

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL EMBARAZO Y PUERPERIO



GOBIERNO
de
CANTABRIA
CONSEJERÍA DE SANIDAD



SERVICIO
CANTABRO
DE SALUD
SCS

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL EMBARAZO Y PUERPERIO

1.ª Edición: 2007

Actualización: 2017

EDITA

Servicio Cántabro de Salud

Consejería de Sanidad

Gobierno de Cantabria

ISBN 978-84-697-8202-6

DEPÓSITO LEGAL 845/2017

10/997 Imprenta Regional de Cantabria

GRUPO DE TRABAJO:

Juan Manuel Odriozola Feu (Ginecólogo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla)
Charo Quintana Pantaleón (Ginecóloga. Hospital Sierrallana)
Margarita Lavín Maza (Ginecóloga. Hospital de Laredo)
Yolanda Martín Seco (Matrona Atención Primaria. Área de Salud Laredo)
Ana Cristina Temprano Marañón (Matrona Atención Primaria. Área de Salud Torrelavega)
Carmen Royano Rasines (Matrona Atención Primaria. Área de Salud Santander)
M.ª Ángeles Plaza García (Médica de Familia Atención Primaria. Área de Salud Torrelavega)
Elena Bustamante Estébanez (Médica de Familia Atención Primaria. Área de Salud Santander)
Mar Sánchez Movellán (Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad)
Susana Fernández Iglesias (Subdirección de Asistencia Sanitaria. Servicio Cántabro de Salud)

COLABORACIONES:

José Miguel Armona Aquerreta. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad
Begoña Loidi Fernández-Troconiz. Genética. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Teresa Martínez Merino. Genética. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
José Iñigo Romón Alonso. Hematología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Miguel Ángel Cortés Vázquez. Hematología. Hospital de Laredo
José Carlos Garrido Gómez. Análisis Clínicos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Romina García Sardina. Análisis Clínicos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
David Ruiz Ochoa. Endocrinología. Hospital Sierrallana
Coral Montalbán Carrasco. Endocrinología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Luis Vázquez Salví. Endocrinología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Asunción Rodríguez Feijoo. Microbiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Ana Sáez López. Microbiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Inés de Benito Población. Microbiología. Hospital Sierrallana

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVOS	9
POBLACIÓN OBJETIVO	9
ACTUACIONES DE CADA NIVEL ASISTENCIAL	10
ATENCIÓN PREVIA AL EMBARAZO: CONSULTA PRECONCEPCIONAL	11
ATENCIÓN AL EMBARAZO	21
CRONOGRAMA DE LAS VISITAS PRENATALES	23
CONTENIDO DE LAS VISITAS PRENATALES	24
PRIMERA VISITA PRENATAL	25
Historia clínica	26
Exploración física	28
Exploración gineco-obstétrica	29
Despistaje de riesgo gestacional	29
Revisión odontológica	47
Recomendaciones sobre suplementos	48
Cumplimentación de la Historia Clínica/Entrega de Cartilla de Salud del Embarazo o Informe Clínico	50
Promoción de la salud y educación sanitaria	50
VISITAS PRENATALES SUCESIVAS	53
Actuaciones básicas de una visita prenatal	56
Exámenes complementarios	61
Actividades de prevención	64
Cumplimentación de la Historia Clínica/Cartilla de Salud del Embarazo o del Informe de seguimiento	67
Promoción de la salud y educación sanitaria	67
VISITAS PRENATALES DE LAS 40-42 SEMANAS	71
VALORACIÓN DEL RIESGO GESTACIONAL Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN	75
ATENCIÓN PUERPERAL	79
COORDINACIÓN PUERPERAL AL ALTA HOSPITALARIA	81
ATENCIÓN PUERPERAL TRAS EL ALTA HOSPITALARIA	81
Primera visita puerperal	81
Segunda visita puerperal	87
Grupos postparto en Atención Primaria	90
EVALUACIÓN	91
ANEXOS	97
ALGORITMOS	119
BIBLIOGRAFÍA	133

INTRODUCCIÓN

Los cuidados de salud durante el embarazo, parto y nacimiento son temas de especial relevancia para los servicios sanitarios, por el impacto que tienen en nuestra sociedad. La evidencia científica disponible muestra que existe una clara relación entre la calidad de la atención prenatal prestada a las mujeres embarazadas de una comunidad y la salud materna y perinatal en términos de mortalidad materna, mortalidad perinatal, bajo peso al nacer y prematuridad. Aspectos como la satisfacción de las mujeres con la atención recibida, el impacto en su salud física y psíquica, la preparación para la maternidad y paternidad, la toma de decisiones sobre la lactancia y la vinculación con su hijo o hija no han sido todavía suficientemente estudiados.

Aunque el embarazo es un proceso fisiológico que generalmente evoluciona satisfactoriamente, es fundamental identificar de manera precoz a las mujeres que presentan riesgos específicos o complicaciones y que precisan una asistencia especial. En la actualidad Cantabria, como el resto de nuestro país, se enfrenta a cambios importantes en el perfil de riesgo de las mujeres embarazadas y puérperas. Nuestra Comunidad presenta un aumento progresivo de la edad de las gestantes, de tal forma que, según datos del INE, en 2015 el 41% tenían 35 años o más en el momento del parto. La obesidad y el sobrepeso que está aumentando de forma importante en la población española, afecta cada vez a un mayor número de embarazos. También se están incrementando las gestaciones que han necesitado técnicas de reproducción asistida, los embarazos múltiples, los embarazos en mujeres con enfermedades crónicas y las mujeres gestantes con cesáreas anteriores. Finalmente, la atención a la diversidad cultural de mujeres procedentes de diversos países o a mujeres en situación de vulnerabilidad social añade complejidad a todos estos factores de riesgo.

Clásicamente, la vigilancia del embarazo y puerperio se ha considerado una herramienta para reducir la morbi-mortalidad materno-perinatal relacionada con el hecho reproductivo. Hoy, además, pretende ayudar a las mujeres gestantes y puérperas y a sus parejas a afrontar con mayor información y preparación estas etapas vitales que plantean singulares retos biológicos, emocionales y sociales.

En los casos en que no existen riesgos biológicos ni psicosociales, la atención prestada durante esta etapa debe estar orientada fundamentalmente a la promoción de la salud, la prevención de las complicaciones y la educación sanitaria.

La atención prenatal y postnatal de calidad requiere también de una estrecha coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria, ya que se desarrolla a lo largo de un período prolongado en el tiempo, en distintos ambientes y con la intervención de muchos profesionales de diferentes perfiles.

La atención que presta el Servicio Cántabro de Salud (SCS) durante esta etapa ha estado recogida en el *Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio* de 2007, pero para su adaptación a los nuevos conocimientos se ha procedido a su actualización y a su adecuación a las recomendaciones de la *Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio 2014* del *Sistema Nacional de Salud*. Así, todas las actividades, procedimientos y prácticas que se recogen en este nuevo Protocolo se ajustan a la mejor evidencia disponible en la actualidad.

Este *Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio 2017*, incorpora como novedad la inclusión de la Consulta Preconcepcional como importante estrategia para incrementar las posibilidades de un resultado perinatal favorable, así como mejoras en las estrategias del cribado de anomalías cromosómicas y la identificación precoz de los factores de riesgo que pueden conllevar importantes complicaciones en el embarazo (preeclampsia, parto pretérmino, diabetes gestacional, enfermedad tromboembólica, enfermedades infecciosas, depresión, etc). Este nuevo Protocolo establece, por tanto, la atención que de manera coordinada ofrece el SCS en los diferentes niveles asistenciales a todas las parejas que planifican un embarazo, a las mujeres gestantes y puérperas.

OBJETIVOS

Objetivos Generales

- Contribuir al desarrollo de una maternidad/paternidad deseada y responsable.
- Aumentar el nivel de salud de las mujeres gestantes, puérperas y recién nacidos/as.
- Reducir las cifras actuales de morbilidad perinatal y materna.
- Promover la lactancia materna.

Objetivos Específicos

- Gestantes que han realizado consulta preconcepcional: $\geq 60\%$.
- Gestantes que han iniciado el control de embarazo antes de las 12 semanas: $\geq 90\%$.
- Gestantes que inician suplementación con ácido fólico antes de las 8 semanas: $\geq 90\%$.
- Gestantes que finalizan la suplementación con ácido fólico a las 12 semanas de gestación: $\geq 95\%$.
- Ofertar cribado prenatal de anomalías cromosómicas mediante test combinado a las gestantes con < 14 semanas: 100% .
- Gestantes a las que se realiza cribado prenatal de anomalías cromosómicas mediante test combinado: $\geq 95\%$.
- Gestantes a las que se realiza ecografía obstétrica para cribado de malformaciones entre 18-20 semanas: $\geq 95\%$.
- Gestantes a las que se realiza cribado de maltrato de pareja/expareja: $\geq 75\%$.
- Gestantes en situación de vulnerabilidad social identificadas durante el control prenatal.
- Gestantes con cribado de diabetes gestacional entre 26-28 semanas: $\geq 95\%$.
- Gestantes a las que se ofrece vacuna de tos ferina entre las 27-36 semanas de gestación: $\geq 95\%$.
- Gestantes a las que se realiza cribado de depresión: $\geq 60\%$.
- Gestantes con parto a término a las que se ha realizado al menos 6 visitas prenatales: $\geq 90\%$.
- Gestantes y parejas a las que se ofrece el Programa de Preparación para la Maternidad y Paternidad: $\geq 95\%$.
- Recién nacidos que inician lactancia materna: $\geq 80\%$.
- Puérperas a las que se realizan al menos dos visitas postnatales: $> 95\%$.
- Puérperas a las que se realiza cribado de depresión: $> 75\%$.

POBLACIÓN OBJETIVO

- Mujer y su pareja, que estén planificando su embarazo.
- Mujer con diagnóstico de embarazo confirmado.
- Puérpera con alta hospitalaria.

Con cobertura sanitaria por el Servicio Cántabro de Salud.

ACTUACIONES DE CADA NIVEL ASISTENCIAL

Atención Primaria

- Atención previa al embarazo:
 - Consulta preconcepcional.
- Atención al embarazo:
 - Captación de la mujer embarazada.
 - Control del embarazo normal.
 - Detección del riesgo gestacional y derivación a Atención Hospitalaria si procede.
 - Programa de Preparación para la Maternidad y Paternidad.
- Atención al puerperio tras el alta hospitalaria:
 - Asistencia al puerperio (> 48 horas).

Atención Hospitalaria

- Atención previa al embarazo:
 - Atención y asesoramiento preconcepcional a las mujeres y parejas de riesgo.
- Atención al embarazo:
 - Captación del embarazo de alto riesgo.
 - Valoración y seguimiento del embarazo de riesgo.
 - Hospitalización de las gestantes con situaciones de riesgo.
 - Interconsultas de Atención Primaria.
 - Cribado prenatal de anomalías cromosómicas.
 - Cribado prenatal de malformaciones congénitas (ecografía 20 semana).
 - Controles ecográficos del tercer trimestre.
 - Otros controles ecográficos que fueran precisos.
 - Técnicas de diagnóstico prenatal invasivas.
 - Control del embarazo que supere las 40 semanas.
- Atención al parto y puerperio inmediato:
 - Asistencia al puerperio (< 48 horas) y puerperio complicado.

**ATENCIÓN PREVIA AL EMBARAZO
CONSULTA PRECONCEPCIONAL**



CONSULTA PRECONCEPCIONAL

Justificación

La consulta preconcepcional (CP) es una importante estrategia para la prevención de anomalías congénitas. Permite también reducir el impacto de diferentes factores de riesgo como la obesidad, la diabetes o la hipertensión, así como el ajuste de medicaciones y asesoramiento sobre el mejor momento para intentar el embarazo, en el caso de mujeres con problemas de salud.

Por ello, el consejo reproductivo durante el período preconcepcional constituye un aspecto importante dentro de la asistencia prenatal, ya que un porcentaje significativo de las mujeres embarazadas comienzan el cuidado prenatal después de haber pasado el período de mayor vulnerabilidad para el embrión (10 primeras semanas de gestación).

Objetivo

La CP tiene como finalidad la identificación de posibles riesgos psicosociales, ambientales y biomédicos, tanto en la mujer como en su pareja, que puedan ser abordados antes de la concepción, a través de una intervención y asesoramiento apropiado, con el fin de incrementar las posibilidades de un resultado perinatal favorable.

Población objetivo

Mujeres y sus parejas, que estén planificando su embarazo en el próximo año.

Captación para la consulta

La CP se podrá realizar a petición de la mujer o mediante una captación activa tanto dentro del ámbito de la Atención Primaria como Hospitalaria cuando la mujer consulte por otro motivo y comunique su deseo gestacional.

La CP está especialmente indicada en mujeres y parejas con antecedentes o situaciones que conllevan un riesgo reproductivo. Las mujeres que presentan enfermedades crónicas que puedan complicarse o repercutir sobre la gestación, deben ser asesoradas por el especialista responsable y remitidas a la CP. En estos casos se deberá realizar una oferta activa de esta consulta.

Nivel asistencial/Profesionales implicados

La CP se realizará tanto en el ámbito de Atención Primaria, y corresponde a estos profesionales (médicos/as de familia y matrona) su desarrollo, como en Atención Hospitalaria en aquellas parejas en las que se detecte un riesgo reproductivo.

Los casos que precisen una valoración a nivel hospitalario, se remitirán a la CP del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) (Área de Salud de Santander) y a las consultas de obstetricia del Hospital Sierrallana (Áreas de Salud de Torrelavega y Reinosa) y del Hospital de Laredo (Área de Salud de Laredo).

Contenido

La CP debe considerarse como la primera visita del embarazo y debería formar parte de la asistencia prenatal de todas las gestantes. Algunos de los estudios que se realizan en ella, no necesitan ser repetidos en la primera visita prenatal.

Las bases de la asistencia preconcepcional son:

- Evaluación del riesgo preconcepcional.
- Recomendaciones sobre hábitos de vida saludables.
- Recomendaciones sobre suplementación farmacológica.

1. EVALUACIÓN DEL RIESGO PRECONCEPCIONAL

1.1. Anamnesis

- **Edad de la mujer y su pareja**, es bien conocido el riesgo de la edad materna avanzada, pero cabe señalar que la edad paterna a partir de 40 años también conlleva un riesgo.
- **Historia social de la mujer y su pareja:**
 - Nivel socio-económico y cualificación de la mujer.
 - Tipo de trabajo y sus posibles riesgos (fatiga laboral, posturas inadecuadas, trabajo a turnos, exposición a tóxicos, etc).
 - Trabajo de cuidados (cuidado de hijos/as, personas enfermas o en situación de dependencia).
 - Pareja: Tipo de trabajo, riesgo laborales, corresponsabilidad en las tareas domésticas, etc.
 - Existencia de problemas psicosociales y situaciones de vulnerabilidad social.
 - Se investigará la posible existencia de malos tratos, por parte de su pareja o expareja.
- **Antecedentes familiares de la mujer y su pareja:**
 - Anomalías genéticas.
 - Defectos del cierre del tubo neural.
 - Otros: Fibrosis quística, distrofia muscular, hemofilia, etc.
- **Antecedentes personales de su pareja:**
 - Anomalías genéticas.
 - Enfermedades de interés.
 - Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
 - Consumo de tabaco.
 - Procedencia o estancia en países con riesgo de enfermedad por virus Zika.
- **Antecedentes personales de la mujer:**
 - Anomalías genéticas.
 - Estado inmunitario frente a rubéola, hepatitis B, varicela, tétanos y Toxoplasma.
 - Procedencia o estancia en países con riesgo de enfermedad de Chagas o virus Zika.

- Convivencia en el domicilio con bebés o niñas/os pequeños (riesgo de transmisión de rubéola, varicela, parvovirus, citomegalovirus).
- Enfermedades crónicas que puedan repercutir sobre el futuro embarazo:
 - Obesidad.
 - Diabetes Mellitus.
 - Hipertensión arterial.
 - Enfermedades tromboembólicas y trombofilias.
 - Talasemia menor, en cuyo caso se recomienda realizar un hemograma a la pareja para descartar la posibilidad de que también fuera portador. Si el volumen corpuscular medio fuera anómalo se realizara un estudio de las fracciones de hemoglobina, incluyendo la HbA2. Si se confirma que es portador se remitirá a genética ya que hay un riesgo del 25% de que el feto presente una β Talasemia mayor.
 - Epilepsia.
 - Trastornos tiroideos (Hipotiroidismo o hipertiroidismo).
 - Problemas de salud mental.
- Situaciones de diversidad funcional.
- Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- Consumo de tabaco.
- Exposición a teratógenos (fármacos, agentes ambientales, etc).
- Hábitos: actividad física, dieta/nutrición, etc.

— **Antecedentes ginecológicos y reproductivos:**

- Tipo menstrual, alteraciones menstruales, dismenorrea, dispareunia, etc.
- Abortos previos, indicando semanas de gestación en la que tuvo lugar, si fue espontáneo o provocado.
- Gestación ectópica y su tratamiento.
- Embarazos anteriores, indicando el año, evolución del embarazo, semanas de gestación en las que tuvo lugar el parto, tipo de parto (vaginal/cesárea), sexo y peso del recién nacido, anomalías existentes al nacimiento, tipo de lactancia y duración de la misma, complicaciones puerperales (mastitis, hemorragias, etc.) y morbimortalidad perinatal.
- Depresión en el embarazo y/o puerperio.
- Infertilidad.
- Preguntar por mutilación genital si procede de países con alta prevalencia (Guinea: 96%, Mali: 92%, Egipto: 91%, Gambia: 78%, Costa de Marfil: 42%, Senegal: 26%, Nigeria: 19%, Ghana: 4%, Camerún: 1%).

1.2. Exploración física

- Tensión arterial (TA).
- Peso, talla e índice de masa corporal (IMC).
- Otras exploraciones en función de los datos clínicos.

1.3. Pruebas complementarias

De estas pruebas se evitará la repetición de aquellas cuyos resultados ya son conocidos.

- Hemograma. Si Talasemia menor, solicitar ferritina para diagnóstico de anemia.
- Grupo sanguíneo y factor Rh, y estudio sensibilización.
- Glucemia.
- Hormona estimulante del tiroides (TSH) para descartar patología tiroidea (Algoritmo 1):
 - Si hipotiroidismo previamente conocido mantener TSH por debajo de 2,5 mUI/L.
 - Si diagnóstico actual de hipotiroidismo:
 - En caso de TSH >10 mU/L se instaurará tratamiento y se solicitarán anticuerpos anti-tiroideos.
 - Si TSH elevada con valores entre el umbral superior del ensayo de referencia del laboratorio y 10 mU/L, se solicitarán anticuerpos antitiroideos (anti-TPO y anti-TG). Si son positivos se instaurará tratamiento. Si son negativos, se repetirán hormonas tiroideas en primer trimestre del embarazo.
 - Ante dificultad de control del hipotiroidismo se recomienda derivar a Endocrinología.
 - Si resultados compatibles con hipertiroidismo derivar al servicio de Endocrinología.
 - Si la TSH es normal pero el embarazo se demora más de 12 meses se repetirá la determinación transcurrido ese tiempo.
- Serología:
 - Rubéola, en caso de que se desconozca si ha sido vacunada.
 - Se considera inmunizada a toda mujer bien vacunada aunque no se demuestre por serología o cuando se dispone de un test serológico previo positivo (IgG>10 UI/ml), en cuyo caso no tiene que recibir ninguna dosis de vacuna adicional ni demorar la gestación.
 - Las mujeres no vacunadas con resultados serológicos dudosos se consideran susceptibles, y por tanto se recomendará su vacunación.
 - Varicela, si se desconoce su estado inmunitario. En el caso de que sea seronegativa, se le ofrecerá la vacunación.
 - Toxoplasmosis, si se desconoce el estado inmunitario previo. Sólo se determinará IgG.
 - VIH (previo consentimiento informado explícito).
 - Sífilis.
 - Hepatitis B (AgHbs), si es positivo se iniciará el estudio correspondiente. En mujeres de riesgo que no saben si están inmunizadas se solicitará además AchHbs y AchHbc. Si se comprueba ausencia de inmunidad se recomendará la vacunación.
 - Hepatitis C, sólo se solicitará en mujeres de riesgo.
- Citología cervical según protocolo (Si tiene ≥ 25 años y no se ha realizado en los últimos 3 años).

1.4. Actuaciones en función de los riesgos identificados

- **No existe riesgo preconcepcional:**
 - Informaremos a la mujer y a su pareja de ello.
 - Sugeriremos recomendaciones sobre hábitos de vida saludables.
 - Sugeriremos recomendaciones sobre suplementación farmacológica con ácido fólico.
 - Se orientará sobre la forma de suspender o retirar el método anticonceptivo habitual y cómo contactar con su médico/a y matrona cuando se quede embarazada.

- **Existen situaciones que aconsejan su resolución en Atención Primaria:**
 - Informaremos a la mujer y a su pareja que se aconseja la resolución de los problemas detectados, antes de intentar un embarazo.
 - Sugeriremos recomendaciones sobre hábitos de vida saludables.

- **Existe riesgo preconcepcional que requiere la valoración por Atención Hospitalaria:**
 - Informaremos a la mujer y a su pareja que antes del embarazo es aconsejable abordar los problemas detectados.
 - Sugeriremos recomendaciones sobre hábitos de vida saludables.
 - Se remitirá y/o consultará al servicio correspondiente o CP de Atención Hospitalaria, cuando se identifique alguna de las situaciones de riesgo contempladas en Tabla I.

**TABLA I - CONSULTA PRECONCEPCIONAL:
MOTIVOS DE DERIVACIÓN Y/O CONSULTA A ATENCIÓN HOSPITALARIA**

Riesgo reproductivo identificado	HUMV	H. Sierrallana	H. Laredo
Antecedentes familiares de la mujer y/o familiares de su pareja			
Anomalías cromosómicas	Genética HUMV	Genética HUMV	Genética HUMV
Enfermedades de transmisión genética	Genética HUMV	Genética HUMV	Genética HUMV
Antecedentes personales de su pareja			
Anomalías cromosómicas	Genética HUMV	Genética HUMV	Genética HUMV
Enfermedades de transmisión genética	Genética HUMV	Genética HUMV	Genética HUMV
Antecedentes personales enfermedades congénitas			
Anomalías cromosómicas	Genética HUMV	Genética HUMV	Genética HUMV
Enfermedades de transmisión genética	Genética HUMV	Genética HUMV	Genética HUMV
Antecedentes reproductivos			
Muerte fetal de causa no establecida	Obstetricia CP	Obstetricia	Obstetricia
Abortos de repetición (3 o más pérdidas reproductivas)	Obstetricia CP	Obstetricia	Obstetricia
Parto pretérmino (< 35 semanas)	Obstetricia CP	Obstetricia	Obstetricia
Estados hipertensivos del embarazo	Obstetricia CP	Obstetricia	Obstetricia
Enfermedades crónicas			
Obesidad mórbida (Clase III)	Obstetricia CP	Endocrinología	Endocrinología HUMV
Diabetes mellitus Tipo 1	Obstetricia CP	Endocrinología	Endocrinología HUMV
Diabetes tipo 2 con niveles de Hb glicosilada >8%	Obstetricia CP	Endocrinología	Endocrinología HUMV
Hipertiroidismo (con o sin tratamiento), para asegurar que la función tiroidea esté normal, en los casos en que Atención Primaria considere necesarios	Obstetricia CP	Endocrinología	Endocrinología HUMV
Epilepsia en tratamiento farmacológico, por si fuera conveniente modificarlo o suspenderlo antes del embarazo	Obstetricia CP	Neurología	Neurología
Hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, para revisión y ajuste de medicación antihipertensiva, en los casos en que Atención Primaria considere necesario	Obstetricia CP	M. Interna	Obstetricia
Enfermedad tromboembólica	Obstetricia CP	M. Interna	Hematología
Trombofilias	Obstetricia CP	Hematología	Hematología
Trastornos de salud mental en los casos en que Atención Primaria considere necesarios	Obstetricia CP	Salud Mental	Salud Mental

CP: Consulta Preconcepcional HUMV.

2. RECOMENDACIONES SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

- Si consumo de alcohol, se sugiere recomendar el abandono del consumo y proponer intervenciones de deshabitación.
El alcohol durante el embarazo es teratógeno y un potente neurotóxico para el feto. El período de embriogénesis temprana es extremadamente sensible a sus efectos.
La única opción segura durante la etapa preconcepcional es no consumir alcohol ninguno de los dos miembros de la pareja.
Si se detecta una adicción al alcohol se seguirán los criterios establecidos en el *Manual de abordaje del consumo de alcohol en Atención Primaria*.
- Si tabaquismo en la gestante o en su pareja, se sugiere recomendar el abandono del consumo y proponer intervenciones de deshabitación.
Reducir el consumo de cigarrillos/día durante el embarazo, aunque siempre debe ser apoyado, no consigue prevenir todos los riesgos para la salud de la mujer y del feto. El hecho de ser fumadora pasiva también supone riesgos ya que, el humo que surge de la combustión del cigarrillo contiene una concentración más alta de sustancias tóxicas que el humo aspirado por la propia persona fumadora.
Si resulta difícil abandonar la adicción tabáquica se seguirán los criterios establecidos en el *Manual de abordaje del tabaquismo en Atención Primaria*.
- Si consumo de drogas, se sugiere recomendar su abandono con intervenciones de deshabitación.
Se explorarán los riesgos psicosociales y se hará un abordaje con la colaboración del trabajador/a social del Centro de Salud y las Unidades Ambulatorias de Drogodependencias.
- Se darán recomendaciones sobre cómo evitar productos teratógenos en el hogar o en su actividad laboral.
- Se sugiere recomendar una dieta equilibrada de nutrientes.
- Se sugiere recomendar el consumo de sal yodada, sin exceder de 5 g. diarios (1 cucharadita pequeña de café).
- Se sugiere aconsejar sobre las medidas adecuadas para evitar la infección por *Toxoplasma gondii* (Anexo I), citomegalovirus (Anexo II), listeriosis (Anexo III).
- Se sugiere ofrecer información y consejo dietético así como la realización de actividad física a mujeres que presentan un índice de masa corporal $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ o $\leq 18 \text{ kg/m}^2$. En el caso de un IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ se recomendará intentar disminuir de peso al menos hasta alcanzar un IMC en el rango del sobrepeso 25-30 kg/m^2 . En los casos de obesidad mórbida (IMC 40 kg/m^2), se recomendará evitar la gestación e iniciar un estudio y tratamiento específico.
- Se sugiere recomendar la realización de ejercicio físico de manera habitual.
- En mujeres con cesárea anterior, se sugiere aconsejar que transcurra un mínimo de 18 meses hasta el siguiente parto para reducir el riesgo de rotura uterina.

3. RECOMENDACIONES SOBRE SUPLEMENTACIÓN FARMACOLÓGICA Y VACUNACIONES

- **Suplementación con ácido fólico para la prevención de defectos del cierre del tubo neural:**
 - Se sugiere la suplementación diaria con 0,4 mg de ácido fólico. La suplementación deberá comenzar al menos un mes antes de la concepción y finalizará a las 12 semanas (No debe prolongarse más allá de estas semanas).
 - En las mujeres con antecedentes personales de defectos del tubo neural, con un hijo/a con defecto del tubo neural, diabéticas, obesas o que están tomando anticonvulsivos, se recomienda la suplementación diaria con dosis de 5 mg de ácido fólico, durante el mismo período anterior.

- **Se sugiere NO administrar de manera sistemática una suplementación diaria con yodo a las mujeres que planifican su embarazo.**
 - Se realizarán recomendaciones dietéticas.

- **Se sugiere NO administrar de manera sistemática a las mujeres que planifican su embarazo una suplementación diaria con un preparado multivitamínico para evitar defectos del tubo neural.**
 - Se realizarán recomendaciones dietéticas.

- **Se recomendarán las siguientes vacunaciones a las mujeres que no presenten inmunidad frente a:**
 - **Tétanos**, si ausencia de vacunación o con vacunación incompleta.
 - **Hepatitis B.**
 - **Rubeola**, a menos que conste vacunación documentada.
 - **Varicela.**

En caso de vacunación de rubeola y/o varicela se recomienda evitar el embarazo durante 4 semanas después de la vacunación.

ATENCIÓN AL EMBARAZO



CRONOGRAMA DE LAS VISITAS PRENATALES

Semanas gestación	Frecuencia
< 12 semanas	1.ª visita
12-36 semanas	Cada 4-6 semanas
36-38 semanas	Cada 2 semanas
38-41 semanas	Cada semana
41-42 semanas	Cada 48 horas hasta finalización de la gestación

CONTENIDO DE LAS VISITAS PRENATALES

Actividades	Contenido de las visitas prenatales										
	Semanas de gestación										
	8	12	16	20	24	28	32	36	38	39	40-41-42
Historia Clínica	X										
Evolución del embarazo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Exploración básica	X										
Control de tensión arterial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación del peso	X	Ind	Ind	Ind	Ind	Ind	Ind	Ind	Ind	Ind	
EXPLORACIÓN GINECO-OBSTÉTRICA											
Altura uterina			X	X	X	X	X	X	X	X	X
Frecuencia cardiaca fetal			X	X	X	X	X	X	X	X	X
Percepción de movimientos fetales				X	X	X	X	X	X	X	X
Valoración estática fetal						X	X	X	X	X	X
Cardiotocograma basal (CTGB)											X
Maniobra Hamilton/ Índice de Bishop											Ind
PRUEBAS DE LABORATORIO											
Grupo ABO/Rh y estudio sensibilización materna	X (10s)					X					
Hemograma	X(10s)					X		X			
Pruebas de coagulación								X			
βHCG Libre y PAPP-A	X(10s)										
Ac. Antirubeola	Ind(10s)										
Hbs Ag	X(10s)							Ind			
Prueba de sífilis	X(10s)					Ind		Ind			
VIH	X(10s)					Ind		X			
Hepatitis C	Ind										
Enfermedad de Chagas	Ind										
Enfermedad Virus Zika	Ind										
Glucemia basal	X(10s)										
Hb glicosilada	Ind										
Sobrecarga 50 gr.						X					
PTG (100 gr.)		Si cumple indicaciones									
TSH	X										
Urocultivo	X				Ind			Ind			
Tiras reactivas orina				X	X	X	X	X			X
Citología vaginal	Ind										
Cultivo vaginal/anal estreptococo grupo B								X (36-37s)			
OTRAS ACTUACIONES											
Ecografía		X		X		X (34s)					Ind
DNA fetal en sangre materna		Ind									
Amniocentesis genética			Ind								
Profilaxis anti-D Mujer Rh -						X					
Vacunación anti-tosferina							X				
Vacunación anti-tetánica							X				
Revisión odontológica		Durante este período									
VALORACIÓN RIESGO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PREPARACIÓN MATERNIDAD Y PATERNIDAD		Durante este período									
EDUCACIÓN SANITARIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Ind: Si hay indicación, ■ Consulta de Atención Hospitalaria, PTG: Prueba Tolerancia oral Glucosa, TSH: Hormona estimulante del tiroides

PRIMERA VISITA PRENATAL

La primera consulta prenatal debe realizarse lo más precozmente posible, por la matrona y el médico/a de familia.

Existe evidencia científica de que una primera visita antes de las 12 semanas de gestación se acompaña de mejores resultados obstétricos.

Actividades

HISTORIA CLÍNICA

- Datos de filiación.
- Historia social.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.
- Antecedentes ginecobstétricos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

EXPLORACIÓN GINECO-OBSTÉTRICA

DESPISTAJE DE RIESGO GESTACIONAL

- Cribado de enfermedad hemolítica perinatal.
- Cribado de anemia.
- Cribado de diabetes.
- Cribado de patología tiroidea.
- Cribado de enfermedades infecciosas.
- Cribado de anomalías cromosómicas.
- Valoración del riesgo por alteraciones en el peso corporal y del estado nutricional.
- Valoración del riesgo trombótico.
- Valoración del riesgo de preeclampsia.
- Valoración del riesgo parto pretérmino.
- Valoración del riesgo de trastornos de salud mental.

REVISIÓN ODONTOLÓGICA

RECOMENDACIONES SOBRE SUPLEMENTOS

- Profilaxis con ácido fólico.
- Profilaxis con yodo.

CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA/ENTREGA DE LA CARTILLA DE SALUD DEL EMBARAZO O INFORME CLÍNICO

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN SANITARIA

- Información sobre los controles y actividades que se van a realizar a lo largo del embarazo.
- Asesoramiento sobre cambios funcionales durante el embarazo.
- Asesoramiento sobre prevención de enfermedades infecciosas.
- Asesoramiento sobre promoción de hábitos de vida saludables.

1. HISTORIA CLÍNICA

La anamnesis irá dirigida a valorar el estado general de la gestante y a la detección de factores de riesgo que puedan repercutir sobre el embarazo:

Datos de filiación

- Edad: es bien conocido el riesgo de la edad materna avanzada, pero cabe señalar que la edad paterna a partir de 40 años también conlleva un riesgo.
- Lugar de procedencia: países con enfermedades endémicas, alta prevalencia de hepatitis B y C, VIH, ausencia de inmunizaciones, etc.
- Etnia: las mujeres africanas y de Asia del sur tienen mayor riesgo de preeclampsia, fetos pequeños para la edad gestacional y parto pretérmino que las gestantes caucásicas.

Historia social

- Nivel socioeconómico y cualificación.
- Situación laboral.
- Trabajo remunerado: tipo de trabajo y sus posibles riesgos (fatiga laboral, posturas inadecuadas, trabajo a turnos, exposición a tóxicos, acoso laboral, etc).
- Trabajo de cuidados: hijos/as, personas enfermas, personas mayores o en situación de dependencia.
- País de origen y dominio del español.
- Si tiene pareja:
 - Edad.
 - Antecedentes familiares.
 - Antecedentes personales: anomalías genéticas, enfermedades de interés.
 - Tabaquismo, consumo de alcohol o adicción a otro tipo de drogas.
 - Procedencia o estancia en países con riesgo de enfermedad por virus Zika.
 - Situación laboral, tipo de trabajo.
 - Corresponsabilidad en las tareas domésticas.
- Existencia de maltrato de pareja. Se ha identificado el embarazo como una época de especial riesgo para el inicio o la intensificación del maltrato por parte de la pareja. Los malos tratos durante el embarazo se han relacionado con graves consecuencias físicas y emocionales para la gestante debido a su mayor vulnerabilidad, con un mayor riesgo de aborto espontáneo o inducido, hemorragia vaginal, parto pretérmino y bajo peso al nacer. Por ello es necesario realizar una “búsqueda activa”, en toda gestante al comienzo del embarazo sobre la posible existencia de una situación de malos tratos, mediante preguntas como las establecidas en el *Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos* del SCS.
- Otros problemas personales, familiares, laborales o situaciones de vulnerabilidad social.

Antecedentes familiares

Se recoge información sobre todas aquellas enfermedades que puedan ser transmitidas o repercutir sobre la descendencia (defectos congénitos, enfermedades hereditarias, etc.). Y sobre antecedentes que pueden suponer un riesgo de complicaciones en el embarazo: diabetes, preeclampsia en madre o hermanas, enfermedad tromboembólica en familiares de primer grado y trombofilia.

Antecedentes personales

- Anomalías genéticas o defectos congénitos.
- Enfermedades infecciosas (varicela, hepatitis, VIH, Chagas, Zika, infecciones de transmisión sexual) e historia de inmunizaciones.
- Convivencia en el domicilio con bebés o niñas/os pequeños (riesgo de transmisión de rubéola, varicela, parvovirus, citomegalovirus).
- Trastornos tiroideos, diabetes, hipertensión, epilepsia y otras enfermedades crónicas.
- Talasemia menor.
- Enfermedad tromboembólica, trombofilia.
- Infecciones urinarias de repetición, anomalías del tracto urinario.
- Problemas de salud mental.
- Intervenciones quirúrgicas previas.
- Transfusiones.
- Alergias.
- Situación de diversidad funcional.
- Consumo de tabaco, alcohol u otras drogas.
- Medicación habitual.
- Hábitos: sueño, ocio, ejercicio, dieta, etc.
- Viaje o estancia en países con enfermedades endémicas.

Antecedentes gineco-obstétricos

- Tipo menstrual.
- Esterilidad previa de la pareja, especificando la causa si es posible.
- Abortos previos, indicando semanas de gestación en la que tuvo lugar, si fueron espontáneos o provocados y si fue necesaria la realización de legrado.
- Gestación ectópica y su tratamiento.
- Embarazos anteriores, indicando el año y tipo del parto, semanas de gestación en que finalizó el embarazo, qué recuerdo guarda del mismo, cómo fue la asistencia que recibió, sexo y peso del recién nacido, anomalías existentes al nacimiento, tipo de lactancia y duración de la misma, problemas con la lactancia materna, etc.
- Depresión en el embarazo y/o puerperio.
- Preguntar por mutilación genital si procede de países con alta prevalencia (Guinea: 96%, Mali: 92%, Egipto: 91%, Gambia: 78%, Costa de Marfil: 42%, Senegal: 26%, Nigeria: 19%, Ghana: 4%, Camerún: 1%).

Embarazo actual

- Fecha de la última menstruación.
- Cálculo de la edad gestacional y fecha probable del parto.
- Técnicas de Reproducción Asistida.
- Valorar la evolución del embarazo hasta la actualidad, preguntando sobre la aparición de síntomas habituales al comienzo de la gestación (mastalgia, astenia, somnolencia, náuseas, vómitos, etc.) o posibles complicaciones.
- Uso de suplementos de ácido fólico y yodo.

2. EXPLORACIÓN FÍSICA

- Peso y talla.
- Cálculo de índice de masa corporal (IMC) para identificar a aquellas mujeres que requieran un seguimiento más estrecho de la ganancia del peso durante su embarazo y para establecer la ganancia de peso óptima.

CLASIFICACIÓN DEL PESO CORPORAL SEGÚN IMC (OMS)

- Bajo peso: $IMC < 18.5 \text{ kg/m}^2$
- Normal: $IMC 18,5-24,99 \text{ kg/m}^2$
- Sobrepeso: $IMC 25-29,9 \text{ kg/m}^2$
- Obesidad clase I: $IMC 30-34,99 \text{ kg/m}^2$
- Obesidad clase II: $IMC 35-39,99 \text{ kg/m}^2$
- Obesidad clase III: $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$

INCREMENTO DE PESO EN LA GESTANTE (INSTITUTE OF MEDICINE)

- Incremento fijo durante el primer trimestre entre 0,5 y 2 kg
- Incremento lineal durante el segundo y tercero, en función del IMC:
 - Bajo peso: 12,5-18 kg
 - Normal: 11,5-16 kg
 - Sobrepeso: 7-11,5 kg
 - Obesidad I, II, III: 5-9 kg

- Determinación de TA.
- Exploración abdominal para descartar edad gestacional superior a la amenorrea y posibles tumoraciones.
- Dependiendo de antecedentes y anamnesis por aparatos puede estar indicada:
 - Exploración de extremidades inferiores para la detección de edemas o varices de importancia clínica.
 - Inspección de la boca.
 - Otras exploraciones.

3. EXPLORACIÓN GINECO-OBSTÉTRICA

No se recomienda realizar exploración ginecológica a menos que exista alguna sintomatología gineco-obstétrica o sospecha de mutilación genital si procede de países donde se realiza. En estos casos, la exploración debe realizarse tras haber establecido una relación de confianza.

Solo se realizará citología cervical para la detección precoz del cáncer de cérvix, si la mujer tiene al menos 25 años y no se ha realizado cribado previo o han transcurrido más de 5 años desde la última citología. Se debe utilizar una torunda de algodón para la toma endocervical por ser menos traumática que el cepillo.

Detección del latido cardiaco fetal a partir de las 14 semanas. En estas semanas se considera normal frecuencias entre 120-180 lat/min.

4. DESPISTAJE DE RIESGO GESTACIONAL

4.1. Cribado de enfermedad hemolítica perinatal

Algunos anticuerpos irregulares, entre los que destacan: Anti-Rh (Anti-D, Anti-C, Anti-E, etc), Anti-K, Anti-Fy y Anti-Jk, entre otros, son clínicamente significativos y pueden ser causantes de la denominada enfermedad hemolítica perinatal, asociándose con anemia de intensidad variable, ictericia (con eventual hiperbilirrubinemia y riesgo de “Kernicterus”) y, en los casos más graves, posible desarrollo de *Hydrops fetalis* y muerte fetal. La incompatibilidad Rh (mujer Rh negativa con anticuerpos anti-Rh e hijo Rh positivo) es la causa más frecuente de enfermedad hemolítica perinatal grave. Los problemas derivados de la incompatibilidad de grupo (ABO) son, por el contrario, infrecuentes y de escasa repercusión y gravedad en el recién nacido.

Por ello, se solicitará el grupo sanguíneo, Rh y el escrutinio de anticuerpos irregulares en la primera visita a todas las embarazadas y se actuará de acuerdo a los resultados obtenidos (Algoritmo 2a):

- Mujer Rh positivo y anticuerpos irregulares negativos, se realizará una segunda determinación hacia la semana 28 de gestación, para la detección de anticuerpos irregulares no detectados en el primer trimestre y confirmación de grupo y Rh.
- Mujer Rh negativo y anticuerpos irregulares negativos, puede haber riesgo de isoimmunización Rh y de enfermedad hemolítica perinatal, en el caso de que el padre biológico del feto sea Rh positivo. A estas mujeres se les informará que se realizará una segunda determinación hacia la semana 28 de gestación, para la detección de anticuerpos irregulares no detectados en el primer trimestre y confirmación de grupo y Rh y se les ofrecerá profilaxis prenatal con inmunoglobulina anti-D en la semana 28.

En el caso de que la mujer una vez informada, no desee la administración de esta inmunoglobulina a menos que se confirme la incompatibilidad Rh, se ofrecerá la determinación del grupo y Rh al padre biológico. Si el padre biológico es Rh positivo se interpretará como tal. Si el resultado es Rh negativo se confirmará con una segunda muestra antes de la semana 28. En el supuesto de existir información documentada del Rh negativo del padre biológico (por ejemplo en donantes habituales de sangre) se confirmará con una única determinación.

— Mujer con anticuerpos positivos (Anti-ABO, Anti-Rh, otros anticuerpos irregulares), indica que la mujer esta isoimmunizada frente algún antígeno eritrocitario. Dado que el riesgo de enfermedad hemolítica perinatal es variable, se seguirán las recomendaciones del Servicio de Hematología.

4.2. Cribado de anemia

Se solicitará hemograma completo. Nos informará sobre la existencia de una anemia que pueda repercutir sobre la gestación.

Edad de gestación	Valores por debajo de los cuáles se considera anemia en la gestación	
	Hb (g/dl)	Hto (%)
1. ^{er} trimestre	11	33
2. ^o trimestre	10.5	32
3. ^o trimestre	11	33

El 75% de las anemias del embarazo son debidas a déficit de hierro. Si existen dudas sobre si la anemia es ferropénica será necesario completar el estudio solicitando ferritina y reticulocitos.

En caso de mujeres afectadas por Talasemia minor se recomienda la realización de ferritina para el diagnóstico de anemia ferropénica. Se recomienda también realizar un hemograma a la pareja para descartar la posibilidad de que él sea portador. Si el volumen corpuscular medio fuera anómalo se realizará un estudio de las fracciones de hemoglobina, incluyendo la HbA2. Si se confirma que es portador se remitirá a genética ya que hay un riesgo del 25% de que el feto presente una β Talasemia mayor.

Está indicado administrar suplementos de hierro, si la gestante tiene los valores de hemoglobina (Hb) por debajo del límite, siendo el sulfato ferroso el más adecuado, dada su eficacia y bajo coste. En caso de mala tolerancia pueden utilizarse preparados de ferroglicina sulfato. Los suplementos de hierro durante el embarazo en ausencia de anemia no han demostrado tener ventajas para la madre ni para el feto y pueden producir efectos secundarios adversos.

Durante el embarazo puede existir una ligera leucocitosis, considerándose normales cifras entre 4.000-16.000/mm³. Los valores de plaquetas pueden estar aumentados, disminuidos o ser similares a los de la mujer no gestante.

4.3. Cribado de diabetes

El cribado de esta enfermedad en el primer trimestre de la gestación se realizará en función de la existencia o no de factores de riesgo.

4.3.1. Actuación en gestantes sin factores de riesgo de diabetes

Se solicitará glucemia basal y se actuará en función de su resultado (Algoritmo 3a):

- Glucemia basal normal: <100 mg/dl. No precisa más estudios hasta el 2º trimestre.
- Glucemia basal alterada: 100-125 mg/dl. Supone un factor de riesgo para desarrollar Diabetes Gestacional. En este caso estaría indicado:
 - Recomendaciones higiénico-dietéticas (dieta, ejercicio, control del peso, etc.).
 - Solicitar hemoglobina glicosilada (HbA1c). Cifras de HbA1c $\geq 5,9\%$ identifican a las gestantes que presentan mayor riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la diabetes por lo que se remitirán a Atención Hospitalaria para control del embarazo.
- Glucemia basal >125 mg/dl o una glucemia cualquiera ≥ 200 mg/dl, en dos determinaciones en días diferentes es diagnóstica de Diabetes Mellitus. Se derivará a Atención Hospitalaria.

4.3.2. Actuación en gestantes con factores de riesgo de diabetes

FACTORES DE RIESGO DE DESARROLLO DE DIABETES

- Antecedentes familiares de diabetes en primer grado.
- Diabetes gestacional previa.
- Alteración de la glucemia basal: 100-125 mg/dl.
- Antecedentes obstétricos desfavorables (feto anterior de ≥ 4.000 g, abortos de repetición, hidramnios, muerte fetal sin causa conocida).
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²).
- Mujeres de etnias con alta prevalencia de diabetes (Hispano-Americanas).
- Mujeres de edad superior a los 35 años.

Se solicitará glucemia basal y HbA1c. Si cifras de HbA1c $\geq 5,9\%$ se remitirá a Atención Hospitalaria para control de embarazo (Algoritmo 3b).

4.4. Cribado de patología tiroidea

Se recomienda un cribado universal de hipotiroidismo en el embarazo, mediante la determinación de TSH, aunque se haya realizado preconcepcionalmente, ya que puede haber mujeres con riesgo de patología tiroidea que sufren descompensación en el embarazo.

Aunque existe controversia sobre la relación del hipotiroidismo subclínico con problemas obstétricos y/o alteraciones neurocognitivas en la descendencia y no hay evidencia sobre los posibles efectos positivos de su tratamiento con tiroxina, existe un acuerdo generalizado sobre la necesidad del tratamiento del hipotiroidismo clínico. Este trastorno es una enfermedad frecuente, de fácil diagnóstico y para la que se dispone de un tratamiento efectivo y exento de riesgos.

Durante esta fase del embarazo se considera normal una TSH entre 0.1 mUI/L y el valor resultante de restar 0,5 al umbral superior del ensayo de referencia de cada laboratorio, por lo que se remitirá a Endocrinología a las mujeres con valores de TSH por encima o debajo del rango (Algoritmo 4).

Se puede comenzar o ajustar en Atención Primaria el tratamiento con levotiroxina según el rango de TSH hasta la valoración por Endocrinología:

- TSH entre el valor resultante de restar 0,5 al umbral superior del ensayo de referencia del laboratorio y 7.5 mUI/L: 25 microgramos diarios (o aumentar 25 microgramos diarios a la gestante que ya esté en tratamiento).
- TSH >7.5 mUI/L: 50 microgramos (o aumentar 50 microgramos diarios a la gestante que ya esté en tratamiento).

Una adecuada ingesta de yodo desde antes y durante el embarazo es fundamental para contribuir a la normalidad de la función tiroidea.

4.5 Cribado de enfermedades infecciosas

4.5.1. Sífilis

Actualmente se ha modificado la estrategia de cribado de sífilis, realizándose en primer lugar una prueba treponémica específica.

Un valor negativo indica que la gestante no presenta esta enfermedad. En el caso de que mantenga conductas de riesgo se repetirá el estudio en el segundo y tercer trimestre de gestación (Algoritmo 5).

Si se obtiene un resultado positivo, el laboratorio realizará en la misma muestra otras pruebas para confirmarlo. En caso de falso positivo se repetirá en dos semanas.

Si se confirma un resultado positivo se realizará una anamnesis para conocer si presenta o ha presentado lesiones compatibles y se realizará un examen físico en busca de lesiones de sífilis primaria (chancro en los genitales y adenopatías), o de sífilis secundaria (lesiones en piel), para clasificar el estadio de la enfermedad. Además es muy importante preguntar acerca de antecedentes de sífilis previos a esta gestación y los tratamientos recibidos.

Cuando no se encuentran manifestaciones clínicas y el diagnóstico se hace sólo por pruebas de laboratorio, se considera que es una sífilis latente. En la mayoría de pacientes es difícil definir el tiempo de evolución de la enfermedad por lo cual se considerará sífilis latente indeterminada o de duración desconocida. La importancia de la clasificación del estadio materno radica en que en función de él, se define el tratamiento, se evalúa la respuesta al mismo y se hace el manejo de contactos. Además, el riesgo de transmisión al feto es diferente, siendo mayor en los estadios tempranos principalmente en la sífilis secundaria, donde puede llegar hasta el 100%.

En todos los casos se remitirá a Atención Hospitalaria para control de embarazo.

4.5.2. Rubéola

Se solicitará estudio de anticuerpos anti-rubéola (IgG), solo en el caso de que desconozcamos el resultado inmunitario:

- Un resultado positivo indica inmunidad y no precisa ningún otro estudio ni actuación.
- Un resultado negativo indica que no existen anticuerpos. Las actuaciones a realizar en estas gestantes son:
 - Indicarle que evite el contacto con cualquier persona, fundamentalmente niños/as, que padezca un proceso infeccioso sin diagnóstico etiológico, ya que la rubéola en período de incubación es ya infecciosa.
 - No es necesario repetir el estudio serológico durante la gestación.
 - Se recomendará vacunación postparto.

Se considera inmunizada a toda mujer bien vacunada aunque no se demuestre por serología o cuando se dispone de un test serológico previo positivo (IgG>10 UI/ml), en cuyo caso no tiene que recibir ninguna dosis de vacuna adicional posparto.

4.5.3. Toxoplasmosis

En el estado actual de conocimiento, el cribado prenatal de la toxoplasmosis no cumple los criterios necesarios para considerarlo eficaz, ya que no hay un marcador serológico único que pueda diferenciar la infección aguda o reciente de la infección pasada (sólo la demostración de seroconversión en la gestante supone el diagnóstico definitivo), no existe ninguna determinación serológica en la embarazada que demuestre la infección en el feto (para ello hay que recurrir a métodos invasivos de obtención de muestras fetales no exentas de riesgo), no existe evidencia científica respecto a la efectividad del tratamiento farmacológico prenatal para disminuir la tasa de transmisión de la infección de la madre al feto y tampoco se dispone de una vacuna eficaz.

Si la gestante no ha sido cribada previamente al embarazo actual o no está inmunizada se le recomendarán todas las medidas higiénico-dietéticas encaminadas a evitar la primoinfección (prevención primaria) sin necesidad de practicar el cribado serológico. (Anexo I).

4.5.4. Hepatitis B

Se solicitará la determinación de AgHBs a todas las embarazadas para detectar la existencia de gestantes portadoras de virus de la hepatitis B. Esto permitirá actuar profilácticamente sobre sus hijos/as, mediante la administración de gammaglobulina y vacunación después del parto, que evitará que adquieran el virus.

Si el AgHbs es positivo, nos indica que la gestante es portadora del virus de la hepatitis B, debiendo determinarse posteriormente si se trata de una portadora sana o padece una hepatitis crónica o aguda. Ante una determinación AgHbs positiva, el mismo laboratorio realizará la determinación de AgHBe y AcHBcIgM, teniendo que solicitar el clínico el estudio de anticuerpos anti-hepatitis C. Informaremos e indicaremos a la gestante las recomendaciones generales sobre el tipo de vida y realizaremos el estudio de los familiares convivientes mediante AgHBs, AcHBs, AcHBc para proceder a su vacunación o a su seguimiento si resultaran también afectados.

En el caso de gestantes con factores de riesgo junto con la solicitud de AgHbs es recomendable la de AcHBc y AcHBs para valorar inmunización previa.

Si los marcadores son negativos nos indica que la mujer no ha tenido contacto con el virus, ni ha sido vacunada, por lo que procederemos a su vacunación para evitar su infección durante el embarazo. En caso de no vacunarse, se repetirá el AgHBs en el tercer trimestre. Si los marcadores son positivos indica que la mujer ya ha estado en contacto con el virus y posee inmunidad natural (Algoritmo 6).

FACTORES DE RIESGO DE SER PORTADORA DE LA HEPATITIS B

- Antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral.
- Mujeres naturales de Asia, Pacífico, Haití, Sudáfrica, Alaska, y países del Este.
- Antecedentes de hepatopatías.
- Conductas sexuales de riesgo.
- Trabajadoras o internas en centros de atención a discapacidades mentales o instituciones penitenciarias.
- Trabajadoras o profesionales en contacto con sangre.
- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual repetidas.

4.5.5. Hepatitis C

La gestante con infección por virus de la hepatitis C (VHC) puede transmitir la enfermedad al recién nacido fundamentalmente durante el parto, este riesgo se incrementa si existe coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

No se recomienda la identificación sistemática de gestantes susceptibles de ser portadoras de anticuerpos específicos frente al VHC debido a que no se dispone de ninguna vacuna, ni de medidas eficaces para prevenir la transmisión vertical. Por ello, la serología de hepatitis C solo se solicitará a las mujeres que se considere que tienen riesgo de infección por este virus.

FACTORES DE RIESGO DE SER PORTADORA DE LA HEPATITIS C

- Antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral.
- Receptoras de transfusiones sanguíneas.
- Trasplantadas antes de la década de los 90.
- Mujeres portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana.
- Portadoras del virus hepatitis B.
- Historia de intervenciones con endoscopias o hemodiálisis.
- Pareja con hepatitis C.

4.5.6. Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

La gestante portadora asintomática del VIH o que presenta un SIDA clínico puede transmitir la infección a su hijo/a, por ello se ofrecerá la realización de la prueba de VIH a todas las embarazadas, previa información y consentimiento expreso. Identificar a las gestantes con infección por VIH y tratarlas con antiretrovirales de manera temprana reducen de manera significativa las tasas de transmisión vertical.

Si el resultado es negativo, indica que la gestante no presenta la enfermedad y se repetirá la determinación en el tercer trimestre. En el caso de que mantenga conductas de riesgo se repetirá el estudio en el 2.º y 3.º trimestre de gestación, recomendándole así mismo el abandono de las prácticas de riesgo (Algoritmo 7).

FACTORES O CONDUCTAS DE RIESGO DE SER PORTADORA DE VIH

- Usuaría de drogas por vía parenteral.
- Mujeres transfundidas antes de 1986.
- Mujeres oriundas de zonas donde la transmisión heterosexual es importante (África, Haití, etc.).
- Ejercicio de la prostitución.
- Pareja sexual de usuario de drogas por vía parenteral.
- Pareja bisexual.
- Pareja con hemofilia.
- Pareja oriunda de zonas donde la transmisión heterosexual es importante.

Si el resultado es positivo, se confirmará el resultado mediante un test de alta especificidad. Si se confirma el resultado se informará del riesgo de transmisión de la enfermedad al feto y de la posibilidad de reducir esta transmisión a menos del 1% mediante el uso de tratamiento anti-retroviral. El embarazo será vigilado por Atención Hospitalaria donde se comenzará, si la mujer lo acepta, con tratamiento antirretroviral. Si la mujer no desea continuar la gestación, podrá acogerse a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) de acuerdo a la legalidad vigente.

4.5.7. Enfermedad de Chagas

La enfermedad de Chagas es una enfermedad infecciosa parasitaria crónica y sistémica causada por el *Trypanosoma cruzi*. Esta enfermedad es endémica en zonas de Latinoamérica (excepto islas del Caribe) (Anexo IV). Su prevalencia en mujeres embarazadas latinoamericanas es del 3.4%, llegando al 27.7% en gestantes procedentes de Bolivia. La enfermedad puede pasar inadvertida en la mayoría de los casos, pero en su fase crónica puede cursar con alteraciones cardíacas, digestivas o del sistema nervioso, con distintos niveles de gravedad, hasta en un 40% de las personas afectadas. Las complicaciones pueden ser graves y producir la muerte, sobre todo si existen alteraciones cardíacas.

La gestante portadora infecta al feto por transmisión vertical (transplacentaria). En nuestro medio esta tasa de transmisión es de alrededor del 4-7%. El cribado durante la gestación tiene por objetivo iniciar un tratamiento precoz en los recién nacidos afectados, ya que la eficacia del

tratamiento en menores de 1 año es cercana al 100%, con un buen perfil de tolerancia y seguridad, a diferencia de lo que ocurre en adultos con enfermedad crónica. Para ello, se ofrecerá la realización de estudio serológico para la enfermedad de Chagas a todas aquellas gestantes que cumplan algún factor de riesgo de ser portadoras del *Trypanosoma cruzi* (Algoritmo 8).

FACTORES DE RIESGO DE SER PORTADORA DE ENFERMEDAD DE CHAGAS

- Mujeres originarias o que han permanecido durante más de 1 mes en cualquier país latinoamericano (excepto islas del Caribe).
- Mujeres cuyas madres sean de origen latinoamericano (excepto islas del Caribe), incluso aunque ellas hayan nacido en España.
- Mujeres que hayan recibido en alguna ocasión una transfusión sanguínea en un país endémico.

Si las pruebas confirman la infección por *Trypanosoma cruzi*:

- Se informará a la gestante del riesgo de transmisión vertical y de la necesidad de seguimiento neonatal. Se le informará también de que esta situación no afecta la conducta obstétrica en el parto y de que está indicada la lactancia materna.
- Se le remitirá a la consulta de obstetricia de Atención Hospitalaria para una valoración del estado clínico y detección de alteraciones maternas.
- La detección de cardiopatías durante la gestación es de especial importancia debido a las posibles repercusiones en el tercer trimestre y el parto. Se realizará un electrocardiograma en todos los casos y se complementará el estudio cardiológico con ecocardiografía cuando se considere indicado.
- El uso de Benznidazol o de Nifurtimox está contraindicado durante el primer trimestre del embarazo. No existen estudios sobre los efectos del tratamiento durante la gestación en humanos. Dada la baja eficacia del tratamiento en adultos en fase crónica, el riesgo-beneficio no justifica el tratamiento durante la gestación.
En caso de gestación bajo tratamiento con Benznidazol se aconseja suspenderlo, aunque no está justificada la interrupción del embarazo. Debe realizarse un seguimiento ecográfico estricto.

4.5.8. Enfermedad por virus Zika

La infección por el virus Zika puede causar microcefalia y otras alteraciones neurológicas en recién nacidos de mujeres infectadas durante el embarazo. La OMS ha definido el *Síndrome congénito asociado a la infección por el virus del Zika*, como un patrón de defectos que se observa en fetos y bebés infectados con el virus del Zika durante el embarazo, caracterizado por microcefalia, desproporción craneofacial, espasticidad, convulsiones, irritabilidad, disfunción del tronco cerebral, alteraciones oculares y auditivas, contracturas de los miembros y detección de anomalías por neuroimagen (microcalcificaciones, trastornos corticales y ventriculares).

Dado que la gran mayoría de las infecciones por virus Zika son asintomáticas, se realizará una conducta activa de detección de gestantes con posible riesgo de exposición al virus de Zika, preguntando a todas las embarazadas (Algoritmo 9):

- Si ha viajado embarazada o 1 mes antes de quedar embarazada a alguno de los países con circulación activa del virus de Zika.
- Si ha tenido relaciones sexuales (vaginales, anales u orales) sin preservativo o ha compartido juguetes sexuales con algún hombre que haya vivido o viajado a países con circulación activa del virus de Zika en los últimos 6 meses.

Los países con circulación activa del virus de Zika pueden encontrarse en: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/zika_virus_infection/zika-outbreak/Pages/Zika-transmission-past-9-months.aspx

Si la embarazada responde “NO” a todas las preguntas, tiene un riesgo bajo de exposición al virus Zika y por tanto no precisa más estudios.

Si la embarazada responde “SÍ” a alguna de las preguntas, es necesario evaluar la presencia de signos y síntomas de la enfermedad por el virus del Zika, por lo que debe preguntarse si tiene o ha tenido fiebre, erupciones cutáneas, conjuntivitis, dolores musculares y articulares, malestar y cefaleas en las últimas 12 semanas:

- Si la embarazada responde que “SÍ” tiene alguno de estos signos o síntomas, es posible que presente una infección sintomática por el virus del Zika.
- Si la embarazada responde que “NO” tiene ninguno de estos signos o síntomas, pero dado que ha estado expuesta, es posible que presente una infección asintomática por el virus del Zika.

En ambos casos, se solicitará estudio microbiológico de infección por virus Zika independientemente de que haya presentado síntomas compatibles o esté asintomática.

En las gestantes asintomáticas, la técnica diagnóstica de elección dependerá del tiempo transcurrido desde la fecha de la presunta exposición y la toma de la muestra y en las gestantes que han tenido síntomas, del tiempo entre el inicio de síntomas y la toma de la muestra:

- Entre 0 a 15 días: Orina (PCR) y suero (Serología).
- > 15 días: Suero (Serología).

Si se descarta la infección por virus Zika se continuará con el seguimiento habitual del embarazo, prestando atención a posibles situaciones de riesgo de transmisión por sus parejas sexuales (Anexo V).

A la gestante con infección confirmada o sospechosa por virus Zika durante el embarazo, se le debe informar de todas las incertidumbres existentes en el momento actual en cuanto al riesgo de afectación embriofetal y se le remitirá a la consulta de obstetricia del HUMV para su atención y seguimiento.

4.5.9. Varicela

No hay evidencia de que deba solicitarse estudio serológico de varicela de forma sistemática durante el embarazo.

Podría estar justificada la solicitud de estudio serológico en gestantes que no recuerden haber pasado la varicela, ni estar vacunadas y que pertenezcan a grupos con riesgo alto de infección como profesoras de colegios, cuidadoras de guarderías, profesionales sanitarias del ámbito pediátrico, etc:

- Si la serología es positiva, se considera que existe inmunidad.
- Si la serología es negativa, se le indicará evitar posibles contactos. En el caso de un contacto se remitirá de manera urgente al centro hospitalario de referencia para evaluación del riesgo y prevención de la infección.

De igual manera, si una gestante que desconoce su estado inmunitario frente a esta enfermedad (aunque no sea grupo de riesgo), consulta por haber tenido un contacto con alguna persona con varicela, debe ser derivada de manera urgente al centro hospitalario de referencia para realizar una serología y recomendarle las medidas para reducir/evitar el riesgo de contagio, hasta conocer si está o no inmunizada.

4.5.10. Bacteriuria asintomática

Se solicitará urocultivo para descartar la existencia de bacteriuria asintomática que puede ser causa de pielonefritis gravídica y se ha relacionado con aumento de riesgo de parto pretérmino y bajo peso. No se establecerá este diagnóstico mediante tiras reactivas de orina o elemental y sedimento urinario por su baja sensibilidad y especificidad.

Si el urocultivo es negativo no será necesario repetirlo durante el embarazo, salvo que las tiras reactivas de orina realizadas en las visitas sucesivas indiquen la presencia de nitritos o aparezca clínica sugestiva de infección urinaria. En mujeres con historia de infecciones urinarias de repetición, anomalías del tracto urinario, diabetes mellitus y antecedentes de parto pretérmino puede ser conveniente la repetición de un urocultivo en cada trimestre.

Si el urocultivo es positivo, se tratará según el antibiograma, valorando posibles alergias y se realizará un control transcurrida una semana de la finalización del tratamiento. Son preferibles la monodosis (fosfomicina trometamol 3 g, 1 sobre) y las tandas cortas de antibióticos (3 días), para minimizar la exposición del feto. En caso de persistencia de la bacteriuria se recomienda un curso largo (7 días) del mismo antibiótico o realizar otro según antibiograma. Si tras varios tratamientos persiste la bacteriuria se indicará terapia supresiva con una dosis baja nocturna del antibiótico elegido según el antibiograma (nitrofurantoína 50 mg, cefalexina 250 mg).

La bacteriuria por estreptococo del grupo B es un marcador de colonización anogenital que persiste independientemente de su tratamiento. En caso de detectarse, se tratará la bacteriuria y se administrará tratamiento durante el parto, siendo innecesarios los cultivos rectovaginales.

4.6. Cribado de anomalías cromosómicas

4.6.1. Test combinado del primer trimestre

Se ofrecerá el test combinado del primer trimestre a todas las gestantes que acudan a control de embarazo con < 14 semanas, para establecer de forma individualizada el riesgo de tener un feto afecto por una Trisomía 21 o Trisomía 18, a través de la combinación de marcadores bioquímicos y ecográficos de acuerdo al *Programa de Detección Prenatal de Anomalías Cromosómicas* vigente en nuestro Servicio de Salud.

Se solicitarán los marcadores bioquímicos: Fracción libre de la Gonadotropina Coriónica Humana (β HCG Libre) y Proteína A plasmática asociada al embarazo (PAPP-A) entre las 9 y 11 semanas, preferentemente sobre las 10 semanas de gestación, junto con la analítica de la primera visita prenatal.

Se realizará una ecografía del 1º trimestre entre la semana 11-13+6 para la medición de la translucencia nucal y la longitud craneocaudal fetal, cuyos valores se introducirán en la herramienta informática establecida para el cálculo de riesgo, junto con otros parámetros (edad, peso, raza, etc), para obtener un informe individualizado del riesgo para esa gestación.

Del resultado del informe se derivarán las siguientes actuaciones:

- Informe con resultado de riesgo bajo de anomalías fetales para T21 y T18: Cuando el resultado está por debajo del punto de corte establecido (1/270). En este caso el ecografista informará a la mujer de que el riesgo es bajo, concluyendo la fase de cribado.
- Informe con resultado de riesgo alto de anomalías fetales para T21 y T18: Cuando el resultado está por encima del punto de corte establecido (1/270). En este caso el ecografista procederá a:
 - Informar a la gestante del significado del resultado del cribado.
 - Derivar a la gestante a la consulta de Genética del HUMV para completar la información sobre las opciones posibles de cara a la confirmación diagnóstica.

Las gestantes de ≥ 38 años sin cribado del primer trimestre se derivarán a consulta de Genética del HUMV donde se valorará de manera individualizada la actitud a seguir.

4.6.2. Estudio de ADN fetal libre en sangre materna

En la actualidad conocemos que existen fragmentos de ADN fetal extracelular (ADNfe) en la sangre materna de procedencia placentaria, que se pueden analizar para determinar el número de copias de determinados cromosomas fetales (21,18, 13, X e Y). Las últimas evidencias indican, que el análisis de ADNfe en sangre materna tiene una alta sensibilidad y especificidad para establecer el riesgo de las principales trisomías fetales, lo que supone que como método de cribado, tendría una tasa de detección superior y una tasa de falsos positivos inferior al cribado combinado del primer trimestre. La mayoría de los estudios publicados hasta el momento actual se han realizado en población de alto riesgo de trisomía 21, 18 y 13 y es en esta población donde está bien establecida la indicación de este estudio en sustitución del procedimiento invasivo. Por tanto, en la actualidad se considera un método avanzado de cribado no invasivo de aneuploidías, que requiere confirmación mediante una prueba invasiva en caso de resultado positivo.

Este test se ofrecerá como alternativa previa a una prueba invasiva (amniocentesis) cuando la gestante cumpla alguno de los siguientes criterios:

- Gestante con cribado combinado del primer trimestre de riesgo alto, siempre que sea una gestación única (en gestación gemelar se individualizará cada caso), no exista malformación mayor ecográfica fetal y la translucencia nucal esté en el rango de valores normales.
- Gestante con embarazo previo con aneuploidías en los cromosomas 21, 18 o 13.
- Gestante y/o pareja portadora de anomalía cromosómica equilibrada. En este caso, deberá individualizarse el asesoramiento según la anomalía.

No se ofrecerá el estudio con ADNfe en sangre materna a las mujeres que rechacen el cribado combinado del primer trimestre.

Esta prueba precisa de un asesoramiento genético previo por lo que solo podrá ser solicitada desde la consulta de Genética del HUMV y previa información. Por ello, se remitirá a esta consulta a todas las gestantes que cumplan alguno de estos criterios.

4.6.3. Estudio del cariotipo fetal mediante pruebas invasivas

En el momento actual se le propondrá a la gestante una prueba invasiva (amniocentesis) para estudio del cariotipo fetal, en las siguientes situaciones:

- Gestante con cribado combinado del primer trimestre de riesgo alto con embarazo gemelar no susceptible de estudio con ADNfe.
- Gestante con malformación mayor ecográfica fetal y/o translucencia nucal alterada, independientemente del valor del cribado combinado del primer trimestre.
- Gestante con cribado combinado del primer trimestre de riesgo alto que rechaza el estudio de ADN fetal libre en sangre materna.
- Gestante con embarazo previo con aneuploidías en los cromosomas 21, 18 o 13 que rechaza el estudio de ADN fetal libre en sangre materna.
- Gestante y/o pareja portadora de anomalía cromosómica equilibrada que rechaza o no es susceptible de estudio con ADNfe.
- Gestante con estudio de ADN fetal libre en sangre materna de riesgo alto o en algunos casos de resultados imprecisos.

4.7. Valoración del riesgo por alteraciones en el peso corporal y del estado nutricional

Con la determinación del IMC se establece la normalidad o las posibles alteraciones del peso corporal según OMS y el incremento de peso recomendado durante el embarazo de acuerdo a las recomendaciones del *Institute of Medicine* (Ver: Exploración física, página 28).

Se realizará intervención dietética solo en el caso de que haya un peso inadecuado o se detecten unos malos hábitos alimentarios.

A las gestantes obesas:

- Se les recomendará el incremento ponderal propuesto por el *Institute of Medicine*, una dieta saludable y ejercicio físico.

- Se le informará de que si se controla adecuadamente el incremento de peso, se sigue un control prenatal y una vigilancia estrecha del parto y puerperio los riesgos asociados a la obesidad pueden minimizarse: aumento de abortos y de malformaciones congénitas, mayor riesgo de diabetes gestacional, preeclampsia, trombosis venosa profunda, macrosomía fetal, distocias del parto, cesárea y complicaciones del puerperio.
- Se utilizará para la suplementación de ácido fólico dosis de 5 mg.
- Si el IMC de la gestante es $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ y presenta un factor de riesgo moderado para la preeclampsia (primiparidad, edad > 40 años, embarazo múltiple, antecedentes familiares de preeclampsia) se le recomendará la toma de 100 mg de ácido acetilsalicílico a partir de la semana 12 y hasta el parto.

4.8. Valoración del riesgo trombótico

Factores de riesgo trombótico

- Antecedentes personales o familiares de primer grado de enfermedad tromboembólica venosa (ETV).
- Trombofilia conocida. La mutación hetero y homocigota del enzima MTHFR C667T no es un factor de riesgo de ETV.
- Factores de riesgo preexistentes:
 - Edad >35 años.
 - Comorbilidad materna (cardiopatía, broncopatía, diabetes, cáncer, lupus eritematoso diseminado, etc).
 - Obesidad IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$.
 - Paraplejía.
 - Venas varicosas gruesas por encima de la rodilla o con flebitis asociada, edema o alteraciones dérmicas.
 - 3 o más partos.
 - Tabaquismo.
- Factores de riesgo obstétricos:
 - Embarazo múltiple.
 - Tratamiento de reproducción asistida.
 - Síndrome de hiperestimulación ovárica.
- Factores de riesgo transitorios:
 - Intervención quirúrgica
 - Ingreso hospitalario.
 - Hiperemesis con riesgo de deshidratación.
 - Infección sistémica.
 - Reposo superior a 3 días.
 - Viajes de larga duración (más de 4 horas).

Recomendaciones

Derivación a Atención Hospitalaria y conducta en función de:

- Antecedentes de ETV idiopática o relacionada con estrógenos:
 - Heparina de bajo peso molecular (HBPM) durante el embarazo y 6 semanas de puerperio.
 - Medias elásticas de compresión fuerte.
 - Antecedentes de ETV secundaria a factor transitorio no presente en actual embarazo:
 - Seguimiento estricto.
 - Medias elásticas de compresión fuerte.
 - HBPM durante 6 semanas de puerperio.
 - Pacientes con antecedentes de ETV recurrente y pacientes anticoaguladas por otras causas:
 - HBPM a dosis terapéuticas.
 - Control mensual del efecto de la HBPM mediante determinación de antifactor Xa.
 - Trombofilia de alto riesgo (Mutación homocigota del Factor V Leyden, mutación homocigota de gen de la protrombina, trombofilia combinada, síndrome antifosfolípido):
 - HBPM durante el embarazo y 6 semanas de puerperio.
 - Medias elásticas de compresión fuerte.
 - En el síndrome antifosfolípido terapia combinada con ácido acetilsalicílico a dosis bajas.
 - Trombofilia de riesgo moderado (Déficit de proteína C, S y antitrombina, mutación heterocigota del Factor V Leyden, mutación heterocigota de gen de la protrombina):
 - Seguimiento estricto.
 - Medias elásticas de compresión fuerte.
 - HBPM durante 6 semanas de puerperio.
 - Paciente con otros factores de riesgo:
 - Paciente con cuatro o más factores de riesgo:
 - HBPM durante el embarazo y 6 semanas de puerperio.
 - Medias elásticas de compresión fuerte.
 - Paciente con tres factores de riesgo por encima de la semana 28:
 - HBPM durante el resto del embarazo y 6 semanas de puerperio.
 - Medias elásticas de compresión fuerte
- En estas dos situaciones si alguno de los tres o cuatro factores de riesgo identificados es transitorio:
- HBPM mientras perdure el riesgo.
 - Intervención quirúrgica: HBPM al menos 7 días de postoperatorio.
 - Síndrome de hiperestimulación ovárica: HBPM durante al menos 3 meses tras la resolución del cuadro clínico.
 - En caso de reposo superior a 3 días o viajes de larga duración (más de 4 horas) puede instaurarse tratamiento profiláctico con HBPM (enoxiparina 40mg/día o dalteparina 5000UI/día o tinzapatina 4500UI/día) en Atención Primaria, revisando la normalidad de la analítica previa o remitirse a Atención Hospitalaria.
- Paciente con dos factores de riesgo:
 - HBPM en postparto al menos 7 días y medias elásticas de compresión fuerte.

4.9. Valoración del riesgo de preeclampsia

Factores de riesgo de preeclampsia

- Criterios mayores:
 - Preeclampsia previa.
 - Hipertensión arterial crónica.
 - Enfermedad renal crónica.
 - Diabetes Mellitus pregestacional.
 - Trombofilia/Lupus Eritematoso Sistémico.
 - Ovodonación.
- Criterios menores:
 - Edad materna > 40 años.
 - Nulípara o más de 10 años del último parto.
 - IMC ≥ 35 kg/m² al inicio del embarazo.
 - Historia familiar (madre o hermana) de preeclampsia.
 - Embarazo múltiple.

Recomendaciones

- Derivación a Atención Hospitalaria si criterios mayores o embarazo múltiple.
- 100 mg diarios de ácido acetilsalicílico desde las 12 semanas hasta el parto, si hay uno o más criterios mayores o dos o más criterios menores.

4.10. Valoración del riesgo parto pretérmino

No se ha demostrado la eficacia del cribado universal mediante la medición la longitud cervical en la ecografía de la 20 semana, por lo que se recomienda únicamente en las gestantes de riesgo.

Factores de riesgo de parto pretérmino

- Historia de parto pretérmino.
- Historia de abortos de repetición.
- Gestación gemelar.
- Hidramnios.
- Incompetencia cervical.
- Malformación uterina.
- Conización.
- Longitud cervical anómala mediante valoración ecográfica.
 - Longitud cervical < 25 mm antes de las 28 semana.
 - Longitud cervical < 20 mm entre la 28 y la 32 semana.
 - Longitud cervical < 15 mm a partir de la 32 semana.

Recomendación

- Derivación a Atención Hospitalaria, si se identifica alguno de estos factores de riesgo.

4.11. Valoración del riesgo de trastornos de salud mental

Para algunas mujeres el embarazo es un momento de miedo, estrés y depresión y la mayoría experimentan preocupación, decepción, culpa, frustración o ira en algún momento.

La prevalencia de depresión durante el embarazo y el posparto, fluctúa en los países desarrollados entre un 6,5% a 12,9% en los diferentes trimestres de gestación y durante el primer año después del parto. Según *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) el 14-23% de las gestantes tendrán algún síntoma de depresión durante el embarazo.

La depresión en la embarazada produce sufrimiento materno, puede ocasionar mala nutrición y falta de autocuidado, abandono de los controles prenatales, incumplimiento terapéutico, abuso de tabaco, alcohol y drogas y persistir durante el posparto. Se asocia a complicaciones del embarazo como incremento de abortos, de partos pretérmino y de cesáreas y partos instrumentados. Compromete también la salud actual y futura del recién nacido, ya que se ha asociado a aumento del riesgo de enfermedades, de muerte súbita, alteraciones del sueño, llanto excesivo, dificultad con el lenguaje, déficit de atención, hiperactividad, ansiedad, depresión y trastornos de la conducta.

A pesar de los riesgos asociados a la depresión durante el embarazo, es un trastorno infra-diagnosticado, debido a la escasa atención prestada por los profesionales y al estigma que hace que las mujeres afectadas lo silencien.

Para detectar una posible depresión se recomienda:

1. Identificar mediante la Historia Clínica los siguientes factores de riesgo:

- Antecedentes familiares de depresión, especialmente en la madre.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Antecedentes familiares de otros trastornos mentales, incluidas adicciones.
- Antecedentes personales de depresión, depresión perinatal o ansiedad.
- Historia de abusos.
- Embarazo no deseado.
- Tratamientos de infertilidad.
- Aborto espontáneo anterior.
- Complicaciones en el embarazo.
- Miedo al parto.
- Falta de apoyo social, especialmente de la pareja. No vivir con la pareja.
- Malos tratos por parte de la pareja.
- Eventos vitales estresantes.

2. Sospechar el trastorno ante la siguiente sintomatología:

- Estado de ánimo depresivo.
- Disminución del interés en las actividades de la vida diaria. Ausencia de sensación de placer.
- Pérdida de peso y de apetito o aumento de peso significativo.
- Insomnio o hipersomnia.
- Fatiga inexplicada.
- Dificultad para concentrarse. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Sentimientos de culpabilidad o autodesprecio.
- Pensamientos de muerte recurrentes.

3. Realizar a todas las embarazadas tal y como recomienda la Guía NICE de Salud Mental prenatal y posnatal y el ACOG, las siguientes preguntas, en la primera o sucesivas visitas en función de la situación de cada mujer:

- *“¿Durante el último mes, se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”.*
- *“¿Durante el último mes, se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?”.*

En el caso de que conteste afirmativamente a alguna de estas dos cuestiones, se recomienda utilizar la *Escala de Depresión de Edimburgo (EDE)* para el embarazo (Anexo VI). Al aplicar la escala se recomienda informar a las gestantes sobre el riesgo de desarrollar un síndrome depresivo en esta etapa de su vida, cómo reconocer los síntomas y cómo solicitar ayuda lo más tempranamente posible.

Interpretación:

- Una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión, por lo que se derivará a Salud Mental para confirmación diagnóstica.
- Si se obtiene una puntuación entre 10 y 12 puntos debe repetirse la EDE a las 4-6 semanas después. Si en esta segunda aplicación del EDE se obtienen 13 o más puntos, la gestante debe derivarse a una Unidad de Salud Mental.
- Cualquier puntaje distinto de cero en la pregunta n.º 10 requiere de evaluación adicional por Salud Mental en no más de 24 horas.

Durante el embarazo es recomendable, iniciar el tratamiento con intervenciones terapéuticas no farmacológicas tales como la consejería, la intervención psicosocial grupal, individual y familiar, grupos de autoayuda, etc.

RESUMEN DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA 1.ª VISITA

A todas las gestantes

- Grupo ABO/Rh y estudio anticuerpos.
- Hemograma completo.
- Glucemia basal.
- TSH.
- β HCG Libre y PAPP-A.
- AgHbs.
- Prueba sífilis.
- VIH.
- Urocultivo.
- Ecografía 1.º trimestre.

A gestante con factores de riesgo

- Anticuerpos anti-Rubéola si se desconoce inmunidad.
- AcHbc y Achbs en mujeres con factores de riesgo de hepatitis B.
- Anticuerpos anti-VHC en mujeres con factores de riesgo de hepatitis C.
- Serología de enfermedad de Chagas, en mujeres con criterios de riesgo.
- PCR y/o serología de enfermedad por virus Zika, en mujeres con criterios de riesgo.
- HbA1c en gestantes con riesgo de diabetes.

A gestante Rh negativa

- Grupo y Rh del padre biológico del feto, en el caso de gestantes Rh negativas que no desean inmunoglobulina Anti-D si no hay confirmación de incompatibilidad Rh.

5. REVISIÓN ODONTOLÓGICA

Cuidar la salud bucodental de la embarazada forma parte de la atención prenatal, por ello se propondrá la realización de una revisión odontológica, una vez superado el primer trimestre. La importancia de este cuidado es reconocida por la propia Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud que incluye la exploración preventiva de la cavidad oral, la educación y adiestramiento en higiene bucodental y la aplicación de flúor tópico de acuerdo a las necesidades individuales de cada mujer embarazada.

El SCS garantiza la accesibilidad de todas las gestantes de nuestra Comunidad a este servicio prestado en los Centros de Salud por odontoestomatólogos e higienistas dentales.

6. RECOMENDACIONES SOBRE SUPLEMENTOS

6.1. Profilaxis con ácido fólico

Objetivo

Reducir la aparición o recurrencia de defectos congénitos en el recién nacido, fundamentalmente defectos del cierre del tubo neural (anencefalia, encefalocele, espina bífida), así como cardiopatías congénitas y labio leporino.

Indicaciones

- Mujer en edad fértil que planifica un embarazo.
- Gestante de menos de 8 semanas que no ha comenzado todavía la toma de ácido fólico.

Tiempo de administración

Comenzar al menos 1 mes antes de la concepción y hasta las 12 semanas de gestación (no prolongar más allá de las 12 semanas).

El efecto protector parece estar limitado al consumo diario durante el período periconcepcional. No existe una reducción del riesgo de aparición de defectos congénitos cuando la suplementación es irregular o se inicia a partir del segundo mes de la gestación.

A pesar de ello se iniciará la suplementación en cualquier gestante por debajo de las 12 semanas.

Dosis recomendada

- En mujer con bajo riesgo de tener un feto con defectos de cierre del tubo neural, la dosis recomendada es de 0,4 mg/día (400 µg/día) de ácido fólico, en dosis única, además de la dieta equilibrada. No debe superarse esta dosis.
- En mujer con alto riesgo de tener un feto con defectos de cierre del tubo neural (mujeres que han tenido hijos/as o abortos previos con este defecto), diabéticas, usuarias de medicación antiepiléptica y obesas la dosis recomendada es de 5 mg/día de ácido fólico en dosis única, además de la dieta rica en ácido fólico (verduras de hoja verde, hortalizas, cereales, frutos secos y fruta).

Tipo de preparado

Utilizar preparados de ácido fólico sin otros componentes activos.

No se recomienda la utilización de preparados multivitamínicos durante la gestación.

El folinato cálcico y su levoisómero farmacológicamente activo, levofolinato cálcico, no presentan ventajas sobre el ácido fólico en la profilaxis y tratamiento del déficit de ácido fólico y su coste es superior.

6.2. Profilaxis con Yodo

Objetivo

Reducir la aparición de retraso mental y parálisis cerebral en el recién nacido debido a la carencia de yodo durante la etapa perinatal.

Indicaciones

Se sugiere la suplementación farmacológica durante la gestación con yoduro potásico a dosis de 200 µg/día en aquellas mujeres que no alcanzan las cantidades diarias recomendadas de ingesta de yodo con su dieta (3 raciones de leche y derivados lácteos + 2 g de sal yodada).

Tiempo de administración

El embarazo y la lactancia materna.

No se necesita la determinación previa de hormonas tiroideas para su administración.

Tipo de preparado

Utilizar preparados de yoduro potásico sin otros componentes activos.

Otras recomendaciones

- Utilización de sal yodada en la comida en lugar de la sal común.
- Consumo de derivados lácteos (importante fuente de yodo).

Se considera una ingesta alimentaria de yodo suficiente durante el embarazo si consume sal yodada y tres raciones diarias de lácteos:

1 ración láctea = 1 vaso de leche de 200 cc.

1 ración láctea = 2 yogures (1 yogur equivale a 125 cc. de leche).

1 ración láctea = 80 g de queso fresco/40 g de queso curado.

Si la ingesta de yodo es adecuada no es precisa la suplementación farmacológica con yodo.

- **No utilizar antisépticos yodados** (povidona yodada) en la desinfección de zonas de punción, cirugía o cualquier otro tipo de curas realizadas en la gestante y puérpera, ni medios de contraste radiológico.

Estos compuestos contienen dosis de yodo muy superiores a la de los suplementos aconsejados. Esta sobrecarga iatrogénica de yodo durante el embarazo, parto y lactancia puede provocar un hipotiroidismo transitorio neonatal, ya que la glándula tiroidea del feto y del neonato aún no tiene plenamente maduro los mecanismos de autorregulación, que en el adulto permiten obviar los riesgos de una producción excesiva de hormonas tiroideas al producirse un aumento de la cantidad de yodo disponible.

El antiséptico de elección para la desinfección de la piel, en cualquier tipo de herida, cirugía, anestesia, etc. durante el embarazo y el posparto es la clorhexidina.

7. CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA/ENTREGA DE CARTILLA DE SALUD DEL EMBARAZO O INFORME DE LA VISITA

Todas las actuaciones y pruebas complementarias de esta visita quedaran recogidas en la Historia Clínica electrónica de la mujer.

Al finalizar la misma se le entregará la Cartilla de Salud del Embarazo o un Informe donde se recogerán los aspectos más destacados de esta consulta.

8. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN SANITARIA

8.1. Información sobre los controles y actividades que se van a realizar a lo largo del embarazo

- **Frecuencia de las visitas prenatales**, informando por qué son más frecuentes al final del embarazo y qué profesionales van a realizar cada una de ellas.
- **Pruebas complementarias** que se van a solicitar:
 - 3 extracciones de sangre, una en cada trimestre.
 - 3 ecografías, una en cada trimestre, informando de la importancia de cada una de ellas.
 - Otras pruebas específicas en el caso de que fuera necesario.
- **Situaciones por las que debe consultar fuera de las visitas programadas** indicando el nivel asistencial al que debería dirigirse en cada caso:
 - Sangrado genital.
 - Vómitos persistentes.
 - Leucorrea con escozor y/o prurito en genitales externos.
 - Fiebre de más de 38º C.
 - Sintomatología urinaria.
 - Signos inflamatorios en extremidades inferiores.
 - Cefalea que no calma con analgesia habitual y se acompaña de fotopsias, acúfenos y/o epigastralgia.
 - Pérdida de líquido por vagina.
 - Contracciones rítmicas y dolorosas antes del término.
 - Cese o disminución importante de movimientos fetales.

Esta información se dará a lo largo de todo el embarazo, siempre en relación con la edad gestacional.

8.2. Asesoramiento sobre cambios funcionales durante el embarazo

— Cambios psicoemocionales

- Mayor labilidad emocional.
- Estados de humor cambiantes.
- Mayor dependencia de las personas importantes afectivamente (pareja, madre, el personal que está atendiendo su embarazo, etc).

Es importante que la mujer conozca la posibilidad de estos cambios y que los comparta con su pareja y allegados. Contar con un buen apoyo profesional resulta de gran ayuda.

— Cambios anatómicos y funcionales

Durante el embarazo se producen una serie de cambios físicos que están relacionados con el desarrollo y crecimiento fetal y la preparación para el parto, nacimiento y lactancia. Algunos de estos cambios o adaptaciones del cuerpo a la nueva situación pueden producir molestias más o menos duraderas. Es importante informar a la mujer cuales son las modificaciones más frecuentes en esta etapa y cómo y por qué se producen, para que no sean causa de ningún tipo de preocupación (Anexo VII).

8.3. Asesoramiento sobre prevención de enfermedades infecciosas

- Informar a la gestante que no conocen su inmunidad frente al Toxoplasma antes del embarazo sobre las medidas dietéticas e higiénicas dirigidas a reducir el riesgo de una infección por Toxoplasma (Anexo I).
- Informar sobre las medidas higiénicas dirigidas a reducir el riesgo de una infección por citomegalovirus (Anexo II) y listeriosis (Anexo III).
- Informar a la gestante sobre las medidas para prevenir la infección por virus Zika, si va a viajar a zona endémica o si mantiene relaciones sexuales sin preservativo con hombres que hayan viajado o residido en zonas con transmisión activa del virus (Anexo V)
- Recomendación de vacunaciones en el embarazo (Anexo VIII).

8.4. Asesoramiento sobre promoción de hábitos de vida saludables

Este asesoramiento se adaptará a las necesidades de la mujer dependiendo de las semanas de gestación en las que se encuentre, de los datos obtenidos en la anamnesis y de su situación personal, según las recomendaciones recogidas en la *Guía de Cuidados de Salud del Embarazo*.

VISITAS PRENATALES SUCESIVAS



El objetivo de las visitas prenatales posteriores es confirmar la buena evolución del embarazo, ofrecer apoyo emocional y detectar cualquier complicación o situación de riesgo que no se haya puesto de manifiesto en la primera visita. La identificación del riesgo gestacional es un proceso dinámico y evolutivo que debe realizarse en cada visita prenatal. Para ello, es necesario realizar un número adecuado de consultas prenatales a lo largo del embarazo.

Las sucesivas visitas prenatales se llevan a cabo por la matrona y el médico/a de familia hasta la 40 semana. En colaboración con Atención Hospitalaria para las actuaciones establecidas de este nivel asistencial.

Actividades

ACTUACIONES BÁSICAS DE UNA VISITA PRENATAL

- Actualización sobre la evolución del embarazo.
- Evaluación del peso.
- Control de tensión arterial.
- Estudio de orina mediante tiras reactivas a partir de las 20 semanas.
- Exploración obstétrica.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Ecografía.
- Analítica del 2º Trimestre.
- Analítica del 3º Trimestre.

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN

- Prevención de la isoimmunización Rh.
- Prevención de la infección perinatal por estreptococo grupo B.
- Vacunaciones durante el embarazo.
- Prevención de situación o presentación fetal anómala en el parto.

CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA/CARTILLA DE SALUD DEL EMBARAZO O DEL INFORME DE SEGUIMIENTO

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN SANITARIA

- Asesoramiento sobre cambios funcionales, motivos de consulta y hábitos saludables.
- Preparación para la maternidad/paternidad.
- Asesoramiento sobre la atención al parto que le va a ofrecer el hospital de referencia.
- Elaboración del Plan de Parto y Nacimiento.
- Asesoramiento sobre lactancia materna.

1. ACTUACIONES BÁSICAS DE UNA VISITA PRENATAL

1.1. Actualización sobre la evolución del embarazo

En cada visita prenatal se preguntará a la mujer sobre la evolución de su embarazo desde la última consulta, la adaptación a los cambios que hayan podido aparecer, dudas que desee resolver, etc. Se investigará también sobre la posible aparición de signos de alarma: metrorragias; contracciones uterinas; disminución o ausencia de movimientos fetales, etc.

1.2. Evaluación del peso

Se sugiere individualizar la valoración del peso durante el embarazo, evitando pesar rutinariamente en todas las visitas prenatales. Siempre que esté indicado pesar a la gestante, se hará descalza y con la menor ropa posible.

El incremento de peso durante el embarazo es el reflejo del aumento progresivo del tamaño fetal y de los cambios fisiológicos maternos. La ganancia de peso recomendada durante la gestación depende del peso que la mujer tenía antes de quedarse embarazada (Ver recomendaciones del *Institute of Medicine*, página 28).

Cuando se detecte un patrón anormal de ganancia de peso (por exceso o por defecto) deberemos investigar la causa (dietas hipocalóricas, vegetarianas, comidas excesivamente copiosas, etc.) y adoptar la conducta apropiada. La ganancia excesiva de peso supone un riesgo de macrosomía fetal y de obesidad materna futura y la ganancia insuficiente puede ocasionar un crecimiento fetal restringido.

1.3. Control de tensión arterial

La hipertensión arterial durante el embarazo representa una situación de alto riesgo que puede conllevar un incremento importante de complicaciones tanto para la madre como para el feto, por lo que su detección precoz es fundamental durante la gestación.

La tensión arterial debe ser evaluada de forma sistemática y en condiciones estándar en cada visita prenatal.

En caso de que se confirme cualquier tipo de hipertensión, la gestante deberá ser derivada al nivel especializado. La vigilancia subsiguiente puede precisar la colaboración de Atención Primaria en la realización de controles periódicos, evitando desplazamientos innecesarios de la gestante.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DURANTE EL EMBARAZO

(Adaptado de American Collage of Obstetricians and Gynecologists, 2013)

Hipertensión gestacional

- TA \geq 140/90 mmHg después de las 20 semanas de gestación tomada en dos ocasiones separadas al menos 4 horas, tras 10 minutos de reposo y sentada, en una mujer previamente normotensa.
- Ausencia de proteinuria.
- La TA vuelve a la normalidad en menos de 12 semanas postparto.
- El diagnóstico final sólo se efectúa durante el postparto.

Preeclampsia

- TA \geq 140/90 mmHg después de las 20 semanas de gestación tomada en dos ocasiones separadas al menos 4 horas, tras 10 minutos de reposo y sentada, en una mujer previamente normotensa.

Y

- Proteinuria \geq 300 mg/24 h o \geq 1+ en pruebas con tiras reactivas de orina.

O

- En ausencia de proteinuria, la aparición de HTA con una de las siguientes alteraciones analíticas o clínicas:
 - Trombocitopenia $<$ 100.000/ ml.
 - Insuficiencia renal. Creatinina $>$ 1,1 mg/dl o aumento al doble de las concentraciones de creatinina en ausencia de otra enfermedad renal.
 - Alteración de la función hepática. Elevación de las transaminasas al doble de las concentraciones normales.
 - Edema pulmonar.
 - Síntomas cerebrales o visuales cefalea, visión borrosa, fotopsias.

Eclampsia

Crisis convulsivas que no pueden atribuirse a otras causas en una mujer con preeclampsia.

Hipertensión crónica

- TA \geq 140/90 mmHg antes del embarazo o diagnosticada antes de las 20 semanas de gestación, en ausencia de enfermedad trofoblástica gestacional.

Preeclampsia superpuesta (sobre hipertensión crónica)

- Proteinuria de inicio reciente \geq 300 mg/24 h en mujeres hipertensas pero sin proteinuria antes de las 20 semanas de gestación.
- Hipertensión con proteinuria antes de las 20 semanas de gestación con incremento súbito de las cifras de TA, aparición de signos o síntomas de preeclampsia o incremento sustancial en las cifras de proteinuria.

1.4. Estudio de orina mediante tiras reactivas a partir de las 20 semanas

Se realizará estudio de orina en cada visita prenatal mediante tiras reactivas a partir de las 20 semanas o ante cualquier cuadro de hipertensión, para detectar la presencia de proteinuria.

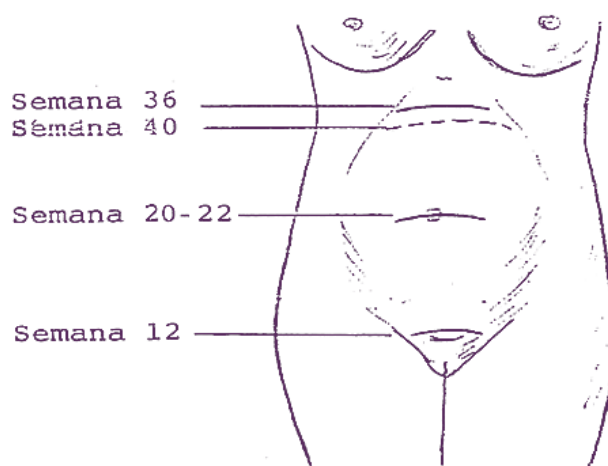
Adicionalmente, puede detectarse la presencia de nitritos que podrá alertarnos sobre la existencia de una bacteriuria asintomática que habría que confirmar con un urocultivo.

1.5. Exploración obstétrica

Altura uterina

La evaluación de las dimensiones uterinas en el transcurso de la gestación es un indicador para valorar el crecimiento fetal. Por lo tanto, en cada visita prenatal debe explorarse la altura uterina para determinar si el crecimiento del feto es o no el adecuado. En general, el útero gestante suele palparse a nivel de la sínfisis del pubis o inmediatamente por arriba hacia las 12 semanas, a las 20-22 semanas llega al ombligo y a las 36-40 a nivel del reborde costal.

La altura uterina se medirá en cada visita con una cinta métrica, desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino con vejiga vacía. Este tipo de medición no es aplicable en embarazos múltiples, ni si el IMC > 35 kg/m².



Medición altura uterina	
Edad gestacional	Medida en cm
20 Semanas	19
24 Semanas	23
28 Semanas	27
32 Semanas	31
36 Semanas	34
38 Semanas	36
40 Semanas	37

Adaptado de Jimenez JM, Tyson Je, Reisch J. 1983

Esta medición está sujeta a las características de la gestación (presentación fetal, grado de encajamiento, obesidad, etc) y se ve complementada por las ecografías programadas durante la vigilancia prenatal. Una discordancia superior a 3 cm deberá ser investigada.

Maniobras de Leopold

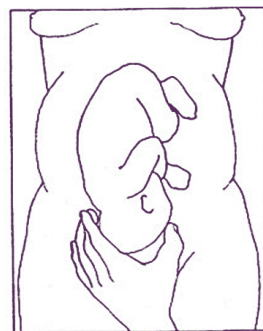
Estas maniobras permiten valorar el crecimiento y la estática del feto. Se aconseja realizarlas a partir de las 28-30 semanas aunque la estática fetal no será definitiva hasta las últimas semanas. Las maniobras de Leopold pueden ayudar a localizar el foco de máxima auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (hombro anterior del feto), lo que facilita la detección del latido cardíaco fetal.



1ª Maniobra



2ª Maniobra



3ª Maniobra

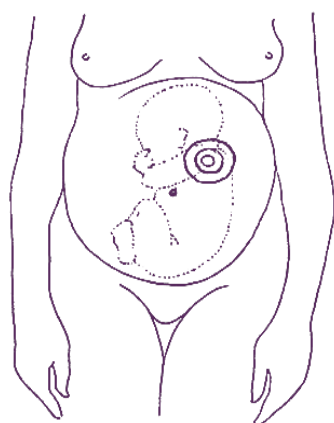


4ª Maniobra

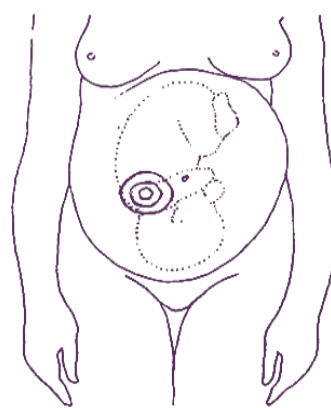
- **1.ª maniobra:** La persona que explora se coloca al lado derecho de la paciente mirando hacia su cara y con los bordes cubitales de ambas manos profundiza en la parte alta del abdomen para delimitar el fondo uterino. Esta maniobra permite reconocer el polo fetal que se encuentra en esta zona.
- **2.ª maniobra:** En la misma posición, se palpán con las manos extendidas ambos flancos de la mujer. Con esta maniobra se diagnostica la situación, posición y variedad de la posición.
- **3.ª maniobra:** En la misma posición se intenta abarcar entre el pulgar y los restantes dedos la presentación fetal inmediatamente por encima del pubis, imprimiéndola desplazamientos laterales. Esta maniobra nos orienta sobre el grado de encajamiento o descenso de la presentación en el canal del parto y el tipo de presentación.
- **4.ª maniobra:** La persona que explora mira hacia los pies de la mujer, e introduce profundamente los dedos de ambas manos en el pubis. Con esta maniobra se reconoce la presentación y sobre todo el grado de encajamiento y flexión fetal.

DetECCIÓN DE LA FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

La frecuencia cardíaca fetal (FCF) se auscultará en cada visita prenatal a partir de la 16 semana. Hasta las 24 semanas la FCF se ausculta en una línea media entre el ombligo y el pubis generalmente en fondo uterino. A partir de las 24 semanas, se procederá a realizar las maniobras de Leopold para ubicar el foco de máxima auscultación. Dicho foco corresponde a la zona en la que el hombro anterior del feto se encuentra más próximo a la pared abdominal materna. El foco de máxima auscultación varía con las semanas de gestación y la presentación fetal. En presentaciones podálicas, se encuentra por encima del ombligo y en las cefálicas por debajo.



Presentación podálica



Presentación cefálica

En todos los casos se debe palpar de forma simultánea el pulso materno para que no existan dudas de que los latidos evaluados son efectivamente fetales. Se controlarán los latidos fetales durante aproximadamente 60 segundos. La FCF media se encuentra habitualmente en 140 lat/mit, con un rango normal entre 110-160 lat/mit.

Actitud ante una alteración de la FCF (Bradicardia o Taquicardia)

- Asegurarse de que la mujer esté tranquila y relajada.
- Si esta en decúbito supino, cambiar a la gestante de posición (preferentemente decúbito lateral izquierdo).
- Esperar 5 minutos y realizar una nueva auscultación de tonos fetales.
- Si a pesar de todo la FCF no se normaliza: derivación a Atención Hospitalaria.

2. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

2.1. Ecografía

Siguiendo las recomendaciones de la *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia* (SEGO) el número de ecografías que deben realizarse en un embarazo no complicado es de tres, siendo muy importante que se realicen en las semanas adecuadas. La realización de un mayor número de ecografías en un embarazo normal no mejora los resultados perinatales (Anexo IX).

Ecografía del primer trimestre (11-14 semanas)

- Identificación del embarazo: ubicación, número de fetos y corionicidad y vitalidad fetal.
- Biometría fetal y cálculo de la edad gestacional.
- Estudio de la anatomía fetal y diagnóstico de las malformaciones más graves y de mayor expresividad ecográfica.
- Estudio sistemático de la translucencia nucal para el cálculo de riesgo según el *Programa de Detección Prenatal de Anomalías Cromosómicas* y valoración si procede de otros posibles marcadores precoces de cromosomopatía.
- Descartar patología ginecológica asociada (quistes de ovario, miomas, malformaciones uterinas, etc.).

Ecografía del segundo trimestre (± 20 semanas)

- Confirmación de la vitalidad fetal.
- Biometría fetal.
- Estudio anatómico fetal sistemático para el diagnóstico de los defectos congénitos morfológicos con expresividad ecográfica. En estas semanas es posible detectar en torno al 75% de las malformaciones que tienen expresividad ecográfica, lo que representa alrededor del 60% de todas las malformaciones, siendo por tanto esta ecografía la más importante de todas.
- Identificación de marcadores de cromosomopatías propios de este período gestacional.
- Evaluación del riesgo y eventual indicación de pruebas complementarias.
- Características y localización de la placenta, teniendo en cuenta que cuando se detecta una placenta de inserción baja o previa en esta edad gestacional no tiene por qué ser ésta su localización definitiva.
- Características del cordón umbilical, observando el número de vasos que contiene.
- Volumen del líquido amniótico.
- En los casos indicados, estudio mediante Doppler de la velocimetría feto-placentaria.
- Valoración cervical en los casos de riesgo (parto pretérmino anterior, insuficiencia cervical, etc.) mediante ecografía vaginal.

Ecografía del tercer trimestre (± 34 semanas)

- Confirmar la vitalidad fetal e identificar la estática.
- Biometría fetal y valoración de las alteraciones del crecimiento fetal.
- Estudio anatómico dirigido a la identificación de las anomalías morfológicas de aparición tardía.

- Características y ubicación definitiva de la placenta.
- En los casos indicados, estudio mediante Doppler de la velocimetría feto-placentaria.
- Volumetría del líquido amniótico.
- Valoración cervical en los casos de riesgo (parto pretérmino anterior, insuficiencia cervical, etc.) mediante ecografía vaginal.
- Descartar la existencia de patología a nivel de pelvis que pudiera condicionar la vía de parto.

2.2. Analítica del 2º Trimestre (Alrededor de las 28 semanas)

Cribado de enfermedad hemolítica perinatal

Se solicitará de nuevo el grupo sanguíneo, Rh y el escrutinio de anticuerpos irregulares a todas las embarazadas, independientemente de la positividad o negatividad del factor Rh.

En el caso de gestantes con incompatibilidad Rh, se realizan las actuaciones preventivas recogidas en el apartado: Prevención de la Isoinmunización Rh (página 64).

Cribado de anemia

Se solicitará hemograma completo, iniciando tratamiento con sulfato ferroso cuando los valores de Hb se encuentren por debajo de 10,5 g/dl. En caso de mala tolerancia pueden utilizarse preparados de ferroglicina sulfato.

Cribado de diabetes gestacional

Se realizará un Test de O'Sullivan, que consiste en la valoración de la glucosa una hora después de la ingesta oral de un preparado de 50 g de glucosa, que debe tomarse muy frío a lo largo de 5 minutos, independientemente de la ingesta previa de alimentos. No se realizará glucemia antes de tomar la glucosa.

El Test de O'Sullivan se considera positivo si la glucemia a la hora de la ingesta es ≥ 140 mg/dl. En este caso debe realizarse una prueba diagnóstica con una sobrecarga oral de glucosa con 100g (SOG 100g).

Condiciones para la realización de la SOG 100g:

- Esta prueba se realizará por la mañana, tras ayuno de 10 a 12 horas.
- Los tres días previos a la prueba, la gestante hará una dieta normocalórica, con un aporte mínimo de 1500-2000 kcal (una restricción dietética puede dar una curva falsamente positiva).
- Debe permanecer en reposo y sin fumar durante las 3 horas que dura la prueba.
- La solución se ofrecerá muy fría para mejorar la tolerancia.
- Podrá beberla, despacio, a lo largo de 5 minutos.
- Se realizan determinaciones de glucemia basal y a las 1, 2 y 3 horas de la sobrecarga de glucosa, evitando la realización de 4 pinchazos mediante la canalización de una vía venosa periférica.

Se diagnostica diabetes gestacional si dos o más valores de la SOG 100 g son iguales o superiores a los indicados en la tabla.

Tiempo	Glucemia mg/dl
Basal	≥105
1 h	≥190
2 h	≥165
3 h	≥145

Si solamente un valor está alterado se diagnosticará intolerancia a la glucosa y se repetirá la sobrecarga oral con 100 g de glucosa a las 3-4 semanas. En el caso de que se obtuvieran dos curvas intolerantes se trataría como una diabetes gestacional.

Si hay que repetir la SOG 100 g por vómitos se podrá administrar una dosis de metoclopramida oral una hora antes de ingerir la solución. En caso de que a pesar de ello no se pueda llegar a realizar la prueba, se tratará como una diabetes gestacional.

Si durante el último trimestre del embarazo se desarrolla una macrosomía fetal o un hidrámnios se realizará una SOG 100 g (Algoritmo 3a).

Cribado de enfermedades infecciosas

- **Sífilis:** Se realizará a las gestantes con criterios o conductas de riesgo (Algoritmo 5).
- **VIH:** Se realizará a las gestantes con criterios o conductas de riesgo (Algoritmo 7).
- **Bacteriuria asintomática.** Sólo se realizará un urocultivo si ha tenido previamente bacteriuria asintomática o infección urinaria.

2.3. Analítica del 3º Trimestre (36-37 semanas)

Cribado de anemia

Se solicitará hemograma completo, iniciando tratamiento con sulfato ferroso cuando los valores de Hb se encuentren por debajo de 11 g/dl. En caso de mala tolerancia pueden utilizarse preparados de ferroglicina sulfato.

Cribado de enfermedades infecciosas

- **Sífilis:** Se solicitará serología si fue negativa en los estudios anteriores y existen conductas de riesgo (Algoritmo 5).
- **AgHBs:** Se solicitará serología si fue negativa en los estudios anteriores, existen conductas de riesgo y no se ha procedido a la vacunación (Algoritmo 6).
- **VIH:** Se solicitará serología a todas las gestantes que han sido previamente negativas (Algoritmo 7).
- **Bacteriuria asintomática:** se solicitará urocultivo si ha tenido previamente bacteriuria asintomática o infección urinaria.

Cribado de estreptococo grupo B

Se realizará cultivo vaginal y rectal (Ver prevención de la infección perinatal por estreptococo grupo B, página 65).

Pruebas de coagulación

Se solicitarán pruebas de coagulación de cara a una posible analgesia epidural. La normalidad de estos parámetros es requisito para la aplicación de la analgesia epidural en el parto.

3. ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN

3.1. Prevención de la isoinmunización Rh

La isoinmunización Rh (anti-D) es la única causa de enfermedad hemolítica perinatal que permite una prevención, mediante el uso de gammaglobulina anti-D.

La administración profiláctica con gammaglobulina anti-D se realizará en gestantes con incompatibilidad Rh o en gestantes negativas en las que se desconoce el factor Rh del padre biológico. Esta profilaxis se realizará:

Profilaxis ante episodios potencialmente sensibilizadores

- Amenaza de aborto con sangrado abundante.
- Aborto.
- Instrumentación del útero (legrado o aspiración,cerclaje).
- Embarazo ectópico.
- Evacuación de un embarazo molar.
- Hemorragia anteparto/sangrado uterino durante la gestación.
- Amniocentesis, biopsia de vellosidades coriónicas o cordocentésis.
- Traumatismo abdominal (incisivo/contuso, abierto/cerrado).
- Intervenciones intraútero (transfusiones, cirugía, inserción de shunts, láser).
- Versión cefálica externa.
- Finalización terapéutica del embarazo.
- Feto muerto.

Si el episodio potencialmente sensibilizador sucede antes de las 20 semanas se administrará una dosis de 300 mcg (1500 UI), en las primeras 72 horas del episodio.

Si sucede desde la semana 20 hasta el final del embarazo se solicitará por el Servicio de Obstetricia un test de hemorragia feto-materna e inmediatamente se administrará una dosis de 300 mcg (1500 UI), en las primeras 72 horas del episodio, aunque se haya administrado la dosis de la semana 28. Si el test de hemorragia feto-materna indica que se precisan dosis adicionales de anti-D, se administrará según las recomendaciones del Servicio de Hematología.

Si se produce un sangrado vaginal continuo a partir de las 20 semanas, se repetirá la dosis de 300 mcg (1500 UI) cada 6 semanas y se solicitará un test de hemorragia feto-materna, cada dos semanas para conocer si se precisan dosis adicionales (Algoritmo 2b).

Profilaxis rutinaria a las 28-30 semanas

Esta profilaxis antenatal debe realizarse siempre, aunque haya recibido dosis anteriores por episodios potencialmente sensibilizadores previos.

Se administrará una única dosis de anti-D de 300 mcg (1500 UI), siempre después de haber realizado la extracción protocolizada para Grupo/Rh y el estudio de sensibilización. No es necesario esperar los resultados para administrar la gammaglobulina anti-D (Algoritmo 2a).

Si a pesar de la información proporcionada la mujer rechaza la administración de anti-D, se recogerá su decisión en un documento de consentimiento informado.

3.2. Prevención de la infección perinatal por estreptococo grupo B

El estreptococo del grupo B (EGB) o *Streptococcus agalactiae* es causa de infecciones en embarazadas y recién nacidos. La enfermedad en los recién nacidos cursa con septicemia, neumonía o meningitis. En la gestante, el EGB es una causa importante de corioamnionitis y endometritis postparto. Se conoce que un 10-15% de las gestantes son portadoras asintomáticas del EGB en vagina y/o recto, pudiendo transmitir esta infección al recién nacido en el momento del parto. El EGB es hoy la causa más frecuente de infección bacteriana de transmisión vertical en el mundo occidental. Afecta al 3% de los recién nacidos, con una mortalidad en torno al 10%. Se ha demostrado que la administración endovenosa de antibióticos intraparto, es la mejor estrategia para disminuir la transmisión materno-fetal del EGB y proteger al recién nacido.

Para detectar a las portadoras es necesario realizar un cultivo vaginal y rectal entre las 36-37 semanas de gestación. No se requiere dicho cultivo si:

- La gestante ha padecido una infección urinaria con estreptococo durante el embarazo.
- Ha tenido un hijo o hija con sepsis estreptocócica.

En ambas situaciones se considerará portadora.

En gestantes alérgicas a penicilina se solicitará junto con el cultivo la realización de antibiograma en caso de resultado positivo.

La validez del resultado de la prueba es de 5 semanas.

Las muestras han de obtenerse, antes de cualquier manipulación vaginal, del tercio externo de vagina (por lo que no es necesario la colocación de espéculo) y de la zona ano-rectal, utilizando escobillones con medio de transporte. Se recomienda utilizar un escobillón para cada toma. Para hacer menos molesta la toma rectal, se recomienda lubricar antes el escobillón con el propio medio de transporte. Las muestras pueden ser obtenidas por la propia gestante.

Los casos positivos no requieren tratamiento durante la gestación. Al ingreso hospitalario por inicio de parto o por rotura prematura de membranas se administrará el tratamiento protocolizado.

3.3. Vacunaciones durante el embarazo

Toda mujer en edad fértil debería de estar adecuadamente inmunizada antes del embarazo para que durante el mismo, tanto ella como el feto se encuentren protegidos frente a enfermedades prevenibles.

Esto no siempre sucede, por lo que en ocasiones es necesario vacunar a la embarazada para protegerla a ella y/o al feto durante la gestación así como, tras el parto, al recién nacido.

El aspecto más importante de la vacunación durante el embarazo es el tipo de vacuna que vamos a utilizar, por las repercusiones que pueda tener sobre el feto.

Durante el embarazo hay vacunas que están especialmente indicadas (gripe, tétanos, tos ferina), y otras recomendadas en determinadas circunstancias (hepatitis A o B, meningocócica, neumocócica) o en situaciones de riesgo (Anexo VIII). Por precaución se recomienda que toda vacuna se administre después de los 3 primeros meses de embarazo, salvo la vacuna de la gripe que se puede poner en cualquier momento de la gestación.

Por último, hay un grupo de vacunas que están contraindicadas, y son aquellas que contienen gérmenes vivos o atenuados (Anexo VIII).

Vacunas que están indicadas durante el embarazo

Vacuna antigripal inactivada

Repercusiones de la infección por gripe en el embarazo: Las mujeres embarazadas son especialmente vulnerables a las infecciones por gripe. La morbilidad e incluso mortalidad a que puede dar lugar la gripe durante el embarazo es similar a la descrita para otros grupos de riesgo. Además, la gripe durante el primer trimestre de embarazo se ha asociado a un aumento de malformaciones cardíacas, labio leporino y defectos del tubo neuronal y durante el segundo y tercer trimestre a un mayor número de abortos y partos prematuros.

Objetivo de la vacunación: Reducir el riesgo de complicaciones graves (neumonía viral y neumonía bacteriana) en la gestante y de posibles repercusiones en el feto. La vacuna también conlleva inmunidad y protección pasiva para el recién nacido si se administra en el tercer trimestre del embarazo.

Vacuna antitetánica

Repercusiones de la Infección por tétanos en el embarazo: El tétanos neonatal se produce generalmente por la infección de la cicatriz umbilical por el clostridium tétani. Aunque en nuestro país constituye una rareza, cuando se produce tiene una elevada letalidad, por lo que es imprescindible su prevención.

Objetivo de la vacunación: Minimizar el riesgo del tétanos durante la gestación y contribuir a la erradicación del tétanos neonatal.

La vacuna que se administra (Td) protege también a la embarazada de la difteria, que podría llegar a suponer un problema en nuestro entorno debido a los flujos migratorios y a los brotes de difteria ocurridos en los últimos años en países del este de Europa.

Vacuna anti-tos ferina

Repercusiones de la infección por tos ferina en el embarazo: La tos ferina es una enfermedad grave e incluso mortal cuando se padece en los primeros meses de vida.

Objetivo de la vacunación: Proteger al recién nacido frente a la tos ferina en su etapa más vulnerable, los tres primeros meses de vida, cuando aún no se ha podido iniciar la pauta propia de vacunación o cuando la protección de la vacuna es insuficiente.

La vacuna que se emplea actualmente es una vacuna combinada contra el tétanos, la difteria y la tosferina (dTpa) que protegerá a la madre y al recién nacido frente a las 3 enfermedades.

3.4. Prevención de situación o presentación fetal anómala en el parto

En el caso de situación o presentación fetal anómala a partir de las 36 semanas se realizará ecografía de confirmación y se remitirá al HUMV o al Hospital de Laredo, según corresponda, para valoración de versión externa.

4. CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA/CARTILLA DE SALUD DEL EMBARAZO O DEL INFORME DE SEGUIMIENTO

Todas las actuaciones y pruebas complementarias realizadas en cada visita quedaran recogidas en la historia clínica electrónica de la mujer.

En cada visita prenatal se cumplimentará la Cartilla de Salud del Embarazo o se elaborará un informe con los nuevos datos obtenidos.

5. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN SANITARIA

Cada consulta prenatal ofrece la oportunidad de realizar intervenciones dirigidas a mejorar el conocimiento de las mujeres sobre la evolución y los cuidados del embarazo. En cada visita se abordarán los temas relacionados con el momento del embarazo en que se encuentre. Durante la gestación están especialmente receptivas a todas las recomendaciones de promoción de la salud.

5.1. Asesoramiento sobre cambios funcionales, motivos de consulta y hábitos saludables

Se proporcionará a todas las gestantes información y asesoramiento sobre los siguientes temas, de acuerdo a las semanas de gestación en las que se encuentre y de su situación personal:

- Cambios funcionales de la etapa de gestación en la que se encuentra (Anexo VII).
- Motivos por los que debe consultar fuera de las visitas programadas.
- Asesoramiento sobre promoción de hábitos de vida saludables, de acuerdo a las recomendaciones recogidas en la *Guía de Cuidados de Salud del Embarazo*.

5.2. Preparación para la maternidad/paternidad

La preparación para la maternidad y paternidad tiene como objetivo que la gestante y su pareja dispongan de los conocimientos y de la preparación física y psíquica que les permitan enfrentarse con éxito a las modificaciones orgánicas y emocionales que acompañan al embarazo, a la experiencia del parto y al cuidado y amamantamiento del recién nacido.

Esta actividad se realizará de acuerdo al *Programa de Preparación para la Maternidad/Paternidad* vigente en el SCS, siendo la matrona de Atención Primaria la profesional responsable de su desarrollo.

5.3. Asesoramiento sobre la atención al parto que le va a ofrecer su hospital de referencia

Durante las consultas prenatales es importante ir conociendo las ideas de la gestante sobre el parto y el primer contacto con el recién nacido, su experiencia previa si la tuviera, sus expectativas y actitudes. Se le informará sobre el compromiso del SCS de ofrecer una atención al parto y al nacimiento personalizada y respetuosa con la autonomía de la gestante.

Se explicarán:

- Las ventajas de un parto fisiológico para la madre, el recién nacido y el vínculo madre-hijo/a.
- Las necesidades básicas de la mujer que quiere un parto fisiológico: seguridad, intimidad, silencio, poca luz, calor ambiental, libertad de movimientos, disponibilidad de métodos no farmacológicos de analgesia, apoyo emocional y respeto a sus decisiones.
- Las necesidades básicas del recién nacido sano: ser recibido en un ambiente caldeado, silencioso y con poca luz, ser colocado de inmediato sobre el abdomen de su madre en contacto piel con piel, y tener la posibilidad de coger el pecho guiado por su instinto.
- La posible necesidad en función de la evolución del parto de realizar procedimientos, como la amniorrexis, administración de oxitócicos, monitorización continua, analgesia epidural etc., que les serán explicados y para los que se solicitará su consentimiento.

5.4. Elaboración del Plan de Parto y Nacimiento

El Plan de Parto y nacimiento es un documento que se elabora a lo largo de la gestación, con valor de consentimiento informado, en el que las futuras madres expresan sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. A pesar de su nombre, su objetivo no es planificar el desarrollo de estos acontecimientos, cuyo curso es impredecible. Si surgen complicaciones, los profesionales tendrán que informar de la necesidad de alterar lo previsto en el Plan de Parto y practicar las intervenciones que consideren más oportunas, solicitando el consentimiento para ellas y respetando en todo lo que sea posible lo expresado por la gestante.

Se considera que la realización de un Plan de Parto y Nacimiento mejora la comprensión de estos procesos, promueve la participación activa y la implicación de las mujeres y sus parejas o acompañantes, evita tener que comunicar las preferencias durante el trabajo de parto y ayuda al equipo profesional que va a atenderlo a conocer lo que la mujer desea.

Para su adecuada cumplimentación, toda embarazada deberá recibir asesoramiento por los profesionales que le atienden antes de las 32 semanas, de forma que pueda irse formando una opinión, decidir sus preferencias y consignarlas por escrito. Para facilitar esta tarea, la *Cartilla de Salud del Embarazo* dispone de un modelo para cumplimentar. De igual manera el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad dispone de un modelo de Plan de Parto y Nacimiento que puede utilizarse como guía e incluirse en la documentación que la embarazada llevará a su hospital de referencia.

5.5. Asesoramiento sobre la lactancia materna

La creciente evidencia científica de que la lactancia materna es la mejor forma de alimentar a los lactantes, de protegerles de infecciones, de prevenir la obesidad y otras enfermedades y de ofrecerles seguridad emocional, contrasta con el hecho de que muchos bebés no son amamantados o dejan de serlo muy pronto y con que muchas madres aún queriendo lactar, no lo logran o lo hacen de manera insatisfactoria.

Promover, apoyar y proteger la lactancia materna mediante actividades dirigidas a las madres y sus familias durante el embarazo, el parto, el postparto inmediato y la crianza es una tarea de promoción de la salud física y psíquica de las mujeres y de los niños y niñas de singular trascendencia.

En las visitas prenatales (28-32 semanas)

- Conocer la calidad de la información que la mujer tiene sobre las ventajas de la lactancia materna, sus opiniones y actitudes personales y sus experiencias previas con el amamantamiento o la lactancia artificial.
- Informar sobre la importancia del contacto piel con piel inmediato tras el parto y durante las tomas, así como la cohabitación y el colecho seguro para el éxito de la lactancia.
- Asesoramiento sobre las ventajas de la lactancia materna, desterrar ideas erróneas, informar sobre los últimos conocimientos acerca del arte y la técnica del amamantamiento y sobre las ayudas profesionales y de Grupos de Apoyo a la lactancia con las que puede contar durante el embarazo y la crianza.

En los Grupos de preparación para la maternidad/paternidad

Se abordarán las siguientes cuestiones en relación a la lactancia:

- Conocimientos básicos sobre la fisiología de la lactancia materna.
- Beneficios de la lactancia materna y los riesgos de no amamantar.
- Técnica apropiada para el amamantamiento.
- Interferencias y obstáculos para la lactancia materna (tetinas, biberones, presión familiar o social, etc). Mitos y creencias.
- Cuidados de la madre durante la lactancia: alimentación, descanso, cuidado de las mamas.
- Dificultades frecuentes en la lactancia, causas y abordaje: dolor en el pezón como signo de alerta, ingurgitación mamaria, afrontamiento de las primeras noches, etc.
- Conocimiento y manejo de los brotes de crecimiento.
- Técnica de extracción manual, almacenamiento y conservación de la leche materna.
- Recursos que ofrece el entorno para apoyar la lactancia materna:
 - Profesionales de referencia (matrona /pediatra/ enfermera pediátrica).
 - Grupos de apoyo en Centro de Salud.
 - Asociaciones de apoyo a la lactancia materna.
- Duración recomendada de la lactancia materna y destete fisiológico.

VISITAS PRENATALES DE LA 40-42 SEMANA



VISITA EN LA 40 SEMANA

A partir de la 40 semana, el control prenatal de la gestante se realizará en las consultas de Obstetricia de Atención Hospitalaria.

Se realizará en:

- Área Salud de Santander: HUMV.
- Área de Salud Torrelavega-Reinosa: Hospital Sierrallana.
- Área de Salud Laredo: Hospital de Laredo.

Actuaciones:

- Valoración de la Cartilla de Salud del Embarazo o informes clínicos:
 - Confirmar edad gestacional.
 - Identificar riesgos médico-obstétricos añadidos.
- Control de TA.
- Estudio con tira reactiva de orina.
- Cardiotocograma basal, para monitorización del bienestar fetal, que será valorado por el o la obstetra.
- A la gestante nulípara, se le ofrecerá la realización de la maniobra de Hamilton, consistente en el despegamiento digital de la membrana ovular del cuello uterino, con el objetivo de que se sinteticen prostaglandinas a nivel local que favorezcan la maduración del cérvix y el inicio de contracciones uterinas. Se le informará de que:
 - Esta maniobra aumenta las probabilidades de un inicio espontáneo del parto y reduce la necesidad de realizar una inducción formal en las gestaciones en vías de prolongación o cronológicamente prolongadas.
 - Puede presentar algunos inconvenientes como sangrado vaginal y discomfort materno y el riesgo de ocasionar una rotura de membranas.
- Se citará para una próxima visita en el hospital de referencia en el caso de que no se inicie el parto al cumplir la semana 41+0.

VISITA EN LA 41+0 SEMANAS Y SUCESIVAS

Se realizará en:

- Área Salud de Santander: HUMV.
- Área de Salud Torrelavega-Reinosa: HUMV.
- Área de Salud Laredo: Hospital de Laredo.

Actuaciones:

- Confirmar edad gestacional.
- Identificar riesgos médico-obstétricos añadidos.
- Control de TA.

- Estudio con tira reactiva de orina.
- Cardiotocograma basal para monitorización del bienestar fetal.
- Ecografía para valoración de líquido amniótico, mediante la técnica de medición de la máxima laguna.
- Exploración obstétrica y valoración cervical (Índice de Bishop).
- Se ofrecerá la maniobra de Hamilton a las gestantes que ya han tenido partos anteriores o a las nulíparas que no lo desearon en la semana 40.
- Se informará del incremento progresivo del riesgo de mortalidad perinatal a partir de la 41 semana y sobre todo, a partir de la semana 42.
- Se recomienda finalizar el embarazo en el transcurso de la semana 41, idealmente sin superar la 41+6 semanas.
- La elección del momento adecuado para la finalización del embarazo dependerá de la situación de bienestar fetal, de las condiciones de madurez cervical, de circunstancias obstétricas (cesárea anterior, etc.), de la conveniencia materna y de la disponibilidad asistencial del hospital.
- Si la gestante no aceptase esta conducta, se seguirá una actitud expectante hasta la semana 42+0 y se propondrá la inducción del parto independientemente del estado de madurez cervical.
- Si gestante no desea la inducción al alcanzar 42+0 semanas, se documentará en su Historia Clínica y se mantendrá una estrecha vigilancia.

VALORACIÓN DEL RIESGO GESTACIONAL Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN



TABLA I - VALORACIÓN DEL RIESGO GESTACIONAL Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN

ANTECEDENTES	
Factores de riesgo	Conducta y nivel de atención sanitaria
Antecedentes personales	
Edad ≤ 16 años	AP. Individualizar
Edad 35-40 años	AP. Individualizar (dependiendo de la existencia de otros factores asociados)
Edad ≥ 40 años	AP. Individualizar (dependiendo de la existencia de otros factores asociados)
Peso IMC < 20	AP. Individualizar (dependiendo de la existencia de otros factores asociados)
Peso IMC ≥ 30	AP. Individualizar (dependiendo de la existencia de otros factores asociados)
Talla baja (<1,50 m)	AP
Tabaquismo	AP. Individualizar (dependiendo de la existencia de otros factores asociados)
Alcoholismo	AH OBSTETRICIA
Drogas ilegales	AH OBSTETRICIA
Problemas socioeconómicos	AP. Individualizar (dependiendo de la existencia de otros factores asociados)
Antecedentes médicos	
Asma	AP/ Individualizar NEUMOLOGÍA
Hipertensión arterial crónica	AH OBSTETRICIA
Cardiopatía	AH OBSTETRICIA
Tromboembolismo (S.Antifosfolipidico)	AH OBSTETRICIA
Nefropatía grave	AH OBSTETRICIA
Diabetes mellitus	AH OBSTETRICIA
Hipertiroidismo	AH OBSTETRICIA
Hipotiroidismo	AP /ENDOCRINO
Epilepsia en tratamiento farmacológico	AH OBSTETRICIA /NEUROLOGIA
Enfermedad psiquiátrica	AH OBSTETRICIA/SALUD MENTAL
Antecedentes gineco-obstétricos	
Gran multípara (≥ 4 hijos)	AP
Esterilidad previa	AH OBSTETRICIA
1 o 2 Abortos espontáneos ≤ 12 semanas	AP
1 Aborto espontáneo ≥ 13-14 semanas	AH OBSTETRICIA
≥ 3 abortos espontáneos	AH OBSTETRICIA
Preeclampsia-Eclampsia	AH OBSTETRICIA
Parto pretermino < 34 semanas	AH OBSTETRICIA
Incompetencia cervical	AH OBSTETRICIA
Isoinmunización Rh y/o anticuerpos irregulares	AH OBSTETRICIA
Macrosomía fetal (≥ 4.000-4.500gr)	AP
Malformación fetal / cromosomopatía	AP / AH GENÉTICA
Muerte perinatal	AH OBSTETRICIA
Crecimiento intrauterino restringido	AH OBSTETRICIA
Placenta previa	AP
Desprendimiento placenta	AH OBSTETRICIA
1 cesárea segmentaría transversa	AP
≥ 2 cesáreas segmentarías transversas	AH a partir de las 34-35 semanas
Cesárea segmentaría longitudinal o corporal	AH a partir de las 34-35 semanas
Cesárea con severa complicación	Citar en AH en la semana 36 para valorar vía del parto
Malformación uterina	AH OBSTETRICIA
Cirugía uterina previa (miomectomía, conización)	Requiere una primera evaluación por AH
Hemorragia postparto severa	Citar en AH en la semana 36 para valorar vía del parto
Parto vaginal con daño grave de suelo pélvico	Citar en AH en la semana 36 para valorar vía del parto

AP: Atención Primaria, AH: Atención Hospitalaria

TABLA II - VALORACIÓN DEL RIESGO GESTACIONAL Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Factores de riesgo/Patología	1.º trimestre	2.º trimestre	3.º trimestre
Embarazo conseguido por inseminación	AP	AP	AP
Embarazo conseguido por otras técnicas de reproducción asistida	AH	Evaluar seguimiento AH/AP	Evaluar seguimiento AH/AP
Metrorragia	Urgencias AH	Urgencias AH	Urgencias AH
Hipertensión gestacional/preeclampsia	-	Urgencias AH	Urgencias AH
Pielonefritis	Urgencias AH	Urgencias AH	Urgencias AH
Diabetes gestacional	AH	AH	AH
Primoinfección por rubeola	AH	AH	AH
Portadora Hepatitis B	AP	AP	AP
Portadora HIV	AH	AH	AH
Sífilis	AH	AH	AH
Enfermedad de Chagas	AH	AH	AH
Infección por virus Zika	AH	AH	AH
Riesgo trombótico que precise profilaxis	AH	AH	AH
Embarazo múltiple	AH	AH	AH
Feto pequeño para edad gestacional/CIR (<p10)	-	AH	AH
Feto grande para la edad gestacional (>p90)	-	-	AH
Defecto fetal congénito mayor	AH	AH	AH
Amenaza parto pretérmino /RPM	-	Urgencias AH	Urgencias AH
Isoinmunización Rh	AH	AH	AH
Hidramnios/oligoamnios	-	Urgencias AH	Urgencias AH
Placenta previa (≥ 34 semanas)	-	-	AH
Estática fetal anómala: Podálica Transversa	-	-	Remitir a las 36s a AH valorar versión externa

AP: Atención Primaria

AH: Atención Hospitalaria

RPM: Rotura prematura de membranas

CIR: Crecimiento intrauterino restringido

VIH: Virus Inmunodeficiencia Humana

ATENCIÓN PUERPERAL



COORDINACIÓN PUERPERAL AL ALTA HOSPITALARIA

Al alta hospitalaria se entregará el Informe Clínico, el Documento de Salud Infantil y la Hoja de Continuidad de Cuidados.

Se ofrecerá vacunación de rubeola antes del alta hospitalaria a las mujeres no vacunadas con resultados serológicos negativos.

En los casos de altas voluntarias se asegurará el cumplimiento de los programas de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas y de hipoacusia.

A las puérperas con desgarros perineales de III o IV grado o que presenten incontinencia o retención urinaria se les citará para seguimiento en la consulta de Suelo Pélvico del hospital dónde ha tenido lugar el parto.

Las mujeres que hayan presentado patología médica de difícil control (diabetes, cuadros hipertensivos graves, etc.) o un resultado perinatal adverso (feto muerto, prematuridad, CIR severo...) serán citadas en la consulta posnatal de la maternidad de referencia.

ATENCIÓN PUERPERAL TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

PRIMERA VISITA PUERPERAL

Esta visita la realizará la matrona de Atención Primaria lo antes posible y, en cualquier caso, durante los primeros 10 días postparto.

Se realizará independientemente de que el embarazo haya sido controlado o no en el Centro de Salud.

Actividades

1. Escuchar la historia del parto

Dar a las mujeres la oportunidad de compartir su historia de parto es una intervención muy importante, sobre todo si el parto ha sido complicado o traumático y el recién nacido ha sufrido algún problema.

2. Preguntar sobre la evolución del postparto, la llegada al domicilio y la adaptación familiar a la nueva situación

Es importante reconocer expresamente las dificultades que entraña el puerperio y la adaptación a la nueva maternidad y paternidad y apoyar a las mujeres y sus parejas en este período.

3. Valorar el estado psíquico de la madre

Durante el puerperio las mujeres pueden experimentar importantes alteraciones emocionales condicionadas por los cambios hormonales y orgánicos que están viviendo, por la calidad de la experiencia del parto y por el estrés que supone la vinculación y la atención del recién nacido. Convertirse en madre supone adquirir una nueva identidad y representa uno de los cambios físicos y psicológicos más significativos que una mujer experimentará jamás. Este proceso denominado matrescencia no ha sido suficientemente estudiado por la comunidad médica. Conocer sus desafíos (cambios en la dinámica familiar, ambivalencia entre el deseo de cuidar y tener cerca al bebé y el deseo de espacio físico y emocional propio, las fantasías del embarazo y maternidad versus la realidad y los sentimientos de culpa al compararse con el estándar inexistente de “la madre ideal”) normaliza y valida los sentimientos de las nuevas madres. La depresión posparto que puede expresarse con diferente gravedad sería una manifestación extrema de la transición a la maternidad .

Conviene detectar la aparición de los siguientes cuadros:

- **Los trastornos afectivos del posparto o la labilidad puerperal** son trastornos transitorios que aparecen los primeros días posparto, típicamente alrededor del tercer día, durando solo algunas horas o un día o dos. Se trata de un estado caracterizado por ansiedad, labilidad emotiva y, a veces, ánimo depresivo. Los síntomas son muy pasajeros, por lo que solo requieren información sobre su frecuencia y evolución (se presentan en más del 60% de las púerperas) y apoyo profesional y familiar.
- **La depresión posparto** puede afectar hasta el 10 % de las mujeres en el primer año y se caracteriza por llanto, abatimiento, labilidad emocional, sentimiento de culpa, pérdida de apetito, problemas de sueño y sentimientos de incapacidad de hacer frente a las necesidades del bebé, problemas de memoria, fatiga e irritabilidad. Algunas mujeres pueden preocuparse de forma excesiva por la salud del bebe o verse a sí mismas como malas madres, inadecuadas o poco cariñosas. Se consideran factores de riesgo de depresión:
 - Antecedentes familiares y personales de depresión.
 - Depresión en el embarazo.
 - Personalidad materna ansiosa
 - Acontecimientos vitales estresantes.
 - Embarazo no deseado.
 - Complicaciones y resultados adversos del embarazo.
 - Falta de apoyo social, especialmente de la pareja. No convivir con la pareja.
 - Maltrato en el ámbito de la pareja.
 - Dificultades con la lactancia.
 - Recién nacido difícil, privación de sueño.

La morbilidad de la depresión en el puerperio aumenta por retrasos en el diagnóstico, ya que las mujeres afectadas no suelen consultar por desconocimiento de lo que les está sucediendo y por sentimientos de vergüenza y culpa. La depresión puerperal ha sido denominada “la depresión sonriente”, por los grandes esfuerzos que hacen las mujeres para disimularla. No identificar y tratar la depresión en el posparto tiene importantes consecuencias sobre

el bienestar de la madre, su capacidad para vincularse con el recién nacido y cuidarle adecuadamente, sobre el éxito de la lactancia y el funcionamiento familiar. Se asocia con desarrollo anormal del recién nacido y dificultades cognitivas y psicopatológicas en el niño/a. También puede favorecer que el proceso depresivo se mantenga en el tiempo y sea recurrente.

La depresión posparto aunque más estudiada que la depresión durante el embarazo, sigue estando infradiagnosticada a pesar de ser un proceso serio, prevalente y tratable. La psicoterapia es el tratamiento de elección, pero puede ser necesaria la utilización de medicación antidepressiva, no siendo una contraindicación la lactancia materna.

- **La psicosis posparto**, tiene una incidencia del 0,1 al 0,2%. El cuadro representa una emergencia psiquiátrica. Por lo general comienza durante las dos primeras semanas posparto, pudiendo aparecer en ocasiones a las 48 ó 72 horas del parto. Se presenta con síntomas tales como inquietud, irritabilidad y trastornos del sueño. Habitualmente la psicosis puerperal evoluciona rápidamente, destacando entre los síntomas el ánimo deprimido o exaltado, el desajuste conductual, la labilidad emocional, como también los delirios y las alucinaciones.

Por ello es importante:

- Observar el estado emocional de la madre y sus preocupaciones.
- Potenciar la autoestima de la madre y la confianza en sus capacidades y en las del recién nacido.
- Normalizar y legitimar emociones y sentimientos. Explicar en qué consisten los trastornos afectivos del posparto, su frecuencia, benignidad y resolución espontánea. Recomendar consultar si el estado de ánimo deprimido se alarga en el tiempo.

4. Valorar el estado físico de la madre

Parámetros	Observación/control
Controles vitales	- Toma sistemática de TA
Involución uterina	- 4-5.º día posparto: palpación 2 dedos por debajo del ombligo. - 10.º día posparto: por debajo de la sínfisis púbica en partos vaginales. - Útero de consistencia dura. - Presencia o ausencia de entuertos.
Loquios	- >3.º día: inferiores a una menstruación. - Olor característico.
Perineo y episiotomía	- Evaluar presencia de dolor. - Descartar complicaciones de la episiotomía y la presencia de hemorroides que requieran tratamiento.
Herida quirúrgica (cesárea)	- Evaluar presencia de dolor. - Descartar la presencia de hematomas, infección, seromas y dehiscencia de la herida quirúrgica. Aplicar curas en caso de heridas abiertas (evitar productos yodados). - Retirar sutura de cesáreas entre 7-10 días preferentemente.
Mamas (lactancia)	- Descartar la aparición de ingurgitación, tumefacción, dolor y evaluar el estado del pezón.
Extremidades inferiores	- Descartar presencia de edemas, dolor u otros signos indicativos de tromboflebitis.
Hábito miccional	- Micción regular sin molestias ni incontinencia.
Hábito intestinal	- Recuperar el patrón de eliminación intestinal previa al embarazo y potenciar actuaciones favorecedoras de la eliminación intestinal.

5. Valorar el estado físico del recién nacido

- Información sobre cómo se encuentra el recién nacido.
- Observación del aspecto del recién nacido y de las interacciones de la madre con el bebé durante la entrevista y con la pareja o familiar acompañante.
- Preguntar sobre cómo se le está alimentando. Apoyar a la madre en la decisión adoptada.
- Si se le alimenta con leche de fórmula preguntar si se despierta para tomar el biberón, cuántas tomas hace, curva de peso y número de micciones y deposiciones.

6. Valoración de la lactancia

- Si se le está amamantando preguntar si se despierta para mamar, suelta espontáneamente el pezón al terminar la toma, la curva de peso y el número de micciones y deposiciones.
- Recoger la historia de lactancia: Cómo se encuentra la madre, número de tomas día, si ofrece ambos pechos en cada toma, y si tiene alguna dificultad (ingurgitación, dolor, grietas, tomas muy largas y frecuentes, si el bebé se duerme pero no suelta el pecho...).
- Observar una toma y asesorar sobre la práctica de la lactancia materna. Se evaluará el agarre del bebé al pecho y su eficacia. (Anexo X).

Síntomas que indican dificultades en la lactancia	
Síntomas	Causas
Dolor en los pezones y grietas	Agarre superficial del complejo areola-pezón que provoca una compresión dolorosa del pezón en la boca del recién nacido
Ingurgitación, inflamación, mastitis Dolor en el pecho entre tomas Dolor después de la toma	Vaciamiento incompleto del pecho Conductos obstruidos, mastitis Síndrome de Raynaud si cambios en la coloración del pezón.
El bebé hace tomas muy frecuentes, largas y no suelta el pecho espontáneamente	No obtiene toda la leche que necesita y no se sacia.
Mama inquieto, está nervioso, intranquilo, llorón. A veces se pelea con el pecho	No consigue extraer la leche que necesita
La ganancia de peso es escasa	Ingesta calórica insuficiente o enfermedad del lactante
Tomas largas, frecuentes con repetidos reflejos de eyección (apoyos) y lactantes con buena ganancia ponderal y con regurgitaciones	Dificultad con el agarre que ocasiona vaciamiento incompleto del pecho, que se compensa mediante tomas muy largas y produce picos repetidos de oxitocina
Escasas excretas	Ingesta inadecuada

Si se detecta alguna dificultad en el amamantamiento:

- Agarre superficial: Ayudar a la madre a encontrar una postura que favorezca un agarre profundo. Enseñar a la madre a identificar los signos de transferencia eficaz de leche.
- Aclarar algunas creencias erróneas sobre: horarios rígidos, duración limitada de las tomas, ofrecer solo un pecho en cada toma, evitar las tomas nocturnas, etc.
- Aclarar que se recomienda una lactancia a demanda siempre y cuando el lactante se despierte para mamar y realice un mínimo de 8 tomas al día durante las primeras semanas. En caso contrario es importante despertarle para que mame.
- Explicar que es necesario esperar siempre a que el lactante suelte espontáneamente el pecho y si esto no sucede, saber que es un signo de dificultad con la lactancia.
- Animar a realizar tomas nocturnas e informar sobre las normas del colecho seguro (Anexo XI).
- Desaconsejar el uso de tetinas y chupetes mientras no se instaure la lactancia adecuadamente.
- Recomendar el descanso materno, la alimentación e hidratación adecuadas y la búsqueda de ayuda familiar.
- Recomendar el contacto piel con piel.
- Enseñar a controlar el número de pañales mojados.
- Confirmar que ya se ha realizado la visita pediátrica y establecer visitas de control seriadas en coordinación hasta que la lactancia quede instaurada.

- Remitir la atención de situaciones complejas a personal experto en lactancia materna:
 - El Hospital de Laredo dispone de una consulta específica para estos casos y de un teléfono para atender dudas sobre lactancia atendido por un pediatra del Centro (649895297) en horario de 9 a 21 horas.
 - El HUMV dispone de una coordinadora de lactancia a la que se puede solicitar cita a través del teléfono interno 64506 de lunes a viernes, en horario de mañana o del M.A.S. (Mensajería Atención Sanitaria) en la agenda llamada Coordinación de Lactancia Materna, a través del Visor Corporativo de Historia Clínica.
- Poner en contacto con grupos de apoyo a la lactancia de los Centros de Salud o de asociaciones de apoyo (La Buena Leche, Anjana).
- Apoyar a la madre, transmitiendo la idea de que si desea amamantar puede conseguirlo y de que dispondrá de todo el asesoramiento que precise.
- Asesorar sobre la lactancia artificial, higiene y técnica de preparación. Pero sobre todo es muy importante explicar la conveniencia de que sean el padre y la madre los que den el biberón, manteniendo un estrecho contacto físico con el bebé durante las tomas incluido el contacto piel con piel.
- Página de referencia para consulta de dudas sobre al uso de medicación durante la lactancia: www.e-lactancia.org

7. Evaluar las situaciones de riesgo

- Confirmar si vacunación de rubeola y administración de anti-D en los casos necesarios.
- Si se detecta situaciones de riesgo para la madre o el recién nacido se derivará al pediatra, médico/a de familia o trabajador social según el caso.

8. Instaurar el plan de cuidados y el seguimiento posterior

9. Recomendar que acuda al Centro de Salud si aparece

- Fiebre ($T^{\circ} \geq 38^{\circ}C$).
- Metrorragia abundante.
- Loquios malolientes.
- Signos inflamatorios en las mamas.
- Molestias en la episiotomía o en la cicatriz de la cesárea.
- Molestias urinarias.
- Dolor, edema o cambios de coloración en extremidades inferiores.

SEGUNDA VISITA PUERPERAL

Esta visita se realizará por la matrona en el Centro de Salud alrededor de las 6 semanas postparto.

Actividades

- Preguntar sobre el bienestar de la madre y del recién nacido.
- Escuchar la historia del puerperio y de la crianza.
- Si lactancia materna, comprobar si está adecuadamente instaurada o si existe alguna dificultad.
- Valorar el estado físico de la madre:
 - Toma de T.A.
 - Valoración del peso en mujeres que presenten obesidad o sobrepeso.
 - Involución uterina-loquios.
 - Valoración del periné y de la funcionalidad del suelo pélvico.
 - Estado de la cicatriz abdominal en caso de cesárea.
 - Exploración de mamas si precisa.

— Reevaluar el estado emocional.

Tanto el ACOG, como la NICE, la Academia Americana de Pediatría y la Guía de Práctica clínica de Atención en el embarazo y puerperio del SNS recomiendan realizar un cribado a todas las mujeres durante el puerperio. Como parte del cribado se recomienda informar sobre el riesgo de desarrollar un síndrome depresivo en esta etapa de la vida, cómo reconocer los síntomas y la importancia de buscar ayuda profesional.

Para detectar una posible depresión se recomienda realizar inicialmente a todas las puérperas las siguientes preguntas:

- *“Durante el último mes, se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?”*
- *“Durante el último mes, se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionarían placer?”*

En caso de contestar positivamente a alguna de estas preguntas se recomienda aplicar la escala de depresión de Edimburgo (Anexo VI). El mejor momento es a los 6-8 semanas postparto ya que coincide con el período de máxima incidencia de la depresión puerperal y además, con la disminución de los síntomas atribuibles a un período adaptativo normal. Puede repetirse si se considera necesario a lo largo del primer año. Una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión postparto por lo que se derivará a la Unidad de Salud Mental. Cualquier puntuación distinta de cero en la pregunta número 10 requiere de evaluación especializada en 24 horas.

Deben descartarse causas orgánicas frecuentes en esta etapa como anemias ferropénicas y la tiroiditis postparto que puede afectar a un 5-10% de las mujeres dentro del primer año tras el parto.

- Recomendar ejercicios para potenciar la musculatura del suelo pélvico.
- Recomendar el cribado de cáncer de cérvix, según el protocolo vigente.

— Información sobre métodos anticonceptivos.

Las mujeres deben ser informadas de que:

- Un intervalo inferior a 12 meses entre el parto y un nuevo embarazo se asocia con un riesgo incrementado de parto pretérmino y bebés con bajo peso para edad gestacional.
- Es necesario adoptar medidas contraceptivas a partir de los 21 días del parto.
- La lactancia materna provee una anticoncepción eficaz con menos del 2% de fallos durante los seis primeros meses si la mujer permanece amenorreica a partir del 56 día postparto (cualquier sangrado vaginal antes de ese momento no se considera menstruación) y si el bebé recibe únicamente lactancia materna y hace tomas nocturnas. La eficacia del método declina cuando transcurren los seis meses, el amamantamiento disminuye o reaparece la regla.
- La anticoncepción de emergencia está indicada si se mantienen relaciones sexuales no protegidas a partir de los 21 días del parto pero no antes. Puede utilizarse píldora postcoital de 1,5 mg de levonorgestrel que es segura durante la lactancia. Con el acetato de ulipristal 30 mg es recomendable extraer y desechar la leche durante la semana siguiente a su utilización.
- En mujeres que lactan puede iniciarse la anticoncepción:
 - Con preservativos en cuanto inicien actividad sexual coital.
 - Con píldora de progesterona e implante anticonceptivo tan pronto como deseen y preferentemente a partir de las 6 semanas posparto.
 - Con DIUs de cobre y liberadores de levonorgestrel a partir de las 4 semanas.
 - Con la inyección de acetato de medroxiprogesterona 150 mg a partir de las 6 semanas del parto.
 - Con anticoncepción hormonal combinada (píldora, anillo vaginal o parche) a los 6 meses posparto.
- En mujeres que no lactan puede iniciarse la anticoncepción:
 - Con preservativos en cuanto inicien actividad sexual coital.
 - Con píldora de progesterona, implante e inyección de acetato de medroxiprogesterona tan pronto como deseen.
 - Con DIUs de Cu y liberadores de levonorgestrel a partir de la cuarta semana posparto.
 - Con anticoncepción hormonal combinada a las 6 semanas posparto.
- Para utilizar un diafragma es necesario esperar al menos seis semanas a la completa involución uterina y realizar una exploración para determinar si se requiere una medida distinta.
- Si se inicia la anticoncepción hormonal combinada, la píldora de progesterona, el implante anticonceptivo, la depoprogevera o el DIU con levonorgestrel, transcurridos más de 21 días del parto y sin esperar el inicio de una regla, se recomendará utilizar precauciones anticonceptivas adicionales durante 7 días.

- Si se utiliza la píldora combinada de valerato de estradiol y dienogest se requieren precauciones adicionales durante 9 días.
- El DIU de cobre es eficaz desde su colocación.
- **Seguimiento puerperal de patología médica durante la gestación**
 - Si ha padecido una diabetes gestacional debe tenerse en cuenta que existe un riesgo incrementado de desarrollar una diabetes mellitus tipo 2, por lo que se recomendará:
 - Mantener una dieta pobre en grasas saturadas y azúcares refinados.
 - Realizar ejercicio físico aeróbico de forma habitual.
 - Mantener el IMC en rangos de normalidad.
 - Evitar el consumo de tabaco.
 - Realizar una determinación de HbA1c a las 6-12 semanas postparto independientemente de si se mantiene la lactancia:
 - Si HbA1c < 5,7: bajo riesgo de desarrollo de diabetes.
 - Si HbA1c entre 5,7 y 6,4: alto riesgo de desarrollo de diabetes.
 - Si HbA1c >6,5 confirmada en 2 determinaciones es diagnóstica diabetes.
- En los casos de bajo riesgo, se recomienda realizar un control analítico cada 3 años y en los casos de alto riesgo un control anual.
- **Si ha tenido un trastorno hipertensivo se recomendará:**
 - Control ambulatorio de la TA.
 - Si se está usando medicación con TA <140/90 se disminuirá de forma progresiva el tratamiento hipotensor.
 - En mujeres que han presentado una preeclampsia precoz, hay un riesgo incrementado de presentar a partir de los 50 años HTA, infarto agudo de miocardio, ICTUS, Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedad renal por lo que se harán las recomendaciones oportunas.
- **Si es obesa se recomendará:**
 - Prestar un especial apoyo para que siga una dieta saludable y una actividad física que permita una pérdida de peso progresiva y mantenida en el tiempo.
 - Enfatizar la importancia de reducir el IMC antes de un nuevo embarazo por los riesgos obstétricos que conlleva.
 - Mantener la lactancia materna tanto tiempo como sea posible. Amamantar ayuda a perder el peso ganado durante el embarazo y puede prevenir la obesidad futura del neonato. La pérdida de peso haciendo una dieta saludable y ejercicio físico no perjudica la producción materna de leche.

GRUPOS POSPARTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Las sesiones de apoyo al posparto y a la lactancia materna están dirigidas a madres y padres con sus bebés. Pretenden ser un punto de encuentro entre los nuevos padres y ofrecer escucha y apoyo profesional para la adaptación a esta nueva etapa.

Se tratarán diferentes temas y se favorecerá el intercambio de dudas y experiencias en relación a:

- Lactancia materna.
- Vínculo madre-hijo/a, vínculo padre-hijo/a, colecho.
- Recuperación física materna.
- Necesidades del recién nacido.
- Aspectos emocionales.
- Sexualidad en el postparto.
- Adaptación a los nuevos roles.
- Masaje infantil.
- Enfermedades infantiles y vacunación.

EVALUACIÓN



INDICADORES DE EVALUACIÓN

La evaluación de los indicadores se realizará anualmente obteniendo los datos de las bases de datos de Atención Primaria y el informe clínico de alta al parto de Atención Hospitalaria.

Gestantes que han realizado consulta preconcepcional

$$\frac{\text{N.º de gestantes con consulta preconcepcional realizada en el año previo}}{\text{N.º total de gestantes}} \times 100$$

Población: Todas las gestantes atendidas durante el período de estudio
Estándar propuesto: $\geq 60\%$

Gestantes que han iniciado el control de embarazo antes de las 12 semanas

$$\frac{\text{N.º de gestantes con 1.ª visita prenatal antes de las 12 semanas}}{\text{N.º total de gestantes}} \times 100$$

Población: Todas las gestantes atendidas durante el período de estudio
Estándar propuesto: $\geq 90\%$

Gestantes que inician suplementación con ácido fólico antes de las 8 semanas

$$\frac{\text{N.º de gestantes en 1.ª visita con suplementación con ácido fólico antes de las 8 semanas}}{\text{N.º total de gestantes}} \times 100$$

Población: Todas las gestantes atendidas durante el período de estudio
Estándar propuesto: $\geq 90\%$

Gestantes que finalizan la suplementación con ácido fólico a las 12 semanas de gestación

$$\frac{\text{N.º de gestantes que finalizan la suplementación con ácido fólico a las 12 semanas}}{\text{N.º total de gestantes}} \times 100$$

Población: Todas las gestantes atendidas durante el período de estudio
Estándar propuesto: $\geq 95\%$

Gestantes con <14 semanas a las que se ofrece cribado prenatal de anomalías cromosómicas mediante test combinado

$$\frac{\text{N.º de gestantes a las que se les ofrece cribado prenatal de anomalías cromosómicas mediante test combinado antes de las 14 semanas}}{\text{N.º total de gestantes que acuden a consulta prenatal antes de las 14 semanas}} \times 100$$

Población: Todas las gestantes que acuden a consulta prenatal antes de las 14 semanas durante el período de estudio

Estándar propuesto: 100 %

Gestantes a las que se realiza cribado prenatal de anomalías cromosómicas mediante test combinado

$$\frac{\text{N.º de gestantes a las que se realiza cribado prenatal de anomalías cromosómicas mediante test combinado}}{\text{N.º total de gestantes que acuden a consulta prenatal antes de las 14 semanas y que no abortan durante ese período}} \times 100$$

Población: Todas las gestantes que acuden a consulta prenatal antes de las 14 semanas y no abortan, durante el período de estudio

Estándar propuesto: $\geq 90\%$

Gestantes a las que se realiza ecografía obstétrica para cribado de malformaciones entre 18-20 semanas

$$\frac{\text{N.º de gestantes a las que se realiza ecografía obstétrica para cribado de malformaciones entre 18-20 semanas}}{\text{N.º total de gestantes que acuden a consulta prenatal antes de las 20 semanas}} \times 100$$

Población: Total de gestantes que han superado las 20 semanas en el período de estudio

Estándar propuesto: $\geq 95\%$

Gestantes a las que se realiza cribado de maltrato de pareja/expareja

$$\frac{\text{N.º de gestantes a las que se realiza cribado de maltrato de pareja/expareja}}{\text{N.º total de gestantes}} \times 100$$

Población: Todas las gestantes atendidas durante el período de estudio

Estándar propuesto: $\geq 75\%$

Gestantes identificadas en situación de vulnerabilidad social

$$\frac{\text{N.º de gestantes derivadas a trabajador/a social de Atención Primaria por sospecha de detección de situación de vulnerabilidad social}}{\text{N.º total de gestantes identificadas en situación de vulnerabilidad social}} \times 100$$

Población: Todas las gestantes atendidas durante el período de estudio
Estándar propuesto: > 95%

$$\frac{\text{N.º de gestantes en situación de vulnerabilidad social que han completado el control de embarazo}}{\text{N.º total de gestantes identificadas en situación de vulnerabilidad social}} \times 100$$

Población: Todas las gestantes atendidas durante el período de estudio
Estándar propuesto: > 95%

Gestantes con cribado de diabetes gestacional entre 26-28 semanas

$$\frac{\text{N.º de gestantes a las que se realiza cribado de diabetes gestacional en la semana 26-28}}{\text{N.º total de gestantes que superan las 28 semanas}} \times 100$$

Población: Total de gestantes que han superado las 28 semanas en el período de estudio
Estándar propuesto: ≥ 95%

Gestantes a las que se ofrece vacuna de tosferina entre las 27-36 semanas de gestación

$$\frac{\text{N.º de gestantes a las que se ofrece vacuna de tosferina entre las 27-36 semanas de gestación}}{\text{N.º total de gestantes que han superado las 27 semanas}} \times 100$$

Población: Total de gestantes que superan las 27 semanas en el período de estudio
Estándar propuesto: ≥ 95%

Gestantes a las que se realiza cribado de depresión

$$\frac{\text{N.º de gestantes a las que se realiza cribado de depresión}}{\text{N.º total de gestantes}} \times 100$$

Población: Total de gestantes en el período de estudio
Estándar propuesto: ≥ 60%

Gestantes con parto a término a las que se ha realizado al menos 6 visitas prenatales

$$\frac{\text{N.º de gestantes con parto a término a las que se han realizado al menos 6 visitas prenatales}}{\text{N.º total de gestantes a término}} \times 100$$

Población: Total de gestantes a termino en el período de estudio
Estándar propuesto: ≥ 90%

Gestantes y parejas a las que se ofrece el Programa de Preparación para la Maternidad y Paternidad

$$\frac{\text{N.º de gestantes y parejas a las que se ofrece el Programa de Preparación para la Maternidad y Paternidad}}{\text{N.º total de gestantes que superan las 12 semanas}} \times 100$$

Población: Total de gestantes que superan las 12 semanas en el período de estudio
Estándar propuesto: ≥ 95%

Recién nacidos que inician lactancia materna

$$\frac{\text{N.º de recién nacidos que en el día anterior al alta han tomado al menos 1 toma de lactancia materna}}{\text{N.º total de recién nacidos}} \times 100$$

Población: Total de recién nacidos en el período de estudio
Estándar propuesto: ≥ 80%

Púérperas a las que se realizan dos visitas porparto

$$\frac{\text{N.º de púérperas a las que se realizan dos visitas postnatales}}{\text{N.º total de púérperas}} \times 100$$

Población: Total de púérperas en el período de estudio
Estándar propuesto: ≥ 95%

Púérperas a las que se realiza cribado de depresión

$$\frac{\text{N.º de púérperas a las que se realiza cribado de depresión}}{\text{N.º total de púérperas}} \times 100$$

Población: Total de púérperas en el período de estudio
Estándar propuesto: ≥ 75%

ANEXOS



ANEXO I

MEDIDAS DIETÉTICAS E HIGIÉNICAS DIRIGIDAS A REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIÓN POR TOXOPLASMA

Se aconseja:

- Evitar beber agua no potable.
- Las frutas y verduras deben ser peladas o, en su caso, bien lavadas. El consumo de frutas y vegetales no lavados adecuadamente pueden vehicular ooquistes de *T. gondii*, presentes tras el riego con aguas fecales o por contaminación directa con heces de gato.
- Lavar los utensilios de cocina que hayan estado en contacto con carne cruda, mariscos y frutas y verduras sin lavar.
- Lavarse las manos cuidadosamente con agua caliente y jabón después de la manipulación de dichos alimentos.
- Evitar el consumo de carnes crudas o poco cocinadas. Es conveniente asegurarse de que el interior de las piezas estén bien cocinadas. La congelación de los embutidos y del jamón serrano evita cualquier riesgo.
- Evitar el consumo de moluscos crudos, fundamentalmente ostras, mejillones y almejas. Los moluscos filtradores son susceptibles de acumular ooquistes de *T.gondii*, por lo que en primer lugar debemos asegurar el origen adecuado y de que han sido depurados correctamente, y a continuación, deben cocerse de tal forma que puedan eliminarse los parásitos remanentes, al igual que otros agentes.
- No ingerir leche de cabra no pasteurizada. Hasta el momento, no existe constancia de la detección de *T. gondii* en leche de otras especies, sin embargo, se aconseja el adecuado tratamiento térmico (pasteurización, UHT, esterilización, etc.) que permitirá el control de otros peligros microbiológicos.
- Usar guantes cuando se realicen trabajos de jardinería y lavarse cuidadosamente las manos al finalizar.
- Evitar la manipulación y limpieza de los areneros y cajas de excrementos de los gatos. Deben cubrirse cuando no estén en uso ya que los ooquistes esporulados son altamente infecciosos, y su limpieza debe ser diaria (los ooquistes requieren al menos 1 día para esporular).
- Mantener a los gatos controlados dentro de casa y no recoger gatos callejeros. Los gatos no deben ser alimentados con restos de carne cruda o poco cocida.

ANEXO II

MEDIDAS HIGIÉNICAS DIRIGIDAS A REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS

El principal factor de riesgo es la exposición a la saliva y a la orina de lactantes y menores de dos años y medio.

La inmunidad contra el citomegalovirus no impide su transmisión a través de la placenta. Hasta un 1% de las infecciones fetales son por reactivación de una infección materna previa.

La transmisión al feto varía según la edad gestacional y es más frecuente en el tercer trimestre.

No se recomienda realizar un cribado de citomegalovirus en el embarazo.

Para evitar contraer esta infección se aconsejan medidas higiénicas dirigidas a evitar la exposición a la saliva y a la orina que pueda contener el citomegalovirus y disminuir así el riesgo de infección:

- Evitar contacto con la saliva de niños/as pequeños.
- Lavado meticuloso de las manos con agua y jabón tras cambiar pañales, dar de comer y beber a un lactante o bebé, o contactar con su saliva, o tocar sus juguetes o chupetes.
- No compartir comida con bebés o niños/as pequeños, ni utilizar los utensilios o envases donde ellos comen o beben habitualmente.
- Evitar lavarse los dientes con el mismo cepillo de un niño/a pequeño.
- Realizar una higiene cuidadosa de manos si se trabaja con niños/as pequeños y si fuera posible adecuar el puesto de trabajo de forma que se evite el contacto con niños/as menores de dos años y medio.

ANEXO III

MEDIDAS DIETÉTICAS E HIGIÉNICAS DIRIGIDAS A REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIÓN POR LISTERIOSIS

La *listeria* es una bacteria que se encuentra en el suelo, el agua y en ocasiones en las plantas. La mayoría de las infecciones por listeria se presentan debido al consumo de alimentos contaminados, generalmente productos cárnicos precocinados, leche, lácteos no pasteurizados y marisco. La listeria únicamente se destruye a temperaturas de más de 50 grados centígrados.

La listeriosis puede transmitirse al feto a través de la placenta aunque la madre no muestre signos de la enfermedad.

Para evitar contraer esta infección:

EVITAR COMER

- Leche sin pasteurizar o productos elaborados con leche no pasteurizada.
- Cualquier queso elaborado con leche no pasteurizada.
- Salchichas tipo Frankfurt y carnes ya preparadas y listas para comer.
- Patés no enlatados o esterilizados.
- Productos de pesca ahumados que requieran refrigeración (salmón, trucha, pescados blancos, bacalao, atún o caballa).
- Pescado o marisco crudo.
- Ensaladas o vegetales preparados industrialmente y listos para comer que no hayan sido lavados previamente.

SE PUEDE COMER

- Leche pasteurizada o productos elaborados con leche pasteurizada.
- Quesos de pasta blanda si en la etiqueta se indica que están elaborados con leche pasteurizada.
- Quesos de pasta dura, semidura (mozzarella), quesos pasteurizados o quesos preparados para untar.
- Salchichas tipo Frankfurt y carnes ya preparadas y listas para comer si se someten a cocción intensa hasta el interior del producto.
- Patés enlatados o esterilizados.
- Productos de pesca ahumados, enlatados o esterilizados.
- Pescado o marisco cocinado a temperatura mayor de 50 grados.
- Ensaladas preparadas en casa con vegetales crudos bien lavados.

Para evitar la contaminación de los alimentos por bacterias patógenas:

- Cocinar los alimentos de origen animal (carne, pescado) a temperaturas elevadas (más de 50 grados) y evitar beber leche sin tratamiento térmico.
- Lavar cuidadosamente los alimentos que se consumen crudos (verduras, hortalizas, frutas).
- Lavarse las manos después de manipular alimentos crudos y lavar los utensilios de cocina antes de utilizarlos con alimentos ya cocinados.
- No mezclar en la nevera alimentos crudos y alimentos cocinados o listos para consumir.

- Limpiar a menudo la nevera.
- Una vez abiertos no conservar demasiado tiempo los productos de charcutería que requieran conservación en nevera (jamón York, embutido de pavo, gelatina, lengua de cerdo...).
- Los restos y los platos precocinados deben calentarse cuidadosamente antes de su consumo por encima de los 50 grados.
- Seguir la “Regla de las 2 horas”: deseche los alimentos que queden fuera del refrigerador a temperatura ambiente durante más de dos horas.

ANEXO IV

PAÍSES CON TRANSMISIÓN VECTORIAL DE ENFERMEDAD DE CHAGAS

Región	Países donde la Enfermedad de Chagas es endémica
Norteamérica	México
Centroamérica	Belice
	Costa Rica
	El Salvador
	Honduras
	Guatemala
	Nicaragua
	Panamá
	Sudamérica
Bolivia	
Brasil	
Chile	
Colombia	
Ecuador	
Guyana	
Guyana Francesa	
Surinam	
Paraguay	
Perú	
Uruguay	
Venezuela	

Fuente: OMS. Datos 2014.

ANEXO V

MEDIDAS DIRIGIDAS A REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA

Ante la evidencia disponible, se recomienda que las mujeres embarazadas no viajen a un área activa de transmisión del virus Zika.

Si se viaja, se recomendará seguir estrictamente las medidas siguientes para evitar las picaduras de mosquitos y tomar medidas para prevenir la transmisión sexual durante y después del viaje.

Medidas de protección frente a las picaduras de mosquitos:

— Uso de repelentes de insectos

Es necesario leer la etiqueta de cualquier producto que se use y seguir las instrucciones de aplicación especialmente en cuanto a precauciones en embarazadas. Los repelentes sintéticos con N,N-Dietil-meta-toluamida (DEET), Picardina e IR3535, son seguros para las gestantes.

— Barreras físicas

◦ *Ropa más adecuada:* camisas de manga larga, pantalones largos, calcetines y calzado cerrado. Se recomienda meter la camisa por dentro del pantalón, así como los bajos del pantalón por dentro del calcetín y vestir ropa de color claro. Se desaconseja el uso de ropa oscura o con estampados florales y el uso de jabones aromatizados, perfumes o aerosoles para el pelo, ya que pueden atraer a los insectos.

◦ *Aire acondicionado:* El aire acondicionado es un medio muy efectivo para mantener fuera de la habitación mosquitos y otros insectos siempre que la habitación esté bien aislada.

◦ *Mosquiteras en puertas y ventanas.*

— Vaciar, limpiar o cubrir regularmente los contenedores que puedan acumular agua estancada y eliminar otros posibles criaderos de mosquitos.

Medidas de protección para evitar el contagio sexual:

En relación al contagio sexual sabemos que:

- La vía sexual incluye el sexo vaginal, anal y oral, y el compartir juguetes sexuales.
- Un hombre con el virus del Zika puede contagiar a sus parejas sexuales, ya sean masculinas o femeninas.
- El Zika se puede transmitir antes, durante o después de la aparición de los síntomas.
- El virus puede permanecer en el semen durante más tiempo que en la sangre, pero se desconoce exactamente por cuánto tiempo.

Medidas básicas de prevención:

- Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que finalice su embarazo o utilizar preservativo hasta el final de la gestación, si mantiene relaciones sexuales con hombres que hayan viajado o residido en zonas con transmisión activa del virus.

Los preservativos tanto los masculinos como los femeninos pueden reducir la posibilidad de contraer el Zika por vía sexual. Para que sean efectivos, deben usarse en todo momento cada vez que se tenga sexo vaginal, anal u oral o comparta juguetes sexuales.

ANEXO VI

ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDIMBURGO

Esta escala se puede aplicar durante el embarazo y el puerperio.

Se solicitará a las mujeres que señalen la alternativa que más se acerca a la forma en que se ha sentido en los últimos 7 días.

Deben ser respondidas las 10 preguntas y para cada pregunta se debe seleccionar sólo 1 de las 4 alternativas.

En todos los casos, las respuestas deben provenir de la gestante o puérpera/madre

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas		PUNTOS
a	Igual que siempre	0
b	Ahora, no tanto	1
c	Ahora, mucho menos	2
d	No, nada en absoluto	3
2. He mirado las cosas con ilusión		PUNTOS
a	Igual que siempre	0
b	Algo menos de lo que es habitual en mi	1
c	Bastante menos de lo que es habitual en mi	2
d	Mucho menos que antes	3
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal		PUNTOS
a	Sí, la mayor parte del tiempo	3
b	Sí, a veces	2
c	No, muy a menudo	1
d	No, en ningún momento	0
4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo		PUNTOS
a	No, en ningún momento	0
b	Casi nunca	1
c	Sí, algunas veces	2
d	Sí, con mucha frecuencia	3
5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo		PUNTOS
a	Sí, bastante	3
b	Sí, a veces	2
c	No, no mucho	1
d	No, en absoluto	0
6. Las cosas me han agobiado		PUNTOS
a	Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas	3
b	Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre	2
c	No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien	1
d	No, he afrontado las cosas tan bien como siempre	0
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir		PUNTOS
a	Sí, la mayor parte del tiempo	3
b	Sí, bastante a menudo	2
c	Solo en alguna ocasión	1
d	No, en ningún momento	0
8. Me he sentido triste o desgraciada		PUNTOS
a	Sí, la mayor parte del tiempo	3
b	Sí, bastante a menudo	2
c	Solo en alguna ocasión	1
d	No, en ningún momento	0
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando		PUNTOS
a	Sí, la mayor parte del tiempo	3
b	Sí, bastante a menudo	2
c	Solo en alguna ocasión	1
d	No, en ningún momento	0
10. He tenido pensamientos de hacerme daño		PUNTOS
a	Sí, bastante a menudo	3
b	A veces	2
c	Casi nunca	1
d	En ningún momento	0
TOTAL		

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Versión validada en español (adaptado de García-Esteve 2003)

ANEXO VII

CAMBIOS ANATÓMICOS Y FUNCIONALES DURANTE EL EMBARAZO

Digestivos

CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Náuseas y vómitos	Hormonales Disminución de la motilidad gástrica	<ul style="list-style-type: none"> - Permanecer en reposo, sentada en la cama un rato antes de levantarse y tomar algún alimento, hasta que desaparezca la sensación nauseosa - Beber líquido entre las comidas y no durante las comidas - Evitar grasas o comidas difíciles de digerir - Hacer 5-6 comidas al día, suaves y poco abundantes - Evitar olores fuertes y desagradables
Gingivitis	Aumento de los estrógenos Enfermedad dental pre-existente Déficit de Vitamina B	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener una buena higiene dental, utilizando cepillos suaves - Evitar traumatismos e infecciones - Seguir una dieta equilibrada con cantidades adecuadas de vegetales y fruta fresca - Visita odontológica
Pirosis	Reflujo gastroesofágico Disminución de la movilidad gástrica	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer 5-6 comidas al día, suaves y poco abundantes - Procurar comer despacio, tomar bocados pequeños y bien masticados - Evitar grasas y fritos - Evitar las bebidas gaseosas y las alcohólicas - Evitar el café y el tabaco - Descansar un tiempo después de cada comida - Cenar al menos 2 horas antes de meterse en la cama - Evitar realizar cualquier ejercicio físico o deporte hasta 2 horas después de haber comido - Dormir un poco incorporada en la cama (con alguna almohada de más) - No tomar ningún antiácido sin consultar
Estreñimiento	Hormonales Aumento reabsorción de agua y sodio por la mucosa del colon Compresión del sigmoide y del recto por el útero Ingesta de hierro y calcio	<ul style="list-style-type: none"> - Tomar una dieta rica en fibra (frutas, verduras, pan y cereales integrales) - Abundantes líquidos durante el día - Evitar alimentos que favorecen la retención de gas (col, brócoli, etc) - Mantener un horario regular de evacuación intestinal - Practicar un ejercicio suave, como el paseo - No tomar laxantes sin consultar

Cardiovasculares

CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Mareos y síncope	Hormonales: Hipotensión postural Estasis venosa en las extremidades inferiores	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar lugares con aglomeraciones, cerrados o calurosos - No permanecer períodos largos sin tomar alimento - No realizar cambios bruscos de posición - No incorporarse o levantarse de la cama bruscamente - No permanecer acostada en decúbito supino. La postura más adecuada para descansar es acostada sobre el lado izquierdo, con la pierna derecha flexionada - Si nota que va a marearse, buscar un ambiente fresco, realizar respiraciones profundas, sentarse con la cabeza entre las rodillas y si puede acostarse, hacerlo del lado izquierdo con las piernas ligeramente flexionadas
Varices	Aumento de la presión hidrostática en extremidades inferiores Disminución del tono de la pared venosa por la acción hormonal Compresión del útero gestante	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar actividades que obliguen a permanecer de pie o sentada durante mucho tiempo - Poner las piernas en alto cuando esté sentada o tumbada - Evitar la exposición de las piernas al sol - Realizar ejercicio con regularidad, especialmente paseos o natación - Evitar el uso de medias o calcetines que compriman las piernas - Usar medias elásticas de compresión
Hemorroides	Compresión del drenaje venoso por el útero gestante Estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar el estreñimiento - Tomar una alimentación rica en fibra, evitando las especias y las bebidas alcohólicas - Realizar higiene local, baños con agua fría y sentarse en asientos blandos - No utilizar ninguna medicación, ni aplicarse pomadas o cremas locales sin consultar
Edemas maleolares	Dificultad del retorno venoso por la compresión del útero gestante	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar actividades que obliguen a permanecer de pie o sentada durante mucho tiempo - Descansar con las piernas levantadas cuando esté sentada o tumbada - Descansar en decúbito lateral izquierdo - Evitar el uso de medias o calcetines que compriman las piernas - Si observa la aparición de hinchazón: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Es recomendable el uso de medias elásticas ◦ Los masajes con duchas de agua fría sobre la zona puede aliviar las molestias ◦ Realizar ejercicios para mejorar la circulación
Eritema palmar	Predisposición familiar Aumento de estrógenos	<ul style="list-style-type: none"> - No existen medidas preventivas - Desaparecen espontáneamente después del parto
Hipotensión supina	Compresión de la vena cava por el útero gestante en posición de decúbito supino	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar el decúbito supino y adoptar la posición de decúbito lateral izquierdo con las piernas ligeramente flexionadas

Cardiovasculares

CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Palpitaciones	Adaptación cardíaca al aumento del volumen circulante Pueden aparecer al cambiar de posición en la cama y cuando se practica ejercicio físico	- Tranquilizar a la mujer, explicándole que es un proceso normal

Mamarios

CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Aumento volumen Circulación colateral Hiperpigmentación la areola y pezón Calostro	Fisiológicas	- Utilizar sujetadores adecuados de tejidos suaves - Aclarar que la aparición de calostro es normal

Cutáneos

CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Caída del cabello	Desconocidas	- No hay prevención ni tratamiento, es un trastorno transitorio - Puede lavarse el cabello siempre que lo desee - Evitar en lo posible el uso de acondicionadores, permanentes o tintes y secarse el cabello con secador eléctrico
Estrías	Mecánicas: Aumento del volumen del abdomen y de las mamas Hormonales	- No existe prevención ni tratamiento - Evitar la ganancia excesiva de peso - No está demostrada la eficacia de las cremas antiestrías
Pigmentación	Estimulación de los melanocitos por hormona melanocito estimulante	- Evitar la exposición directa al sol - Utilizar cremas de protección solar - Informar de la disminución de la hiperpigmentación después del parto
Prurito cutáneo	Desconocidas Cambios dermatológicos	- Hidratación de la piel - No utilizar fármacos sin consultar - Posibilidad de administración cuando queda descartada una colestasis

Genitounitarios

CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Polaquiuria	Compresión de la vejiga por el útero gestante	- No existen medidas preventivas
Leucorrea	Aumento del nivel de estrógenos Aumento de la vascularización	- Higiene diaria - Utilizar ropa interior de algodón, no utilizar protectores íntimos sintéticos (salvaslips) - No realizar duchas vaginales

Respiratorios

CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Epistaxis	Hormonales: Aumento de estrógenos Hiperplasia vascular	- Tranquilizar a la mujer, indicándole que las epistaxis son frecuentes durante el embarazo - Si no ceden a las medidas habituales de taponamiento, remitir a Otorrino
Congestión nasal	Congestión vascular de la mucosa nasal	- No hay medidas preventivas - Hacer irrigaciones nasales con suero fisiológico - No utilizar antihistamínicos ni descongestionantes
Disnea	Adaptación fisiológica al embarazo	- Adoptar una postura corporal correcta y moderar el ejercicio - Dormir con más almohadas - Evitar comidas abundantes que generen repleción gástrica - No fumar ni permanecer en ambientes con humo

Muscoesqueléticos

CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Calambres	Nivel bajo de calcio o potasio en sangre Insuficiencia de la circulación periférica Compresión nerviosa de las extremidades inferiores por el útero gestante	- Hidratación y aumento de la ingesta de potasio - Hacer un estiramiento inmediato suave y pasivo del miembro afectado - Masaje en el muslo acalambrado - Evitar zapatos de tacón alto
Congestión nasal	Congestión vascular de la mucosa nasal	- No hay medidas preventivas - Hacer irrigaciones nasales con suero fisiológico - No utilizar antihistamínicos ni descongestionantes

Muscoesqueléticos

CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Dolor lumbar y pélvico	<p>Cambio en la curvatura de la columna vertebral (lordosis lumbar) para compensar el peso y mantener el equilibrio</p> <p>Relajación de las articulaciones pélvicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar calzado cómodo de tacón medio, evitando el tacón alto - Utilizar un colchón firme para el descanso - Aplicar calor local - Higiene postural: <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar asientos cómodos - Agacharse, flexionando las rodillas y manteniendo la espalda recta - Para levantar pesos agacharse flexionando las rodillas y las caderas, acercando el objeto lo más posible al cuerpo e incorporarse con la espalda recta y contrayendo la musculatura abdominal - Realizar ejercicios para fortalecer los músculos paravertebrales - Recomendar faja lumbar para embarazadas, en casos individualizados - Derivar a Fisioterapia si fuera necesario

Neurológicos

CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Cefaleas	Muy diversas	Evaluación para establecer el diagnóstico
Insensibilidad y parestesias en los brazos y manos	<p>Tracción del plexo braquial a causa de la caída de los hombros</p> <p>Síndrome del Túnel Carpiano</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer los músculos de la espalda - férulas e infiltraciones

Miscelánea

CAMBIOS	CAUSAS	CONDUCTA
Fatiga, somnolencia y astenia	Aumento del requerimiento metabólico	<ul style="list-style-type: none">- Disminuir la actividad física- Descansos durante la jornada y después de las comidas- Alimentación equilibrada
Insomnio	Ansiedad, movimientos fetales, polaquiuria y calambres musculares	<ul style="list-style-type: none">- Buscar la postura más cómoda para dormir, por ejemplo de lado, con el abdomen apoyado en una almohada y otra colocada entre las piernas- Tomar alguna bebida caliente antes de acostarte (leche, infusión, etc)- Evitar bebidas excitantes: té, café...- Baño relajante antes de acostarse- Ejercicios de relajación y respiración
Algias pélvicas y abdominal	Aumento de la presión del útero de la gestante	<ul style="list-style-type: none">- Reposo, relajación y una buena postura corporal- Utilización de faja o cinturón de descanso

ANEXO VIII

VACUNACIONES DURANTE LA GESTACIÓN

Vacunas indicadas durante el embarazo

VACUNA	TIPO DE VACUNA	HISTORIAL VACUNAL	PAUTA	ADMINISTRACIÓN
Antigripal	Inactivada		1 dosis	Cualquier trimestre Cada gestación
Anti-tos ferina	Inactivada Toxoide		1 dosis dTpa (semanas 27 a 36)	Repetir en cada gestación
Antitetánica	Inactivada Toxoide	Vacunación completa	1 dosis dTpa (semanas 27 a 36)	Después del 1.º trimestre
		Vacunación incompleta	Completar-Incluir Tpa (semanas 27 a 36)	
		Vacunación desconocida o no vacunada	1.ª Td (2.º trimestre) 2.ª dTpa (27 a 36 sem) 3.ª Td (6 meses después)	

Vacunas recomendadas en situaciones especiales durante el embarazo

VACUNA	TIPO DE VACUNA	RECOMENDADA
Hepatitis A	Inactivada	Enfermedades hepáticas crónicas; usuarias de drogas por vía parenteral; viajes a zonas endémicas; situación de riesgo ocupacional.
Hepatitis B	Inactivada	Gestantes no inmunizadas estará indicado si: - Antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral - Naturales de zonas endémicas - Antecedentes de hepatopatías - Conductas sexuales de riesgo - Internas en centros de atención a la discapacidad, psiquiátricos o instituciones penitenciarias - Situación de riesgo ocupacional - Antecedentes de infecciones de transmisión sexual de repetición
Anti-neumocócica conjugada y polisacárida	Inactivada	Situación de epidemia; asplenia, drepanocitosis, deficiencias de componentes del complemento; fístulas de líquido cefalorraquídeo; inmunodepresión; leucemia; linfoma; trasplante de órgano sólido o células hematopoyéticas; enfermedad renal crónica; VIH
Anti-meningocócica conjugada	Inactivada	

Vacunas recomendadas durante el embarazo en caso de riesgo específico (viaje, exposición, etc)

VACUNA	TIPO DE VACUNA	RECOMENDADA
Poliomielitis	Inactivada	Viajes a zonas endémicas Inmigrantes no vacunadas
Fiebre amarilla	Virus vivos	Viajes a zonas endémicas En situaciones de riesgo
Rabia	Inactivada	Administración pre-exposición si viaje de riesgo Administración post-exposición si contacto de riesgo.
Fiebre tifoidea (polisacárida)	Inactivada	Si viaje a zona endémica
Encefalitis japonesa	Inactivada	Si existe riesgo elevado de exposición
Encefalitis centroeuropea	Inactivada	En caso de actividades al aire libre en zonas endémicas

Vacunas contraindicadas durante el embarazo

VACUNA	TIPO DE VACUNA	RECOMENDADA
Papiloma humano	Inactivada	No datos sobre seguridad
Triple vírica	Virus vivos	
Tifoidea oral	Atenuada	Existe alternativa (vacuna inactivada)
Varicela	Virus vivos	
Antigripal (intranasal)	Virus vivos	No disponible en España
Polio oral	Virus vivos	

ANEXO IX

ESTUDIO ECOGRÁFICO DURANTE EL EMBARAZO

SEMANAS GESTACIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS
11-14	Datar el embarazo Diagnostico precoz de embarazo múltiple Marcadores precoces de cromosomopatías Descartar patología ginecológica	Evaluación gestacional: - N.º de sacos o fetos - Vitalidad fetal - Biometría y estimación de la edad gestacional - Translucencia nucal (TN) - Marcadores precoces de cromosomopatías - Despistaje de las malformaciones de mayor y más precoz expresividad ecográfica - Evaluación de los anejos ovulares Observación de útero y anejos
± 20	Diagnostico de anomalías estructurales y marcadores de cromosomopatías	- Vitalidad del feto - Biometría fetal - Estudio de la anatomía fetal - Características y localización de la placenta - Cordón umbilical (n.º de vasos) - Estimación de la cantidad de líquido amniótico
± 34	Estimación de la normalidad fetal y de su entorno	- Vitalidad del feto - Estimación del crecimiento fetal (Biometría fetal) - Estudio de la anatomía fetal - Evaluación de la estática fetal - Localización y características de la placenta y cordón umbilical - Cantidad de líquido amniótico

ANEXO X

OBSERVACIÓN DE LA TOMA: HERRAMIENTA ESTANDARIZADA

Signos de adecuada postura y agarre y de amamantamiento eficaz/ineficaz

SIGNOS DE AMAMANTAMIENTO ADECUADO	SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD
Postura de la madre y el bebé	
Madre relajada y cómoda Bebé en contacto estrecho con la madre Cabeza y cuerpo del bebé alineados, frente al pecho La barbilla del bebé toca el pecho Cuerpo del bebé bien sujeto El bebé se acerca al pecho con la nariz frente al pezón Contacto visual entre la madre y el bebé	Hombros tensos, inclinados hacia el bebé Bebé lejos del cuerpo de la madre Cabeza y cuello del bebé girados La barbilla del bebé no toca el pecho Solo se sujetan la cabeza y el cuello del bebé El bebé se acerca al pecho con el labio inferior barbilla frente al pezón No contacto visual madre-bebé
Lactante	
Boca bien abierta Labios superiores e inferiores evertidos La lengua rodea al pezón y la areola* Mejillas llenas y redondeadas al mamar Más areola visible por encima del labio superior Movimientos de succión lentos y profundos, con pausas Puede verse u oírse tragar al bebé	Boca poco abierta Labios apretados e invertidos No se ve la lengua* Mejillas hundidas al amantar Más areola por debajo del labio inferior Movimientos de succión superficiales y rápidos No se oyen ruidos de chupeteo o chasquidos
Signos de transferencia eficaz de leche	
Humedad alrededor de la boca del bebé El bebé relaja progresivamente brazos y piernas El pecho se ablanda progresivamente Sale leche del otro pecho La madre nota signos del reflejo de eyección** El bebé suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma	Bebé intranquilo o exigente, agarra y suelta el pecho intermitentemente La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón El pecho esta rojo, hinchado y/o dolorido La madre no refiere signos del reflejo de eyección** La madre ha de retirar el bebé del pecho

* Este signo puede no observarse durante la succión y solo verse durante la búsqueda y el agarre

** La madre siente sed, relajación o somnolencia, contracciones uterinas (entuetos) y aumento de los loquios durante el amamantamiento

ANEXO XI

INFORMACIÓN PARA MADRES Y PADRES SOBRE LAS PAUTAS PARA UN COLECHO SEGURO

Pautas para un colecho seguro

- El bebé es saludable y ha nacido a término.
- El bebé es amamantado a demanda tanto de día como de noche.
- Ninguno de los adultos que va a compartir cama con el bebé fuma (aunque no lo haga en presencia del bebé).
- Ninguno de los adultos que va a compartir cama con el bebé ha consumido alguna bebida alcohólica, drogas o medicamentos que provoquen un sueño más profundo del habitual.
- El bebé siempre debe acostarse boca arriba. Nunca boca abajo ni de lado.
- No debe arroparse demasiado al bebé ni ponerle excesivo abrigo para dormir. La temperatura de la habitación no debe superar los 20º C.
- No cubrir la cabeza del bebé.
- Los bebés deben dormir en superficies firmes, limpias y seguras:
 - Evitar edredones y almohadones extra que puedan tapar accidentalmente la cabeza del bebé.
 - Asegurarse de que el bebé no pueda caerse de la cama ni quedar atrapado entre la cama y la pared o cabecero.
 - Despejar la cama de cojines, juguetes, etc.
 - No permitir a ningún animal doméstico compartir la cama con el bebé.
- Asegúrese de que su pareja sabe que el bebé está en la cama si no se acuestan al mismo tiempo.
- Si en la cama duerme otro niño/a mayor, que sea el adulto el que se sitúe siempre entre el bebé y el niño/a más mayor.

Situaciones en que se desaconseja el colecho

No es recomendable dormir en la misma cama que el bebé si no se cumple alguna de las condiciones mencionadas o si:

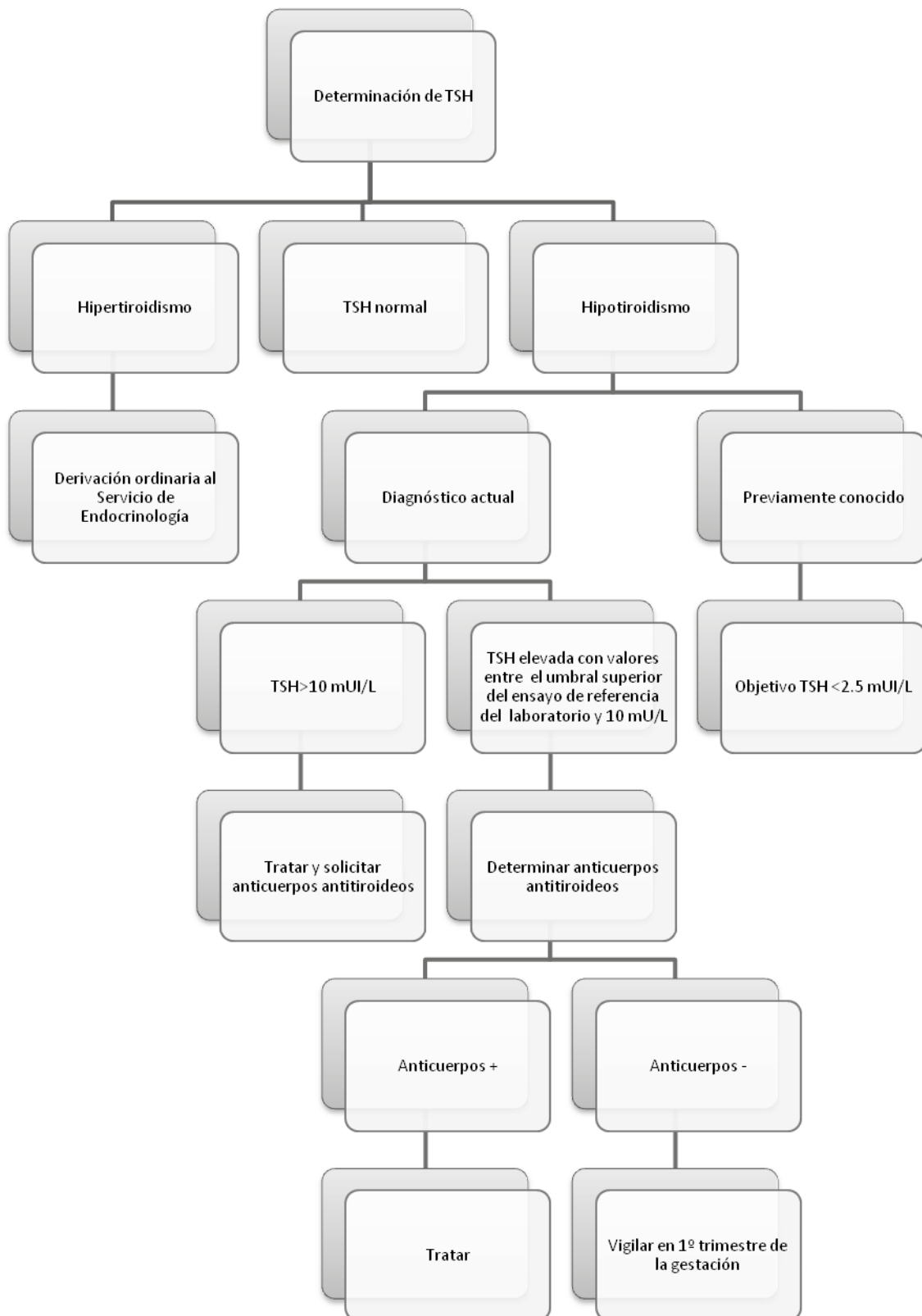
- Alguna de las personas adultas que va a compartir cama con el bebé se encuentra demasiado cansada y cree que le costaría despertarse si el bebé lo necesita.
- Alguna de las personas adultas padece alguna enfermedad que disminuya el nivel de respuesta, como diabetes, epilepsia inestable u obesidad mórbida.
- El bebé es prematuro o de bajo peso al nacer.
- El bebé tiene fiebre.

Nunca debe dormirse con un bebé en un sofá.

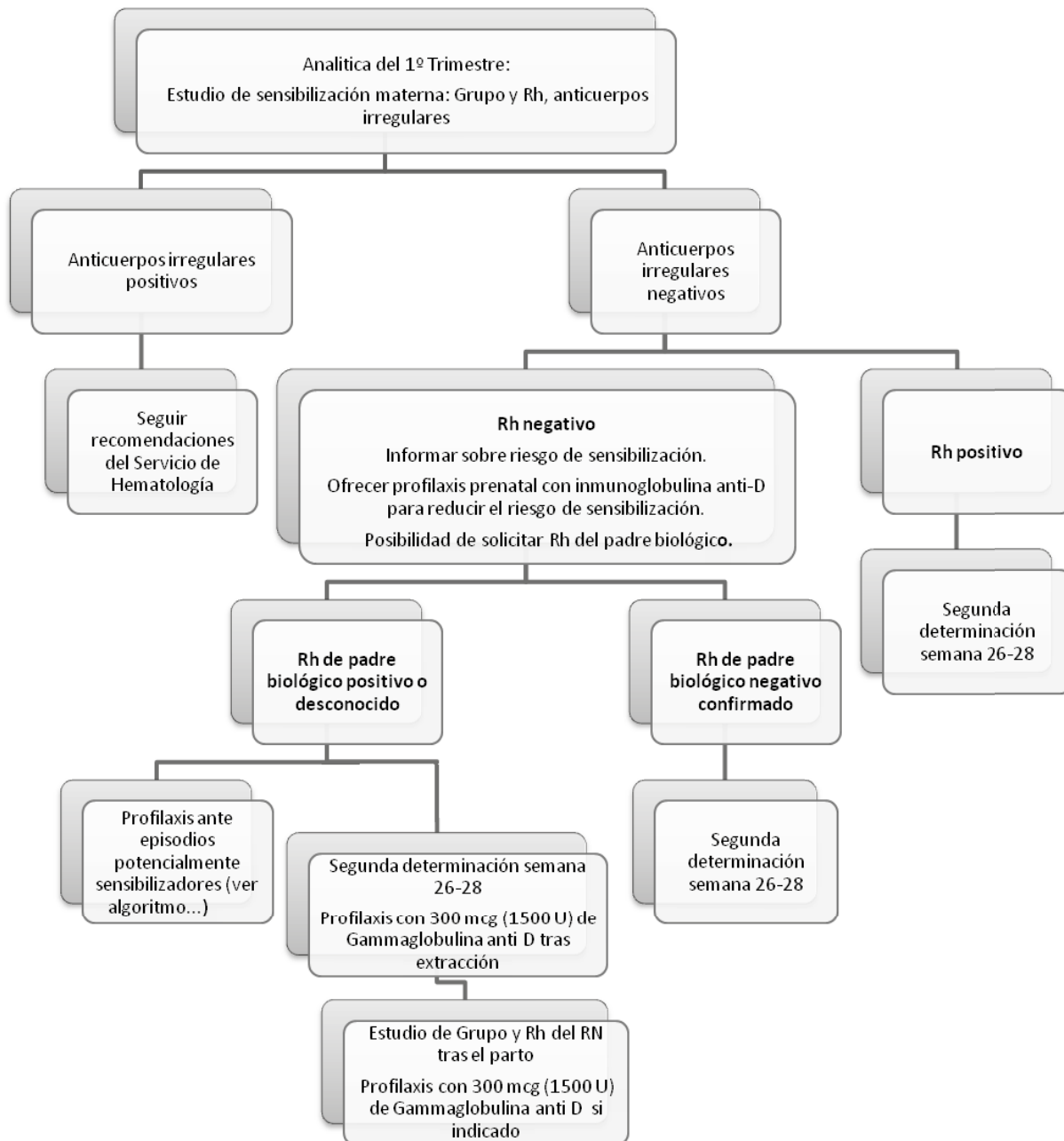
ALGORITMOS



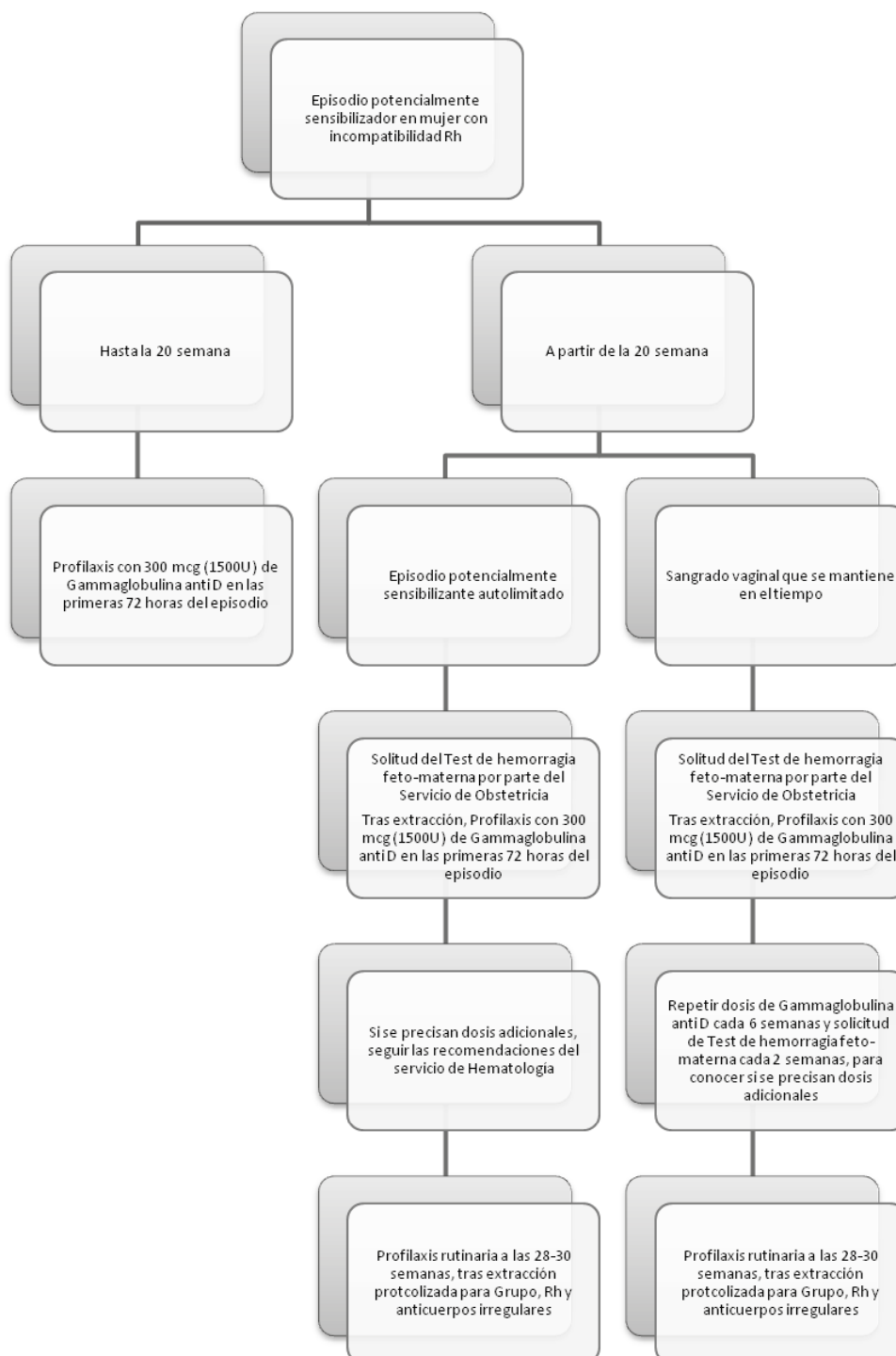
Algoritmo 1. Cribado de patología tiroidea en consulta preconcepcional



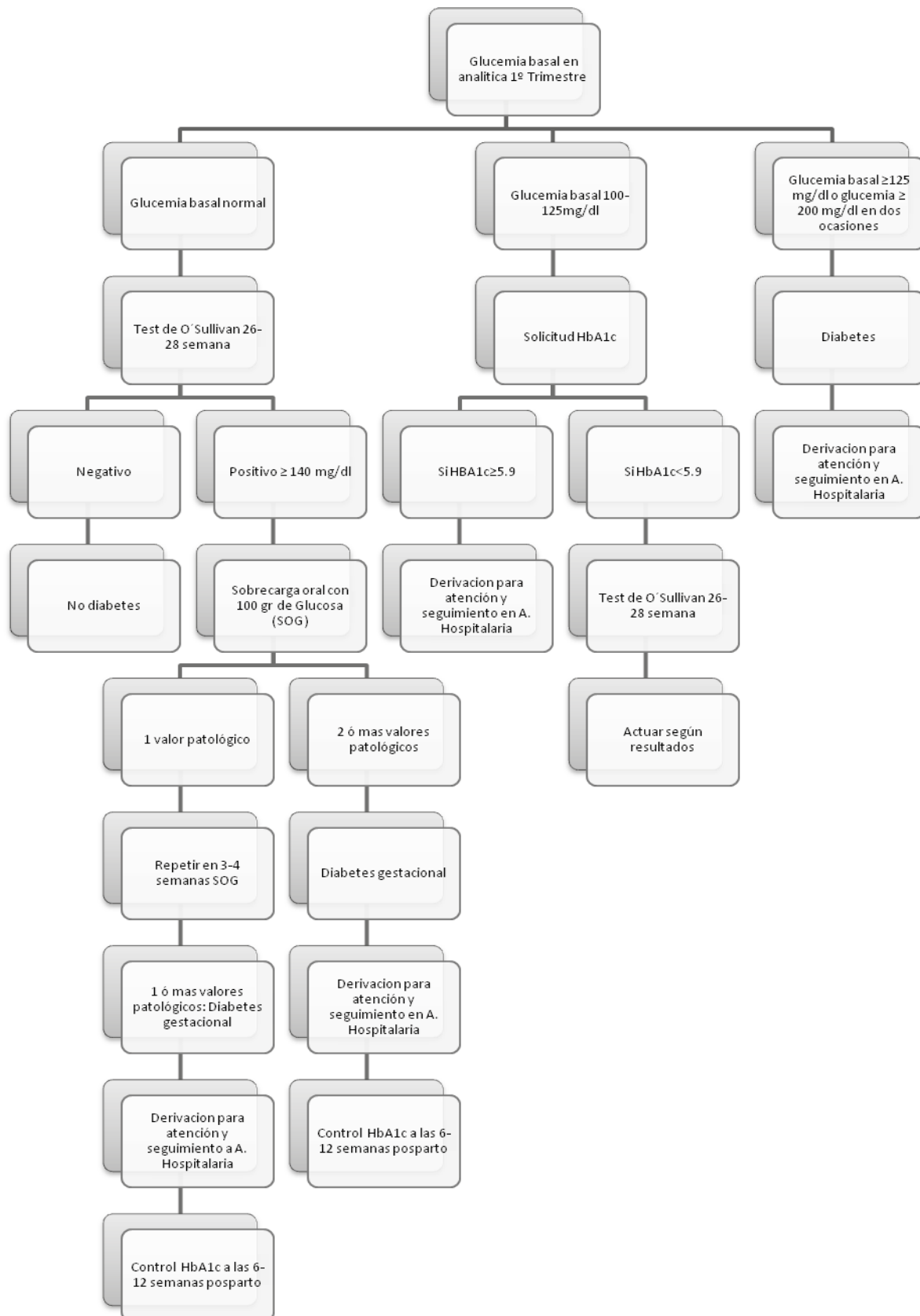
Algoritmo 2a. Cribado y prevención de enfermedad hemolítica perinatal



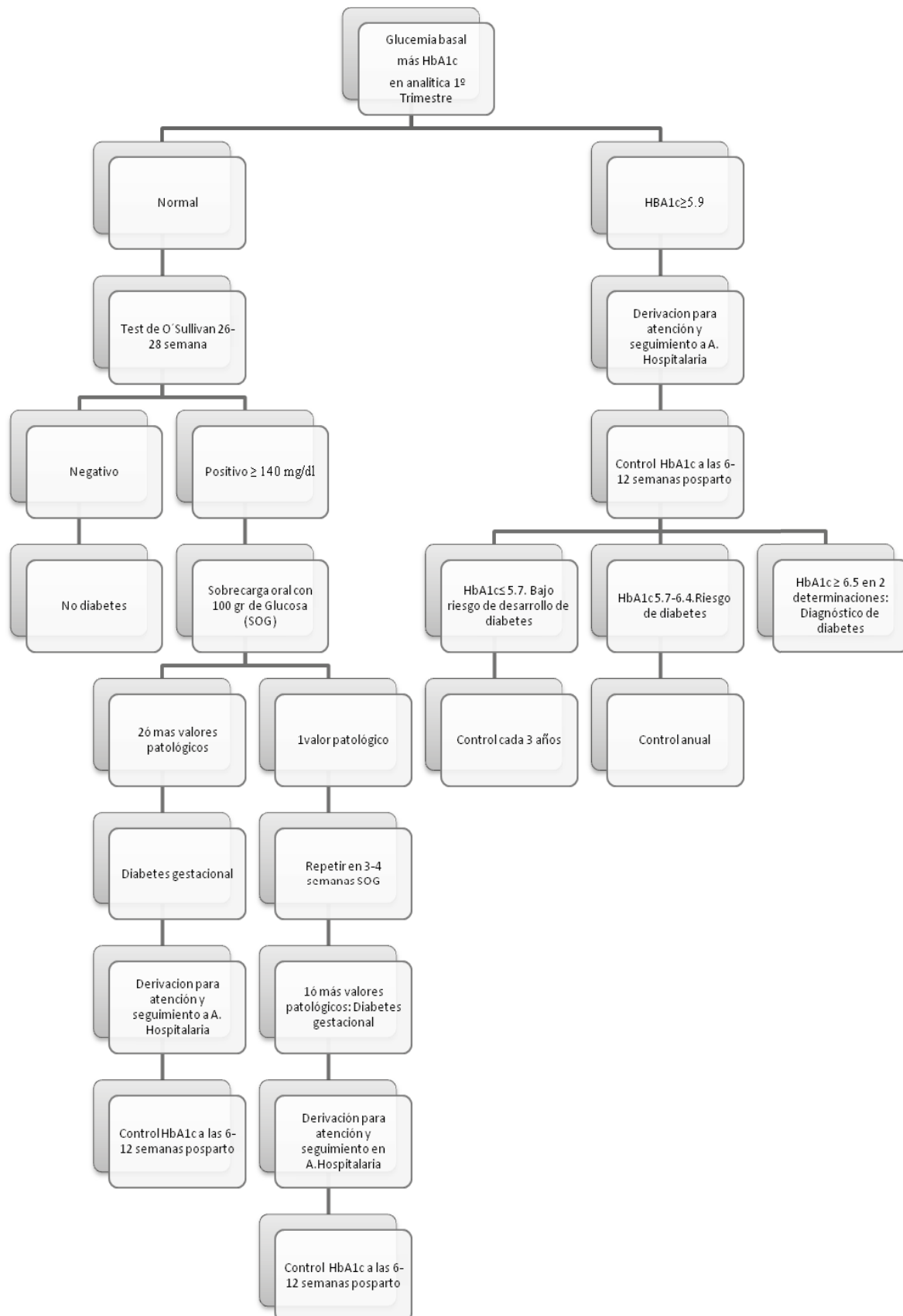
Algoritmo 2b. Prevención de la enfermedad hemolítica perinatal ante episodios potencialmente sensibilizantes durante el embarazo



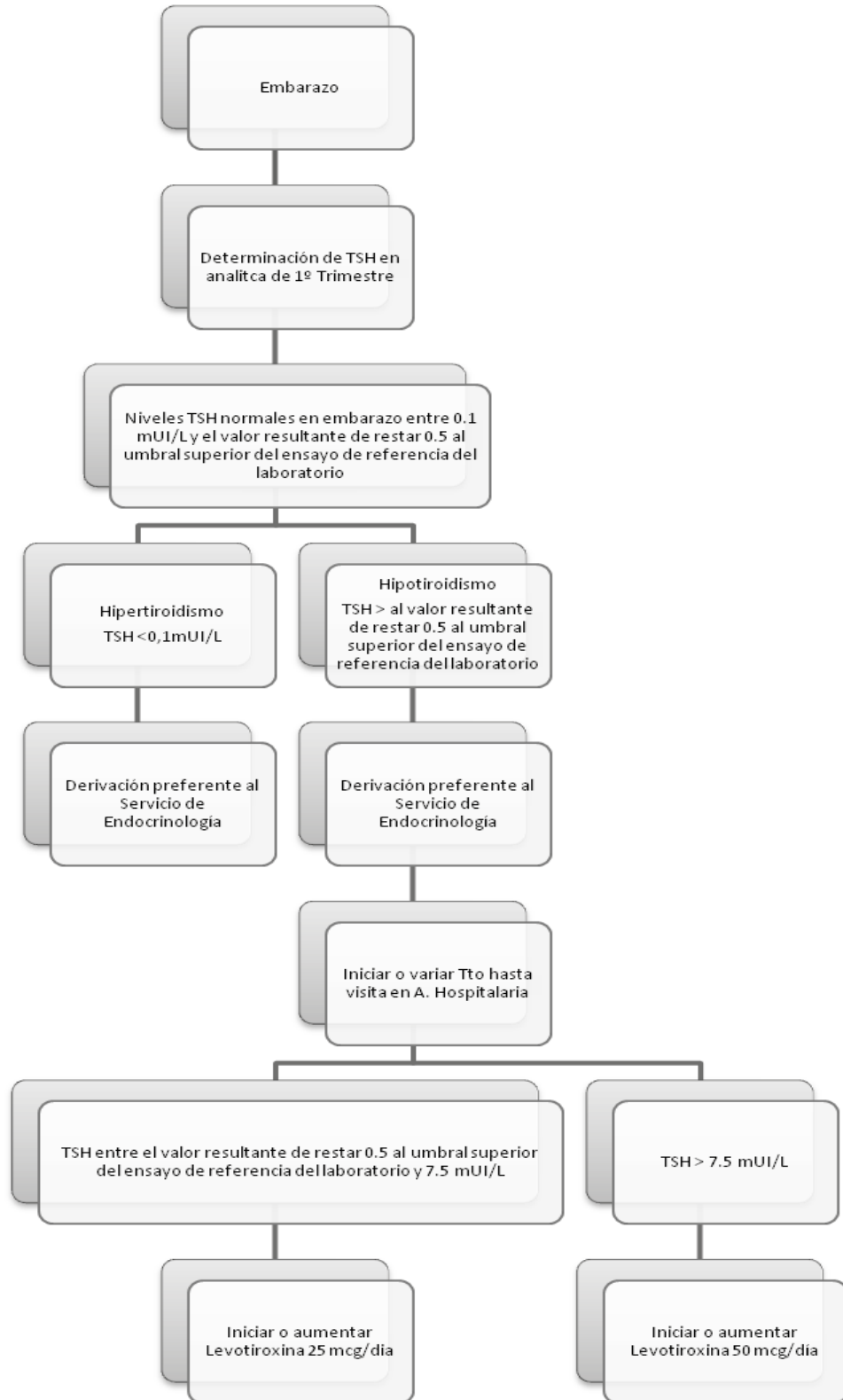
Algoritmo 3a. Cribado de diabetes gestacional en gestantes sin factores de riesgo



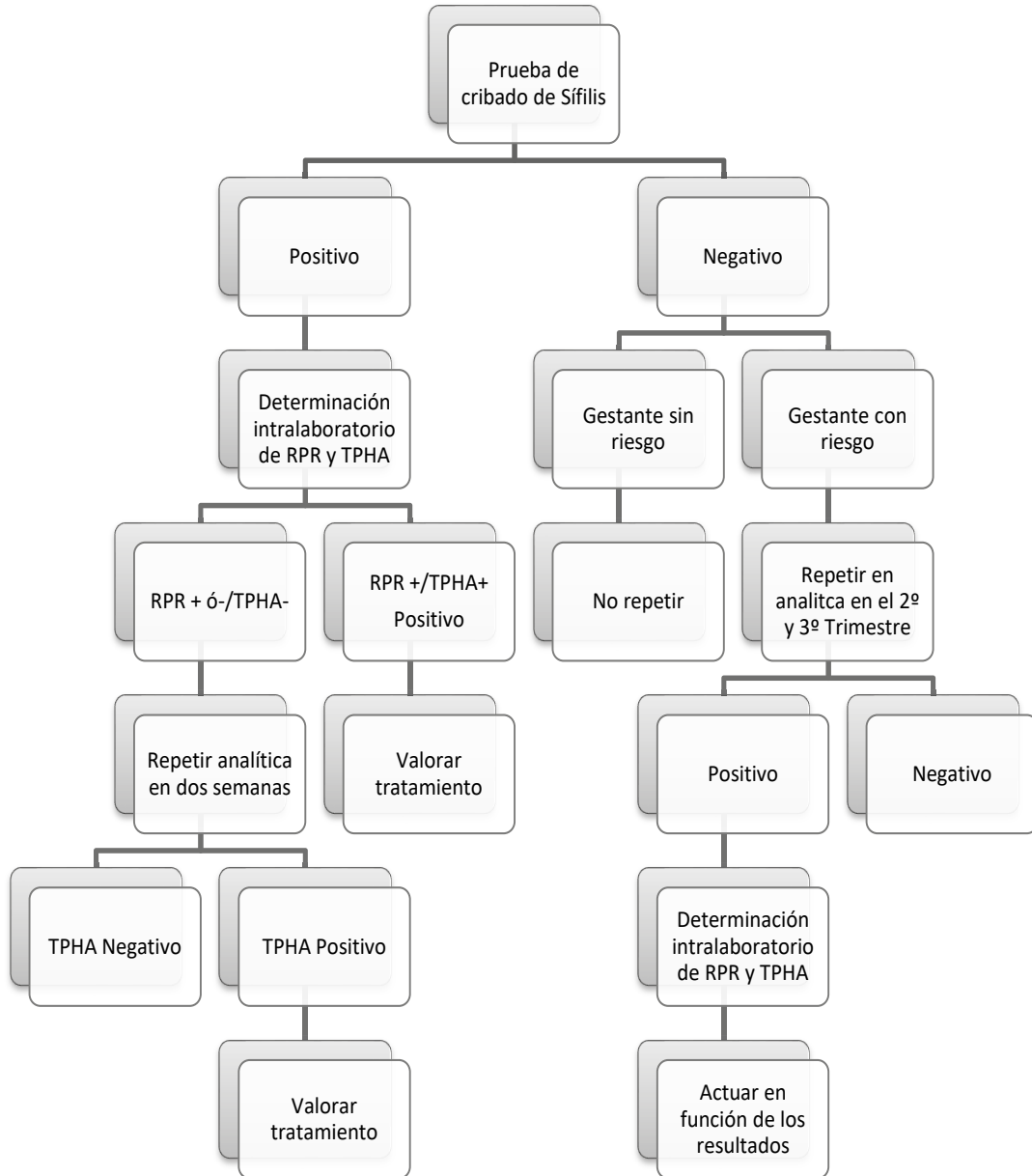
Algoritmo 3b. Cribado de diabetes gestacional en gestantes con factores de riesgo



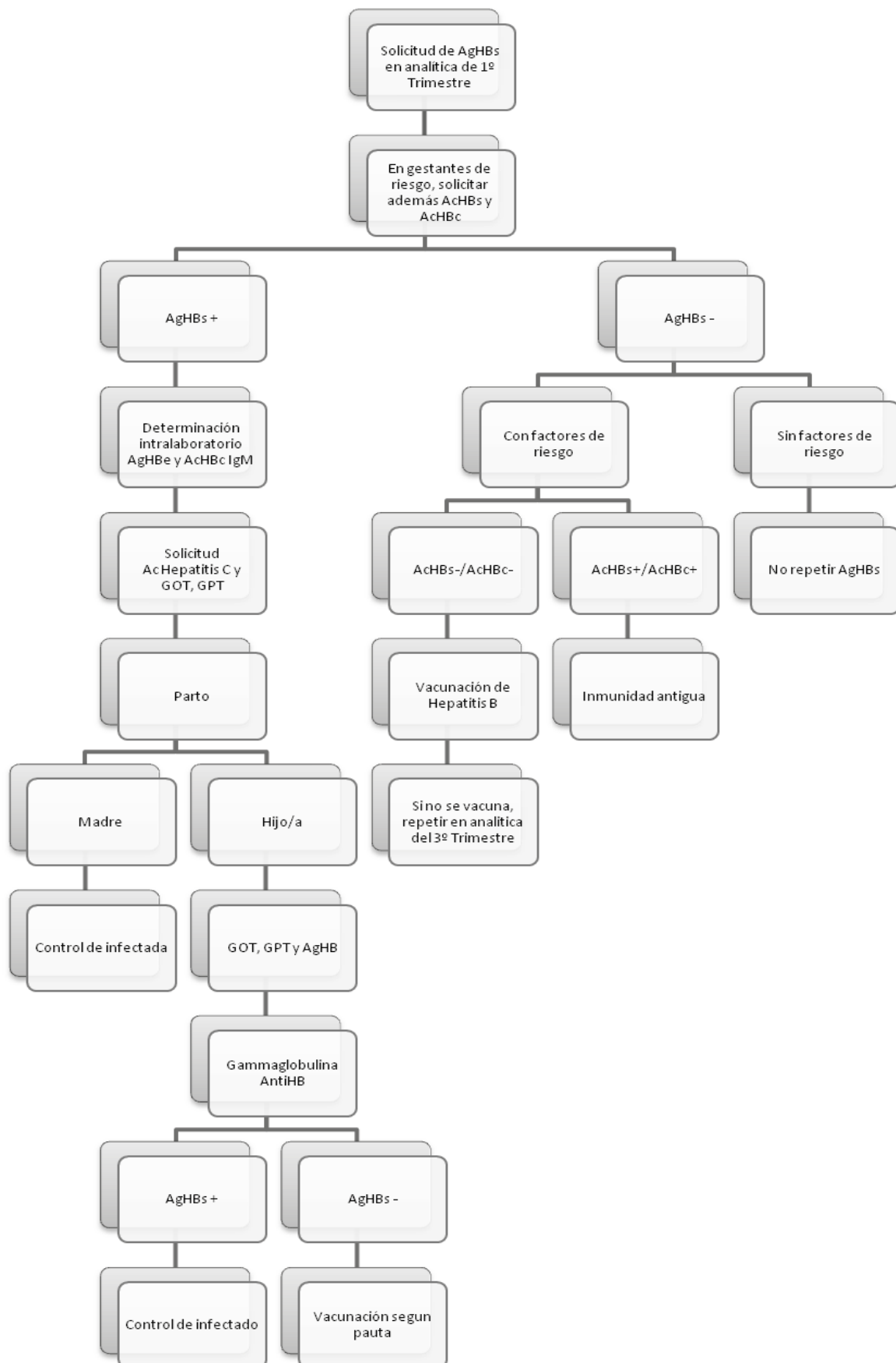
Algoritmo 4. Cribado de patología tiroidea



Algoritmo 5. Cribado de Sífilis

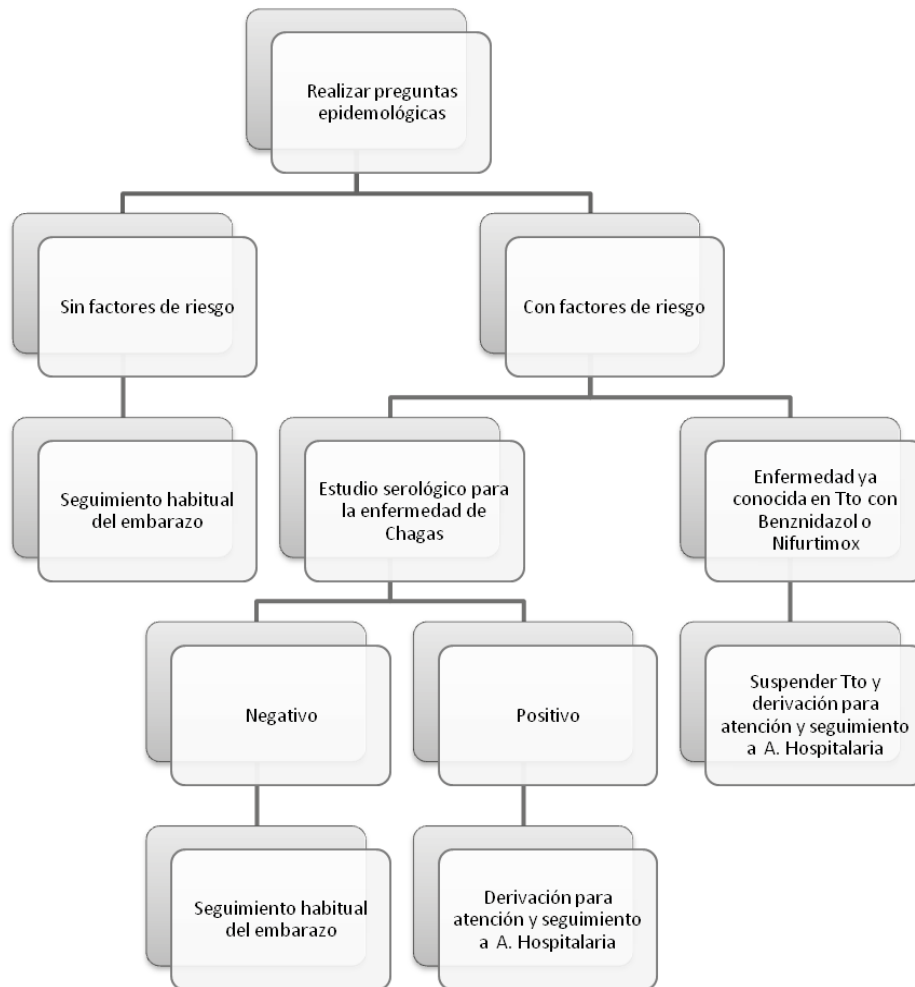


Algoritmo 6. Cribado de Hepatitis B

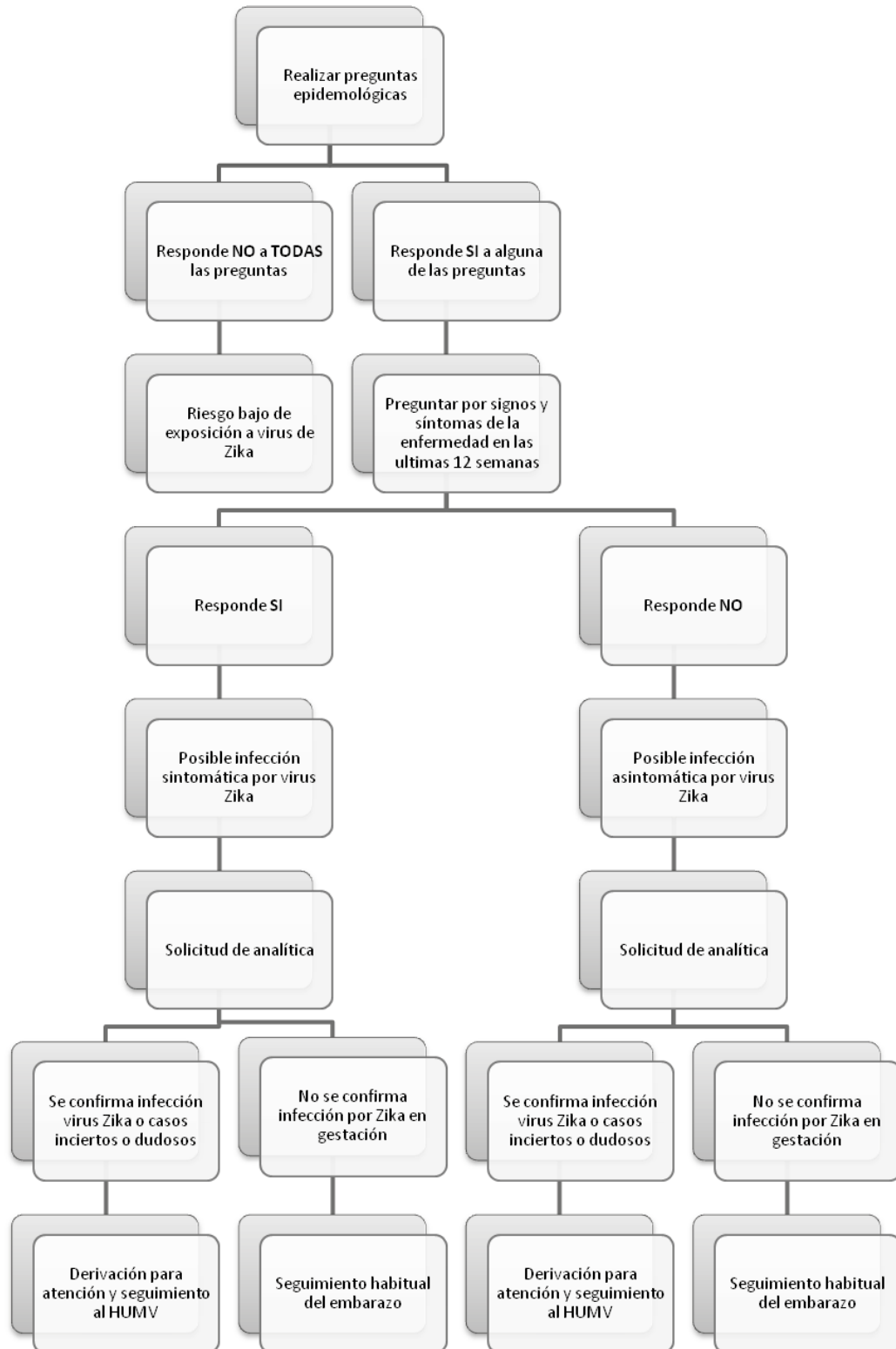


Algoritmo 7. Cribado de infección por VIH

Algoritmo 8. Cribado de Enfermedad de Chagas



Algoritmo 9. Cribado de infección por Virus Zika



BIBLIOGRAFÍA



Bibliografía

- Acosta D, et al. Asistencia a la gestante con diabetes. Guía de práctica clínica actualizada en 2014. Av diabetol. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avdiab.2014.12.001>
- Alós Cortés et al. Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas. Actualización 2012. Documento de consenso. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica(SEIMC),Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Sociedad Española de Neonatología (SEN), Sociedad Española de Quimioterapia (SEQ), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. (SEMFYC). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31(3):159–172
- American College of Obstetricians and Gynecologists. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Diagnosing Gestational Diabetes Mellitus, March 4–6, 2013. *Obstet Gynecol* 2013; 122:358–69 | DOI: 10.1097/AOG.0b013e31829c3e64
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Obesity and pregnancy. Patient Education. <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Obesity-and-Pregnancy>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy: Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013;122:1122-31
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinión no. 549; Obesity in pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologist. *Obstetgynecol*. 2013; 121(1): 213-7.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion no. 630. Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol* 2015; 125:1268.
- American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care* 2017;40(Suppl. 1):S11–S24 | DOI: 10.2337/dc17-S005
- August P. Preeclampsia: clinical features and diagnosis. UpToDate. Aug, 2016. <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis>
- August P. Preeclampsia: Prevention. UpToDate. Aug, 2016. <http://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-prevention>
- Baquero-Artigao F et al.Guía de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica para el diagnóstico y tratamiento de la toxoplasmosis congénita.*An.Pediatr(Barc)*.2013.[http:// dx.doi.org/j.anpedi-2012.12.001](http://dx.doi.org/j.anpedi-2012.12.001)
- BBCSH Guideline for de use of anti-D immunoglobuline for the prevention of haemolytic disease of the fetus and newborn. British Committee Standards Haematology. 2014.
- Bull World Health Organ. Counting the costs of drinking alcohol during pregnancy. 2017;95:320–321| doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.030517>
- Capitán Jurado M, Cabrera Vélez R. Atención preconcepcional. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. Vol. 11.Núm. 4-Abril 2001. *MEDI-FAM* 11: 207-215
- Centers for Disease Control and Prevention. CDC. Listeriosis (Listeria infection).Prevention. October 2011.(Consultado en www.cdc.gov el 28/11/2011) [Consulta: 29/11/2011]

- Centers for Disease Control and Prevention. Zika and Sexual Transmission. December 1, 2016. <https://www.cdc.gov/zika/transmission/sexual-transmission.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. Zika Pregnancy. August 22, 2016. <https://www.cdc.gov/zika/pregnancy/index.html>
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. Programa de Detección Prenatal de Anomalías Cromosómicas.2011. Disponible en: www.saludcantabria.org
- Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Manual de abordaje del consumo de alcohol en Atención Primaria 2014. Disponible en: www.saludcantabria.es
- Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Manual de abordaje del tabaquismo en Atención Primaria. 2010. Disponible en: www.saludcantabria.es
- Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio. 2007. Disponible en: www.saludcantabria.org
- Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Protocolo para la detección de aneuploidías en ADN fetal libre en sangre materna.2016. Disponible en: www.saludcantabria.org
- Conselleria de Sanidade. Xunta de Galicia.Guia técnica do proceso de consulta preconcepcional. 2008
- Corcoy R, Lumbreras B, Bartha JL, Ricart W y el Grupo Español de Diabetes y Embarazo. Nuevos criterios diagnósticos de diabetes mellitus gestacional a partir del estudio HAPO.¿Son válidos en nuestro medio? Gac Sanit.2010;24(4):361–363. DOI:10.1016/j.gaceta.2010.03.007
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry. 1987. 150:782-786
- Cunningham FG y cols. Atención Prenatal. En Williams Obstetricia. 24ª Edición.167-192.2015
- Cunningham FG y cols. Consulta Preconcepcional. En Williams Obstetricia. 24ª Edición.156-166.2015
- Documento de consenso para el seguimiento de la infección por VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA)/ sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Marzo 2013
- Duran A, Sáenz S, Torrejón, MJ, Bordiú E, Del Valle L, Galindo M, Perez N, Herraiz MA, Izquierdo N, Rubio MA, Runkle I, Pérez-Ferre N, CusiHuallpa I, Jiménez S, García de la Torre N, Fernandez MD, Montañez C, Familiar C, Calle-Pascual AL. Introduction of IADPSG Criteria for the Screening and Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus Results in Improved Pregnancy Outcomes at a Lower Cost in a Large Cohort of Pregnant Women: The St. Carlos Gestational Diabetes Study. Diabetes Care 2014;37:2442–2450 | DOI: 10.2337/dc14-0179
- Ecker JL.Pregestational diabetes mellitus: Obstetrical issues and Management. UpToDate. Nov 2016.<https://www.uptodate.com/contents/pregestational-diabetes-mellitus-obstetrical-issues-and-management>
- Fabre E, Melchor JC, Martínez-Astorquiza T, Perales A. Preguntas clave, respuestas concretas en medicina materno-fetal.Tomo1: Embarazo, parto y puerperio normales. Wolters kluwer. Pharma Solutions. 2011
- Faculty of sexual & Reproductive Healthcare: Guideline contraception alter pregnancy.January 2017. <https://www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017/>

- Fundación CAT. Estándares de transfusión sanguínea. 4ª edición 2012. https://www.catransfusion.es/media/upload/.../ANEXO_ESTANDARES_2012.pdf
- Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord*. 2003 Jun;75(1):71-6.
- Gascón J, Pinazo MJ. Control de la transmisión vertical de *Trypanosoma cruzi* en España: principal reto de la patología importada. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2008;26(10):607-8
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocolo de Cribado y diagnóstico de la enfermedad de Chagas en mujeres embarazadas latinoamericanas y sus bebés. 2010. Disponible en: www.gencat.cat/salut
- Herraiz I, Galindo A. Actualización en Predicción y diagnóstico de la preeclampsia. Enero 2016
- Herranz de la Morena L. Diabetes mellitus y gestación. Manual de endocrinología y Nutrición. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. 2015.
- Herraiz Garcia I, Galindo Iquierdo A. Actualización en predicción y diagnóstico de la preeclampsia. Numero monografico Enero 2016. Edita Roche.
- Hughes RCE, Moore MP, Gullam JE, Mohamed K, Rowan J. An Early Pregnancy HbA1c $\geq 5.9\%$ (41 mmol/mol) Is Optimal for Detecting Diabetes and Identifies Women at Increased Risk of Adverse Pregnancy Outcomes. *Diabetes Care* 2014;37:2953–2959 | DOI: 10.2337/dc14-1312
- Institute of Medicine. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, National Academy Press, 2009.
- Jimenez JM, Tyson JE, Reisch JS: Clinical measurements of gestational age in normal pregnancies. *Obstet Gynecol* 61:438,1983
- Jones JL, Dubey JP. Foodborne toxoplasmosis. *Clin Infect Dis*. 2012 Sep;55(6):845-51. doi: 10.1093/cid/cis508. Epub 2012 May 22.
- Lamont RF, Sobel J, Mazaki-Tovi S, Kusanovic JP, Vaisbuch E, Kim SK, Uldbjerg N, Romero R. Listeriosis in human pregnancy: a systematic review. *J Perinat Med*. 2011 May;39(3):227-36. [Consulta: 29/11/2011]
- Lothian J. Birth Plans: The Good, the Bad and the Future. *JOGNN*. 2006. march-april. Volume 35, issue 2, 295-303.
- Lu MC, Kotelchuck M, Culhane JF, Hobel, CJ, Klerman LV, Thorp JM Jr. Preconception Care Between Pregnancies: The Content of Internatal Care. *Matern Child Health J* (2006) 10:S107–S122. DOI 10.1007/s10995-006-0118-7
- MacLeod R et al. Outcome of Treatment for Congenital Toxoplasmosis, 1981–2004: The National Collaborative Chicago- Based, Congenital Toxoplasmosis Study. *Clinical Infectious Diseases* 2006; 42:1383–94
- Madaj B, Smith H, Mathai M, Roos N, Van den Broek N. Developing global indicators for quality of maternal and newborn care: a feasibility assessment. *Bull World Health Organ* 2017;95:445–452 | doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.179531>
- Magloire L, Funai EF. Gestacional hipertensión. *UptoDate*. Mar, 2016. <http://www.uptodate.com/contents/gestational-hypertension>
- Maldonado YA, Read JS, AAP Committee on Infectious Diseases. Diagnosis, Treatment, and Prevention of Congenital Toxoplasmosis in the United States. *Pediatrics*. 2017;139(2):e20163860
- Mañe L, Flores-Le Roux JA, Benaiges D, Rodríguez M, Marcelo I, Chillarón JJ, Pedro-Botet J, Llauradó G, Gortazar L, Carreras R, Payá A. Role of First-Trimester HbA1c as a Predictor of Adverse Obstetric Outcomes in a Multiethnic Cohort. *J Clin Endocrinol Metab*, February 2017, 102(2):390–397. DOI: 10.1210/jc.2016-2581

- McIntyre HD, Sacks DA, Barbour LA, Feig DS, Catalano PM, Damm P, McElduff A. Issues With the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Early Pregnancy. *Diabetes Care* 2016;39:53–54 | DOI: 10.2337/dc15-1887
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guías de Práctica Clínica en el SNS. 2014
- National Health Service (NHS). Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. NICE clinical guideline 62. 2008
- Navarro P et al. Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: prevalence and comorbidity in a community sample. *J Affect Disord*, 2008 Jul; 109 “(1-2): 171-6. Epub 2007 Nov 19.
- NICE. Antenatal and postnatal mental health. Clinical Management and service guidance. Clinical guideline. December 2014. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg192> (Accessed on January 28, 2016).
- NICE. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. Clinical guideline 62. 2008 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62>
- NICE. Diabetes in pregnancy. Quality standard. January 2016 <https://www.nice.org.uk/guidance/qs109>
- NICE. Diabetes in pregnancy: Management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period. Clinical guideline. Published: 25 February 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3>
- NICE. Induction of labour. Clinical Guideline. July 2008. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg70>
- NICE. Hipertensión in pregnancy: diagnosis and Management. Clinical guideline August 2010. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg107>
- Norwitz ER. Early pregnancy prediction of preeclampsia. UpToDate. May 2014. <https://www.uptodate.com/contents/early-pregnancy-prediction-of-preeclampsia>
- Palacio M et al. Amenaza de parto pretérmino. Curso intensivo en Medicina Materno-Fetal. Institut, Clinic de Ginecología Obstetricia y Neonatología. Hospital Clinic. Universidad de Barcelona. 2012.
- Pattison N, McCowan L. Cardiotocografía para la evaluación fetal anteparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación significativa más reciente: 19 de noviembre de 1998.
- Pregestational diabetes mellitus: Obstetrical issues and Management. UpToDate. Jeffrey L Ecker. Nov 2016. <https://www.uptodate.com/contents/pregestational-diabetes-mellitus-obstetrical-issues-and-management>
- ProSEGO: Protocolos y Guías de Actuación Clínica en Ginecología y Obstetricia. Embarazo Cronológicamente Prolongado. 2010
- Protocolo Amenaza de parto Pretérmino. Protocols de Medicina fetal i perinatal. Hospital Clínic. Hospital Sant Joan de Déu- Universitat de Barcelona. https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/amenaza_de_parto_pretermo_hcp_hsjd.pdf
- Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. Gobierno de Chile. 2014 <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>.

- Protocolo Diabetes gestacional. Protocols Medicina Fetal i Perinatal. Servei de medicina Materno fetal- ICGON- Hospital Clínic. Barcelona. https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/diabetes%20gestacional.pdf
- Protocolo: Hipertensión y Gestación. Guías Clínicas Medicina Matren- Fetal. Hospital Clínic. Barcelona. https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/hipertensi%F3n%20y%20gestaci%F3n.pdf
- Protocolo: Listeria y Gestación. Protocols Medicina Fetal i Perinatal. Servei de medicina Materno fetal- ICGON- Hospital Clínic. Barcelona. https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/listeria%20y%20gestacion.pdf
- Prusa A et al: The Austrian Toxoplasmosis Register, 1992–2008. *Clinical Infectious Diseases (CID)* 2015;60(2):e4–10.
- Prusa A-R, Kasper DC, Pollak A, Olistar M, Gleiss A, Hayde M: Amniocentesis for the detection of congenital toxoplasmosis: results from the nationwide Austrian prenatal screening program. *Clin Microbiol Infect* 2015; 21: 191.e1–191.e8
- Ross LE, Mclean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review *J. Clin Psychiatry*. 2006. Aug; 67 (8): 1285-98
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Management of Women with Obesity in Pregnancy. March 2010.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline No. 37a. April 2015
- Sackey JA. The preconception office visit. *UpToDate*. 2016
- Servicio Andaluz de Salud. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería. Diabetes durante la gestación. Diciembre 2013. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/documentos/Protocolos/2013_12_Diabetes_Gestacional.pdf
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Parto pretérmino. Protocolo .2012
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolo sobre control prenatal del embarazo normal. 2010.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Consulta Preconcepcional. Protocolos Asistenciales de Obstetricia. 2010
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Documento de Consenso SEGO 2002. Toxoplasmosis 151-172
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Obesidad y embarazo. Protocolos asistenciales de la SEGO. Mayo 2011.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Obesidad y Gestación. Documentos de Consenso SEGO 2010.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos de Obstetricia. Control del bienestar fetal anteparto. Protocolo actualizado en enero 2009. Disponible en www.sego.es
- Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular. Protocolo de diagnóstico y prevención de la enfermedad hemolítica del feto y recién nacido. 2008. Disponible en <http://web.sets.es>
- Vila L, Velasco I, González E, Morales F, Sánchez E, Laila JM, Martínez-Astorquiza T, Puig-Domingo M y el Grupo de Trabajo de Trastornos por Deficiencia de Yodo y Disfunción Tiroidea de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Detección de la disfunción tiroidea en la población gestante: está justificado el cribado universal. *Endocrinol Nutr* 2012;59:54-60 - DOI: 10.1016/j.endonu.2012.06.014 Documento de consenso.

- Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines; Rasmussen KM, Yaktine AL, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20669500>
- Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum Depression. N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002,194-199.
- World Health Organization. Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy. WHO/NMH/MND/13.2.2013
- World Health Organization. Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy. WHO/NMH/MND/13.2.2013
- World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth Edition, 2015.
- World Health Organization. Recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo.2016.

