

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL EMBARAZO Y PUERPERIO

Versión Resumida

CRONOGRAMA DE LAS VISITAS PRENATALES

Semanas gestación	Frecuencia
< 12 semanas	1ª 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	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 Bishop											Ind
PRUEBAS DE LABORATORIO											
Grupo AB0/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					
SOG (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 (34 s)				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 periodo									
VALORACIÓN RIESGO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
PREPARACIÓN MATERNIDAD/PATERNIDAD		Durante este periodo									
EDUCACIÓN SANITARIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Ind: Si hay indicación, Consulta de Atención Hospitalaria, SOG: Sobrecarga oral glucosa 100g, TSH: Hormona estimulante del tiroides.

PRIMERA VISITA PRENATAL

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 trombotico.
- Valoración del riesgo de preeclampsia.
- Valoración del riesgo parto pretérmino.
- Valoración del riesgo de trastornos de salud mental.

- **REVISIÓN ODONTOLÓGICA**

- **RECOMENDACIONES SOBRE SUPLEMENTOS FARMACOLÓGICOS**

- 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.

VISITAS PRENATALES SUCESIVAS

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 isoinmunización 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.

PERFILES DE SOLICITUD DE ANALÍTICA DURANTE EL EMBARAZO

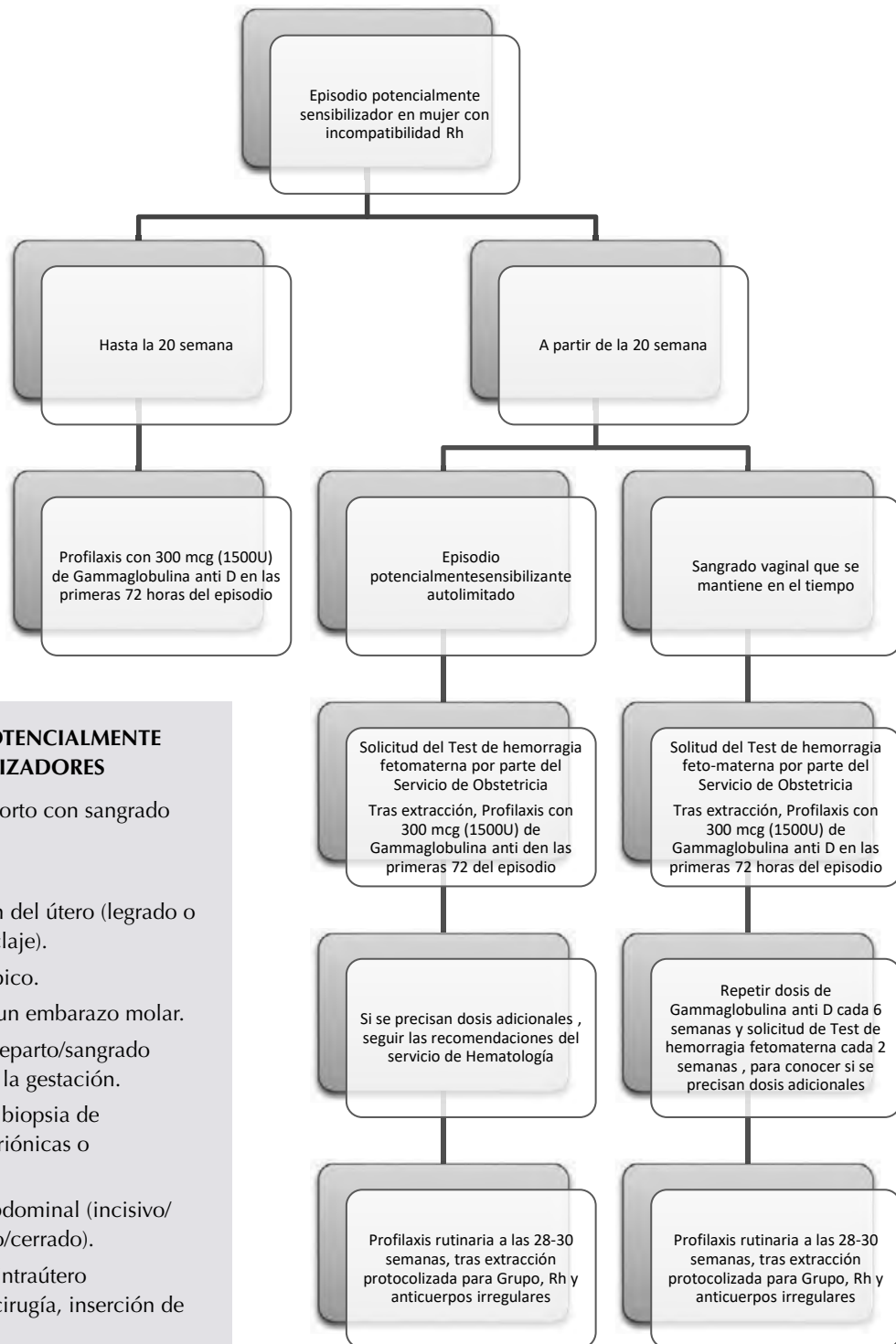
1º PERFIL EMBARAZO (sobre la semana 10)	2º PERFIL EMBARAZO (sobre la semana 28)	3º PERFIL EMBARAZO (sobre la semana 36)
BÁSICO	BÁSICO	BÁSICO
<ul style="list-style-type: none"> - Grupo ABO/Rh y estudio de sensibilización materna - Hemograma - βHCG libre y PAPP-A - HbsAg - Prueba de sífilis - VIH - Glucemia basal - TSH - Urocultivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo ABO/Rh y estudio de sensibilización materna - Hemograma - Sobrecarga oral de glucosa 50gr 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - Pruebas de coagulación - VIH - Cultivo vaginal/anal estreptococo grupo B
AÑADIR SI ESTUVIERA INDICADO		
<ul style="list-style-type: none"> - HbA1c - Ac.antirrubéola - AcHbc y AcHbs - Ac anti-VHC - Prueba Enfermedad de Chagas - Prueba Enfermedad virus Zika 	<ul style="list-style-type: none"> - Prueba de sífilis - VIH - Urocultivo 	<ul style="list-style-type: none"> - HbsAg - Prueba de sífilis - Urocultivo

CRIBADO DE ENFERMEDAD HEMOLÍTICA PERINATAL

Cribado de enfermedad hemolítica perinatal



Prevención de la enfermedad hemolítica perinatal ante episodios potencialmente sensibilizantes durante el embarazo

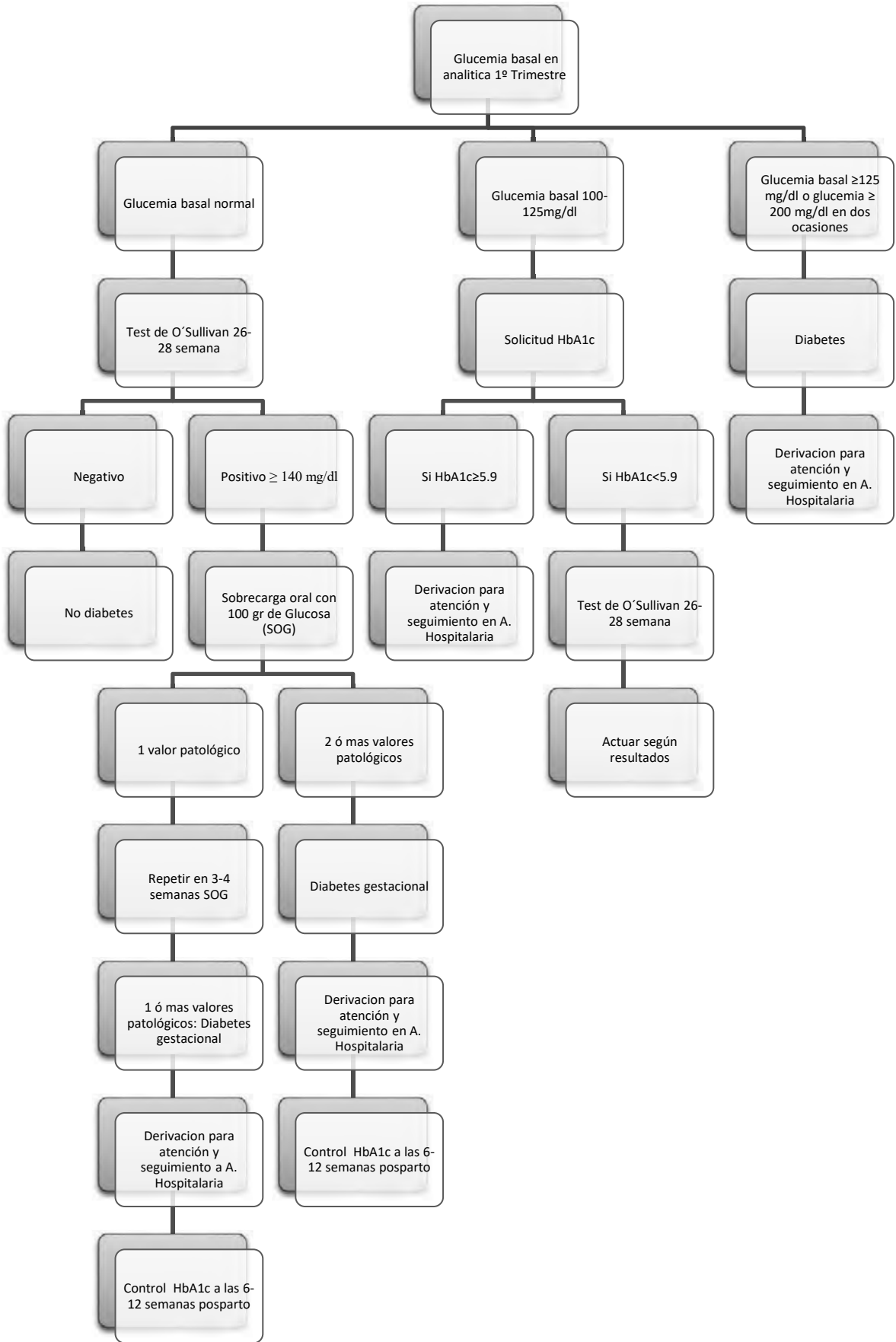


EPISODIOS POTENCIALMENTE SENSIBILIZADORES

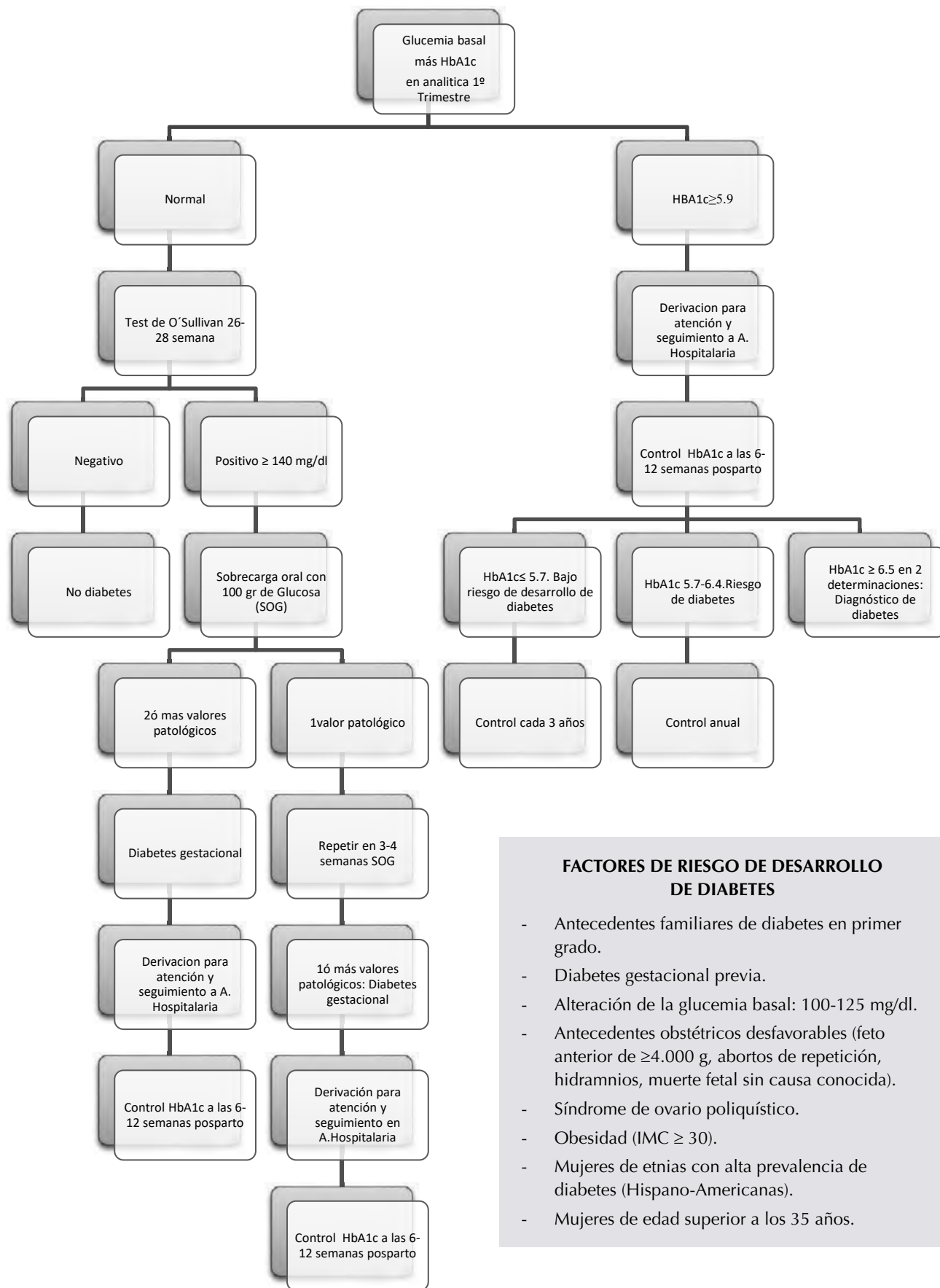
- Amenaza de aborto con sangrado abundante.
- Aborto.
- Instrumentación del útero (legrado o aspiración, cerclaje).
- Embarazo ectópico.
- Evacuación de un embarazo molar.
- Hemorragia anteparto/sangrado uterino durante la gestación.
- Amniocentesis, biopsia de vellosidades coriónicas o cordocentesis.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

CRIBADO DE DIABETES

Cribado de diabetes gestacional en gestantes sin factores de riesgo



Cribado de diabetes gestacional en gestantes con factores de riesgo



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, hidamnios, muerte fetal sin causa conocida).
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Obesidad (IMC ≥ 30).
- Mujeres de etnias con alta prevalencia de diabetes (Hispano-Americanas).
- Mujeres de edad superior a los 35 años.

Sobrecarga oral de glucosa con 100g (SOG 100g)

Condiciones para la realización

- Debe realizarse 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 la 1, 2 y 3 horas de la sobrecarga de glucosa, evitando la realización de 4 pinchazos mediante la canalización de una vía venosa periférica.

Diagnóstico de diabetes gestacional

Si 2 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.

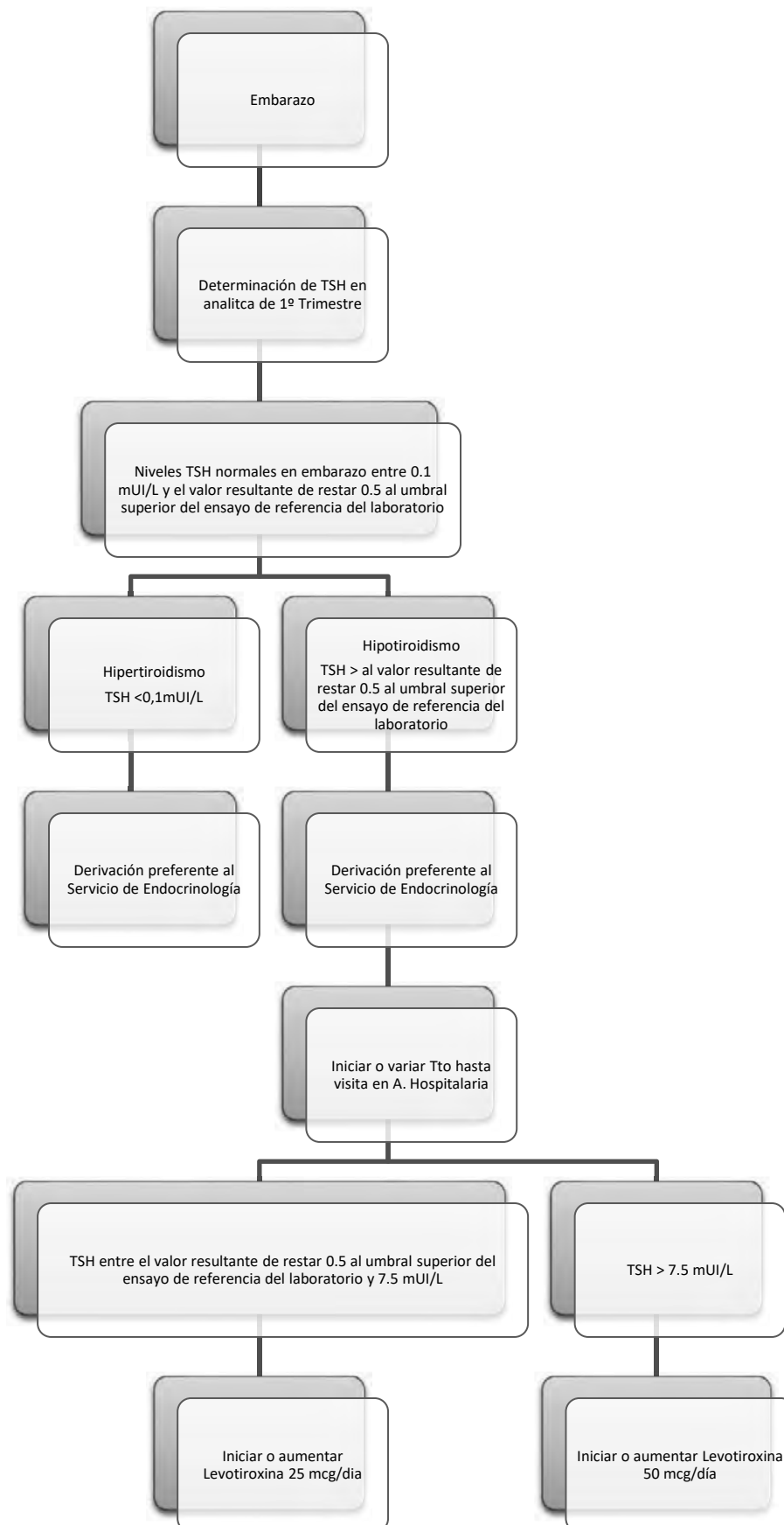
Actuación en caso de intolerancia a la realización de la SOG

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

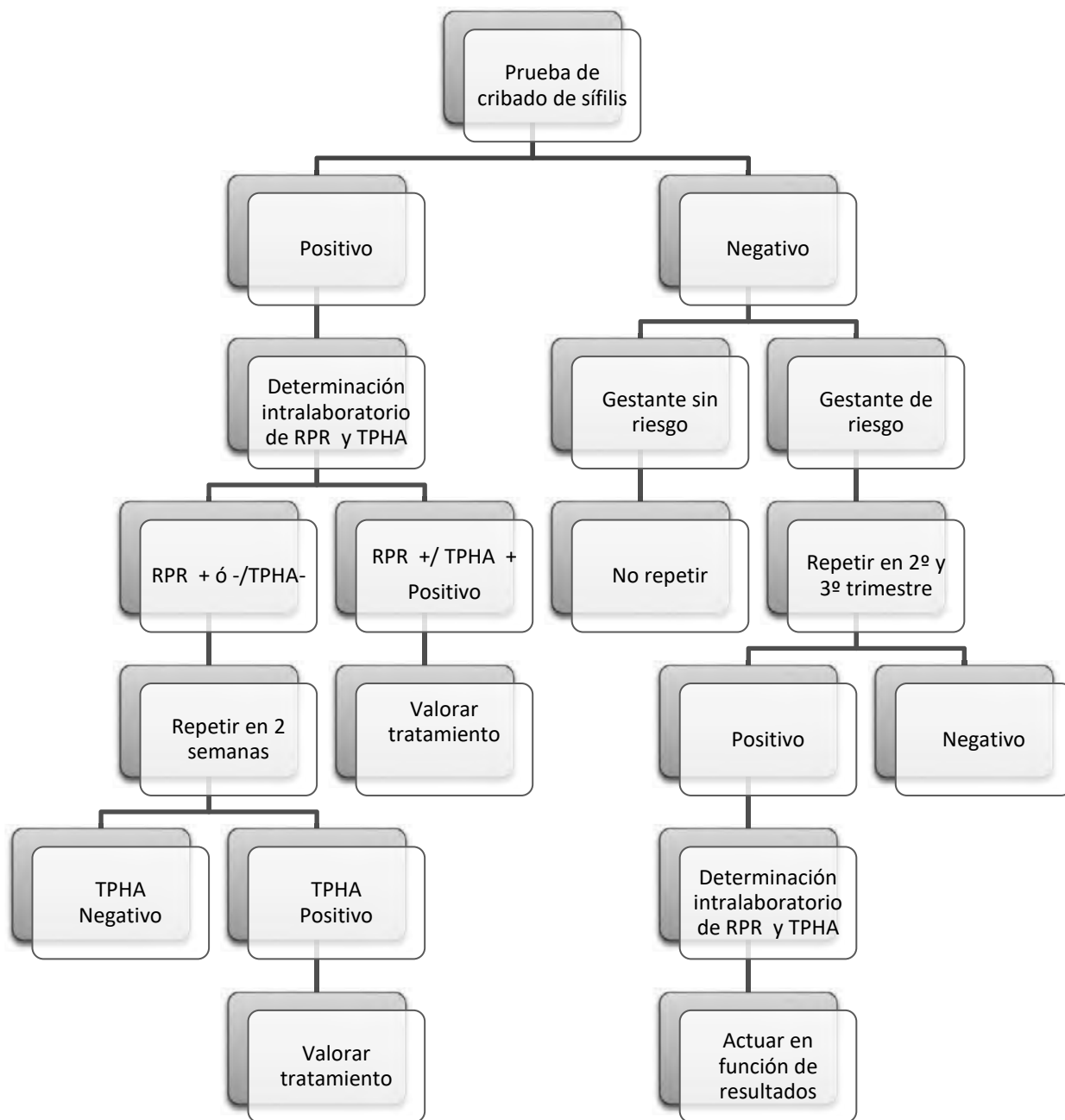
CRIBADO DE ANEMIA

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

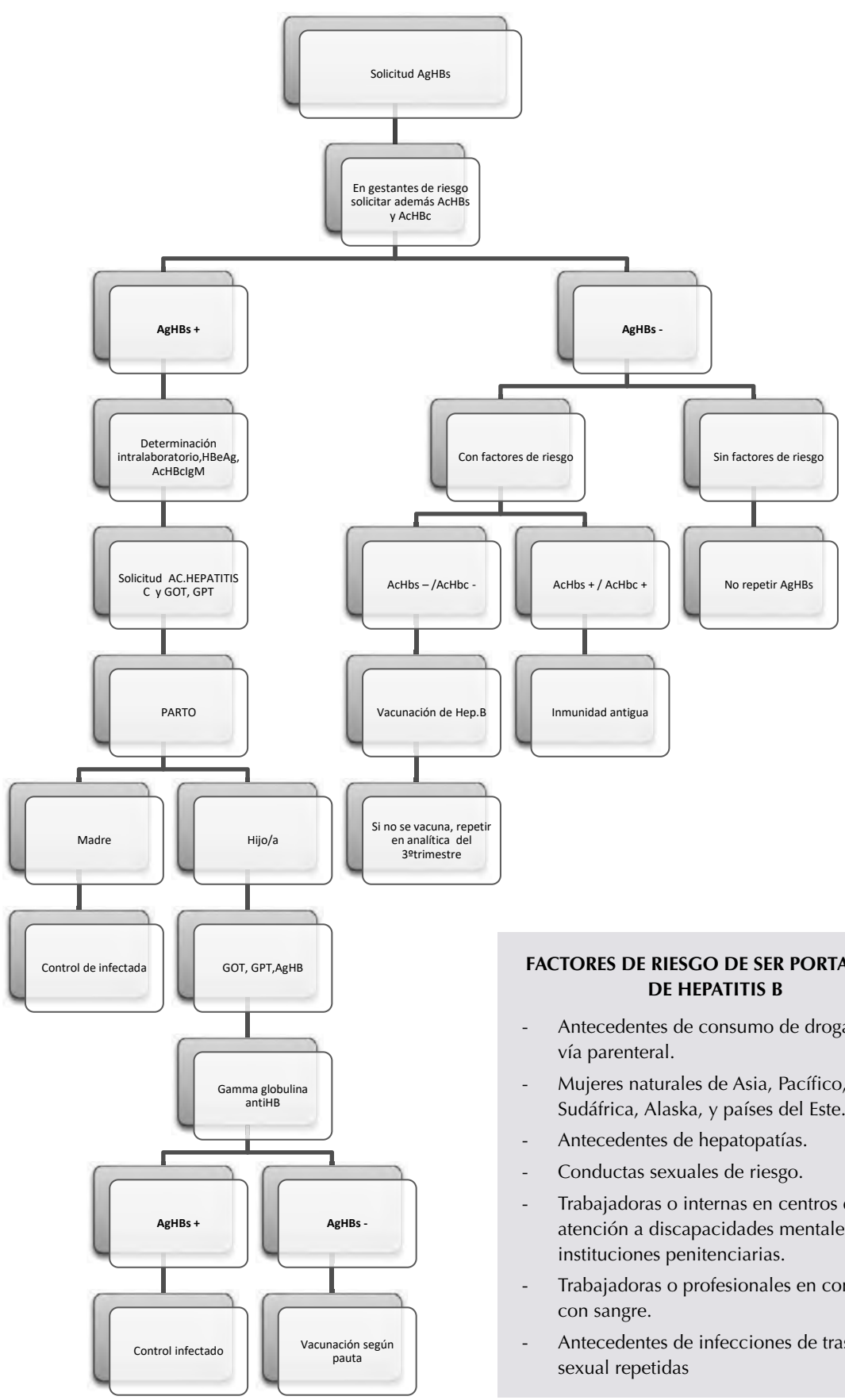
CRIBADO DE PATOLOGÍA TIROIDEA



CRIBADO DE SÍFILIS

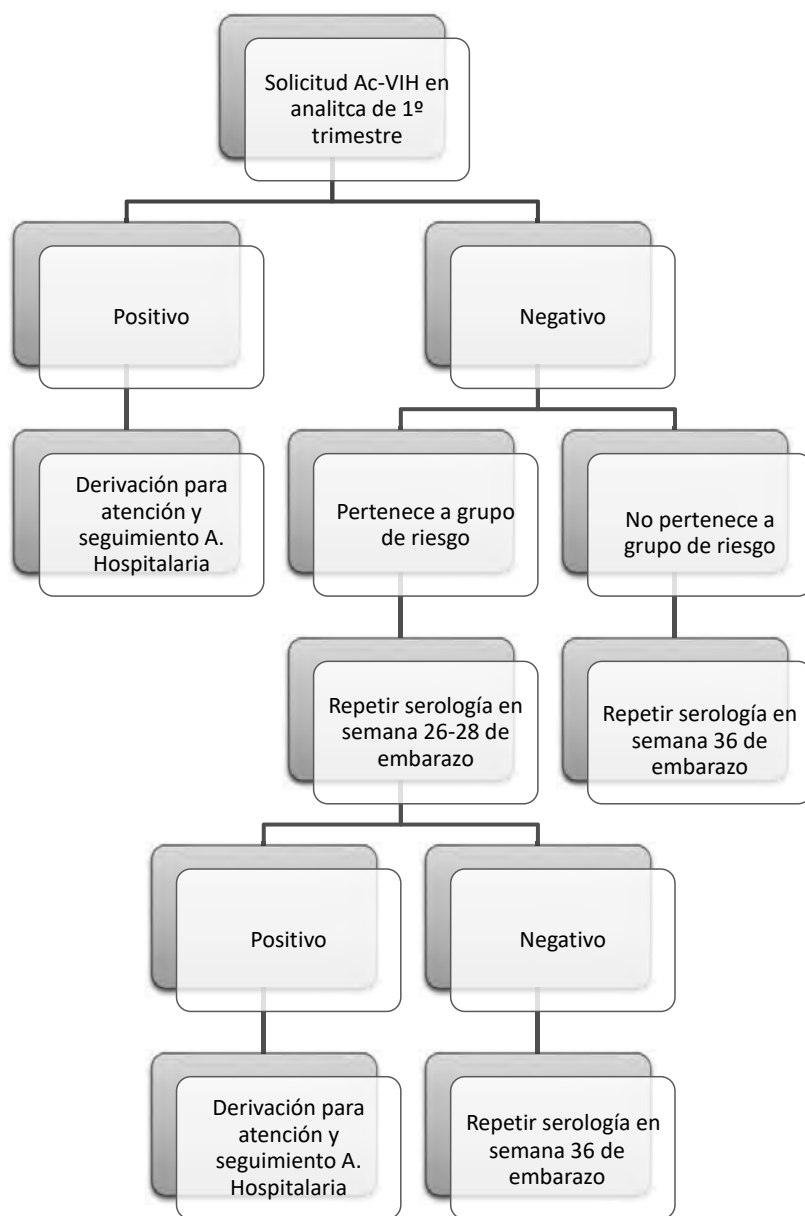


CRIBADO DE HEPATITIS B



- FACTORES DE RIESGO DE SER PORTADORA DE 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

CRIBADO DE INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA



CONDUCTAS O FACTORES DE RIESGO DE SER PORTADORA DE VIH

- Usaria 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.

CRIBADO DE HEPATITIS C

Solo se solicitará a las mujeres con factores de riesgo

FACTORES DE RIESGO DE SER PORTADORA DE LA HEPATITIS C

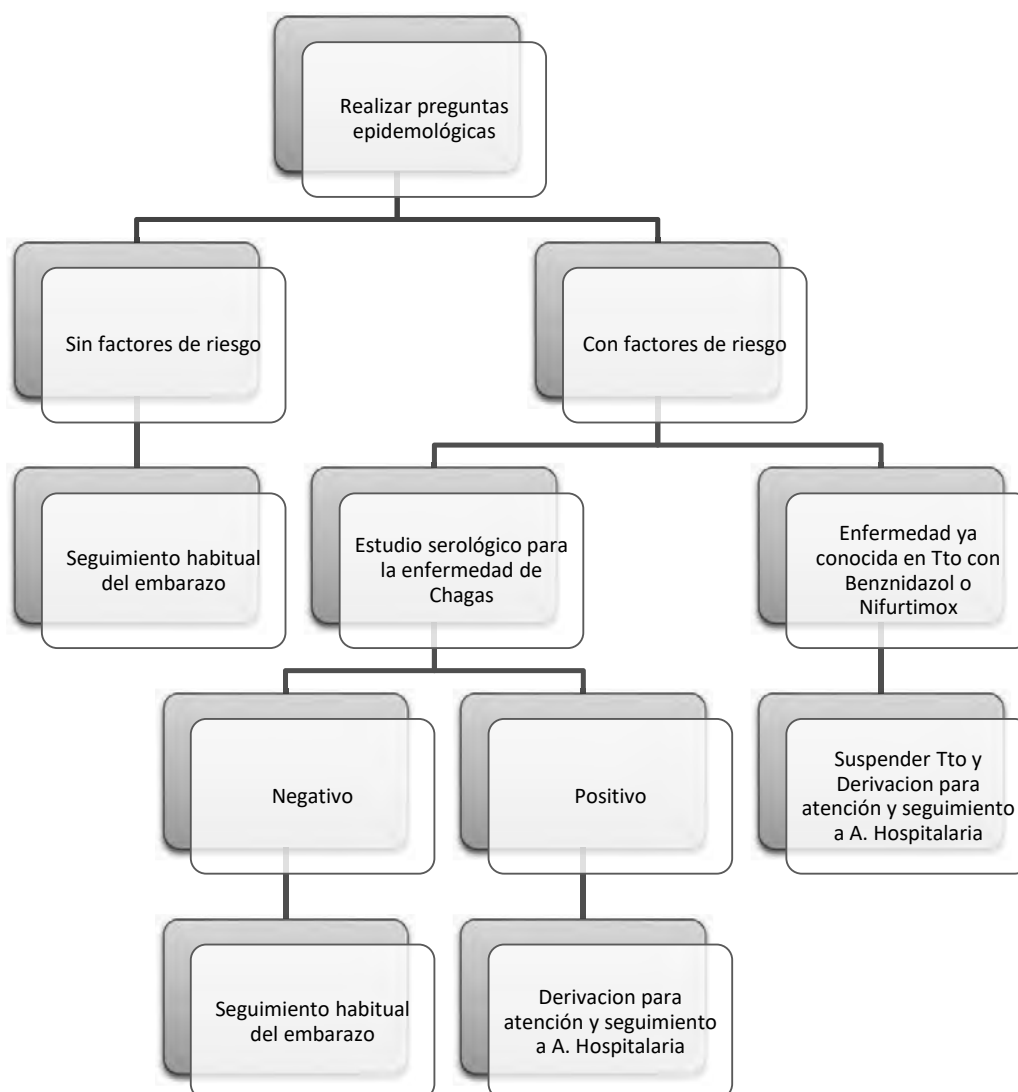
- Antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral.
- Receptoras de transfusiones sanguíneas.
- Trasplantadas antes de la década de los 90.
- Mujeres portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana.
- Portadoras del virus hepatitis B.
- Historia de intervenciones con endoscopias o hemodiálisis.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

CRIBADO DE ENFERMEDAD DE CHAGAS

Solo se solicitará a las mujeres con factores de riesgo

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.



El cribado de la enfermedad de Chagas se podrá solicitar a lo largo de la gestación o incluso en el momento del parto si:

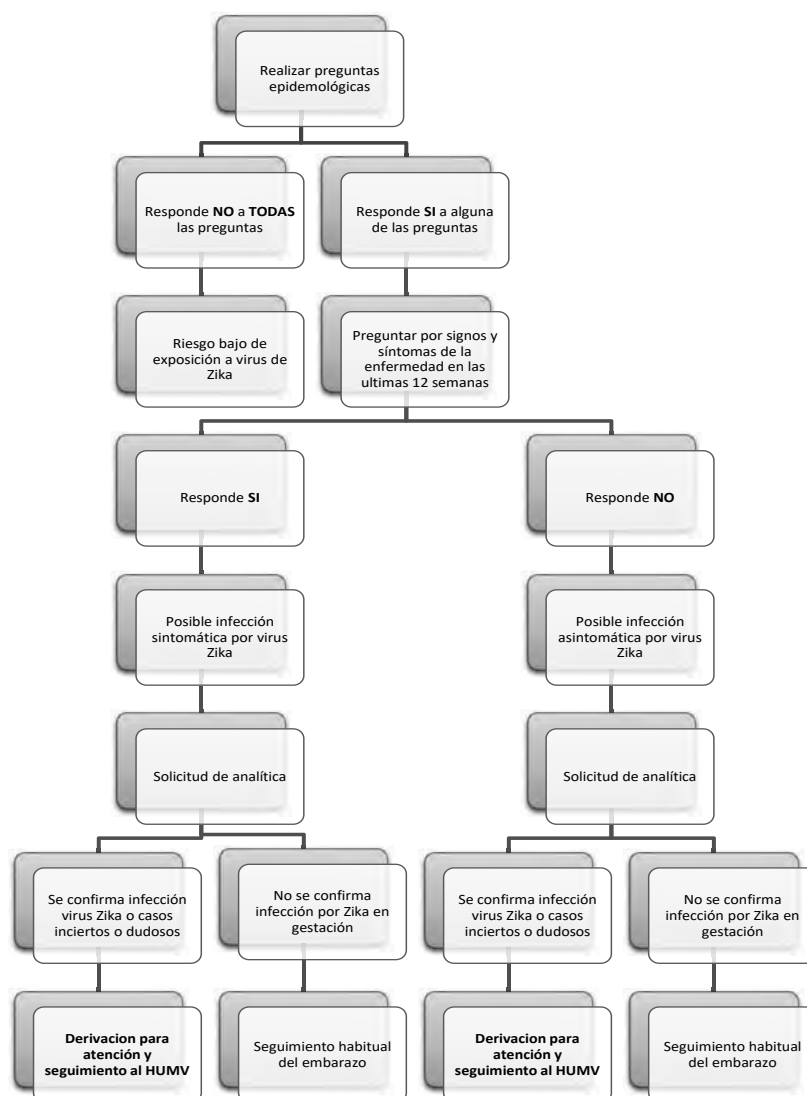
- Se detecta una embarazada con factores de riesgo a la cual no se realizó el estudio de enfermedad de Chagas en la primera visita prenatal.
- Surgen criterios de riesgo a lo largo del embarazo, no presentes en la 1ª visita (viaje a zona endémica, etc).

CRIBADO DE ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA

Solo se solicitará a las mujeres con factores de riesgo

FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA

- 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.



El cribado de la infección por virus Zika se podrá solicitar a lo largo de la gestación o incluso en el momento del parto si:

- Se detecta una embarazada con factores de riesgo a la cual no se realizó el estudio de infecciones por virus Zika en la primera visita prenatal.
- Surgen criterios de riesgo a lo largo del embarazo, no presentes en la 1ª visita (viaje a zona endémica, contacto sexual, etc).

CRIBADO DE RUBÉOLA

Se considera inmunizada frente a la rubéola 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.

Solo se solicitará estudio serológico de la rubéola en el caso de que desconozcamos el resultado inmunitario:

- **Si la serología es positiva**, indica inmunidad y no precisa ningún otro estudio ni actuación.
- **Si la serología es negativa**, 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 posparto.

CRIBADO DE 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 (cambio de puesto de trabajo o baja por riesgo durante la gestación).

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.

CRIBADO DE BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

Primera visita

Se solicitará urocultivo a todas las gestantes:

- **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.
- **Si el urocultivo es positivo**, se tratará según el antibiograma, valorando posibles alergias.
 - 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).

Se realizará un control transcurrida una semana de la finalización del tratamiento.

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.

2º Trimestre (Alrededor de las 28 semanas) y 3º Trimestre (36-37 semanas)

Solo se realizará un urocultivo si ha tenido previamente bacteriuria asintomática o infección urinaria o en mujeres con anomalías del tracto urinario, diabetes mellitus y antecedentes de parto pretérmino.

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN PERINATAL POR ESTREPTOCOCO GRUPO B

A todas las gestantes se realizará un cultivo vaginal y rectal entre las 36-37 semanas de gestación para detectar a las portadoras de estreptococo grupo B, para su tratamiento intraparto. La validez del resultado de la prueba es de 5 semanas.

No se requiere realizar dicho cultivo si:

- La gestante ha padecido una infección urinaria con estreptococo durante el embarazo.
- Ha tenido un hijo/a 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.

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

VALORACIÓN DEL RIESGO POR ALTERACIONES EN EL PESO CORPORAL Y DEL ESTADO NUTRICIONAL

Cálculo de IMC en la 1ª visita tomando como referencia el peso previo al embarazo.

CLASIFICACIÓN DEL PESO CORPORAL SEGÚN IMC (OMS)

- **Bajo peso:** $IMC < 18,50 \text{ kg/m}^2$
- **Normal:** $IMC 18,50-24,99 \text{ kg/m}^2$
- **Sobrepeso:** $IMC 25-29,90 \text{ kg/m}^2$
- **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:** $IMC 40 \text{ kg/m}^2$

INCREMENTO DE PESO RECOMENDADO EN LA GESTANTE SEGÚN IMC (*Institute of Medicine*)

- Incremento fijo durante el primer trimestre de entre 0,5 y 2 kg
- Incremento lineal durante el segundo y tercer trimestre:

IMC	Incremento de peso recomendado
Bajo peso	12,5-18 kg
Normal	11,5-16 kg
Sobrepeso	7-11,5 kg
Obesidad I, II, III	5-9 kg

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 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 lo normal en menos de 12 semanas postparto.
- El diagnóstico final sólo se efectúa durante el postparto.

Preeclampsia

- TA \geq 140/90 mmHg después de 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 la concentración 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, fotsias.

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.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE PREECLAMPSIA

Factores de riesgo de preeclampsia

Criterios mayores:

- Trastornos hipertensivos en embarazos previos.
- HTA crónica.
- Enfermedad renal crónica.
- Diabetes mellitus pregestacional.
- Trombofilia/Lupus Eritematoso Sistémico.
- Embarazo por 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.

Recomendación

- Derivación a atención hospitalaria si criterios mayores o embarazo múltiple.
- 100 mg diarios de AAS desde las 12 semanas hasta el parto, si hay uno o más criterios mayores o dos o más criterios menores.

VALORACIÓN DEL RIESGO PARTO PRETÉRMINO

No se ha demostrado la eficacia del cribado universal mediante la medición de 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.

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 disseminado, etc).
 - * Obesidad IMC > 30 Kg/m².
 - * 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 ingreso de deshidratación.
 - * Infección sistémica.
 - * Reposo superior a 3 días.
 - * Viaje de larga duración (más de 4 horas).

Recomendaciones

Derivación a atención hospitalaria.

- *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 (AAS) 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 cuatros 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 con medias elásticas de compresión fuerte.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE TRASTORNOS DE SALUD MENTAL

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 las siguientes preguntas a todas las embarazadas 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 proporcionararan placer?*

En el caso de que conteste afirmativamente a alguna de estas dos cuestiones, se recomienda utilizar la *Escala de Depresión de Edimburgo*.

La mujer debe señalar 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:

- 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 nº 10 requiere de evaluación adicional por Salud Mental en no más de 24 horas.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE EDIMBURGO

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)

RECOMENDACIONES SOBRE SUPLEMENTOS FARMACOLÓGICOS

Profilaxis con ácido fólico

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)**.

Dosis recomendada:

- En la **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.

Profilaxis con Yodo

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):

- 1 ración láctea = 1 vaso de leche de 200 cc.
- 1 ración láctea = 2 yogures (1 yogurt equivale a 125 cc. de leche).
- 1 ración láctea = 80 g de queso fresco / 40 g de queso curado.

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).
- **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.

EXPLORACIÓN OBSTÉTRICA

• Altura uterina

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 en gestantes con 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

Una medida superior o inferior en 3 cm a la normal requiere evaluación por Atención Hospitalaria.

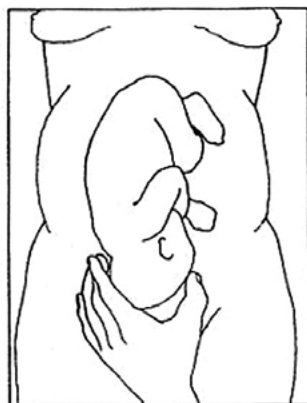
• Maniobras de Leopold



1ª Maniobra



2ª Maniobra



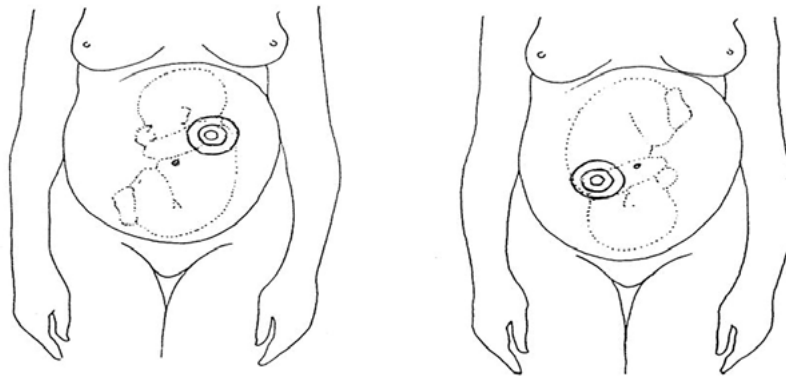
3ª Maniobra



4ª Maniobra

- **Detección de la frecuencia cardiaca fetal**

Foco de máxima auscultación



Presentacion podálica

Presentacion céfálica

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 está 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.

CRIBADO ECOGRÁFICO

SEMANAS GESTACIÓN	OBJETIVOS	CONTENIDOS
11 - 14	Datar el embarazo. Diagnóstico precoz de embarazo múltiple. Marcadores precoces de cromosomopatías. Descartar patología ginecológica.	Evaluación gestacional: <ul style="list-style-type: none"> - Nº de sacos o fetos. - Vitalidad fetal. - Biometría y estimación de la edad gestacional. - Translucencia nucal. - 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	Diagnóstico de anomalías estructurales y marcadores de cromosomopatías.	<ul style="list-style-type: none"> - Vitalidad del feto. - Biometría fetal. - Estudio de la anatomía fetal. - Características y localización de la placenta. - Cordón umbilical (nº de vasos). - Estimación de la cantidad de líquido amniótico.
± 34	Estimación de la normalidad fetal y de su entorno.	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

VACUNACIONES DURANTE EL EMBARAZO

Vacunas indicadas durante el embarazo

VACUNA	TIPO DE VACUNA	HISTORIA VACUNAL	PAUTA	ADMNISTRACIÓN
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 1º trimestre
		Vacunación incompleta	Completar - Incluir dTpa (semanas 27 a 36)	
		Vacunación desconocida o No vacunada	1ª Td (2º trimestre) 2ª dTpa (27 a 36 sem) 3ª 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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 ITS de repetición.
Anti-neumocócicas conjugada y polisacárida	Inactivada	Situación de epidemia, asplenia, drepanocitosis, deficiencias de componentes del complemento, fístulas líquido cefalorraquídeo, inmunodepresión, leucemia, linfoma, trasplante de órgano sólido o células hematopoyéticas, enfermedad renal crónica, VIH.
Anti-meningocócicas conjugadas	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	CONSIDERACIONES
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	

VISITAS PRENATALES DE LA 40- 42 SEMANAS

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

Visita en la 40 semana

Actuaciones

- Valoración de la Cartilla de Salud del Embarazo o informes clínicos (confirmación edad gestacional, identificación de riesgos médico-obstétricos añadidos).
- Control de TA y tira reactiva de orina.
- Cardiotocograma basal.
- A la gestante nulípara, se le ofrecerá la realización de la maniobra de Hamilton.
- 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

Actuaciones

- Confirmar edad gestacional.
- Identificar riesgos médico-obstétricos añadidos.
- Control de TA y tira reactiva de orina.
- Cardiotocograma basal.
- 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

ANTECEDENTES	
Factores de riesgo	Conducta y nivel de atención sanitaria
Antecedentes personales	
Edad ≤ 16 años	AP. Individualizar (dependiendo de la existencia de otros factores asociados)
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 Kg/m ²	AP. Individualizar (dependiendo de la existencia de otros factores asociados)
Peso IMC ≥ 30 Kg/m ²	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 múltipara (≥ 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 pretérmino < 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 segmentaria transversa	AP
≥ 2 cesáreas segmentarias transversas	AH a partir de las 34-35 semanas
Cesárea segmentaria 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

VALORACIÓN DEL RIESGO GESTACIONAL Y CRITERIOS DE DERIVACIÓN

EMBARAZO ACTUAL			
Factores de Riesgo/Patología	1º Trimestre	2º Trimestre	3º 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 trombotico 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 para valorar versión externa

AP: Atención Primaria

AH: Atención Hospitalaria

RPM: Rotura prematura de membranas

CIR: Crecimiento intrauterino restringido

VIH: Virus Inmunodeficiencia Humana

ATENCIÓN PUERPERAL TRAS EL ALTA EXTRAHOSPITALARIA

PRIMERA VISITA PUERPERAL

La realizará la matrona de Atención Primaria **durante los primeros 10 días postparto.**

Actividades

1. **Escuchar la historia del parto.**
2. **Preguntar sobre la evolución del postparto, la llegada al domicilio y la adaptación familiar a la nueva situación.**
3. **Valorar el estado emocional de la madre:**
 - Los trastornos afectivos del posparto o labilidad puerperal.
 - La depresión posparto.
 - La psicosis posparto.
4. **Valorar el estado físico de la madre.**
5. **Valorar el estado físico del recién nacido.**
6. **Valoración de la lactancia y observación de la toma.**

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

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	
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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	
<ul style="list-style-type: none"> • 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 eyeción** • El bebé suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 eyeción** • 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 (entruetos) y aumento de los loquios durante el amamantamiento.

Remitir la atención de situaciones complejas a personal experto en lactancia materna a la consulta específica del Hospital de Laredo y el HUMV.

7. Información sobre las pautas para un colecho seguro

Información para madres y padres sobre las 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 arrojarse demasiado al bebé ni ponerle excesivo abrigo para dormir. La temperatura de la habitación no debe superar los 20° 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

8. Evaluar las situaciones de riesgo

- Confirmar si vacunación de rubéola 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.

9. Instaurar el plan de cuidados y el seguimiento posterior y recomendar que acuda al Centro de Salud si procede.

SEGUNDA VISITA DE REVISIÓN PUERPERAL

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

Actividades

1. **Preguntar** sobre el bienestar de la madre y del recién nacido.
2. **Escuchar** la historia del puerperio y de la crianza.
3. **Si lactancia materna, comprobar si está adecuadamente instaurada o si existe alguna dificultad.**
4. **Valorar el estado físico de la madre.**
5. **Reevaluar el estado emocional.**

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. El mejor momento es a las 6-8 semanas postparto. 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 nº 10 requiere de evaluación especializada en 24 horas.

6. **Recomendar ejercicios para potenciar la musculatura del suelo pélvico.**
7. **Recomendar el cribado de cáncer de cérvix, según el protocolo vigente.**
8. **Información sobre métodos anticonceptivos.**
9. **Seguimiento puerperal de patología médica durante la gestación**
 - **Si ha padecido una diabetes gestacional:**
 - * Dieta pobre en grasas saturadas y azúcares refinados.
 - * Realizar ejercicio físico.
 - * 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, realizar un control analítico cada 3 años y en los casos de alto riesgo un control anual.

- **Si ha tenido un trastorno hipertensivo:**

- * Control de la TA.
- * Si se está usando medicación, con TA <140/90 se disminuirá de forma progresiva el tratamiento hipotensor.
- * En mujeres que han desarrollado 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:**

- * Dieta saludable y una actividad física que permita una pérdida de peso progresiva y mantenida en el tiempo.
- * 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.

