre llevando su historia personal o tarjetón: Genética, Nutrición, Estomatología, Medicina Interna (clínico), Psicología, Oftalmología, Asistente social.

\_ Educación sanitaria que relacionada con hábitos alimenticios debe ser balanceada y completa, uso de calzado y ropa cómodos, relaciones sexuales con protección, restricción de viajes largos y/o en avión en ultimo trimestre, reposo en decúbito lateral izquierdo, no fumar ni alcohol ni drogas, asistir al estomatólogo, promoción de lactancia materna, evitar estrés, conocer patrón contráctil, si signos o síntomas de parto de alarma de aborto o parto pretermito acudir al médico, promoción sobre Arbovirosis (ver anexos de orientaciones a gestantes)

**EVALUACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO**: Usted como médico está capacitado para clasificar el

riesgo obstétrico en su primera consulta y aunque el obstetra lo cambie en la evaluación después de

encontrar resultados de exámenes u otra información que justifique el cambio de clasificación.

Bajo riesgo, alto riesgo, riesgo relevante. BRO, ARO, RR

Bajo riesgo puede consultarlo cada 15 días, alto riesgo semanal y riesgo relevante diariamente en terreno hacer

Seguimiento por escrito en historia clínica y resumen el último día de la semana.

GESTANTES FUERA DE AREA: SI LA GESTANTE ESTA FUERA DE AREA, SE DEBE ENTREGAR

CON CARTA DE REPARO Y MANTENER COMUNICACIÓN FRECUENTE CON EL MEDICO DE ASISTENCIA DE ESA AREA. EL MEDICO NUESTRO DEBE ABRIR HISTORIA CLINICA EN EL CONSULTORIO Y ESCRIBIR LO REFERIDO POR EL MEDICO DE OTRA AREA, SABIENDO QUE CUANDO HAY BAJO PESO O COMPLICACION MATERNA ESTE DEBE CONOCER CON DETALLES LA SITUACION Y LA EVOLUCION DE DICHA GESTANTE PUES LOS INDICADORES SON DE NUESTRA AREA DE SALUD Y LA DISCUSION SERÁ EN BASE A LA INFORMACION SUMINISTRADA POR EL MEDICO QUE LA ATENDIÓ EN LA OTRA AREA.