



Embarazo

Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva
(PASAR)



Embarazo

Programa de Atención a la Salud Afectivo-Sexual y Reproductiva
(PASAR)

EDICIÓN:
Servicio Canario de la Salud
Dirección General de Programas Asistenciales

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, DICIEMBRE 2018

ISBN:
978-84-16878-10-9

DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES

Hernández González, Elizabeth

COORDINACIÓN

Tristancho Ajamil, Rita
Jefa de Servicio de Atención Primaria.
DG Programas Asistenciales.

Hernández Gallego, María Regla
Técnica del Servicio de Atención Primaria.
DG Programas Asistenciales.

Flórez-Estrada Fernández, María Teresa
Jefa de Servicio de Atención Especializada y
Programas Oncológicos. DG Programas
Asistenciales.

Moreno Portela, María Victoria
Técnica del Servicio de Atención Especializada
y Programas Oncológicos. DG Programas
Asistenciales.

GRUPO DE TRABAJO

Brito Medina, Antonio José
Ginecólogo. Hospital General de Fuerteventura.

Pérez González, Delfina
Técnica del Instituto Canario de Igualdad.

Capote Pestano, Lourdes
Técnica de la DG de Salud Pública.

Pineda Yepes, Germán
Matrón. Gerencia de Servicios Sanitarios Área de
Salud de Lanzarote.

Flórez Estrada Fernández, María Teresa
Jefa de Servicio de Atención Especializada y
Programas Oncológicos. DG Programas Asistenciales.

Rodríguez García, Alejandra
Matrona. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Guerra Pérez, Alejandro
Técnico del Servicio de Atención Primaria.
DG Programas Asistenciales.

Rodríguez Zurita, Alicia
Ginecóloga. Hospital Universitario Nuestra Señora
de Candelaria.

Hernández Gallego, María Regla
Técnica del Servicio de Atención Primaria.
DG Programas Asistenciales.

Santana Rodríguez, M^a Carmen
Matrona. Hospital General de Fuerteventura.

Moreno Portela, María Victoria
Técnica del Servicio de Atención Especializada y
Programas Oncológicos. DG Programas Asistenciales.

Tadeo López, María Ángeles
Matrona. Gerencia de Atención Primaria de Gran
Canaria.

Ortega Barreda, Elena
Matrona. Gerencia de Servicios Sanitarios Área de
Salud de La Palma.

Tristancho Ajamil, Rita
Jefa de Servicio de Atención Primaria.
DG Programas Asistenciales.

COLABORACIÓN Y REVISORES EXTERNOS

Asociación Canaria de Matronas (ACAMAT).

Montalvo Fernández, Javier.
Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hos-
pital General de Fuerteventura.

Conde Fernández, Fernando P.
Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hos-
pital Doctor José Molina Orosa.

Olavarrieta Serrano, María Rosa.
Matrona Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Cortés Cros, Elena.
Ginecóloga. Hospital Universitario Materno-Infantil
de Canarias.

Romero Ramírez, Sabina. Pediatra.
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

Sáez Rodríguez, M^a Jesús.
Matrona. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

González González, Carmen Célida
Matrona Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Servicio de Ginecología y Obstétrica.
Hospital Nuestra Señora de Los Reyes.

González Ramos, María Asunción.
Matrona Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canarias.

Gutiérrez García, Luisa. Ginecóloga.
Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias.

Sociedad Canaria de Medicina Familiar y
Comunitaria.

ÍNDICE

PRÓLOGO.....	8
INTRODUCCIÓN	9
MARCO NORMATIVO	10
Marco Normativo Internacional.....	10
Marco Normativo Nacional.....	10
Marco Normativo Autonómico.....	11
NATALIDAD EN ESPAÑA Y EN CANARIAS. EVOLUCIÓN.....	12
OBJETIVOS	14
CONSULTA PRECONCEPCIONAL.....	15
ASPECTOS CLÍNICOS DEL SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL EMBARAZO.....	17
Visita 1	17
Visita 2	19
Visita 3, 4 y 5.....	20
Visita 6	20
Visita 7	21
Visita 8	22
Visita 9 y 10.....	22
Visita 11	23
DETERMINACIONES ANALÍTICAS.....	26
VACUNACIONES	28
ECOGRAFÍAS.....	29
ANEXOS	30

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Mujeres en edad fértil. Población según sexos y grupos de edad.	12
TABLA 2. Población total mujeres por grupos de edad.	13
TABLA 3. Control de la gestación de bajo riesgo.	30
TABLA 4. Guía de Práctica Clínica en el SNS.	34

PRÓLOGO

El Servicio Canario de la Salud, como parte del desarrollo del Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, y teniendo en cuenta la atención global, continuada e integral y de calidad, basada en el mejor conocimiento disponible, y centrada en las necesidades y circunstancias de la población usuaria, pretende dar una atención orientada a promover una vivencia del nacimiento humana, íntima y satisfactoria para las mujeres, sus parejas, recién nacidos/as (en adelante R.N.) y familia. Estas y otras muchas razones justifican una revisión del modelo de atención al proceso del embarazo, parto y puerperio normal, recomendado en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Los cambios sociales y los avances científicos que han aparecido sobre este proceso en los últimos años, hacen necesaria la revisión de los contenidos de la educación para la salud que se ofertaba a las embarazadas en nuestro sistema de salud.

Este Documento, basado en las últimas evidencias científicas disponibles, trata de aportar al equipo sanitario una herramienta actualizada y de calidad que les permita el abordaje de los cambios que afronta la pareja durante este proceso. Los cuidados prenatales han de estar centrados en las mujeres gestantes y atender sus particulares necesidades. Una comunicación adecuada entre las mujeres y el personal que las atienden es esencial. La comunicación ha de ser amable, respetuosa, empática, sensible a las diferencias culturales, y tener el objetivo de alcanzar una relación de confianza. La información que se proporciona ha de estar basada en la evidencia científica y ser accesible para las mujeres con dificultades de comprensión por barreras lingüísticas, culturales o de capacidad. Por ello, es indispensable la implicación de las mujeres y la coordinación de Atención Primaria y Especializada.

Para proporcionar una adecuada atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio es necesario desarrollar la preparación maternal y paternal desde la promoción de la salud, el bienestar y los estilos de vida saludables y con un enfoque biopsicosocial desde el comienzo del embarazo, con actuaciones tanto de forma individual en la consulta de control del embarazo, como en grupos, lo que favorece un mejor entendimiento de los cambios que se van a producir y una mejor comprensión sobre la maternidad y la paternidad. Estas actuaciones de especial relevancia, están recogidas en el Programa de Preparación a la Maternidad y Paternidad, ampliamente instaurado en Atención Primaria.

El enfoque de género es algo primordial en el abordaje del proceso reproductivo, siendo necesario concienciar, sensibilizar y formar en esta perspectiva a todo el personal de salud que atiende a la población, para estar en condiciones de satisfacer plenamente las necesidades de salud específicas que presentan mujeres y hombres en un momento de suma trascendencia y especial vulnerabilidad.

INTRODUCCIÓN

Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos por la comunidad internacional, como parte inherente de los derechos humanos, en declaraciones, convenciones y pactos de las Naciones Unidas y en otros documentos aprobados internacionalmente.

En este sentido, la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, entiende por salud reproductiva, “la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona, que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos”.

Los derechos reproductivos abarcan no solamente el derecho a decidir sobre la reproducción, sino también el compromiso de garantizar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada.

Uno de los derechos básicos de las mujeres en materia de salud reproductiva es el derecho a la información y a decidir libremente sobre el momento en que desea tener sus hijos e hijas, el número de ellos y el proceso a seguir durante su embarazo, parto y puerperio. Para ello es necesario informar a las mujeres sobre todo el proceso y ofrecer las alternativas, basadas en la evidencia científica, para que puedan tomar decisiones informadas y de forma autónoma sobre el cuidado que desean recibir durante todo el proceso y sobre los cuidados que deben proporcionarse al RN.

Así mismo, es básico el derecho de protección del R.N., proporcionándole una atención de calidad basada en el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras el nacimiento, el acompañamiento por parte de la pareja o por quien la mujer decida y el fomento de la lactancia materna como mejor opción para proporcionarle bienestar físico y emocional.

En este sentido, la Ley 2/2010 establece determinadas medidas para garantizar los derechos reproductivos. En concreto, en el ámbito sanitario y referidas al embarazo, establece que los servicios públicos de salud garantizarán...

c) La provisión de servicios de calidad para atender a las mujeres y a las parejas durante el embarazo, el parto y el puerperio. En la provisión de estos servicios, se tendrá en cuenta los requerimientos de accesibilidad de las personas con discapacidad.

d) La atención perinatal, centrada en la familia y en el desarrollo saludable. Es importante que, tanto la madre como el padre desde el inicio del embarazo, conozcan los derechos laborales que les permitirán conciliar la vida personal, familiar y laboral para la crianza de sus hijas e hijos y la corresponsabilidad de la pareja en su cuidado.

MARCO NORMATIVO

1. MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CE DAW, por sus siglas en inglés) 1979.
- Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994 y Seguimiento al Programa de acción de la Conferencia de El Cairo, 2014.
- Declaración y Plataforma para la acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio, adoptados en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas. Septiembre 2000.
- Resolución 2001/2128(INI) sobre salud sexual y reproductiva y los derechos asociados, del Parlamento Europeo.
- Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo. Declaración de Madrid. La necesidad de avanzar en la equidad de género en la salud mediante el mainstreaming. OMS 2001, que dice: *"Para conseguir los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes necesidades, obstáculos y oportunidades"*.
- Estrategia europea para el fomento de la salud sexual y reproductiva y de los derechos conexos. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa 2004.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad 2006.
- Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. OMS 2008.
- Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños de la Organización Mundial de la Salud (OMS), lanzada en 2010.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2014.
- Conclusiones del Consejo Europeo sobre el papel de la UE en la Salud Global, Mayo 2010.
- Resolución de 26 de septiembre de 2013 del Parlamento Europeo sobre salud sexual y reproductiva y derechos afines.
- El enfoque biopsicosocial de la salud recomendado por la OMS.

2. MARCO NORMATIVO NACIONAL

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (art.178 y 180).

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. La Directiva 80/155/CEE del 21 de enero de 1980 relativa a las competencias de las y los especialistas en Enfermería Obstétrica-Ginecológica se incorporó a la legislación española por RD de 28 de junio de 1991.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (art. 1).
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (punto 6.2 y 6.4).
- I Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad (1 de diciembre de 2006).
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (artículo 27).
- Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011).
- Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y Sida. España. 2008-2012, del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo.

3. MARCO NORMATIVO AUTONÓMICO

El artículo 56 de la Ley 1/2010, de 26 de febrero, Canaria de igualdad entre mujeres y hombres, que se denomina “Derecho al embarazo y la maternidad”, porque es muy explícito en cuanto a los derechos de las mujeres embarazadas.

Dentro de este Marco legal, nace en el 2010 la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva (ESSR) del Sistema Nacional de Salud (SNS), con el consenso de asociaciones profesionales, sociedades científicas y colectivos implicados en España, que marca las diferentes actuaciones basadas en las últimas evidencias científicas y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Estas recomendaciones vienen a señalar la necesidad de mejorar, de manera prioritaria, la calidad de la atención ofrecida a las mujeres y bebés, de forma integral en todo el proceso reproductivo, aumentando la satisfacción de la población usuaria, así como el establecimiento de indicadores y sistemas de registro e información.

NATALIDAD EN ESPAÑA Y EN CANARIAS. EVOLUCIÓN

1. NACIMIENTOS

Desde el 2008 hasta el 2017 el número de nacimientos en España se ha reducido un 24,6%. En el año 2017 la tasa Bruta de Natalidad (TBN) se situó en 8,4 nacimientos por cada mil habitantes frente al 11,3 en 2008.

La Tasa Bruta de Natalidad en Canarias ha sido de 7,24 nacidos por mil habitantes en el año 2017. Por provincias, las TBN son de 7,25 para la provincia de Las Palmas y de 7,23 para la de Santa Cruz de Tenerife.

El Indicador Coyuntural de Fecundidad (ICF), que define el número de hijos por mujer, en 2017 registró un valor de 1,25 en mujeres españolas y 1,70 en mujeres extranjeras. En Canarias, se registraron los siguientes valores: 1,04 para mujeres españolas, 1,04 y para mujeres extranjeras.

En España la Edad Media de la Maternidad en 2017 registró un valor de 32,1 años, siendo en Canarias de 31,5.

La Tasa Global de Fecundidad, en 2017 ha sido de 37,1 a nivel nacional y de 29,3 en Canarias.

La Tasa de Mortalidad Infantil ha sido de 2,74 defunciones por mil nacidos vivos, y 2,68 en el año 2016.

En Canarias en 2017, la Tasa de Mortalidad Infantil, ha sido de 3,12, cuadro décimas superior a la que se observa en el Estado, y 2,72 en el año 2016, registrándose un repunte eventual en el año 2011, que pasa de 2,95 en 2010, a 3,67 en 2011; sin embargo, es menor en los siguientes años.

Este mismo fenómeno se observa en la Tasa de Mortalidad Infantil Neonatal. Considerada en el periodo de 2009 a 2016, registra una disminución de 0,27 puntos, pero se observa una inversión de la tendencia durante los años 2010, 2011, 2016 y 2017. En 2017 las Tasas de Mortalidad Infantil Neonatal son de 1,88 y de 2,29, Nacional y en Canarias, respectivamente.

Fuente: INE (datos provisionales 2017).

Tabla 1. Mujeres en edad fértil. Población según sexos y grupos de edad. Islas y años. 2017

	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49
FUERTEVENTURA	2.731	3.185	4.086	4.694	5.315	5.254	4.719
GRAN CANARIA	21.360	22.558	26.143	28.949	34.015	37.635	38.130
LANZAROTE	3.713	4.260	5.161	5.696	6.527	6.750	6.492
EL HIERRO	235	285	292	335	372	406	408
LA GOMERA	462	509	560	586	728	792	905
LA PALMA	1.978	2.052	2.212	2.459	3.060	3.236	3.360
TENERIFE	21.448	23.741	28.211	31.998	37.859	40.664	38.600
CANARIAS	51.927	56.590	66.665	74.717	87.876	94.737	92.614

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Diciembre 2017

Tabla 2. Población total mujeres por grupos de edad. 2017

	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49
FUERTEVENTURA	2.742	2.972	3.986	4.405	5.232	5.407	4.944
GRAN CANARIA	21.190	20.594	24.143	27.273	31.598	35.012	38.071
LANZAROTE	3.611	3.813	4.814	5.483	6.228	6.654	6.601
EL HIERRO	204	200	225	243	351	350	352
LA GOMERA	395	324	380	442	631	707	766
LA PALMA	1.781	1.712	1.972	2.144	2.749	2.983	3.280
TENERIFE	21.783	21.935	26.548	30.029	36.046	39.476	39.134
CANARIAS	51.706	51.550	62.068	70.019	82.835	90.589	93.148

Fuente: Tarjeta sanitaria. Diciembre 2017

Las actuaciones recomendadas en este Documento van dirigidas a todas las mujeres gestantes, a sus parejas y a sus familiares.

Debe hacerse especial énfasis en ofertarlo a las mujeres que presenten factores clínicos y/o sociales de riesgo, como:

- Embarazo en la adolescencia.
- Embarazo no deseado.
- Embarazo de alto riesgo por causa médica.
- Discapacidad física o psíquica.
- Dependencia del alcohol u otras drogas.
- Aislamiento social o apoyo social insuficiente.
- Situación de violencia de género en el ámbito doméstico.
- Problemas laborales relacionados con el embarazo y/o la lactancia (actividad de riesgo, cambio de puesto de trabajo, abandono del empleo...).
- Responsabilidad en los cuidados de persona dependiente.
- Dificultades en las relaciones entre los miembros de la unidad de convivencia relacionadas con los cuidados, deberes parentales...
- Previsión de hospitalización del RN tras el parto.
- Cualquier otra situación que se considere potencialmente de riesgo (dificultad para cubrir las necesidades básicas, problemas de vivienda...).

Hay que destacar que la información de las sesiones educativas y talleres grupales de atención durante el embarazo están contempladas y descritas en el SUBPROGRAMA de Preparación a la Maternidad y Paternidad, incluido en el PASAR y que contiene:

- Actividades a desarrollar.
- Sesiones educativas.
- Género y Salud.
- El Embarazo.
- El Parto.
- El Puerperio.
- La Lactancia.
- La Criatura.
- Técnicas de apoyo técnico-prácticas.
- Recomendaciones.
- Recursos de Información en Canarias.

OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Ofrecer una atención global, continuada, integral y de calidad a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, basada en el mejor conocimiento disponible, centrada en las necesidades y circunstancias de las mujeres gestantes, sus parejas, R.N. y familia y orientada a promover una vivencia humana, íntima y satisfactoria de todo el proceso reproductivo.

Persigue la atención del desarrollo de la gestación desde el inicio y detectar precozmente cualquier anomalía, sobre todo en el grupo de población de riesgo, disminuyendo la morbi-mortalidad materno-fetal.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Facilitar una captación lo más precoz posible para proporcionar una atención adaptada a las necesidades y circunstancias de cada mujer y pareja, que promueva el bienestar y la autonomía de las mujeres embarazadas, para mejorar el estado de la salud de la madre y el R.N., previniendo los riesgos potenciales para la gestación.
- Detectar y tratar de forma precoz los trastornos acontecidos en el curso del embarazo.
- Contribuir a la implicación de la pareja de forma positiva, facilitando que el embarazo, parto y puerperio se desarrollen de forma normal en los aspectos físicos y emocionales (Programa de Atención a la Maternidad y Paternidad).
- Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna y perinatal, favoreciendo la accesibilidad de la población y el seguimiento del embarazo, especialmente en jóvenes, grupos marginales y mujeres de más 40 años, ITS (infecciones, transmisión sexual, etc.).
- Disminuir la incidencia de R.N. de bajo peso.
- Facilitar el acceso de parejas con problemas de infertilidad y esterilidad a los servicios especializados.
- Sensibilizar sobre los beneficios del parto normal y la lactancia materna (Programa de Atención a la Maternidad y Paternidad).
- Contribuir al bienestar del R.N., a su adecuada adaptación a la vida extrauterina, al establecimiento del vínculo afectivo, la lactancia materna y los cuidados centrados en el desarrollo y en las familias.
- Promover la salud y el bienestar de las mujeres puérperas, facilitando asesoramiento y cuidados, explorando sus necesidades, cambios emocionales y psicológicos, y la situación del vínculo, la lactancia y el apoyo de la pareja.

De forma transversal habrá que trabajar para lograr la implicación, en todo el proceso fisiológico y en sus cuidados, tanto de la mujer gestante como de sus parejas, impulsando un cambio en los valores sociales de género en torno a la maternidad y paternidad (Programa de Atención a la Maternidad y Paternidad).

CONSULTA PRECONCEPCIONAL

La consulta preconcepcional debería formar parte de la asistencia prenatal de todas las mujeres, independientemente de su estado de salud. A toda mujer que acuda a la consulta de Atención Primaria que se encuentre en edad fértil, debería actualizarse su historia clínica, enfocada a la esfera gineco-obstétrica y debería realizarse consejo de hábitos de vida saludables, en la mujer y en su pareja, si la tuviera y fuese posible. Si consultara para planificar una gestación, sería conveniente que lo hiciera dentro del año que precediera al embarazo.

Las mujeres que se plantean un embarazo, tienen en su Centro de Salud a los profesionales adecuados para realizar la atención preconcepcional, tanto los médicos de familia como las matronas. El conocimiento de la historia clínica permite identificar conductas de riesgo (personales y laborales) antes del embarazo y promocionar hábitos de vida saludables.

Se debe personalizar según las características de la mujer y de su pareja, según sus antecedentes y su historia reproductiva. Las bases de la asistencia preconcepcional son:

- **Evaluación del riesgo preconcepcional.**
- **Acciones educativas y promotoras de la salud:** Informar sobre los riesgos asociados al embarazo en relación a la edad materna avanzada y la obesidad. La obesidad dispara el coste en atención materna y supone un importante factor de riesgo implicado en la tasa de éxito de embarazo y en las complicaciones durante la gestación, parto y puerperio. Por ello, el IMC debe ser la primera determinación para estratificar el riesgo durante la futura gestación. Se debe informar del aumento de riesgo relacionado con el grado de obesidad y proporcionar a la mujer consejos para la reducción del peso. Debe recomendarse quedar embarazada con un IMC < 30 Kg/m² e idealmente entre 18-25 Kg/m². En los casos de obesidad mórbida, en los que el riesgo de complicaciones gestacionales está especialmente incrementado, debe recomendarse evitar la gestación, y solicitar valoración y tratamiento previo en un centro especializado. Por otro lado un aumento insuficiente del peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos(3). Hay que intervenir sobre los hábitos tóxicos como el tabaquismo, consumo de alcohol y/o drogas de abuso y automedicación. Investigar sobre conductas sexuales de riesgo, realizando serologías infecciosas si procediera. En mujeres con enfermedades de base recomendar adecuado control de la misma antes de un embarazo (pe, diabetes pregestacional). Se atenderá con especial interés a las usuarias con obesidad y a las primigestas añosas con el fin de que sean conscientes de los riesgos que conlleva el embarazo bajo estas circunstancias. Se recomendará el control de peso previo a la gestación al ser la obesidad un factor de riesgo responsable de complicaciones en la gestación, el parto y el puerperio. Asimismo, se informará sobre el aumento de riesgo relacionado con la edad materna.
- **Suplementación farmacológica** (profilaxis con ácido fólico). Las políticas de suplementación recomendadas en las estrategias y programas nacionales y autonómicos coinciden en aconsejar dosis de ácido fólico de 0,4 mg/día en mujeres sanas desde al menos un mes antes de la concepción y durante las 12 primeras semanas de gestación. Asimismo se recomienda dosis de 5 mg/día en mujeres con riesgo aumentado de defectos del tubo neural como epilépticas que usan ácido valproico o carbamacepina o pacientes con antecedentes de feto con defecto del tubo neural, desde los tres meses antes de buscar la gestación hasta la semana 12, debiendo continuar con dosis de 0,4 mg el resto del embarazo. Además se recomendarán dosis de 5 mg/día de ácido fólico en caso de mujeres con obesidad (índice de masa corporal (IMC)>30), y de 4 mg/día en mujeres con diabetes pregestacional, desde un mes antes de la gestación hasta el final del primer trimestre, debiendo seguir con 0,4 mg el resto del embarazo.(4)

Se sugiere la suplementación farmacológica con yoduro potásico durante la gestación a dosis de 200 microgramos/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 más 2 gr. de sal yodada).(4)

Tanto previa a la gestación como durante el embarazo y puerperio, se debe informar a las mujeres que padecen enfermedades crónicas sobre el control de su enfermedad.

Para controlar la transmisión vertical de determinados cuadros infecciosos, se recomienda solicitar a todas las mujeres que acuden con deseo genésico, lúes, rubeola, hepatitis B y VIH.(5)

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. (Spanish Statistical Office) [Internet]. [citado 4 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. SEGO; 2017.
3. OMS | Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo [Internet]. WHO. Disponible en: http://cdrwww.who.int/elena/titles/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/
4. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_resum.pdf
5. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. [Internet]. [citado 2 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

ASPECTOS CLÍNICOS DEL SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL EMBARAZO

El control prenatal debe ser precoz, periódico y abarcar todos los aspectos biopsicosociales de la mujer gestante y de su familia. Como se ha citado anteriormente, los objetivos que se persiguen, entre otros, son:

- Disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal.
- Prevenir los riesgos potenciales para la gestación.
- Detectar y tratar de forma precoz los trastornos acontecidos en el curso del embarazo.
- Identificar aquellos embarazos que presenten factores de riesgo, para facilitarles la asistencia obstétrica adecuada.

La mujer gestante que evoluciona sin complicaciones debe acudir a la consulta con una periodicidad que puede ser variable. La Guía de Práctica Clínica de atención en el embarazo y puerperio, sugiere un programa de seguimiento de entre 6 y 9 visitas en mujeres con bajo riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo o el parto.

La SEGO refiere que existe un acuerdo generalizado en que la realización entre 7 y 10 consultas prenatales durante el embarazo normal se acompaña de mejores resultados perinatales. El número ideal de consultas es difícil de establecer, pero suele aceptarse que con menos de 5-6 visitas, es difícil considerar que un embarazo esté bien controlado.

Antes de la semana 38, si la evolución del embarazo ha sido normal, la gestante habrá podido elaborar el plan de parto de forma conjunta con su profesional de referencia, que le informará de manera adecuada, ya que cuando se presenta el mismo la mujer tiene derecho a una respuesta, informándose de los medios de los que dispone el centro elegido, según su preferencia y de acuerdo a los recursos disponibles en su Área de Salud.

A. Visita 1: Atención Primaria. Matrona/Médico de Familia. Se recomienda, de forma óptima, entre la 6-10 semanas.

► Actuaciones:

- **Apertura y Complimentación de la Cartilla Maternal.**
- **Realización de la Historia clínica completa.**
- **Datos de filiación.**
 - Edad.
 - Nacionalidad.
 - Idioma.
 - Domicilio y teléfono.
- **Antecedentes médicos y familiares de la gestante.**
- **Antecedentes médicos, sociolaborales y familiares de la pareja.**
- **Antecedentes médico-quirúrgicos. Alergias. Hábitos tóxicos.**
- **Factores añadidos a la gestación actual. Valoración estado vacunal.**
- **Antecedentes reproductivos:** antecedentes de esterilidad o infertilidad, evolución de gestaciones y partos previos, antecedentes de abortos de repetición y su posible causa, antecedentes de partos prematuros, antecedentes de retraso de crecimiento intrauterino retardado, antecedentes de nacidos con defectos congénitos, antecedente de muerte fetal anteparto, hijos con lesiones neurológicas residuales, antecedentes de cirugía uterina, malformaciones uterinas, insuficiencia cervical.
- **Fórmula menstrual.**
- **Historia psicosocial.**
 - Valoración del grado de aceptación del embarazo por ambas partes de la pareja, si procede.

- Valoración de las necesidades psicosociales y de género de la gestante, su pareja y su entorno.
- Detección de violencia de género (Protocolo de Atención a la Violencia de género en el ámbito doméstico del SCS).
- Estudios.
- Profesión (horarios y características laborales).
- **Exploración física.**
 - **Peso y talla de la gestante.** Valoración del IMC: debe ser calculado en base al peso y talla preconcepcional. Tanto la delgadez como la obesidad extremas al inicio del embarazo se asocian con malos resultados obstétricos, por lo que es importante conocer estos parámetros desde el primer momento. Se informará de los problemas asociados al peso en el embarazo y se darán pautas que refuercen patrones saludables que empoderen a la usuaria evitando los juicios de valor sobre su situación. No existe evidencia que apoye la medida del peso materno, de forma rutinaria, en cada visita prenatal sin la existencia de otros parámetros alterados, ya que podría crear ansiedad en la paciente. Sin embargo, tampoco existen evidencias que desaconsejen esta medida pudiendo considerar que el control de peso puede constituir un mecanismo de retroalimentación muy útil en la mayoría de las gestantes.
 - **Toma de Tensión Arterial.** La medición de la tensión arterial es una práctica recomendada en todas las visitas prenatales, a pesar de que no se dispone de pruebas directas de que se reduzca la morbimortalidad materna o perinatal. Con una base empírica, parece ser la mejor estrategia para la detección temprana de los trastornos hipertensivos. Además, la prueba es simple, barata y bien aceptada por las mujeres.
 - Exploración general. No existe suficiente evidencia.
 - Signos de insuficiencia venosa (edema, varices...).
 - Exploración mamaria. Se sugiere no realizar una exploración mamaria como método de cribado de cáncer de mama, ni con el fin de promocionar la lactancia materna ni identificar posibles dificultades en el amamantamiento.
 - Exploración ginecológica. Se recomienda la realización de un Papanicolau (PAP) en aquellas mujeres que no lo tengan realizado como método de captación. Se recomienda ofrecerlo en las que han sufrido mutilación genital.
 - Auscultación del latido fetal si procede y no de forma rutinaria.
 - Medicación preventiva (prescripción de ácido fólico, yodo e ingesta de lácteos).
 - Valorar estado actual de la gestante. Valoración del embarazo hasta la actualidad (astenia, somnolencia, náuseas...), (estado de ansiedad, estrés, depresión, violencia de género...).
 - Valorar Índice de Riesgo Gestacional según Catálogo de Pruebas Diagnósticas Accesibles desde Atención Primaria (en adelante CPDAD). Anexos.
- **Analíticas, serologías, pruebas y prácticas clínicas en primera visita.**
- **Solicitar analítica. Control primer trimestre embarazo según CPDAP.**
 - Sobrecarga oral de glucosa 50gr. (test de O'Sullivan) en gestantes de riesgo.
 - Cribado de función tiroidea. Sólo en gestantes con factores de disfunción tiroidea.
 - Recordar realizar:
 - VIH (solicitar consentimiento verbal).
 - Hepatitis C (si factores de riesgo).
 - El obstetra valorará a las gestantes que hayan podido tener posible contagio con virus Zika y Fiebre hemorrágica.
 - El cribado serológico de la enfermedad de Chagas debe considerarse en el control prenatal en gestantes latinoamericanas, excepto las procedentes de los países del Caribe, ya que no es zona endémica.
- **Acciones promotoras de Salud.**
 - Investigar hábitos y estilos de vida. Investigar sobre hábitos de alimentación (alimentos adecuados y ritmo adecuado, 5-6 comidas diarias, contenido en nutrientes necesarios, Hierro, Calcio, fibra, líquidos y vitaminas) y hábitos relacionados con

ejercicio físico adecuado (prevenir el sedentarismo y la pregorexia).

- Incluir en grupos del programa de Preparación a la Maternidad y Paternidad (PASAR), ofreciendo educación sanitaria adecuada a la edad gestacional e informando sobre el manejo de problemas frecuentes durante el embarazo. Remitir a Salud Bucodental.
- Remitir al tocólogo entre las semanas 11-13⁺⁶.

B. Visita 2: Atención Especializada. Tocólogo. Semanas 11-13⁺⁶ (antes de la semana 14 para poder realizar el Screening del primer trimestre).

- **Historia clínica:** revisar anamnesis en la cartilla maternal y el Índice de Riesgo Gestacional según CPDAD.
- **Exploración física:**
 - Tensión Arterial y peso de la gestante.
 - Exploración del sistema circulatorio, no rutinario.
- **Exploración ginecológica y mamaria.**
 - Datar gestación por Fecha de Última Regla (FUR). Corrección de edad gestacional si discrepancia cronológica-ecográfica. Establecer Fecha Probable de Parto (FPP).
 - Exploración ginecológica. Se recomienda la realización de un Papanicolau (PAP) en aquellas mujeres que no lo tengan realizado como método de captación, sino ha sido realizado en la primera visita. Se recomienda ofrecerlo en las que han sufrido mutilación genital.
 - Reevaluar riesgo obstétrico. Si la gestante se considera de alto riesgo cambiarán los controles de la gestación.
- **Valoración analítica de primera visita o primer trimestre.**
- **Medicación:** Según analítica y alimentación seguida por la gestante, se valorará la inclusión de hierro, yoduro potásico y suplementos de calcio.
- **Realización de Ecografía de primer trimestre:** El procedimiento, la sistemática de realización, los objetivos y el contenido de la exploración ecográfica se deben ajustar a las recomendaciones contenidas en el Protocolo de Diagnóstico Prenatal de cada Centro Hospitalario.
- **Screening Bioquímico del primer trimestre:** permite identificar aquellas gestantes con una mayor probabilidad de ser portadoras de un feto afecto de una anomalía cromosómica numérica (aneuploidía). Este screening va dirigido principalmente a detectar el riesgo del síndrome de Down o trisomía 21, la trisomía 18 o síndrome de Edsars y la trisomía 13 o síndrome de Patau. Cuando no haya sido posible solicitar el screening en el primer trimestre, se solicitará en el segundo trimestre entre las semanas 15-16 de gestación.
- **Solicitar:**
 - Ecografía de segundo trimestre. Screening (20-22 semanas, Unidad de Diagnóstico Prenatal).
 - Analítica en semana 24-28 (analítica de segundo trimestre). Según control segundo trimestre CPDAP.
 - Solicitar urocultivo sólo si factores de riesgo o resultado positivo previo durante la gestación.
 - Citar para nueva valoración según protocolo.
 - En gestaciones de bajo riesgo, se da cita en semana 33-34 para ecografía de tercer trimestre.
- **Acciones promotoras de Salud.**
 - Ofrecer educación sanitaria adecuada a la edad gestacional, informando sobre el manejo de problemas frecuentes durante el embarazo.

C. Visita 3, 4 y 5: Atención Primaria. Matrona/Médico de Familia. Semanas 16-24.

- **Revisión Anamnesis para valorar:** estado físico general y estado emocional, autocuidados, seguimiento de hábitos, cumplimiento del tratamiento, verificar la inclusión en los grupos de educación para la maternidad y paternidad, asistencia a pruebas e interconsultas solicitadas por Tocología, Médico de Familia, salud bucodental, etc.
- **Valoración de la Ecografía Screening de segundo trimestre.** (20-22 semanas Unidad de Diagnóstico Prenatal): **Screening de malformaciones fetales.** La valoración de esta ecografía debería realizarse dentro del periodo legal por si precisa intervención.
- **Valorar resultados de otras pruebas complementarias realizadas, si procede.** (analíticas, citología...). Repetir cribado universal de anemia en mujeres embarazadas alrededor de la 28 semana de gestación.
- **Exploración:**
 - Toma de Tensión Arterial.
 - Peso de la gestante.
 - Valorar signos de insuficiencia venosa (edemas/varices).
 - Altura de fondo uterino.
 - Auscultación de la FCF con doppler.
 - Reevaluar riesgo obstétrico.
 - Preguntar por movimientos fetales.
- **Inicio de las sesiones de preparación a la maternidad y paternidad.**
- **Acciones promotoras de Salud.**
 - Ofrecer educación sanitaria adecuada a la edad gestacional e informando sobre el manejo de problemas frecuentes durante el embarazo.
- **Solicitar aquellas pruebas analíticas, derivaciones e interconsultas que procedan.**
- **En estas visitas se hablará de forma individualizada sobre las expectativas de alimentación de la madre. Se informará de los efectos en la salud de la lactancia materna,** de la técnica de amamantamiento, del contacto piel con piel precoz, el alojamiento conjunto y la necesidad de acompañamiento tras el parto. No es suficiente el abordaje de estos temas en las sesiones grupales de preparación a la maternidad y paternidad.
- **Se brindará la posibilidad y animará a la embarazada a que acuda a un grupo de apoyo a la lactancia** para reforzar su motivación y confianza para amamantar. Estas acciones conjuntas han demostrado ser eficaces para la instauración de la lactancia.

D. Visita 6: Atención Primaria/Atención Especializada. Matrona/Médico de Familia/Tocólogo. Semana 28

- **Exploración:**
 - Toma de Tensión Arterial.
 - Peso de la gestante.
 - Valorar signos de insuficiencia venosa (edemas/varices).
 - Altura de fondo uterino.
 - Auscultación FCF con doppler.
 - Movimientos fetales.
 - Reevaluar el riesgo obstétrico.
- **Acciones promotoras de Salud.**
 - Ofrecer educación sanitaria adecuada a la edad gestacional, informando sobre el manejo de problemas frecuentes durante el embarazo.
- **Actualización de anamnesis, valorar:** estado físico general y estado emocional, autocuidados, seguimiento de hábitos saludables y no saludables, cumplimiento del tratamiento, verificar asistencia a pruebas e interconsultas solicitadas.

- Verificar próxima cita para Tocólogo en la 33-36 semanas en la que se realizaría la ecografía del tercer trimestre.
- Valoración analítica de semana 24. En caso de O'Sullivan patológico solicitar sobrecarga oral de glucosa con 100gr. (SOG). En caso de SOG patológico (2 valores elevados) remitir al servicio correspondiente.
- Administrar 300mcgr. de la Ig Anti D de rutina a las gestantes Rh - y TCI - no sensibilizadas, entre las semanas 28-30.
- Repetir cribado universal de anemia.
- Administración por Enfermería de Atención Primaria de vacunación (dTpa) entre la semana 28 y la 34 de cada embarazo, según recomendaciones del Calendario Vacunal de la D.G. de Salud Pública del Gobierno de Canarias. Registrar adecuadamente en la Historia clínica la negativa a las vacunas recomendadas durante el embarazo. Previamente se habrá informado adecuadamente del beneficio de las mismas y la evidencia científica que justifica la recomendación.
- Solicitar analítica de tercer trimestre, para realizar en semana 36. Según control tercer trimestre CPDAP.
 - Serología de Hepatitis B (HbsAg), en gestantes con factores de riesgo.
 - Solicitar urocultivo sólo si factores de riesgo o resultado positivo previo durante la gestación.
- Preguntar sobre existencia de movimientos fetales.
- Confirmación de asistencia a las sesiones de maternidad y paternidad.
- Inclusión en el grupo de Maternidad-Paternidad.
- Citar para visita a Tocología en semana 34-36.
- Plan de parto.
- Citar en Atención Primaria en 4 o 6 semanas.

E. Visita 7: Atención Primaria. Matrona/Médico de Familia. Semana 32.

- Actualización de anamnesis. Valorar el estado físico general y estado emocional, autocuidados, seguimiento de hábitos saludables y no saludables.
- Verificar próxima cita en Tocología (para realización de ecografía del tercer trimestre).
- Exploración:
 - Auscultación fetal con doppler.
 - Tensión Arterial.
 - Peso de la gestante.
 - Valorar signos de insuficiencia venosa (edemas/varices).
 - Altura del fondo uterino.
 - Valoración del estado general y seguimiento del tratamiento pautado.
 - Preguntar sobre existencia de movimientos fetales.
 - Reevaluar riesgo obstétrico.
 - Confirmación/inclusión de asistencia a las sesiones de maternidad y paternidad.
- Informar y entregar Normativa de Lactancia del Hospital de referencia y funcionamiento de la atención al parto de cada hospital.
 - Confirmar que ha recibido información individualizada sobre lactancia materna. Darla en su ausencia.
- Solicitar analítica de tercer trimestre, si no se ha solicitado en la anterior visita para realizar en semana 36.
- Acciones promotoras de Salud.
 - Ofrecer educación sanitaria adecuada a la edad gestacional, informando sobre el manejo de problemas frecuentes durante el embarazo.

F. Visita 8: Atención Primaria/Atención Especializada. Matrona/Médico de Familia./Tocólogo. Semanas 34-36.

- **Actualización de anamnesis y de cartilla maternal, según evolución del embarazo.**
- **Confirmar analítica del tercer trimestre.**
- **Exploración:**
 - Toma de Tensión Arterial.
 - Peso de la gestante.
 - Maniobras de Leopold.
 - Valoración de signos de insuficiencia venosa (edemas/varices).
 - Valoración obstétrica: medición de altura uterina.
 - Movimientos fetales.
 - Reevaluar riesgo obstétrico.
- **Ecografía de tercer trimestre (entre semana 34-36) si existiera alteración en la medida uterina:**
 - Valoración de biometría fetal y estimación del crecimiento.
 - Identificar la vitalidad y la estática fetal.
 - En casos indicados, estudio de flujo feto-placentario.
 - Valoración de líquido amniótico y localización placentaria.
 - En caso de presentación podálica se ofertará Versión Cefálica Externa.
- **Citar para visita a Tocología en semana 40-41.**
- **Información sobre signos de alarma ante los cuales acudirá al hospital.**
- **Apoyo psicológico y emocional adecuado a cada caso concreto,** atender a las necesidades de la pareja (incluir a la pareja en las sesiones de preparación a la maternidad-paternidad).
- **Mantener alerta en cuanto a la evolución del estado de ánimo de la puérpera,** especialmente en aquellas con factores de riesgo previos o apoyos familiares y/o sociales insuficientes. Identificar factores de riesgo social y derivar a la trabajadora social si es necesario.
- **Apoyo y asesoramiento en el proceso de aceptación de los resultados.**
- **Confirmación de asistencia a las sesiones de maternidad y paternidad.**
- **Acciones promotoras de Salud.**
 - Ofrecer educación sanitaria adecuada a la edad gestacional, informando sobre el manejo de problemas frecuentes durante el embarazo.
- **Citar para consulta de Atención Primaria.**

G. Visita 9-10: Atención Primaria. Matrona/Médico de Familia. Semana 38-40. En la semana 40, el embarazo podrá ser controlado por Fisiopatología Fetal.

- **Actualización de anamnesis.**
- **Exploración:**
 - Toma de Tensión Arterial.
 - Peso de la gestante.
 - Valoración de signos de insuficiencia venosa (edemas/varices).
 - Altura del fondo uterino.
 - Auscultación FCF con doppler.
 - Movimientos fetales.
 - Maniobras de Leopold.
- **Acciones promotoras de Salud.**
 - Ofrecer educación sanitaria adecuada a la edad gestacional e informando sobre el manejo de problemas frecuentes durante el embarazo.
- **Valoración del estado general y seguimiento del tratamiento pautado.**
- **Valoración de ecografía de tercer trimestre.**

- Valoración de analítica de tercer trimestre.
- Valorar resultado del exudado vaginal y rectal para detección de Estreptococo del grupo B, realizado en semana 35-36. Si no se ha presentado el parto, repetir en la semana 40-41(ESSR, no rutinario).
- **Reevaluación del riesgo obstétrico.** En caso de presentación podálica, cita en la semana 38-39 en la Unidad de Fisiopatología Fetal. Si hay factor de riesgo que indique cesárea se programa desde Atención Especializada para realizar en la semana 39.
- **Confirmación de asistencia a las sesiones de maternidad y paternidad:**
 - Dar información:
 - Sobre revisión posparto de madre e hijo.
 - Signos y síntomas de parto, trabajo de parto.
 - Signos y síntomas de alarma.
 - Cuidados del RN, contacto piel con piel.
 - Confirmar que ha recibido información individualizada sobre lactancia materna.
 - La promoción de los ejercicios de suelo pélvico será supervisada y el inicio será lento y progresivo, sobre todo en caso de herida perineal y existencia de dolor espontáneo o con la realización de los mismos, que será siempre motivo de la consulta. Derivación si es necesario.
 - Derivar a consulta final de gestación de hospital de referencia si procede.
- **Revisar plan de parto.**
- **Citar en dos semanas en Atención Primaria.**

H. Visita 11: Atención Especializada. Tología semana 41. Final de gestación.

Se recomienda ofrecer especial atención al embarazo entre 41-42 semanas de gestación, con la finalidad de prevenir el ligero pero progresivo incremento de morbimortalidad fetal a partir de esa edad gestacional.

- **Exploración:**
 - Toma de tensión Arterial.
 - Exploración obstétrica: Medición de altura uterina.
 - Valoración del líquido amniótico.
 - Exploración de signos de insuficiencia venosa.
 - Preguntar sobre la existencia de movimientos fetales. Valoración de analítica.
 - Estado general y seguimiento del tratamiento pautado.
- **Información sobre signos de alarma ante los cuales debe acudir al hospital.**
- **Ofrecer a las mujeres embarazadas la posibilidad de inducir el parto a partir de la semana 41, en el momento que se considere más adecuado y antes de alcanzar la semana 42 de gestación.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. SEGO; 2017.
2. Kistin N, Benton D, Rao S, Sullivan M. Breast-feeding rates among black urban low-income women: effect of prenatal education. *Pediatrics*. 1990;86(5):741-6.
3. Ross-Cowdery M, Lewis CA, Papic M, Corbelli J, Schwarz EB. Counseling About the Maternal Health Benefits of Breastfeeding and Mothers' Intentions to Breastfeed. *Maternal and child health journal*. 2017;21(2):234-41.
4. Pugin E, Valdés V, Labbok MH, Pérez A, Aravena R. Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program? *Journal of human lactation*. 1996;12(1):15-9.
5. Kistin N, Abramson R, Dublin P. Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among low-income urban women. *Journal of human lactation*. 1994;10(1):11-5.
6. De-Regil LM, Fernández-Gaxiola AC, Dowswell T, Peña-Rosas JP. Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;10.
7. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Estrategia nacional de Salud Sexual y Reproductiva. [Internet]. [citado 2 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
8. Goldman L, Schafer AI. *Goldman's Cecil Medicine E-Book*. Elsevier Health Sciences; 2011. 2849 p.
9. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. [Internet]. [citado 2 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/0Guiaatembarazo.htm>
10. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Guía asistencial para el control del embarazo. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria;
11. Martín-Martínez A, García-Hernández JA. Índice de riesgo gestacional, vía de parto y resultados perinatales. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 1 de mayo de 2005;48(5):231-8.
12. InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf [Internet]. [citado 2 de agosto de 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision-8marzo2015.pdf
13. Calidad DG de la A de C del SO de PS y. Mejorar atención pacientes [Internet]. 2006. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/atencionParto.htm>
14. OMS | Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo [Internet]. WHO. Disponible en: http://cdrwww.who.int/elena/titles/bbc/nutrition_counselling_pregnancy/es/
15. OPS/OMS CLAP - Consideraciones sobre el virus Zika en embarazadas y vigilancia de microcefalia en recién nacidos [Internet]. Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=384:consideraciones-sobre-el-virus-zika-en-embarazadas-y-vigilancia-de-microcefalia-en-recien-nacidos&Itemid=234&lang=es
16. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Protocolo de actuación para los especialistas en ginecología y obstetricia en relación a la detección de las posibles complicaciones asociadas a la infección por virus Zika durante el embarazo. 2016. [Internet]. [citado 2 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/DocsZika/Protocolo2actuacion_embarazadasZika_15.02.2016.pdf
17. Gerencia de Servicios Sanitarios. Area de Salud de La Palma. Programa de Atención a la mujer. Gerencia de Servicios Sanitarios. Area de Salud de La Palma.; 2011.
18. Amador Demetrio M, Armas Santana J, Del Valle Álvarez R, Hernández Gallego M, Saavedra J, Suárez Pérez L. Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Consejería de Sanidad y Consumo: Gobierno de Canarias. 2003;
19. Servicio de Obstetricia del HUC. Protocolo de asistencia prenatal al embarazo normal del servicio de obstetricia del HUC. Hospital Universitario de Canarias; 2012.
20. Gerencia de Servicios Sanitarios. Area de Salud de Lanzarote. Protocolo de atención a la mujer

- gestante. Gerencia de Servicios Sanitarios. Area de Salud de Lanzarote.; 2012.
21. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Protocolo de control de final de gestación. Gerencia de Servicios Sanitarios. Area de Salud de Fuerteventura.;
 22. Gerencia de AP de Gran Canaria. Protocolo de control prenatal del embarazo de bajo riesgo. GAP de Gran Canaria; 2006.
 23. Servicio de Ginecología y Obstetricia del HUMIC. Protocolo del control prenatal del embarazo de bajo riesgo. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias; 2011.
 24. World Health Organization. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia Natural. 1998.
 25. Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander E, Begley C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obesity Reviews*. 2015;16(8):621-38.
 26. Calidad DG de la A de C del SO de PS y. Salud sexual y reproductiva [Internet]. 2006. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm
 27. Grupo de trabajo tosferina 2012. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Revisión del programa de vacunación frente a Tosferina en España. [Internet]. [citado 2 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7eea7914-8d4d-11e2-8322-abfbca94030c/VacunaTosFerinaEspaña2013.pdf>
 28. Dirección General de Salud Pública. Programa de vacunas. Servicio Canario de la Salud. [Internet]. [citado 2 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idCarpeta=fd4cc535-588f-11e1-92c3-9195656fdecf&idDocument=fc7b7e8d-0efd-11de-9de1-998efb13096d>
 29. Assessment U. Screening for syphilis infection in pregnancy: US Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009;150:705-9.
 30. Screening for Syphilis Infection: Recommendation Statement. *Ann Fam Med*. julio de 2004;2(4):362-5.
 31. Edward W. Hook III. Treponema Infection (Syphilis). En: Goldman's CECIL MEDICINE. 24.^a ed. Philadelphia: Saunders, Elsevier; 2011. (327; vol. 2).
 32. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Catálogo de Pruebas Diagnósticas Accesibles desde Atención Primaria (CPDAD). [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=590f47a8-7706-11e4-a62a-758e414b4260&idCarpeta=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c>

DETERMINACIONES ANALÍTICAS

Se realizarán según el (CPDAP). Anexo I. Los siguientes puntos son aclaratorios:

- Hemograma:** Se realiza para descartar la existencia de anemia, que suele ser debida a déficit de hierro por el aumento de los requisitos en el embarazo. Se sugiere establecer el diagnóstico de anemia en el embarazo cuando la hemoglobina es inferior 11g/dl en el primer trimestre, inferior a 10,5g/dl en el segundo e inferior a 11g/dl en el tercer trimestre.
- Grupo sanguíneo y Rh, Test de Coombs Indirecto (TCI) o anticuerpos irregulares en todas las gestantes:** En la primera visita prenatal o tan pronto como sea posible. La prueba se repetirá a las 26-28 semanas, a las mujeres Rh- para descartar la sensibilización anti-D y la aparición de anticuerpos irregulares.
 - **Se repetirá** en gestantes Rh+ si han recibido alguna transfusión sanguínea durante la gestación en curso, han sido sometidas a intervenciones que favorezcan la hemorragia feto-materna, adictas a drogas por vía parenteral y antecedentes de TCI positivo en gestaciones anteriores aunque el estudio inicial haya sido positivo.
 - **Se recomienda administrar 300mcgr. de la gammaglobulina Anti D de rutina, a las gestantes Rh- y TCI negativo no sensibilizadas, en la semana 28-30.**
- Cribado de Diabetes gestacional:** Existe controversia acerca de si realizar cribado de diabetes a todas las gestantes o solo a las que cumplen criterios de riesgo. La evidencia apoya el cribado selectivo en países de baja prevalencia de diabetes gestacional. En países de alta prevalencia, como España, actualmente se recomienda el cribado universal (Grupo español de diabetes y embarazo y ESSR).

Factores de riesgo para solicitud del test de O'Sullivan en el primer trimestre:

- Historia de diabetes en familiares de primer grado. Y/o país de procedencia con prevalencia de diabetes.
- Obesidad definida como $IMC \geq 30$.
- Antecedentes de tolerancia alterada a la glucosa o diabetes gestacional.
- Antecedentes obstétricos desfavorables (abortos de repetición, muerte fetal sin causa conocida, macrosomía fetal (≥ 4 kg), malformaciones u otro dato obstétrico o perinatal sugestivo de diabetes).
- Edad ≥ 35 años.

Durante el segundo trimestre del embarazo (24-28 semanas) se realizará a todas las gestantes no diagnosticadas previamente, presenten o no factores de riesgo (grado recomendación A).

Se utiliza la prueba de O'Sullivan que consiste en la sobrecarga oral de glucosa de 50gr. El test es positivo si la glucemia es ≥ 140 mg/dl, en cuyo caso se indica la realización de la prueba diagnóstica con SOG con 100gr. Se realizan determinaciones de glucemia basal.

La curva SOG 100 se considera como prueba positiva si se alcanza o supera dos de los siguientes valores:

- Glucemia basal: 105mg/ml
- Glucemia a los 60 minutos: 190mg/100ml
- Glucemia a los 120 minutos: 165mg/100ml
- Glucemia a los 180 minutos: 145mg/100ml

Si dos o más valores de la SOG están alterados, se considera que la gestante padece diabetes gestacional y debe ser remitida a Atención Especializada.

4. SEROLOGÍAS

- VIH (recordar que dicha solicitud debe ir precedida de consentimiento informado verbal). Serología VHC en pacientes de riesgo. *El cribado serológico de Zika y Fiebre Hemorrágica debe considerarse en el control prenatal en gestantes que procedan de zonas endémicas.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. SEGO; 2017.
2. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Estrategia nacional de Salud Sexual y Reproductiva. [Internet]. [citado 2 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
3. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. [Internet]. [citado 2 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/0Guiaatembarazo.htm>
4. OPS/OMS CLAP - Consideraciones sobre el virus Zika en embarazadas y vigilancia de microcefalia en recién nacidos [Internet]. Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=384:consideraciones-sobre-el-virus-zika-en-embarazadas-y-vigilancia-de-microcefalia-en-recien-nacidos&Itemid=234&lang=es
5. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Protocolo de actuación para los especialistas en ginecología y obstetricia en relación a la detección de las posibles complicaciones asociadas a la infección por virus Zika durante el embarazo. 2016. [Internet]. [citado 2 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/DocsZika/Protocolo2actuacion_embarazadasZika_15.02.2016.pdf
6. Calidad DG de la A de C del SO de PS y. Salud sexual y reproductiva [Internet]. 2006. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm
7. Assessment U. Screening for syphilis infection in pregnancy: US Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2009;150:705-9.
8. Screening for Syphilis Infection: Recommendation Statement. *Ann Fam Med.* julio de 2004;2(4):362-5.
9. Edward W. Hook III. Treponema Infection (Syphilis). En: Goldman's CECIL MEDICINE. 24.ª ed. Philadelphia: Saunders, Elsevier; 2011. (327; vol. 2).
10. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Catálogo de Pruebas Diagnósticas Accesibles desde Atención Primaria (CPDAD). [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenido-Generico.jsp?idDocument=590f47a8-7706-11e4-a62a-758e414b4260&idCarpeta=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c>

VACUNACIONES

En todas las mujeres en edad reproductiva debería ser evaluado el cumplimiento de su calendario vacunal histórico previo al inicio de la gestación, idealmente en la consulta preconcepcional. **Tras la vacunación de una mujer con virus vivos o atenuados debe transcurrir un periodo de cuatro semanas antes de iniciar su embarazo.**

- Las vacunas con virus vivos o atenuados están en general contraindicadas y no deben ser administradas durante la gestación: Sarampión, Rubeola, Parotiditis, Varicela, Poliomieltis (vacuna tipo Sabin) vacuna antitifoidea oral y fiebre amarilla (esta última no la recoge la SEGO).
- Las vacunas con virus inactivos, las vacunas bacterianas y los toxoides pueden ser utilizadas con seguridad durante la gestación y la lactancia: Difteria, Tétanos, Tosferina, Cólera, Meningococo, Neumococo, Hepatitis A, Hepatitis B, Rabia, Poliomieltis (vacuna tipo Salk).
- La vacunación frente a la gripe debe ser ofertada a todas las gestantes, en cualquier mes del embarazo durante los periodos estacionales susceptibles de contagio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. SEGO; 2017.
2. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Estrategia nacional de Salud Sexual y Reproductiva. [Internet]. [citado 2 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
3. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. [Internet]. [citado 2 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/0Guiaatembarazo.htm>
4. Calidad DG de la A de C del SO de PS y. Salud sexual y reproductiva [Internet]. 2006. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm
5. Grupo de trabajo tosferina 2012. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Revisión del programa de vacunación frente a tos ferina en España. [Internet]. [citado 2 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7eea7914-8d4d-11e2-8322-abfbca94030c/VacunaTosFerinaEspaña2013.pdf>
6. Dirección General de Salud Pública. Programa de vacunas. Servicio Canario de la Salud. [Internet]. [citado 2 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contentoGenerico.jsp?idCarpeta=fd4cc535-588f-11e1-92c3-9195656fdecf&idDocument=fc7b7e8d-0efd-11de-9de1-998efb13096d>

ECOGRAFÍAS

► Primer Trimestre:

- Valoración de viabilidad embrionaria.
- Diagnóstico de gestación múltiple y, en dicho caso, identificación de corionicidad.
- Identificación del latido cardíaco fetal.
- Hallazgos de marcadores ecográficos de cromosomopatías.
- Descartar patología asociada: uterina o anexial.
- Screening de primer trimestre: Si longitud céfalo-caudal (CRL) se encuentra entre 45-84mm: medición de translucencia nucal y analítica sanguínea en el mismo día (β -HCG y PAPP-A).

► Segundo Trimestre:

Ecografía de Screening entre las semanas 20-22 :

- Diagnóstico de anomalías estructurales y marcadores de cromosomopatías.
- Si no se ha realizado la ecografía de nivel básico del primer trimestre, se incluyen los objetivos del primer trimestre.
- Medida de la longitud cervical.
- Doppler de arterias uterinas.

► Tercer Trimestre:

Entre las semanas 32-36: Se sugiere no realizar de forma rutinaria.

- Identificar la vitalidad y estática fetal.
- Biometría fetal y estimación de crecimiento fetal.
- Valoración de líquido amniótico.
- Diagnóstico de anomalías de localización placentaria.
- En casos indicados, estudios de flujo feto-placentarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. SEGO; 2017.
2. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Estrategia nacional de Salud Sexual y Reproductiva. [Internet]. [citado 2 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
3. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014.. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. [Internet]. [citado 2 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/0Guiaatembarazo.htm>
4. Calidad DG de la A de C del SO de PS y. Salud sexual y reproductiva [Internet]. 2006. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm

ANEXOS

Catálogo de Pruebas Diagnósticas de Atención Primaria.

Tabla 3. Control de la gestación de bajo riesgo		1/4
Especialidad	Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermero/a Especialista Obstétrico-Ginecológico (Matronas)	Categoría P
Recomendaciones	La primera consulta prenatal debe realizarse lo más precozmente posible y preferiblemente de forma conjunta por el médico de familia y la matrona. Existe evidencia científica de que una primera visita antes de las 12 semanas de gestación se acompaña de mejores resultados perinatales.	
Concepto	<p>Se define como embarazo de bajo riesgo, a toda gestación en la que no se identifican factores de riesgo perinatales. Los grupos de riesgo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo bajo: en ausencia de factores de riesgo. • Riesgo medio: <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes obstétricos: <ul style="list-style-type: none"> · Más de dos abortos del primer trimestre. · Alteraciones hereditarias y/o congénitas en RN. · Interrupción voluntario del embarazo. · Cirugía uterina previa (incluye cesárea. No incluye legrados). - Anomalía pélvica identificada clínica y/o radiológicamente. - Cardiopatía grado funcional I (no limitación de la actividad física). - Condiciones socioeconómicas desfavorables. - Control insuficiente de la gestación: embarazo de control tardío con primera ecografía con más de 20 semanas de edad gestacional. - Edad extrema: <16 años o >40 años. - Embarazo no deseado. - Gestación actual conseguida mediante técnicas de reproducción asistida. - Fumadora habitual. - Gran multiparidad: 4 o más partos de por lo menos 28 semanas. - Hemorragia del primer trimestre de embarazo. - Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática (por urocultivo). - Obesidad (IMC >30). - Período intergenésico inferior a 12 meses. - Diabetes gestacional con buen control metabólico. - Hipotiroidismo bien controlado. - Anemia leve-moderada. • Riesgo alto: <ul style="list-style-type: none"> - Anemia grave. Hb < 9 g/dl o hematocrito < 25%. - Cardiopatía grado funcional II-IV. - Cirugía uterina previa: miomas. cesárea y conización No incluye legrados o histeroscopias. - Diabetes gestacional mal controlada. - Embarazo múltiple. 	

Tabla 3. Control de la gestación de bajo riesgo

2/4

- Embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación.
- Amenaza de parto prematuro <35 semanas.
- Enfermedades endocrinológicas (incluida la Diabetes Mellitus previa).
- Hemorragia en el segundo y/o en el tercer trimestre.
- Hidramnios u oligoamnios.
- Historia obstétrica desfavorable: dos o más abortos de segundo trimestre, uno o más prematuros, cesárea previa, deficiencia mental o sensorial de probable origen obstétrico.
- Infección materna: virus de la hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubeola, sífilis, HIV, estreptococo. B.
- Obesidad mórbida (IMC >40).
- HTA esencial, gestacional y preeclampsia.
- Sospecha de malformación fetal.
- Anomalías de presentación constatada tras la semana 38 de gestación.
- Consumo de tóxicos (alcohol, drogas).
- Incompetencia cervical.
- Isoinmunización.
- Malformación uterina.
- Muerte perinatal recurrente.
- Placenta previa.
- Patología asociada grave.
- Retraso del crecimiento intrauterino.
- Rotura prematura de membranas.

Indicación en AP

Control de gestantes de bajo riesgo obstétrico.

Pruebas

- **Control en el 1er trimestre (9-10 semanas).**
 - Hemograma.
 - Fenotipo eritrocitario (Grupo y RH).
 - Glucosa (Sangre).
 - Creatinina (sangre).
 - Test de Coombs indirecto.
 - Serología (rubéola, Lúes, VIH y Hepatitis B).
 - Sistemático de orina.
 - Urocultivo.
- **Control en el 2do trimestre (24-26 semanas).**
 - Hemograma.
 - Creatinina (sangre).
 - Ácido úrico (sangre).
 - Test O' Sullivan (SOG 50 gr).
 - Sistemático de orina.
- **Control en el 3er trimestre.**
 - Hemograma.
 - Creatinina (sangre).
 - Serología VIH.
 - Exudado vaginal y rectal de S. Agalactiae.
 - Sistemático de orina.

Tabla 3. Control de la gestación de bajo riesgo

3/4

Observaciones

Pruebas no incluidas en el perfil por considerarse indicadas sólo cuando existe algún factor modificante:

- **En el primer trimestre.**
 - **TSH.** Se sugiere el cribado de hipotiroidismo en la primera visita en gestantes con factores de riesgo de disfunción tiroidea:
 - Mujeres mayores de 30 años.
 - Mujeres con historia familiar de enfermedad tiroidea.
 - Mujeres con antecedentes personales de enfermedad tiroidea.
 - Mujeres con DM tipo 1 u otros trastornos autoinmunes.
 - Mujeres con antecedentes de abortos de repetición, de irradiación de cabeza o cuello, en tratamiento sustitutivo con levotiroxina o que viven en zonas que presumiblemente son deficientes en yodo.
- **Anticuerpos IgG para toxoplasma.** Siguiendo las últimas recomendaciones, no se debe ofrecer el cribado de infección por toxoplasma a toda mujer gestante. Se sugiere informar a las mujeres sobre las medidas dietéticas e higiénicas dirigidas a reducir el riesgo de una infección por Toxoplasma.
- **Ferritina.** Se recomienda determinar el nivel de ferritina en suero para confirmar un diagnóstico dudoso de anemia ferropénica. Se sugiere establecer el diagnóstico de anemia en el embarazo cuando la hemoglobina es inferior a 11 g/dl en el primer trimestre, inferior a 10,5 g/dl en el segundo e inferior a 11 g/dl en el tercer trimestre.
- **Serología para la Enfermedad de Chagas.** Se recomienda ofrecer la realización de un cribado de la enfermedad de Chagas en la primera visita del embarazo a todas aquellas mujeres originarias o que han permanecido durante un tiempo en una zona endémica (zonas continentales del norte, centro y sur de América, excepto islas del Caribe). Se realizará mediante estudio de parásitos hemáticos (tripanosomiasis) según indicación de la ficha de este Catálogo.
- **Sobrecarga Oral de Glucosa 50 gr. (Test O'Sullivan).** En las gestantes sin riesgo de complicaciones se valorarán los siguientes factores de riesgo de diabetes gestacional durante las primeras visitas del embarazo:
 - Edad > 35 años.
 - IMC \geq 30 kg/m².
 - Antecedentes de hijos macrosómicos con peso al nacer \geq 4 kg.
 - Antecedentes de diabetes gestacional.
 - Antecedentes familiares de primer grado de diabetes.
 - En estos casos estaría indicado el cribado de diabetes gestacional durante el primer trimestre.
- **Serología VHC.** Se recomienda la realización en la primera visita en gestantes en las que se identifiquen las siguientes situaciones:
 - Exposición a derivados sanguíneos con anterioridad a la identificación del VHC.
 - Parejas sexuales con infección por VHB, VIH o VHC.
 - Presencia o antecedentes de piercing o tatuajes.
 - Hipertransaminasemia no filiada.
 - Gestantes procedentes de áreas geográficas con endemicidad alta.
 - Participantes de programas de reproducción asistida.
 - Personal sanitario.
- **En el tercer trimestre.**
 - **Serología Lúes y HbsAg.** Si fueron negativos en los estudios anteriores, pero existen conductas de riesgo.
- **Detección de la bacteriuria asintomática.**
 - Realizar de forma sistemática un urocultivo entre la semana 12 y 16:

Tabla 3. Control de la gestación de bajo riesgo

4/4

- Si es **negativo** y la gestante presenta riesgo bajo (no ITUs previas), no se recomiendan más controles.
- Si es **negativo** y la gestante presenta riesgo alto (ITUs previas), se recomienda urocultivo mensual hasta el parto.
- Si es **positivo**, se recomienda realizar urocultivo tras una semana de finalizado el tratamiento, y si es negativo, urocultivo mensual hasta el parto.

Preparación del paciente y/o de la obtención de la muestra

Las propias de cada prueba.

Muestra

- **Sangre.**
- **Orina.**

Bibliografía

1. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. MSSSI. 2014.
2. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf
3. Control prenatal de embarazo normal. Guía práctica de asistencia actualizada en mayo de 2017. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. <http://www.prosego.com>
4. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. 3ª ed. [internet]. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía: 2014. http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/embarazo_parto_puerperio_nuevo/embarazo_parto_puerperio_septiembre_2014.pdf
5. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el 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). <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/DocEmbarazoMarzo2013.pdf>
6. Protocolo de atención al embarazo y puerperio. Dirección General de Salud Pública Consejería de Sanidad Gobierno de Cantabria. 2007. <http://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/protocoloAtencionEmbarazo.pdf>
7. Proceso Asistencial de Embarazo, Parto y Puerperio Normal. Consejería de Sanidad y Dependencia Junta de Extremadura. 2010. http://www.saludteca.com/documents/3032106/0/proceso_embarazo_revision_2.pdf
8. Fernando de Ory Manchón, Alberto Delgado-Iribarren García-Campero, Antonio Fuertes Ortiz de Urbina, Isabel García Bermejo, Montserrat Sierra Soler. Procedimientos en Microbiología clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Estudios serológicos en la prevención de la infección congénita y perinatal. 2004. <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia4a.pdf>
9. C. Pigrau, J. C. Horcajada, J. A. Cartón, M. Pujol. Protocolos clínicos de la SEIMC de infección urinaria. <http://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosclinicos/seimc-procedimientoclinicoiv.pdf>

Tabla 4. Estrategias Diagnósticas y Terapéuticas: número, contenido y cronología de las visitas durante el embarazo y puerperio. Guía de Práctica Clínica en el SNS. 1/2

Semana de gestación	Historia clínica	Exploración	Análisis, serologías, pruebas y prácticas clínicas	Información
1ª visita 6-10	<ul style="list-style-type: none"> Anamnesis. Evaluación del riesgo. Evaluación del riesgo de violencia de género. Evaluación del estado psicológico. Revisar el calendario vacunal. Valoración de los hábitos alimentarios. Registro en la historia clínica informatizada. 	<ul style="list-style-type: none"> Peso*, talla e índice de masa corporal (IMC). Medir la tensión arterial (TA). <p>*Individualizar la valoración del peso, evitando pesar rutinariamente en todas las visitas prenatales.</p>	<p>Ofrecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Análisis. Hemograma. Urocultivo. Grupo sanguíneo, factor Rh, coombs indirecto. Serología. HbsAg. VIH. LUES. Rubeola. Cribado de la enfermedad de Chagas a mujeres procedentes, o que hayan residido durante un periodo de tiempo en una zona endémica. Cribado de diabetes gestacional a mujeres con alto riesgo. Cribado de clamidia a mujeres asintomáticas con riesgo de ITS. Valorar cribado selectivo del virus de la hepatitis C en mujeres de riesgo. La administración de la vacuna antigripal inactivada durante la temporada gripal. 	<ul style="list-style-type: none"> Características, objetivos y limitaciones de la ecografía y de la prueba de despistaje de cromosomopatías. Medidas dietéticas e higiénicas para reducir el riesgo de infecciones (toxoplasma, citomegalovirus). A las gestantes seronegativas al virus de la varicela zóster: evitar contacto con una persona afectada y consultar con un profesional sanitario en caso de contacto. Sobre los riesgos que supone para el feto y el recién nacido/a determinadas enfermedades inmunoprevenibles. Estilos de vida durante el embarazo (hábitos alimentarios, suplementos farmacológicos, tabaco y otras sustancias adictivas, medicación, ejercicio, estrés, sexualidad, viajes). Manejo de problemas frecuentes durante el embarazo.
11-13	<ul style="list-style-type: none"> Actualizar la historia clínica. Evaluación del riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> TA 	<p>Ofrecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cribado de cromosomopatías: test combinado Ecografía del I trimestre 	<ul style="list-style-type: none"> Características, objetivos, limitaciones y las implicaciones de hallazgos patológicos de la ecografía y de la prueba de despistaje de cromosomopatías.
16-17	<ul style="list-style-type: none"> Actualizar la historia clínica. Evaluación del riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> TA Individualizar el seguimiento del peso evitando pesar rutinariamente en todas las visitas prenatales. 	<p>Ofrecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cribado de cromosomopatías: test cuádruple únicamente a las gestantes a las que no se ha podido realizar un cribado durante el primer trimestre, si disponibilidad en el Centro Sanitario. La administración de difteria y tétanos a las embarazadas que no tienen una pauta de vacunación completa. 	
20-21	<ul style="list-style-type: none"> Actualizar la historia clínica. Evaluación del riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> TA 	<ul style="list-style-type: none"> Ecografía del II trimestre. Determinación de la longitud del cuello uterino 	<ul style="list-style-type: none"> Características, objetivos, limitaciones y las implicaciones de hallazgos patológicos de la ecografía.
25-26	<ul style="list-style-type: none"> Actualizar la historia clínica. Evaluación del riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> TA Medición de la altura uterina. 	<p>Ofrecer*:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cribado de diabetes gestacional a las gestantes de riesgo. Hemograma para investigar un nivel de hemoglobina inferior a 10,5g/100ml y considerar los suplementos de hierro. Determinación de ácido úrico. Repetir la determinación de VIH en mujeres con riesgo. Repetir la determinación de anticuerpos anti-Rh a las mujeres embarazadas Rh negativo. Administración de gammaglobulina anti-D a las gestantes Rh negativas con incompatibilidad Rh no sensibilizadas. <p>*La evaluación, registro de los resultados y comunicación a la gestante estarán sujetos a la organización interna del centro.</p>	<p>Ofrecer la oportunidad de participar en un programa de preparación al nacimiento e iniciar la práctica de ejercicios del suelo pélvico.</p> <ul style="list-style-type: none"> Lactancia materna: disponibilidad de materiales y actividades educativas: ventajas, inicio, apoyo y técnica.

Tabla 4. Estrategias Diagnósticas y Terapéuticas: número, contenido y cronología de las visitas durante el embarazo y puerperio. Guía de Práctica Clínica en el SNS. 2/2

Semana de gestación	Historia clínica	Exploración	Análíticas, serologías, pruebas y prácticas clínicas	Información
29-30	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar la historia clínica. • Evaluación del riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • TA • Medición de la altura uterina. 		<p>Informar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La posibilidad de elaborar un plan de parto y nacimiento. • El trabajo de parto y métodos para el alivio del dolor.
34-36	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar la historia clínica. • Evaluación del riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • TA • Medición de la altura uterina. • Exploración de la estática fetal para valorar la posibilidad de realizar la versión cefálica externa si la presentación es podálica. 	<p>Ofrecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cribado universal del estreptococo del grupo B. 	
38-40	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar la historia clínica. • Evaluación del riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • TA • Medición de la altura uterina. 		<p>Informar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los signos y síntomas de parto y de trabajo de parto y signos y síntomas de alarma. • Cuidados de la criatura, contacto piel con piel. • Cuidados de la madre en el posparto y asesorar sobre los cambios emocionales. • Calendario de citas posparto.
41	<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar la historia clínica. • Evaluación del riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • TA • Monitorización fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer a las mujeres embarazadas la posibilidad de inducir el parto a partir de la semana 41, en el momento que se considere más adecuado y antes de alcanzar la semana 42 de gestación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre los diferentes métodos para inducir el parto.

