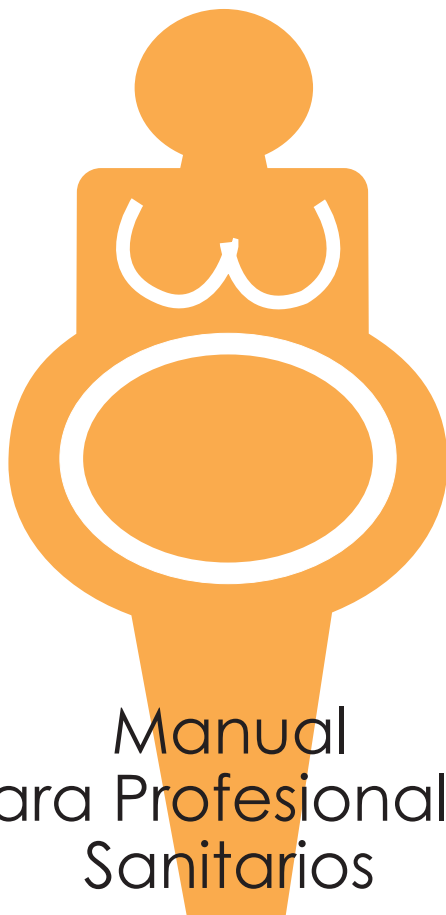


# Control Básico del Embarazo

en la Comunidad Valenciana



Manual  
para Profesionales  
Sanitarios



GENERALITAT VALENCIANA  
CONSELLERIA DE SANITAT

Trabajo coordinado por:

Dirección General para la Salud Pública. Servicio de Salud Infantil y de la Mujer.

Responsables de la edición:

Barona Vilar, Carmen

Fullana Montoro, Ana M<sup>a</sup>

Pascual de la Torre, Manuel

Plá Ernst, Eduardo

Sanz Valero, Miguel

Comité asesor:

Acién Álvarez, Pedro. Obstetricia, Universidad de Alicante

Aparisi Navarro, M<sup>a</sup> Angeles. Matrona de Atención Primaria

Bonilla Musoles, Fernando. Obstetricia, Universidad de Valencia

Calvo Rigual, Fernando. Pediatría

González Candelas, Rosa. Medicina Familiar y Comunitaria

Fernández Martín, M<sup>a</sup> Antonia. Matrona de Asistencia Hospitalaria

Gobernado Serrano, Miguel. Microbiología

García de Lomas Barrionuevo, Juan. Microbiología

Monleón Alegre, Javier. Obstetricia, SEGO

Morcillo Sopena, Francisco. Neonatología

Este documento ha sido elaborado con el consenso de los responsables de la asistencia obstétrica en las diferentes áreas de salud de la Comunidad Valenciana:

Acién Álvarez, Pedro

Díaz-Caneja, Carmen

Ferrer Ripoll, Vicente

Fillol Crespo, Manuel

De la Fuente Vinuesa, Juan Carlos

González Santana, Antonio

Gresa G.de los Ríos, Mario

Martínez Escoriza, Juan Carlos

Monleón Alegre, Javier

Naranjo de la Puerta, Fernando

Navarro Piera, Jose Eduardo

Nohales Alfonso, Francisco

Perales Marín, Alfredo

Pérez Campos, Ezequiel

Presencia Rubio, Gerardo

Rey Otero, Ricardo

Rius Jordá, Javier

Ruiz Cotorruelo, Vicente Luis

Santonja Lucas, Jose Juan

Sebastián Cabrera, Joaquín

Vilar Checa, Eduardo

Villar Graullera, Elia

**Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.**

**© de la presente edición: Generalitat Valenciana, 2002**

**© de los textos: los autores**

**I.S.B.N.: 84-482-3105-8**

**Depósito Legal: V-1516-2002**

**Imprime: Kolor Litógrafos, S.L.**

**Tel. 96 132 40 41**

# ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	9
PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO.....	11
1. VIGILANCIA DE LA SALUD DE LA GESTANTE.....	13
1.1. Primer trimestre de gestación.....	13
1.2. Segundo trimestre de gestación.....	21
1.3. Tercer trimestre de gestación.....	24
2. EDUCACIÓN MATERNAL EN GRUPO.....	35
2.1. Sesiones teóricas.....	35
2.2. Sesiones prácticas.....	38
3. ATENCIÓN AL PUERPERIO.....	41
3.1. Puerperio inmediato.....	41
3.2. Visita puerperal en atención primaria.....	43
3.3. Puerperio tardío.....	46
4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO.....	49
5. ANEXOS.....	51
5.1. Vacunaciones en el embarazo.....	51
5.2. Medicamentos durante el embarazo y la lactancia.....	53
5.3. Normativa.....	64
6. BIBLIOGRAFÍA.....	71

# PRESENTACIÓN

A lo largo de los nueve meses que dura el embarazo, la mujer se va preparando tanto física como psicológicamente para afrontar la vivencia de la maternidad. Es en estos momentos cuando hombre y mujer pueden convertir en una realidad ese proyecto común que es el hijo.

Este acontecimiento especial ha determinado que la Conselleria de Sanitat dedique los esfuerzos precisos para proporcionar la atención especial que la circunstancia requiere. El Programa de Atención a la Madre destina los recursos asistenciales necesarios para proporcionar la vigilancia y cuidados antenatales y perinatales apropiados, concediendo además un importante papel a la promoción de la salud, para fomentar que la mujer viva de manera positiva y participativa la llegada de su hijo/a.

5

Bajo la idea de que todo programa de salud debe estar sujeto a una constante actualización que introduzca los avances científicos que se demuestren eficientes, la Conselleria de Sanitat ha estimado conveniente revisar el contenido del Programa de Atención a la Madre, dado el tiempo transcurrido desde su última actualización.

Esperamos que el presente manual sirva de orientación a los profesionales sanitarios encargados de atender a la mujer en el embarazo, parto y puerperio, a los que desde aquí quiero agradecer profundamente su labor.

**SERAFÍN CASTELLANO GÓMEZ**  
*Conseller de Sanitat*

# INTRODUCCIÓN

Las primeras actuaciones sobre la atención a la salud de las madres en la Comunidad Valenciana comenzaron a definirse a mediados de los años ochenta del siglo XX y el marco legal para su desarrollo quedó establecido en el Decreto 147/1986 de Salud Materno Infantil. La necesidad de actualizar los protocolos y actividades e integrar nuevos aspectos de acuerdo con la evidencia científica, determinó una primera revisión del programa en 1993, resultando necesario en estos momentos realizar una nueva actualización.

La situación fisiológica en la que se desarrollan la mayor parte de los embarazos, determina que las directrices fundamentales para el desarrollo de la atención integral a la salud de la mujer en esta etapa, estén orientadas hacia la promoción, prevención y educación sanitaria. No obstante se contemplan criterios de selección para identificar de manera precoz a las mujeres que presenten riesgos específicos para su salud y precisen una asistencia especial. Es por ello que su desarrollo se lleva a cabo de manera coordinada entre los profesionales de atención primaria y los especialistas de obstetricia.

La atención a la salud de la embarazada se inicia en atención primaria, donde se realiza la captación temprana de la mujer, los exámenes de salud y la educación maternal. Los especialistas de obstetricia se hacen cargo de la valoración y seguimiento de los embarazos de riesgo, los controles ecográficos y la asistencia al parto.

El contenido de este manual representa un reflejo de lo que debe ser el control mínimo o básico que toda mujer embarazada debe recibir en la Comunidad Valenciana, independientemente de su lugar de residencia o de otros factores sociales. Las actuaciones que lo conforman han sido establecidas con la colaboración y el consenso de profesionales

sanitarios que llevan a cabo su labor de atención a la salud de las embarazadas en diferentes ámbitos y niveles asistenciales.

Desde la Dirección General para la Salud Pública queremos manifestarles a todos ellos nuestro más sincero agradecimiento en la actualización del Programa de Atención a la Madre.

**MANUEL ESCOLANO PUIG**

*Director General para la Salud Pública*

# OBJETIVOS

## OBJETIVOS GENERALES

1. Contribuir al desarrollo de una maternidad/paternidad deseada y responsable.
2. Aumentar el nivel de salud de la mujer gestante y puérpera, corrigiendo desigualdades en el cuidado de salud.
3. Reducir las cifras de morbimortalidad perinatal y materna.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Disminuir los problemas de salud prevenibles, asociados al embarazo, parto y puerperio
2. Iniciar el control de la gestación antes de la 12ª semana.
3. Garantizar la atención sanitaria del embarazo en el nivel asistencial adecuado, dependiendo de los factores de riesgo a los que esté expuesta la embarazada.
4. Ofertar el diagnóstico prenatal de acuerdo con los criterios que establece el protocolo de seguimiento del embarazo.
5. Disminuir el índice de cesáreas y la instrumentalización obstétrica en la atención al parto.
6. Atender a las embarazadas con problemas de salud susceptibles de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

7. Proporcionar la educación maternal, fomentando la implicación de la pareja y su presencia en el momento del parto.
8. Garantizar la atención sanitaria en el puerperio, incluida la indicación de anticoncepción.
9. Proporcionar la información y el apoyo necesarios para favorecer la lactancia materna.

# **PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO**

# 1. VIGILANCIA DE LA SALUD DE LA GESTANTE

Los centros de atención primaria constituyen la puerta de entrada natural al control sanitario de la gestación, desde donde deberá procurarse una captación temprana de la embarazada, tanto desde las consultas de medicina como desde las de las matronas. El control del embarazo normal se realizará de manera coordinada entre los profesionales de atención primaria –médicos generales, matronas, enfermeras - y los especialistas de obstetricia del nivel especializado.

## 1.1. PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN

13

El inicio del control de la gestación debe realizarse en el momento en que sea conocida la situación de embarazo y se prolongará hasta el momento del parto. En cualquier caso, la captación por los centros de atención primaria debe ser precoz, de manera que durante el primer trimestre puedan realizarse controles en atención primaria y en especializada.

### *Primera visita de control en atención primaria*

- **Apertura de la Historia de Salud (HSAP) si no la tiene y entrega de la Cartilla Maternal**
  - Antecedentes familiares: enf. crónicas, enf. hereditarias y cromosomopatías, enf. infectocontagiosas en convivientes.

- Antecedentes personales: vacunas recibidas, intervenciones quirúrgicas, enf. crónicas, enf. infecciosas, alergias, toxicomanías, consumo de fármacos, riesgos profesionales. Grupo sanguíneo y Rh.
- Antecedentes obstétrico-ginecológicos: Menarquia y fórmula menstrual. Métodos contraceptivos. Embarazos previos: abortos o fetos muertos, legrados, profilaxis anti-D, cesáreas, prematuridad, bajo peso. Tipo de parto anterior (espontáneo, inducido, instrumental, eutócico). Hijos vivos: estado de salud.
- Gestación actual: Fecha de la última menstruación (FUM). Cálculo de la edad gestacional y fecha probable del parto por la fórmula de Naegele:  $FUM - 3\text{meses} + 7\text{ días} + 1\text{ año}$ . Fecha del test de gestación positivo. Valoración del riesgo obstétrico de acuerdo con los criterios preestablecidos.

14

- **Clasificación del riesgo obstétrico:** Se propone la clasificación de las gestantes en cuatro grupos:
  - **Riesgo bajo ó 0:** Por exclusión de los factores incluidos en los demás grupos de riesgo.
  - **Riesgo medio ó 1:**
    - Anomalía pélvica identificada clínica y/o radiológicamente.
    - Baja estatura materna: < 1,5 metros
    - Cardiopatía I: que no limita su actividad física
    - Condiciones socioeconómicas desfavorables
    - Control insuficiente de la gestación: < 4 visitas prenatales en total ó 1ª visita tras semana 20 de gestación
    - Edad extrema: < 16 o > 35 años
    - Embarazo no deseado
    - Esterilidad previa: dos o más años
    - Fumadora habitual

- FUM incierta
- Gestante con Rh negativo
- Gran multiparidad: 5 o más fetos de por lo menos 28 semanas
- Hemorragia del primer trimestre
- Incompatibilidad Rh
- Incremento de peso excesivo o insuficiente: > 15 kg o < 5 kg en todo el embarazo
- Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática (por urinocultivo)
- Obesidad
- Período intergenésico menor de 12 meses

**-Riesgo alto ó 2:**

- Anemia grave (Hb < 9 g/dl ó hematocrito < 25%)
- Cardiopatía 2: paciente obligada a una limitación ligera de su actividad física.
- Cirugía uterina previa
- Diabetes gestacional (se diagnostica por primera vez durante la gestación)
- Embarazo gemelar
- Embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación
- Endocrinopatía (tiroidea, suprarrenal, hipotalámica...)
- Hemorragia 2º y/o 3er. trimestre
- Hidramnios u oligoamnios
- Historia obstétrica desfavorable: dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, deficiencia mental o sensorial de probable origen obstétrico, antecedentes de retardo del crecimiento.
- Infección materna: Hepatitis B o C, Toxoplasmosis, Pielonefritis, Rubéola, Sífilis, VIH, Estreptococo B.
- Obesidad mórbida
- Preeclampsia leve: TA diastólica  $\geq$  90 mmHg, TA sistólica  $\geq$  140 mmHg
- Sospecha de malformación fetal
- Presentación anómala: constatada tras la semana 38 de gestación

### **-Riesgo muy alto ó 3:**

- Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37
- Cardiopatías 3 ó 4: paciente obligada a una limitación acentuada de su actividad física, o en la que ésta provoca su descompensación
- Diabetes pregestacional
- Drogadicción y alcoholismo
- Gestación múltiple
- Incompetencia cervical
- Isoinmunización: Coombs indirecto positivo en paciente Rh negativo
- Malformación uterina
- Malformación fetal confirmada
- Muerte perinatal recurrente
- Placenta previa
- Preeclampsia grave TA diastólica  $\geq 110$  mmHg, TA sistólica  $\geq 160$  mmHg
- Patología asociada grave
- Retardo de crecimiento intrauterino
- Rotura prematura de membranas
- SIDA clínico

16

Las gestantes de riesgo bajo serán controladas desde atención primaria, estableciendo las interconsultas protocolizadas para el seguimiento del embarazo normal. Las de riesgo medio, tras la valoración por el especialista, también podrán ser controladas desde atención primaria, individualizando cada caso. Las de riesgo alto y muy alto se controlarán en atención especializada.

La evaluación de los riesgos debe ser un procedimiento continuo durante todo el embarazo y parto. En cualquier momento pueden aparecer complicaciones que pueden inducir a tomar la decisión de referir a la mujer a un nivel de cuidados más especializado.

- **Exploración física**

- Exploración general: peso, talla, tensión arterial, estado nutricional, edemas, exploración mamaria y uroanálisis mediante tira reactiva.
- Exploración obstétrica: examen con espéculo, altura uterina, perímetro abdominal.

- **Pruebas complementarias**

- Citología: No es imprescindible en el embarazo, simplemente es un buen momento para hacer un cribado aprovechando el obligado contacto con los servicios sanitarios. Por tanto se realizará cuando no existan datos de una citología reciente, o si habiéndola aparezca en ella alguna patología.
- Análisis de orina: Confirmación de embarazo cuando no haya diagnóstico analítico previo. Glucosa, proteínas, cuerpos cetónicos, anormales, sedimento, y cultivo si procede.
- Bioquímica: Glucemia basal, ácido úrico, creatinina, transaminasas, hierro y ferritina.
- Hemograma
- Grupo sanguíneo, RH y anticuerpos irregulares. Si éstos son negativos y el Rh-, se realizará control en el segundo trimestre.
- Serología (Circular 1/97): IgG de rubéola, IgG de toxoplasma, antígeno de superficie de hepatitis B (AgHBs), VDRL o RPR y anticuerpos frente al VIH, por lo que será necesario contar con el consentimiento informado de la embarazada.

La prevalencia de Hepatitis C en nuestro medio se sitúa por debajo del 3% en la población general y presenta una tasa de transmisión vertical baja (8-10%), no existiendo hasta el momento medidas capaces de disminuir su transmisión materno-fetal. Por estas razones se recomienda solicitar la serología de Hepatitis C sólo en aquellas embarazadas con alguna de las siguientes características: transaminasas altas, historia de transfusiones, historia de intervenciones con endoscopias o hemodiálisis, VIH positivas, cónyuge afecto de Hepatitis C, usuaria de drogas por vía parenteral, portadora de Hepatitis B, sometida a tatuajes, así como las que vivan en régimen penitenciario.

- **Suplementos**

18

- Recomendar la utilización universal de sal yodada como método para prevenir el déficit de yodo.
- Ácido fólico: Para conseguir efectividad en la prevención de los defectos del tubo neural, se aconseja su administración al menos un mes antes de la gestación y durante el primer trimestre del embarazo, a una dosis diaria de 0,4 mg. En las mujeres que hayan tenido un hijo anterior con defectos del tubo neural, se aconseja una dosis de 4 mg/día.

- **Educación sanitaria individual:**

Es importante incidir en que la responsabilidad de tener un hijo recae de igual manera sobre ambos miembros de la pareja, y aunque los controles de la gestación se realicen a la mujer, es importante que acuda acompañada de su pareja. La vivencia conjunta de todo el proceso del embarazo y parto, facilitará la adaptación de ambos a la nueva situación y permitirá afrontar mejor los cambios que se van a producir con la llegada del bebé.

El embarazo constituye una etapa especial en la vida de la mujer en la que su organismo va a sufrir grandes transformaciones, que requerirán un proceso de adaptación, haciendo necesario que ponga atención a determinados hábitos y conductas:

- Alimentación: debe ser completa, equilibrada y variada. El aumento de requerimientos diarios de nutrientes en mujeres adultas que siguen una dieta equilibrada es de 300-400 Kcal/día durante el embarazo y 500 Kcal/día en la lactancia.
- El incremento total de peso debe oscilar entre 10 y 12 kg. Se considera patológico un incremento inferior a 5 kg. o superior a 15 kg.
- Tabaco, alcohol y otras drogas: Estas sustancias deben suprimirse durante la gestación.
- Medicamentos y radiaciones: No tomar medicamento alguno sin consultarlo previamente con los profesionales sanitarios. Evitar exploraciones radiológicas, y en todo caso avisar del embarazo para que se tomen las medidas de protección necesarias.
- Trabajo: Es importante conocer el tipo de trabajo que realiza la embarazada y la posibilidad de exposición a riesgos que pueda comportar para la gestación. En caso necesario, la gestante debe solicitar el cambio en la actividad que venía desempeñando si ésta pudiera comprometer su salud o la de su hijo.
- Ejercicio físico y descanso: En general deben evitarse los deportes bruscos o potencialmente peligrosos. Son aconsejables los paseos y la natación. También se aconseja incrementar las horas de descanso y sueño.
- Higiene, vestido y calzado: Es preferible la ducha al baño. Vestido y calzado deben ser cómodos.

- Relaciones sexuales: En gestaciones normales no deben modificarse los hábitos sexuales, salvo que resulten molestos a la mujer, o se presenten hemorragias vaginales, amenaza de parto prematuro o rotura prematura de membranas, en cuyo caso se evitarán las relaciones coitales.
- Viajes: Se puede viajar siempre que no suponga un cansancio excesivo para la mujer. Evitarlos en las últimas 6 semanas.
- **Signos de alarma:** Explicar a la gestante que ante cualquiera de estos síntomas debe consultar inmediatamente:
  - Vómitos repetidos o intensos
  - Desmayos o mareos
  - Orina escasa o molestias al orinar
  - Dolor abdominal, calambres o contracciones
  - Dolor de cabeza intenso o permanente
  - Secreción acuosa vaginal
  - Hemorragia vaginal
  - Hinchazón o dolor en zona varicosa
  - Ausencia o disminución drástica de movimientos fetales

20

### ***Primera visita en atención especializada***

- Valoración del riesgo obstétrico y de los resultados de las exploraciones complementarias.
- Ecografía: Se recomienda la realización de una ecografía en el primer trimestre de gestación (semanas 8<sup>a</sup>-14<sup>a</sup>), que permitirá datar correctamente la edad gestacional y hacer los ajustes necesarios de la fecha probable de parto. Además permitirá valorar el número de sacos gestacionales, número de embriones, longitud céfalocaudal del embrión y presencia de actividad cardíaca. La presencia de

una sonolusencia en la zona de la nuca del embrión por encima de las cifras reconocidas, debe hacer pensar en una posible asociación con el S. de Down.

-El resultado de la ecografía quedará reflejado en la cartilla maternal

## **1.2. SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTACIÓN**

Durante este trimestre se recomienda la realización de dos controles en atención primaria y uno en especializada. En el supuesto de embarazos de riesgo 2 o 3, estos controles se realizarán en atención especializada.

21

### ***Controles en atención primaria***

- **Entrevista:**

Es importante dejar que hable la embarazada sobre sus sensaciones y su estado de ánimo. La entrevista deberá dirigirse a investigar la presencia de sintomatología general, urinaria, descanso, alimentación, relaciones sexuales y situación laboral. Si se observan hábitos o comportamientos perjudiciales, se darán recomendaciones para intentar subsanarlos.

- **Exploración física**

-Exploración general: igual que en el primer trimestre

-Exploración obstétrica: altura uterina, perímetro abdominal, FCF y movimientos fetales.

- **Pruebas complementarias**

- Analítica de orina: Determinación de glucosa, proteínas y cuerpos cetónicos mediante tiras reactivas, en todas las consultas.
- Urinocultivo sistemático en la semana 12-16 de gestación para descartar bacteriuria asintomática.
- Anticuerpos irregulares RH (-) a las que no se les detectó en la 8ª semana.

- **Suplementos**

- Prescripción de un suplemento de hierro: 30 mg/día de  $Fe^{3+}$  por feto, preferentemente por vía oral. Con dieta adecuada no son necesarios los suplementos vitamínicos.

22

- **Promoción de la salud**

- En general los cuidados del primer trimestre pueden aplicarse al segundo y tercero.

## ***Controles en atención especializada***

Las pruebas orientadas hacia el **diagnóstico prenatal de los defectos congénitos** pueden comprender diferentes estrategias en el primer y/o segundo trimestre de gestación. Los criterios generales de riesgo a tener en cuenta son:

- Edad materna superior a 35-37 años.

- Hijo/a previo con cromosomopatía documentada
- Progenitor portador de una anomalía cromosómica (translocaciones equilibradas, translocaciones pericéntricas, inversiones, fragilidad cromosómica, etc.)
- Infertilidad previa (historia de abortos o pérdidas fetales habituales)
- Sospecha o evidencia ecográfica de una malformación fetal y/o signos ecográficos sugerentes de un síndrome cromosómico.
- Marcadores bioquímicos de sospecha de cromosomopatía

- **Cribado bioquímico:** Puede ofertarse a las mujeres menores de 38 años, sin antecedentes familiares ni personales que las identifiquen como de riesgo de padecer una anomalía congénita. Debe explicarse a la mujer que no es una prueba diagnóstica sino que se trata de una prueba para seleccionar a la población de mayor riesgo y que la confirmación diagnóstica requerirá un estudio citogenético del líquido amniótico. La solicitud, en su caso debe realizarse en la semana 15-16 de gestación, cuando no se haya realizado en el primer trimestre de manera combinada con el pliegue nuchal, y precisa una ecografía previa que establezca de manera exacta la edad gestacional. La asociación de esta prueba con la determinación del pliegue nuchal mejora sustancialmente el resultado, al reducir el porcentaje de falsos positivos. Tanto en el caso de que la mujer acceda o renuncie a realizarse la prueba conviene que firme un escrito en el que conste que ha recibido la información de manera comprensible, y su disposición favorable o desfavorable a la misma, que quedará archivado en la historia de salud de la gestante.

- En aquellos casos en que se pueda ofertar el **cribado ecográfico para la detección del pliegue nuchal** y/o el cribado bioquímico,

cuando el resultado represente un riesgo elevado de tener un hijo con S. de Down, se les ofertará la realización de una amniocentesis, que permitirá obtener el cariotipo fetal. Ésta deberá realizarse entre las semanas 16-18 de gestación (preferentemente en la semana 16).

- A todas las gestantes de 35-37 años o más, se les ofertará la posibilidad de realizarse una **amniocentesis** directamente y/o conjuntamente con otras técnicas. La amniocentesis se practicará preferentemente en la semana 15ª de gestación.
- **Ecografía de la semana 18-20:** La finalidad de esta ecografía es realizar el estudio morfológico del feto para poder establecer el diagnóstico prenatal de anomalías congénitas. La organización de su realización será responsabilidad de los servicios de obstetricia.

24

### 1.3. TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN

Durante este trimestre se recomienda la realización de dos controles en atención primaria y uno en especializada. En caso de riesgo 2 o 3, estos controles se realizarán en atención especializada. A partir de la semana 36 se realizarán controles cada dos semanas, hasta el momento del parto.

#### *Controles en atención primaria*

- **Entrevista**

Dejar que la mujer plantee sus dudas e inquietudes en lo que ya supone la recta final del embarazo. Es probable que presente cierto

temor al momento del parto, por el sufrimiento que éste conlleva. La relación con el propio cuerpo también puede verse afectada en este trimestre, debido a la exageración que adquieren los cambios fisiológicos, que pueden llevar a que la mujer se sienta poco atractiva. La tarea del profesional en estos momentos consistirá en aumentar la confianza y seguridad de la mujer con respecto al momento del parto.

- **Exploración física**

- Exploración general: igual que en trimestres anteriores.

- Exploración obstétrica: perímetro abdominal, altura uterina, presentación fetal, FCF y movimientos fetales.

25

- **Pruebas complementarias**

- Analítica de orina: glucosa, proteínas, cuerpos cetónicos, anormales, sedimento y cultivo si procede.

- Bioquímica: Glucemia basal, ácido úrico, creatinina, transaminasas, hierro.

- Hemograma

## **Pruebas especiales**

- **Test de O'Sullivan:** Se realizará a todas las gestantes no diabéticas

en la semana 24-28 de gestación. Consiste en la administración de 50 grs. de glucosa y la determinación de la glucemia en plasma venoso a los 60 minutos, para el cribado de la diabetes gestacional. Si el resultado del test de O'Sullivan es inferior a 140mg/dl, se considera normal. A las mujeres con un nivel de glucosa en sangre  $\geq 140$  mgs/dl., se les realizará una prueba de tolerancia (PTOG) de tres horas con 100 grs. de glucosa. El diagnóstico de diabetes química implicará la derivación para control por el especialista.

26

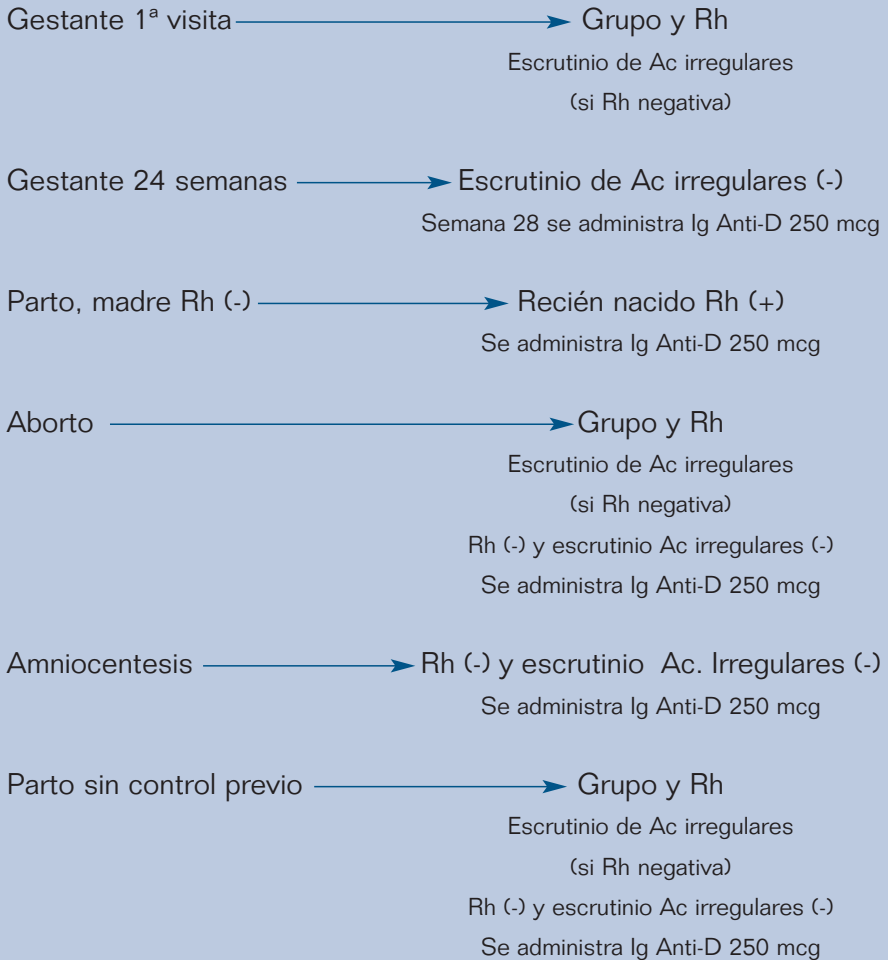
- **Profilaxis de la Isoinmunización Rh:** En las mujeres Rh (-) en las que la detección de anticuerpos irregulares fue negativa en la primera determinación al inicio del embarazo, se recomienda repetir la prueba en las semanas 24-28 de gestación. Si persiste negativo, se realizará profilaxis sistemática de la isoinmunización Rh, administrando Inmunoglobulina Anti-D en las siguientes situaciones clínicas:

-En todas las pacientes primigestas Rh negativas, con anticuerpos irregulares negativos. Administración de 250 mcg vía intramuscular en la semana 28 de gestación.

-A todas las parturientas Rh negativas no sensibilizadas, con un hijo Rh positivo. Se administra por vía intramuscular, en las 72 horas siguientes al parto una dosis estándar de 250 mcg

-A todas las mujeres Rh negativas no sensibilizadas, tras aborto, gestación extrauterina o embarazo molar.

-Siempre que se realice cualquier procedimiento quirúrgico sobre el útero gestante en paciente Rh negativa no sensibilizada (amniocentesis, biopsia corial, cerclaje...).



- **Cultivo para despistaje del estreptococo B**

Los estreptococos del grupo B (EGB) son una causa importante de infecciones bacterianas perinatales, que pueden manifestarse como endometritis, amnionitis e infecciones de las vías urinarias en mujeres parturientas o como infecciones sistémicas o localizadas en los recién nacidos, desde el nacimiento hasta los 3 meses de edad o más. Sin embargo, su prevención es posible con el empleo de una adecuada profilaxis en el momento del parto, en aquellas mujeres que presentan mayor riesgo de transmisión de la infección al recién nacido.

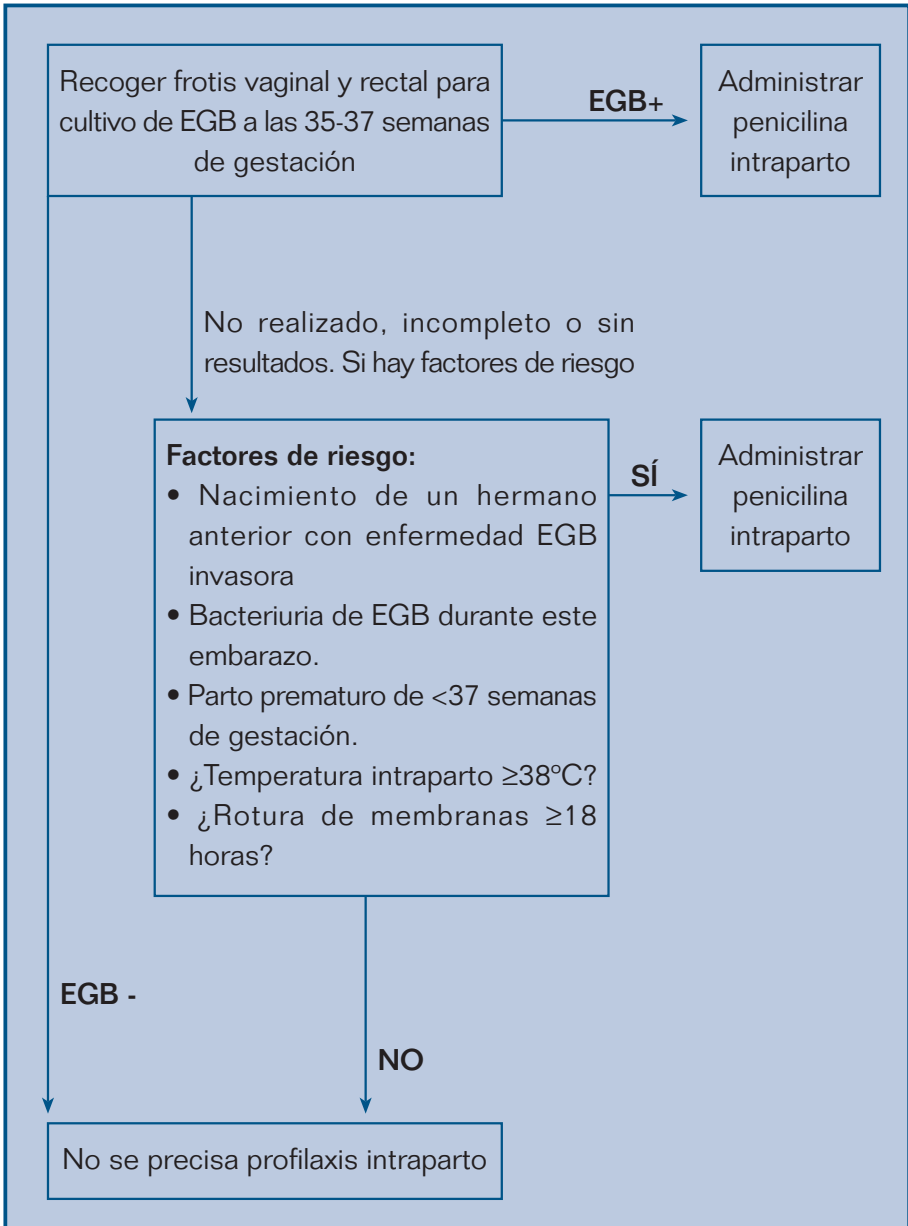
Los recién nacidos expuestos a riesgo de padecer esta enfermedad son aquellos cuyas madres presentan el germen en el área genital o rectal. Cuando estas mujeres presenten una ruptura de membranas prolongada, parto prematuro o fiebre en el momento del parto, tendrán un riesgo particularmente elevado de transmisión de la infección a su hijo durante el parto.

28

- Deben tratarse todas las mujeres que presenten bacteriuria sintomática o asintomática por EGB durante el embarazo, las cuales también recibirán quimioprofilaxis intraparto, dada la colonización masiva que suelen presentar. También debe administrarse quimioprofilaxis intraparto a las mujeres que hayan dado a luz previamente a un niño con enfermedad por estreptococo del grupo B. No son necesarios los cultivos prenatales sistemáticos en estos grupos de mujeres.
- Realización de un cultivo para el despistaje del EGB a todas las embarazadas en la semana 35-37 de gestación. En la solicitud del cultivo se especificará que es para el **cribado del estreptococo B**. Las pacientes deberán ser informadas de los resultados y de los beneficios potenciales y riesgos de la profilaxis intraparto en caso de que resulten portadoras.

- Si los resultados del cultivo no se conocen en el momento del parto, se administrará profilaxis antimicrobiana si está presente alguno de los siguientes factores: menos de 37 semanas de gestación, duración de la ruptura de membranas igual o superior a 18 horas, o temperatura igual o superior a 38 °C.
- Se realizarán dos tomas. La primera, del tercio externo de la vagina (no necesitará espéculo), se obtendrá por fricción de la torunda con la zona del introito vaginal, entre los labios menores y la uretra. La segunda muestra ano-rectal, se obtendrá por fricción de la torunda en la zona anal. Los cultivos cervicales no son aceptables.
- El laboratorio informará del resultado del cultivo al profesional sanitario que hizo la petición del mismo. Este resultado se transcribirá a la cartilla maternal, para que en el hospital se realice la profilaxis intraparto cuando esté indicada.
- Para la quimioprofilaxis intraparto se recomienda la utilización de penicilina G intravenosa (5 millones de unidades al principio y 2,5 millones de unidades cada 4 horas hasta la terminación del parto). La ampicilina intravenosa, (2 g. de entrada seguidos de 1 g. cada 4 horas hasta el parto) es una alternativa aceptable cuando haya signos de corioamnionitis, aunque por su espectro reducido es preferible la penicilina G. En caso de alergia a la penicilina puede utilizarse clindamicina (900 mg. Intravenosa cada 6 horas hasta el parto) o eritromicina (500 mgr. Intravenosa cada 6 horas hasta el parto).
- No se recomienda la utilización de profilaxis antimicrobiana en los hijos de madres que han recibido quimioprofilaxis intraparto.

## Estrategia para la prevención de la enfermedad por estreptococos del grupo B



- **Promoción de la salud:**

En general los cuidados del primer trimestre pueden aplicarse al segundo y tercero. No obstante debe insistirse fundamentalmente en los consejos posturales para compensar la sobrecarga corporal característica de este trimestre. Aunque los cursos de preparación al parto y educación maternal en grupo se oferten a partir del sexto mes, se recomienda la realización de una primera charla en grupo a lo largo del primer trimestre de gestación, para explicar a las madres en qué va a consistir el seguimiento del embarazo y para darles oportunidad de plantear todas sus dudas y temores.

### ***Controles en asistencia especializada***

- **Ecografía de la semana 34:** El objetivo de esta ecografía es realizar una valoración de la estática fetal, circunferencia abdominal, inserción placentaria y líquido amniótico.

SEMANA	8	12	15/16	20
- Historia de Salud	*			
- Cartilla Maternal	*			
- Valoración riesgo obstétrico	*	*	*	*
Exploración General				
- Peso	*	*	*	*
- Talla	*			
- T.A.	*	*	*	*
- Edemas	*	*	*	*
- Tiras reactivas orina	*	*	*	*
Exploración Obstétrica				
- Altura uterina		*	*	*
- Perímetro abdominal	*	*	*	*
- F.C.F.			*	*
- Movimientos fetales			*	*
Promoción de la Salud				
- Educación sanit. Individual	*	*	*	*
- Educación sanit. Grupo		*		
Suplementos				
- Ác. Fólico	*	*		
- Hierro			*	*
Pruebas complementarias				
- Orina	*			
- Urinocultivo			*	
- Bioquímica y hemograma	*			
- Grupo y Rh	*			
- Ác. irregulares Rh (-)	*			
- Serología	*			
- O'Sullivan				
- Ig anti-D				
- Cultivo Estreptococo B				
Ecografía		*		*
Cribado bioquímico			*	
Amniocentesis si procede			*	

(1) Si en el control anterior resultaron negativos



## 2. EDUCACIÓN MATERNAL EN GRUPO

Aunque el curso de educación maternal en grupo se plantea a partir de la semana 28 de gestación, es conveniente realizar una sesión anticipada en el primer trimestre de embarazo, con la finalidad de realizar un primer esbozo global de lo que supone el embarazo, al tiempo que se dé oportunidad a las madres y padres de plantear todas sus dudas en esos primeros momentos. Los cursos se estructurarán en dos tipos de sesiones, unas de contenido teórico y otras destinadas a la preparación física de la gestante. Cada una de estas actividades tendrá una dedicación semanal de al menos una hora, debiendo de existir una oferta horaria en el centro de salud de mañana y de tarde, que permita elegir a la mujer el horario que mejor se adapte a su situación familiar y laboral.

35

### 2.1. SESIONES TEÓRICAS:

Aunque la organización de estas sesiones es responsabilidad de la matrona, es importante que tengan un carácter multidisciplinar, colaborando otros profesionales en el abordaje de temas específicos (sexólogos y médicos de planificación familiar, obstetras, equipos pediátricos, médicos de familia), no sólo por el contenido de la sesión, sino porque éste será el primer contacto con otros profesionales a los que seguramente acudirá la mujer, sola o con su bebé, tras el parto (planificación familiar y sexualidad, programa de seguimiento de la salud infantil, etc.). El contenido de las sesiones de educación maternal en grupo se recogerá de manera extensa en un manual que próximamente editará la Conselleria de Sanitat. Aunque dicho contenido deberá adaptarse al nivel y necesidades de cada grupo, como norma general abordará los siguientes temas:

1. Charla de 1er. Trimestre: Los cambios físicos y psicológicos que empieza a sentir la mujer al quedar embarazada, despiertan en ella dudas y preguntas, que pueden encontrar respuesta en el marco de esta sesión grupal. El encuentro con otras mujeres que tienen preocupaciones comunes e intereses similares les servirá de apoyo mutuo y refuerzo. Precisamente es en estos momentos cuando se deben potenciar los hábitos de vida saludables y modificar conductas. A lo largo de esta sesión se tratarán los siguientes temas: la reproducción humana, fecundación, ciclo endometrial, desarrollo fetal, embarazo múltiple. Cambios fisiológicos y psicológicos en la gestación. También será el momento de explicar en qué va a consistir el control de la gestación (nº de visitas, diferentes pruebas y momento en que se le realizarán, organización del curso de educación maternal, etc.).
2. Paternidad y maternidad, sexualidad y embarazo: Los objetivos que se persiguen están orientados a tomar conciencia del hecho de ser sujeto sexual activo, teniendo en cuenta las características propias de cada biografía. Reflexionar sobre el papel que juega la presencia del embarazo en la relación de la pareja. Debatir la nueva identidad de ser padres sexuados, analizando aquellos elementos que influyen en el logro de tal objetivo.
3. Alimentación y hábitos higiénicos en el embarazo: Repasar los conocimientos básicos sobre alimentación y nutrición que cualquier persona debería conocer, abordando las particularidades que deben tenerse en cuenta en el embarazo. Comentar los mitos en torno a esta cuestión, así como los límites de la ganancia de peso recomendados en esta etapa, alimentos sugeridos, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, cuidados de los dientes, ejercicio y trabajo, viajes, etc.
4. El parto: El objetivo es que la mujer enfoque el momento del parto como una vivencia positiva. Los miedos que se generan ante lo

desconocido, el dolor, y en definitiva el cómo será el desenlace, pueden influir negativamente en la mecánica del parto. En estos momentos el cerebro jugará un papel tan importante como el útero. La disarmonía de uno de estos dos órganos repercute sobre el otro. Es importante que el lugar donde parir y la compañía en esos momentos respondan a una elección personal. Conocer la fecha probable del parto, así como los signos que le ayuden a identificar el momento del parto (tapón mucoso, rotura de la bolsa de las aguas, contracciones, dilatación, expulsivo, alumbramiento) ayudará a la mujer a vivirlo con mayor seguridad y menor tensión.

5. El puerperio: Los objetivos de esta sesión irán dirigidos a que las mujeres conozcan las características de este período posterior al parto y cuáles son los cuidados necesarios para conseguir la adecuada recuperación perineal y corporal. Se comentarán los aspectos a tener en consideración en el puerperio inmediato: higiene diaria, curas de la episiorrafia o cesárea y valoración de signos de alarma, aparición de entuertos, loquios, deambulación precoz. Se hablará del reajuste que sufre el organismo (cambios metabólicos) y de los cambios psicológicos que puede sufrir la puérpara caracterizados por una cierta labilidad emocional. También debe plantearse el inicio de la actividad y ejercicio físico adaptado a las diferentes etapas del puerperio.
6. Lactancia natural: El objetivo primordial es capacitar a las madres para que puedan hacer una elección informada sobre la alimentación de su hijo/a, destacando las ventajas y la importancia de tener clara la decisión antes del parto. Se abordarán aspectos como la subida de la leche, composición y propiedades de la leche materna, la técnica y postura correcta.

7. El recién nacido: El objetivo es que la madre sea capaz de establecer un adecuado vínculo con su hijo/a y de proporcionarle los cuidados que necesita, haciendo partícipe a su pareja. Además de abordar determinados aspectos biológicos característicos de los recién nacidos (fontanelas, caput, manchas azuladas, hipertofia mamaria, cordón umbilical, ictericia, etc.) así como los distintos aspectos de su cuidado (ropa, cuna, pañales, baño, sueño, chupete...), también se tratará la importancia de proporcionarle una adecuada estimulación cutánea, potenciando la comunicación afectiva madre-hijo/a que se reforzará con el padre para constituir con esa tríada una comunicación afectiva de gran trascendencia para el desarrollo del bebé.
  
8. Planificación familiar: El objetivo es que la pareja tenga una información adecuada sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos más adecuados a su situación. La importancia de espaciar los embarazos para dejar que el cuerpo de la mujer se recupere adecuadamente, el reinicio de la actividad sexual tras el parto, la revisión ginecológica tras el parto, así como un repaso a los diferentes métodos anticonceptivos, son los diferentes aspectos a tratar en esta sesión.

## **2.2. SESIONES PRÁCTICAS:**

### **2.2.1. Preparación física para el embarazo y el parto:**

El embarazo y el parto son causa de debilitamiento muscular, tanto por el aumento de peso que se produce como por el efecto de la relaxina sobre los músculos y ligamentos para facilitar el parto, haciéndolos más vulnerables. La embarazada debe aprender a desarrollar una adecuada higiene postural, adoptando en todo momento una buena actitud corporal (en bipedestación, al sentarse, al acostarse, etc). Hacer ejercicio con regularidad es una forma agradable de prepararse para afrontar

tar el esfuerzo extra que se le exige al cuerpo, tanto por el embarazo como por el parto. Existe consenso en cuanto a los beneficios tanto físicos como emocionales que reporta. Los ejercicios deben realizarse progresivamente y compaginados con la respiración, trabajando diferentes grupos musculares desde la cabeza a los pies o viceversa.

### **2.2.2. Gimnasia respiratoria y técnicas de relajación:**

Con la respiración se consigue el aporte de oxígeno que el cuerpo necesita para obtener energía y llevar a cabo sus funciones. Con una adecuada respiración la embarazada podrá responder a las necesidades de oxigenación que el incremento de peso y el mayor trabajo muscular de su situación requieren. La utilización de la respiración de forma rítmica y regulada en el momento del parto contribuirá a liberar tensión y afrontar las molestias de las contracciones, evitando el cansancio innecesario.

39

El aprendizaje y ejercicio de la relajación durante el embarazo permitirá que su práctica se integre de manera natural. Se comenzará por las técnicas más simples para continuar con otras más complejas cuando ya se dominen las primeras. Con el aprendizaje de la relajación de los músculos voluntarios, los músculos involuntarios del útero actuarán sin interferencia. Así, saber que puede respirar con sosiego y mantener el cuerpo relajado en momentos de tensión le dará seguridad a la mujer para afrontar las contracciones cuando llegue el momento del parto.

## 3. ATENCIÓN AL PUERPERIO

### 3.1. PUERPERIO INMEDIATO:

Comprende las primeras 24 horas tras el parto, en las que madre e hijo se encuentran en la maternidad. Las exploraciones pueden realizarse cada 12 horas en la propia habitación de la puerpera, vigilando:

#### Estado general

- Tensión arterial
- Pulso
- Temperatura

#### Dolor

- Entuertos: contracciones que favorecen la involución uterina y con ello el sangrado
- Aumentan con la succión del pecho y la actividad física
- Desaparecen entre el 4º y 7º día postparto
- Utilizar analgesia si es preciso

41

#### Involución uterina

- Tras parto: dos traveses de dedo por debajo del ombligo
- El primer día: más blando y se eleva dos traveses por encima del ombligo
- El 10º día desaparece detrás de la sínfisis del pubis

#### Episiotomía:

- Lavados con agua y jabón en dirección vulvo-anal
- Curas diarias con antiséptico: Clorhexidina en lugar de Povidona Iodada
- Valorar signos inflamatorios y/o dehiscencias

## **Cantidad y aspecto de los loquios**

- Los tres primeros días son sanguinolentos, similares a una regla
- Desde el 4° al 6° día son serohemáticos, rosados
- A partir del 6° día, blanquecinos

## **Patrón eliminación**

- Valorar la diuresis temprana
- Evacuación intestinal: para combatir el estreñimiento aumentar la ingesta de líquidos y el consumo de fibra en la alimentación.
- Valoración de procesos hemorroidales: frío local, hidratación anal y tratamiento si precisa

## **Actividad física**

- Deambulación precoz: gradual, progresiva y acompañada los primeros días
- Prevención de accidentes tromboembólicos

42

## **Si la vía del parto ha sido cesárea:**

- 24 horas de reposo: sondaje vesical, mantenimiento de venoclisis hidratante y dieta absoluta en caso de anestesia general
- Inicio precoz de lactancia materna
- Práctica de ejercicios circulatorios
- Si hay dolor abdominal: reposo y analgesia

## **Lactancia**

- Examen de las mamas: uso de medios físicos para el control de la turgencia, analgesia si precisa
- Vigilancia y apoyo a la lactancia materna (a demanda, postura correcta, evitar chupetes y sueros o líquidos).
- Garantizar que el bebé se encuentre siempre con su madre

## **Signos de alarma**

- Fiebre: temperatura superior a 38 grados

- Dolor que no cede con reposo y/o analgesia
- Loquios fétidos
- Hemorragia vaginal profusa
- Signos inflamatorios locales en mamas, episiotomía y extremidades superiores
- Sintomatología urinaria

Al alta hospitalaria la puérpera deberá tener conocimientos sobre: autocuidados, lactancia, cuidados del recién nacido, anticoncepción, conocimiento de síntomas postparto e información y conexión con atención primaria.

## **3.2. VISITA PUERPERAL EN ATENCIÓN PRIMARIA:**

El hecho de que la estancia hospitalaria tras el parto sea cada vez más reducida, hace necesario un control evolutivo de la salud, tanto de la madre como del niño, para garantizar la adecuada recuperación y progresiva adaptación a la nueva situación. Por ello, se recomienda realizar la visita puerperal en la primera semana tras el parto, y de manera coordinada y complementaria con el equipo pediátrico del centro de atención primaria. La visita se realizará en el domicilio siempre que sea posible, ya que en este caso se puede valorar el entorno domiciliario (ubicación de la vivienda, luz, agua potable, humedad, hacinamiento) así como el entorno más cercano al recién nacido (habitación soleada, ventilación, limpieza, cuna).

43

### **3.2.1. Exploración física de la mujer:**

Estado general, tensión arterial y temperatura corporal, involución uterina, cantidad y aspecto de los loquios, estado de las mamas y pezones, episiorrafia o cicatriz abdominal en el caso de cesárea.

### 3.2.2. Cuidados de la madre

- Descanso y ejercicio: en esta etapa el ritmo de descanso y actividad de la madre estará vinculado al de amamantamiento y sueño del bebé. Se le recomendará la realización de ejercicios específicos dirigidos a favorecer la recuperación física.
- Higiene: Debe recomendarse para la higiene diaria la ducha. El baño debe evitarse durante la cuarentena.
- Mamas: durante la lactancia es importante mantener una higiene apropiada, lavando el cuerpo una vez al día con agua y jabón, y poner especial interés en que tanto las areolas como los pezones queden totalmente secos tras la ducha, pues si esta zona queda húmeda puede macerarse y dar lugar a la aparición de grietas.
- Alimentación: hay que resaltar que la recuperación física de la madre lleva su tiempo y que no por ello debe dejar de tomar una dieta equilibrada, sobre todo si da el pecho, que sea variada y contenga a diario fruta, verdura, pescado o carne, hidratos de carbono (cereales, féculas), grasas y líquidos abundantes. De esta manera, en 6 a 8 meses se recuperará el peso habitual.
- Sexualidad y anticoncepción: no es recomendable reiniciar las relaciones sexuales coitales hasta pasado un mes del parto, recordando que son métodos anticonceptivos poco seguros el coito interrumpido y la lactancia. Son adecuados dando lactancia natural, el preservativo, el diafragma, el DIU y los anticonceptivos hormonales compuestos exclusivamente de gestágenos (minipíldora, inyectable depot).
- Aspectos psicológicos: La adaptación de la madre a la nueva situa-

ción puede resultar difícil, provocando en ella sentimientos de tristeza, cansancio, ansiedad... Es importante que entienda que comienza para ella un período de grandes cambios al que debe adaptarse buscando el apoyo afectivo y social de los que le rodean.

- Citología: La revisión puerperal es un buen momento para hacer un cribado aprovechando el obligado contacto con los servicios sanitarios. Se realizará toma citológica cuando no existan datos de una citología reciente, o si habiéndola aparezca en ella alguna patología. Si la madre está dando lactancia natural, es conveniente esperar a que deje de lactar para hacer la citología.
- Inmunización frente a la rubéola cuando en la serología del embarazo sea negativa.

### 3.2.3. Exploración y cuidados del recién nacido

- Exploración: aspecto general, nutrición, coloración, cordón umbilical, movilidad, tono y reflejos arcaicos.
- Extracción de una muestra de sangre del talón en papel secante para la detección precoz de metabolopatías.
- Recomendaciones sobre cuidados: baño, ombligo, cambio de pañales, ropa, paseos.
- Alimentación: En caso de lactancia natural se comprobará la postura, ritmo horario, etc. Si la madre ha optado por la lactancia artificial o ha tenido algún problema con la lactancia materna, se comprobará la correcta preparación y administración de los biberones.

### **3.3. PUERPERIO TARDÍO**

El objetivo en esta etapa radica tanto en favorecer la completa recuperación física de la mujer, como en servir de elemento de apoyo a la madre en la nueva situación, favoreciendo el establecimiento del vínculo madre-hijo/a. Para ello es importante que el Programa contemple la oferta de sesiones de recuperación física en el puerperio. Recogiendo experiencias ya iniciadas en nuestra comunidad, estas sesiones en ocasiones se ofertan de manera aislada a las mujeres y en otras, la oferta es conjunta a madres y bebés, mediante la organización de talleres de lactancia o de talleres de estimulación y masaje infantil. La organización de este apartado se adaptará a la situación particular de cada zona.

46

#### **3.3.1. Gimnasia de recuperación en el puerperio**

Durante el puerperio inmediato (hasta los 10-12 días) se deben iniciar las contracturas y distensiones de la musculatura abdominal y si no hay episiotomía también las contracturas vaginales y de meato urinario (en caso de episiotomía esto se realizará a partir de una semana tras el parto). Durante este período la mujer no debe saltar, llevar pesos, hacer deporte ni ejercicios abdominales, no antes de haber realizado la recuperación del periné.

A partir de los 12 días, el estado de cicatrización permitirá que pueda empezar a tonificar el periné. Debe empezar lentamente, e ir complicando los ejercicios progresivamente. Al principio conviene realizarlos muchas veces, pero con poca intensidad. A partir de las seis semanas postparto se pueden introducir ejercicios abdominales.

### 3.3.2. Talleres de lactancia

El taller es fruto de la participación y actividad de madres lactantes, que se reúnen de forma periódica en el centro de salud, tuteladas por la matrona, para disfrutar y vivir con gozo la experiencia de amamantar. Obtienen al nuclearse un espacio para compartir dudas, problemas, soluciones, aprender técnicas, recursos. Buscan y logran juntas, mantener la lactancia materna de forma satisfactoria todo el tiempo que deseen.

Se aprende a evitar mediante el uso de técnicas correctas los problemas mas frecuentes del inicio de la lactancia: grietas del pezón, ingurgitación mamaria, mastitis, etc. Búsqueda conjunta de soluciones a los problemas de: pezón plano, baches de hipogalactia, cólico del lactante, curvas de peso detenidas... "no tengo suficiente leche", "no se coge bien", "mi leche no es buena", etc.

47

### 3.3.3. Talleres de estimulación y masaje infantil

El ser humano cuando nace está lejos de tener la mínima autonomía, sin embargo se halla en una fase evolutiva de máxima permeabilidad para el aprendizaje y desarrollo de habilidades necesarias para conseguir su independencia. Es en esta etapa cuando una estimulación sensorio-motriz adecuada permitirá que el niño adquiera consciencia de su esquema corporal y desarrolle sus capacidades sensitivas, motoras y de adaptación de una forma óptima. Para ello es necesario que los padres desarrollen vínculos afectivos y que valoren y conozcan la importancia de la estimulación.

El masaje, como técnica de comunicación no verbal intensifica el vínculo con los padres, desarrolla en el niño/a la capacidad para percibir afecto y seguridad, le ayuda a la adquisición de su esquema corporal, disminuye el umbral de estrés ante situaciones desconocidas y eleva el umbral de estimulación favoreciendo la maduración neurológica.

## 4. REGISTROS

### 4.1. HISTORIA DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA (HSAP):

Constituye el soporte en el que queda registrada la actividad asistencial de todo el equipo de atención primaria. En ella se incluirá la “Hoja de seguimiento de embarazo”, en la que se anotarán las actuaciones realizadas en cada consulta, de acuerdo con el protocolo establecido para el embarazo normal. Esta hoja está transcrita en la parte central de la cartilla maternal.

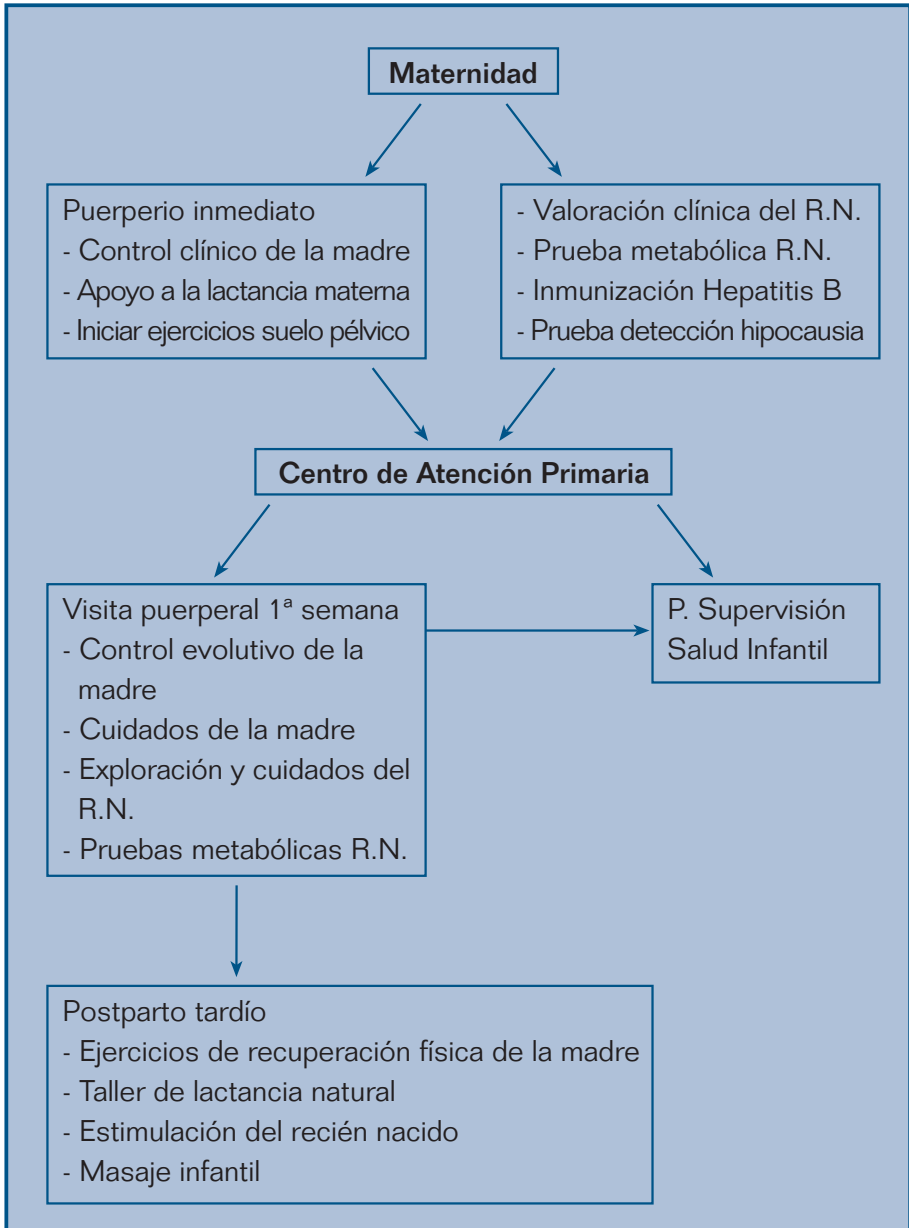
### 4.2. CARTILLA MATERNAL:

Es un documento sanitario que queda en posesión de la mujer, en el cual se registrarán los acontecimientos más significativos de las distintas fases del embarazo y desarrollo fetal, reuniendo tanto las atenciones prestadas en atención primaria como en la asistencia especializada. Este documento aporta un resumen fundamental para el hospital donde se produzca el parto, sobre los acontecimientos del embarazo. Debe ser entregado a la mujer en la primera consulta.

### 4.3. HOJA RESUMEN DEL EMBARAZO:

Es un documento que resume todos los acontecimientos de interés sociosanitario que rodean al embarazo, parto y puerperio. Debe ser cumplimentada por la matrona, una vez finalizado el proceso de atención al puerperio. Permite conocer el perfil de las mujeres embarazadas de nuestra comunidad, así como el modo en que se desarrolla su atención, lo que hace posible arbitrar las medidas necesarias para mejorar su evolución.

## Protocolo de atención al puerperio



## 5. ANEXOS

### 5.1. VACUNACIONES DURANTE EL EMBARAZO

Como norma general, la vacunación de una mujer embarazada sólo estará indicada cuando el riesgo de exposición a la enfermedad sea elevado, cuando la infección natural comporte un grave riesgo para la madre o el feto, o cuando sea improbable que la vacunación acarree daños. En cualquier caso, deberán tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

- Las vacunas parenterales por virus vivos atenuados (sarampión, rubéola, parotiditis, varicela), están contraindicadas ya desde tres meses antes del embarazo (mínimo un mes) y durante la totalidad del mismo.
- Algunas vacunas de virus vivos atenuados (VPO, antiamarílica), pueden prescribirse cuando la posibilidad de exposición materna inmediata sea muy alta, puesto que el riesgo teórico de infección del feto por los virus vacunales es muy inferior al de la infección materna por los virus salvajes.
- Incluso para las vacunas no desaconsejadas, es preferible administrarlas a partir de las 16 semanas de gestación (2º y 3er. Trimestre).

La **vacunación antitetánica** durante el embarazo es la mejor estudiada y protocolizada y su eficacia e inmunogenicidad son muy elevadas. En las mujeres no vacunadas, según el momento gestacional puede recomendarse:

- Dos dosis vacunales, la primera al menos 60 días antes del parto, y la segunda al menos 20 días después de la 1ª dosis. Protegen frente al tétanos puerperal y neonatal.
- Una dosis única, administrada al menos 60 días antes del parto, genera concentraciones protectoras de anticuerpos en el 83% de los casos.
- En mujeres previamente inmunizadas a las que corresponda una dosis de refuerzo, su aplicación proporciona protección contra el tétanos neonatal.
- Las inmunoglobulinas, estándar o hiperinmunes, pueden administrarse cuando estén indicadas.
- Se puede utilizar la vacuna antidiftero-tetánica adsorbida para adultos y adolescentes (dT) durante el segundo y tercer trimestre de embarazo.
- La lactancia no constituye contraindicación.

52

Dado el elevado riesgo de gripe materna grave durante el 3er.trimestre de embarazo y puerperio precoz, así como el mayor riesgo de complicaciones debidas a la gripe entre las gestantes, los expertos recomiendan la **vacunación antigripal** cuando coincidan el segundo o tercer trimestre de gestación con la estación del año en que se produce la enfermedad (en gestantes de 14 o más semanas de gestación). La lactancia no influye en la respuesta inmune frente a la vacuna y tampoco constituye contraindicación para su uso.

## Vacunaciones durante el embarazo

Tipos de vacunas				
Indicación	Micro-organismos vivos	Micro-organismos inactivos	Polisacáridos	Proteínas modificadas
Contraindicada	Sarampión Rubéola Parotiditis Varicela Cólera viva			
Selectiva en exposición inevitable inminente	VPO Fiebre amarilla	Rabia Cólera inactivada Peste		
Selectiva en mujeres de alto riesgo	BCG (1)	Tos Ferina (1) VPI (1) Tifoidea Vi Hepatitis A Encefalitis japonesa	Neumococo (1) Hib	
Selectiva en brotes			Meningococo	
Específica si precisa		Gripe (2) Encefalitis por garrapata		Hepatitis B Difteria (1) Tétanos

(1) Evitarlas en lo posible en el primer trimestre

(2) Durante la estación "gripal", en las mujeres gestantes de  $\geq 14$  semanas

## 5.2. MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

### *Empleo de fármacos durante el embarazo*

A la hora de prescribir un fármaco en la embarazada debemos tener en cuenta las siguientes premisas:

- No debemos administrar NINGÚN fármaco durante el primer trimestre a menos que sea imprescindible.
- Educar a las mujeres para evitar la automedicación (responsable del 30% de la ingesta de fármacos).
- Considerar la relación beneficio/riesgo y administrar la mínima dosis eficaz.
- No debemos considerar ningún fármaco seguro para el feto en un 100%
- Evitar fármacos de reciente comercialización y utilizar aquellos con los que se tenga mayor experiencia en gestantes.
- Tener en cuenta que la medicación tópica también se absorbe, sobre todo si es liposoluble, se aplica en grandes superficies o con oclusión.

54

### ***Clasificación de los fármacos para su uso durante el embarazo:***

Ni en nuestro país ni en el ámbito de la Agencia Europea del Medicamento existe una clasificación que agrupe a los fármacos con el posible riesgo para el feto. Por ello se emplea la clasificación de la Food and Drug Administration, que agrupa a los fármacos en 5 CATEGORÍAS:

- **Categoría A:** los estudios controlados en mujeres no demuestran riesgo para el feto en el primer trimestre y no existe riesgo evidente en el resto del embarazo. La posibilidad de lesión fetal parece remota.

- **Categoría B:** estudios de reproducción realizados con animales no indican riesgo para el feto, pero no existen estudios controlados sobre mujeres embarazadas; o estudios de reproducción en animales han mostrado efectos adversos que no están confirmados en estudios controlados en el primer trimestre.
- **Categoría C:** estudios en animales han revelado efectos adversos en el feto y no existen estudios controlados en mujeres; o no se dispone de estudios en mujeres y animales. Los fármacos de este grupo deben administrarse sólo si el beneficio potencial justifica el riesgo potencial para el feto.
- **Categoría D:** existe evidencia positiva de riesgo para el feto humano, pero se acepta su empleo en mujeres embarazadas a pesar del riesgo, si está indicado en una situación vital o por una enfermedad en que no pueden prescribirse fármacos más seguros o estos resultan ineficaces.
- **Categoría X:** estudios en animales y en humanos han demostrado alteraciones fetales o existe evidencia de riesgo fetal basándose en la experiencia humana y/o en animales. El riesgo de su uso en embarazadas sobrepasa claramente cualquier posible beneficio y están contraindicados en toda mujer que está o pudiera estar embarazada.

55

## **Medicamentos maternos durante la lactancia**

Hay muy pocos tipos de tratamientos durante los cuales la lactancia materna está absolutamente contraindicada. Sin embargo, hay algunos medicamentos que la madre podría necesitar tomar, que a veces causan efectos secundarios al bebé. De acuerdo con las *Recomendaciones sobre los Medicamentos de la Octava Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS*, el cuadro siguiente resume de manera general la actitud a adoptar frente a determinados tipos de tratamientos maternos:

<b>Lactancia materna contraindicada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos anticancerosos</li> <li>• Sustancias radioactivas (suspenda la lactancia temporalmente)</li> </ul>
<b>Continúe amamantando:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectos secundarios posibles Vigile al bebé: posible somnolencia</li> <li>• Use medicamento alternativo si es posible</li> <li>• Vigile al bebé por posible ictericia</li> <li>• Use un medicamento alternativo (puede inhibir la producción de leche)</li> <li>• Medicamento seguro a las dosis usuales Vigile al bebé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos psiquiátricos y anticonvulsivos</li> <li>• Cloramfenicol, tetraciclinas, metronidazol, antibióticos del tipo de las quinolonas (p.e. ciprofloxacina).</li> <li>• Sulfonamidas, dapsona, sulfametoxazol+trimetoprim (cotrimoxazol) sulfadoxina + pirimetamina (Fansidar)</li> <li>• Estrógenos, incluyendo anticonceptivos que contengan estrógenos. Diuréticos tiacídicos Ergometrina</li> <li>• Los medicamentos más comúnmente usados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analgésicos y antipiréticos: tratamientos cortos con paracetamol, ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, dosis ocasionales de morfina y meperidina.</li> <li>- Antibióticos: ampicilina, amoxicilina, cloxacilina y otras penicilinas, eritromicina.</li> <li>- Antituberculosos y antileprosos (ver más arriba sobre dapsona).</li> <li>- Antipalúdicos (excepto mefloquina, Fansidar), antihelmínticos, antimicóticos.</li> <li>- Broncodilatadores (p.e. salbutamol), corticosteroides, antihistamínicos, antiácidos, agentes antidiabéticos, la mayoría de los antihipertensivos, digoxina, suplementos nutricionales de yodo, hierro y vitaminas.</li> </ul> </li> </ul>

**A continuación se presentan unos listados de medicamentos que son orientativos. Para cualquier duda o consulta dirigirse al Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos Español (SITTE). Teléfono: 91 387 75 34**

<b>ANTIINFECCIOSOS</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>EMBARAZO LACTANCIA</b>	
Ac. Nalidixico	Quinolona	C	S
Ac. Pipemídico	Quinolona	C	N
Aciclovir	Antivírico	C	S
Amoxicilina-Clavulánico	Antibiótico	B	S
Amoxicilina	Antibiótico	B	S
Ampicilina	Antibiótico	B	S
Azitromicina	Antibiótico	B/C	N
Bacampicilina	Antibiótico	B	S
Cefaclor	Antibiótico	B	S
Cefadroxilo	Antibiótico	B	S
Cefalexina	Antibiótico	B	S
Cealotina	Antibiótico	B	S
Cefixima	Antibiótico	B	S
Cefotaxima	Antibiótico	B	S
Cefoxitina	Antibiótico	B	S
Ceftriaxona	Antibiótico	B	S
Cefuroxima	Antibiótico	B	S
Ciprofloxacino	Quinolona	C	N
Claritromicina	Antibiótico	C	N
Clindamicina	Antibitico	B	S
Cloranfenicol	Antibiótico	C	N
Clotrimazol	Antifúngico	B	S
Diacetilmidecamicina	Antibiótico	B	N
Doxicilina	Antibiótico	D	N
Eritromicina	Antibiótico	B	S
Estreptomicina	Antibiótico	D	N
Etambutol	Antituberculoso	B	S
Fluconazol	Antifúngico	C	S
Gentamicina	Antibiótico	C	S
Isionazida	Antituberculoso	C	S
Itraconazol	Antifúngico	C	S
Ketaconazol	Antifúngico	C	S

<b>ANTIINFECCIOSOS</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Lincomicina	Antibiótico	B	S
Mebendazol	Antihelmíntico	C	S
Metronidazol	Antiinfeccioso	B	S
Neomicina	Antibiótico	C	N
Nistatina	Antifúngico	B	S
Nitrofurantoina	Antibacteriano	B	S
Norfloxacino	Quinolona	C	N
Ofloxacino	Quinolona	C	N
Penicilina G acuosa/benzatina/procaína	Antibiótico	B	S
Penicilina V	Antibiótico	B	S
Polimixina B	Antibiótico	B	S
Rifampicina	Antituberculoso	C	S
Roxitromicina	Antibiótico	B	N
Sulfametoxazol	Sulfonamida	B/D	S
Tetraciclina	Antibiótico	D	N
Tetraciclina tópica	Antibiótico	D	S
Tobramicina	Antibiótico	D	S
Trimetoprim	Antibacteriano	C	S
Vancomicina	Antibiótico	C	S
Violeta de Genciana	Antifúngico	C	N

<b>ANTIISTAMÍNICOS</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Astemizol	Antihistamínico	C	S
Azatidina	Antihistamínico	B	N
Ciproheptadina	Antihistamínico	B	N
Clorfeniramina	Antihistamínico	B	S
Dexclorfeniramina	Antihistamínico	B	N
Doxilamina	Antihistamínico	B	S
Prometazina	Antihistamínico	C	S
Terfenadina	Antihistamínico	C	S

<b>DIURETICOS</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Amilorida	Diurético	B	S
Ciclotiazida	Diurético	D	N
Clortalidona	Diurético	D	S
Espironolactona	Diurético	D	S

<b>DIURETICOS</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Furosemida	Diurético	C	S
Hidrocorotiazida	Diurético	D	S
Indapamida	Diurético	B	S
Torsemida	Diurético	B	S

<b>HIPOLIPEMIANTES</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Bezafibrato	Antilipémico	B	N
Clofibrato	Antilipémico	C	N
Colestipol	Secuestrante ácidos biliares	B	S
Estatinas	Antilipémico	X	N
Fenofibrato	Antilipémico	C	N
Gemfibrozilo	Antilipémico	C	N
Probucol	Antilipémico	B	N
Resincolestiramina	Secuestrante ácidos biliares	C	S

59

<b>APARATO CARDIOVASCULAR</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Amiodarona	Antiarrítmico	C	N
Amlodipino	Bloqueante Ca	C	S
Atenolol	B-Bloqueante	D	S
Bisoprolol	B-Bloqueante	C/D	S
Captopril	Hipotensor	D	N/S
Digoxina	Glucósido diitálico	C	S
Diltiazem	Bloqueante Ca	C	S
Dinitrato de isosorbida	Vasodilatador	C	N
Enalapril	Hipotensor	D	N/S
Felodipino	Bloqueante Ca	C	S
Flecainida	Antiarrítmico	C	S
Hidralazina	Hipotensor	C	S
Labetalol	B-Bloqueante	C/D	S
Lidocaína	Antiarrítmico	C	S
Lisinopril	Hipotensor	D	S
Metildopa	Hipotensor	C	S
Nicardipino	Bloqueante Ca	C	S
Nifedipino	Bloqueante Ca	C	S

<b>APARATO CARDIOVASCULAR</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Nimodipino	Bloqueante Ca	C	S
Nitroglicerina	Vasodilatador	B/C	S
Propranolol	B-Bloqueante	C/D	S
Quinapril	Hipotensor	D	N
Ramipril	Hipotensor	D	N
Verapamilo	Bloqueante Ca	C	S

<b>APARATO DIGESTIVO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Almagato	Antiácido	B	S
Bismuto	Antidiarreico	D	N
Cimetidina	Antiulceroso	B	N
Cisaprida	Antiemético	C	S
Domperidona	Antiemético	C	S
Famotidina	Antiulceroso	S	S
Lactulosa	Laxante	C	S
Loperamida	Antidiarreico	B	S/N
Metamizol	Antiespasmódico	C/D	N
Metilcelulosa	Laxante	B	S
Metoclopramida	Antiemético	B	S/N
Misoprostol	Antiulceroso	X	N
Omeprazol	Antiulceroso	B/C	S
Ranitidina	Antiulceroso	B	S/N
Simeticona	Antiflatulento	C	S

<b>APARATO RESPIRATORIO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Acetilcisteína	Mucolítico	B	S
Ambroxol	Mucolítico	B	S
Aminofilina	Broncodilatador	C	S
Bromuro de ipatropio	Broncodilatador	B	S
Bromhexina	Mucolítico	A	S
Carbocisteína	Mucolítico	B	S
Carbocisteinato de lisina	Mucolítico	B	N
Codeína	Antitusígeno	C/D	S
Dextrometorfano	Antitusígeno	C	S
Difilina	Broncodilatador	C	S
Dihidrocodeína	Antitusígeno	C	N

<b>APARATO RESPIRATORIO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Guafinesina	Mucolítico	C	S
Ioduro potásico	Mucolítico	D	S
Salbutamol	Broncodilatador	C	N
Teofilina	Broncodilatador	C	S

<b>HORMONAS</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Andrógenos		X	N
Beclometasona	Glucocorticoide	C	S
Betametasona	Glucocorticoide	C	S
Bromocriptina	Inhibidor lactancia	C	N
Cabergolina	Inhibidor lactancia	C	N
Calcitonina		B	S
Clorpropamida	Antidiabético	C	N
Contrceptivos orales		X	
Cortisona	Corticoides	D	N
Dexametasona	Glucocorticoide	C	S
Estrógenos		X	S
Gliburida	Antidiabético	C	N
Glizipida	Antidiabético	C	N
Hidrocortisona	Glucocorticoide	B	S
Insulina	Antidiabético	B	S
Levotiroxina	Tiroides	A	S
Prednisolona	Glucocorticoide	B	S
Prednisona	Glucocorticoide	B	S
Progestágenos		D/X	S
Tolbutamida	Antidiabético	C	S
Triamcinolona	Glucocorticoide	C	N
Yodo 125/131	Antitiroideo	X	N

<b>INMUNOGLOBULINAS</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Antitoxina diftérica		C	S
Resto inmunoglobulinas		C	S

<b>SANGRE Y COAGULACIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Ac. aminocaproico	Coagulante	C	N
Dicumarol	Anticoagulante	D	S
Enoxaparina	Anticoagulante	B	S
Estreptoquinasa	Trombolítico	C	N

<b>SANGRE Y COAGULACIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Heparina	Anticoagulante	B/C	S
Pentoxifilina	Hemorreológico	C	N
Protamina	Antiheparina	C	N
Uroquinasa	Trombolítico	B	N
Warfarina	Anticoagulante	D	S

<b>SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Adrenalina	Simpaticomimético	C	N
Atropina	Antiespasmódico y antimuscarínico	C	S
Baclofeno	Relajante muscular	C	S
Dopamina	Simpaticomimético	C	S
Efedrina	Simpaticomimético	C	S
Ergotamina	Simpaticolítico	D	N
Escopolamina	Antiespasmódico y antimuscarínico	C	S
Fenilefrina	Simpaticomimético	C	N
Noradrenalina	Simpaticomimético	C	N
Salbutamol	Simpaticomimético	C	N
Terbutalina	Simpaticomimético	B	S

62

<b>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Ac. acetilsalicílico	AINE	C/D	S
Aceclofenaco	AINE	B	S
Alprazolam	Benzodiazepina	D	N
Amitriptilina	Antidepresivo	D	S
Amobarbital	Barbitúrico	D/B	N
Anfetaminas	Estimulantes	C	N
Buprenorfina	Opiáceo	C	S
Bupiriona	Ansiolítico	B	N
Carbamazepina	Anticonvulsivante	C	S
Clonazepan	Benzodiazepina	D	N
Clorazepato	Benzodiazepina	D	N
Clordiazepóxido	Benzodiazepina	D	N
Clorpromazina	Tranquilizante	C	N/S
Diazepan	Benzodiazepina	D	S

<b>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Diclofenaco	AINE	B/D	S
Fenilbutazona	AINE	C/D	S
Fenitoína	Anticonvulsivante	D	S
Fenobarbital	Barbitúrico	D	S
Fentanilo	Opiáceo	B/D	S
Fluoxetina	Antidepresivo	B/C	S
Flurazepan	Benzodiazepina	X	N
Halazepan	Benzodiazepina	D	N
Haloperidol	Tranquilizante	C	S
Ibuprofeno	AINE	B/D	S
Indometacina	AINE	B/D	S
Ketoprofeno	AINE	B/D	S
Lorazepan	Benzodiazepina	D	N
Maprotilina	Antidepresivo	B	S
Meprobamato	Ansiofítico	D	N
Midazolam	Benodiazepina	D	N
Morfina	Opiáceo	B/D	S
Naloxona	Antagonista opiáceo	B	S
Naltrexona	Antagonista opiáceo	C	N
Naproxeno	AINE	B/D	S
Paracetamol	Analgésico antipirético	B	S
Paroxetina	Antidepresivo	B	S
Pentazocina	Opiáceo	C/D	N
Piroxicam	AINE	B/D	S
Promazina	Tranquilizante	C	N
Sertralina	Antidepresivo	B	S
Venlafaxina	Antidepresivo	C	N

<b>MISCELANEA</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>LACTANCIA</b>
Alopurinol	Antigotoso	C	S
Calcio	Minerales	B	S
Colchicina	Antigotoso	D	S
Fósforo	Minerales	C	S
Oxitocina	Oxitócico	A	S

MISCELANEA	CATEGORIA	EMBARAZO	LACTANCIA
Povidona yodada	Antiséptico	D	S
Probenecid	Antigotoso	B	N
Inmunoglobulina anti-D		C	S
Resto inmunoglobulinas		C	S
Vitaminas hidrosolubles		A	S
Vitamina A		A/X	S
Vitamina D		A/D	S
Vitamina E		A/C	S
Vitamina K		C/X	S

## 5.3. NORMATIVA

### *Normativa sanitaria*

64

- **Decreto 147/1986 de 24 de noviembre** del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula el Programa de Promoción de la Salud de la Madre y del Niño (DOGV nº 492 de 23 de diciembre de 1986).
- **Decreto 148/1986 de 24 de noviembre** del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la prestación de servicios en materia de Planificación Familiar y Sexualidad en la Comunidad Valenciana.
- **Real Decreto 2409/1986 de 21 de noviembre**, sobre centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo.
- **Ley 48/1988 de 28 de diciembre**, de donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos y órganos. (BOE nº 314, de 31 de diciembre de 1988).

- **Decreto 120/1988 de 29 de julio** del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre adaptación de la estructura de plazas de matronas titulares a las zonas y áreas de salud de la Comunidad Valenciana.
- **Decreto 88/1989 de 12 de junio** del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se extiende el derecho a la asistencia sanitaria prestada por la Generalitat Valenciana a determinadas personas con carencia de suficientes recursos económicos.
- **Orden de 30 de enero de 1991** de la Conselleria de Sanitat i Consum que regula la prestación de servicios de Planificación Familiar en la Asistencia Hospitalaria.
- **Decreto 79/1991 de 13 de mayo** del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre protección de la maternidad del personal al servicio de la Generalitat Valenciana.
- **Resolución del 3 de marzo de 1992** de la Dirección General de Planificación Sanitaria de la Conselleria de Sanitat i Consum por la que se autoriza la creación de la Unidad de Referencia de la Comunidad Valenciana de Reproducción Humana en el Hospital Universitario La Fe de Valencia.
- **Orden de 20 de octubre de 1992** de la Conselleria de Cultura, Educación y Ciencia, por la que se establecen normas de procedimiento para la aplicación al personal docente del Decreto 79/1991.
- **Ley 31/1995 de 8 de noviembre**, de Prevención de Riesgos Laborales.
- **Circular 0/97 de la Secretaría General de la Conselleria de Sanitat** para la ordenación de las actividades de las matronas en Atención Primaria y Atención Especializada.

- **Circular 1/97 de la Direcció General de Salut Pública** para la regulación del control serológico de las infecciones de transmisión vertical de la mujer embarazada en la Comunidad Valenciana.
- **Decreto 210/1997 de 10 de julio del Gobierno Valenciano**, por el que se crea la Comisión Interdepartamental de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres.
- **Circular 6/98 de la Direcció General de Salut Pública** para la organización de las actividades de interrupción voluntaria del embarazo en la Conselleria de Sanitat.
- **Decreto 126/1999 de 16 de agosto** del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se crea el Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanitat (SIP).
- 66 • **Ley 39/1999 de 5 de noviembre**, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.
- **Decreto 26/2000 de 22 de febrero** del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se establece el derecho a la asistencia sanitaria a ciudadanos extranjeros en la Comunidad Valenciana y que crea la “Tarjeta Solidaria”.

### ***Permiso de maternidad –baja maternal–***

- Descanso de 16 semanas en caso de parto simple, que se disfrutarán de forma ininterrumpida, ampliables en el supuesto de parto múltiple en dos semanas más por cada hijo a partir del segundo. El período de suspensión se distribuirá a opción de la interesada, siempre que seis semanas sean inmediatamente posteriores al parto.

- En caso de que el padre y la madre trabajen, al iniciarse el período de descanso por maternidad, ella podrá optar por transferir al padre una parte determinada e ininterrumpida del período de descanso posterior al parto, bien de forma simultánea o sucesiva con el de la madre.
- La mujer trabajadora recibirá durante el período de permiso, un subsidio procedente de la entidad gestora de la Seguridad Social equivalente al 100% de la base reguladora.
- Existe garantía del puesto de trabajo.
- Regulación vigente: Artículo 48.4 del Estatuto de los Trabajadores, Artículo 133 de la Ley General de la Seguridad Social, Ley 39/1999 para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, Directiva 92/85 del Consejo de las Comunidades Europeas.

## ***Permiso de lactancia***

- Derecho a ausentarse del trabajo para la lactancia de los hijos menores de nueve meses.
- Las ausencias del trabajo pueden ser de una hora durante la jornada, que bien puede fraccionarse en dos medias horas durante la misma, o bien puede sustituirse este derecho, a voluntad de la mujer, por una reducción de la jornada en media hora, con la misma finalidad. La concreción horaria y la determinación del período de disfrute del permiso de lactancia y de la reducción de jornada corresponderá al trabajador, quien deberá preavisar al empresario con quince días de antelación respecto a la fecha en que se reincorporará a su jornada ordinaria.

- El permiso de lactancia es un derecho de la madre trabajadora, aunque puede disfrutarse indistintamente por la madre o por el padre si ambos trabajan.
- Este permiso puede ser disfrutado, tanto en los casos de hijos biológicos como adoptados y en el caso de parto múltiple la jurisprudencia interpreta que este derecho se multiplica.
- Regulación vigente: Artículo 37.4 del Estatuto de los Trabajadores, Ley 39/1999 para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

### *Excedencia por cuidado de hijos/as*

68

- Derecho a un período de excedencia por cuidado de cada hijo/a con edad no superior a tres años a contar desde el nacimiento. La excedencia puede solicitarse en cualquier momento durante el período máximo de los tres a partir de la fecha del nacimiento, o en caso de adopción, desde la fecha de la resolución judicial o administrativa.
- Se garantiza la reserva del mismo puesto de trabajo durante el primer año de excedencia y la reserva de un puesto del mismo grupo profesional o categoría equivalente para el período restante de la excedencia.
- Se trata de un derecho que pueden ejercitar indistintamente el padre o la madre, biológicos o adoptivos, pero cuando ambos trabajen sólo puede ejercitarlo uno de ellos.
- Todo el período de excedencia para el cuidado de hijos/as, es computable a efectos de antigüedad.

- Regulación vigente: Artículo 46.3 y Disposición adicional 14 del Estatuto de los Trabajadores, Artículo 180.b de la Ley General de la Seguridad Social, Directiva 96/34 del Consejo de las Comunidades Europeas, Ley 39/1999 para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Bach i Vallmajor. Cribado de las malformaciones fetales. Estrategia, en: Cabero Roura, L. (coord.). *Cribado en Medicina Materno-fetal*, Barcelona, Ediciones Mayo, 2000, 67-78.
- Bricker L, Neilson JP. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation) (Cochrane Review), in: *The Cochrane Library*, 3, 2001. Oxford: Update Software.
- CDC. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease: A Public Health Perspective, *MMWR May 31*, 1996 / 45 (RR-7); 1-24.
- CDC. Prevention and Control of Influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), *MMWR Abril 20*, 2001 / 50 (RR04); 1-46.
- Comité Asesor de Vacunas (CAV). Asociación Española de Pediatría. Manual de Vacunas en Pediatría, CAV, 2001.
- Crowther CA. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation (Cochrane Review), in: *The Cochrane Library*, 3, 2001. Oxford: Update Software.
- Generalitat Valenciana. Plan de Salud de la Comunidad Valenciana (2001-2004). Conselleria de Sanitat, 2001.
- Generalitat Valenciana. Pla per la igualtat d'oportunitats entre hòmens i dones (2001-2004). Conselleria de Benestar Social, 2001.
- Gilbert RE, et al. Screening for Down's syndrome: effects, safety, and cost effectiveness of first and second trimester strategies. *BMJ*, 2001, 323:423.
- Grupo Español de Diabetes y Embarazo (G.E.D.E.). Diabetes Mellitus y Embarazo. "Guía Asistencial", Madrid, 2ª edición, 2000.

Lumley J, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and /or multivitamins for preventing neural tube defects (Cochrane Review), in: *The Cochrane Library*, 3, 2001. Oxford: Update Software.

Mahomed K. Iron and folate supplementation in pregnancy (Cochrane Review), in: *The Cochrane Library*, 3, 2001. Oxford: Update Software.

Mahomed K. Iron supplementation in pregnancy (Cochrane Review), in: *The Cochrane Library*, 3, 2001. Oxford: Update Software.

Neilson JP. Ultrasound for fetal assesment in early pregnancy (Cochrane Review), in: *The Cochrane Library*, 3, 2001. Oxford: Update Software.

S.E.G.O. *Documentos de consenso*, 2000.

72

S.E.G.O.; S.E.N. Recomendaciones para la prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Documento de Consenso, *Prog.Obstet.Ginecol.* 1998; 41:431-435.

Smaill F. Intrapartum antibiotics for Group B streptococcal colonisation (Cochrane Review), in: *The Cochrane Library*, 3, 2001. Oxford: Update Software.

U.S. Preventive Services Task Force. Guía de Medicina Clínica Preventiva, Barcelona, Medical Trends, 1998.

Wald NJ, Watt HC, Hackshaw AK. Integrated screening for Down's syndrome based on tests performed during the first and second trimesters. *The New England Journal of Medicine*, 1999, 341, 7: 461-467.

Walkinshaw SA. Dietary regulation for "gestational diabetes" (Cochrane Review), in: *The Cochrane Library*, 3, 2001. Oxford: Update Software.