

**UNIVERSIDAD DE ALMERÍA**

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

**División de Enfermería y Fisioterapia**



**Trabajo Fin de Grado en Enfermería**

**Convocatoria Junio 2016**

**PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LA MUJER GESTANTE**

**Autor: Pedro Gómez Martínez**

**Tutora: Josefa Márquez Membrive**

## **RESUMEN**

Se conoce como embarazo al periodo de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.

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.

Los Procesos Asistenciales nacieron con un objetivo clave: que la asistencia sanitaria incorporara la visión del paciente en el conjunto del equipo asistencial para la mejora de la continuidad asistencial.

El objetivo de este trabajo es analizar los protocolos de seguimiento de la mujer gestante de las distintas Comunidades Autónomas y/o países y verificar si existen discrepancias con el protocolo de asistencia a la embarazada de Andalucía.

Para su elaboración se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos de Ciencias de Salud como Medline, Google Académico, Scielo, Cochrane, Dialnet, Cuiden; así como en las diferentes Consejerías de Salud de las distintas Comunidades Autónomas.

Tras la revisión se ha podido comprobar que los protocolos de seguimiento de la mujer gestante en España, así como en todas sus Comunidades Autónomas y países revisados siguen una matriz común, pero cada Comunidad Autónoma lo amolda a sus necesidades, al tener las competencias sobre salud.

El protocolo de la mujer gestante sirve para que la embarazada llegue al parto y cuide de su hijo en el mejor estado biopsicosocial posible, sintiéndose la mujer con mayor aptitud para hacer frente al cuidado de su hijo; aunque es necesario que siga habiendo actualizaciones de los protocolos, ya que las necesidades de las gestantes cambian, así como la evidencia científica disponible.

## Índice:

➤ Resumen.....	2
➤ Introducción.....	4
➤ Objetivos.....	7
➤ Metodología.....	7
➤ Desarrollo y Discusión.....	8
❖ 1. Visitas Prenatales.....	8
❖ 2. Visita Puerperal.....	20
➤ Conclusión.....	23
➤ Bibliografía.....	24
➤ Anexos.....	27

## INTRODUCCIÓN

Se conoce como embarazo al periodo de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En éste se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos. El embarazo humano dura un total de 40 semanas.<sup>1</sup>

Aunque se trata de un proceso natural y no de una enfermedad, requiere preparación, vigilancia y cuidados, por ello los servicios de salud están revisando continuamente la manera de prestar una atención sanitaria que permita a las mujeres vivirlo de forma agradable y segura. En el seguimiento del embarazo y en la atención al parto y postparto, además de la atención sanitaria, hay que considerar múltiples factores que van a condicionar de una u otra forma el desarrollo del bebé y el bienestar de la mujer. En este sentido, unas condiciones de vida favorables así como la forma de cuidarse a sí misma (autocuidados), pueden contribuir a hacer más comfortable el proceso.<sup>1</sup>

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 de atención especializada.<sup>2,3</sup>

El embarazo es una etapa natural dentro de la vida de la mujer, pero, a pesar de ello, existen embarazos en los que pueden presentarse complicaciones que supongan un mayor riesgo de lesión, daño o muerte, tanto para la madre como para el hijo o hija. Éstos son lo que denominamos embarazos de riesgo, siendo responsables del 75-80% de la mortalidad perinatal.<sup>4</sup> Es por ello que cada país de Europa tiene sus propios Screening para determinar las posibles enfermedades prenatales que puede tener el feto en el embarazo, para así poder tomar medidas de manera precoz.<sup>5</sup>

La mortalidad materna es muy baja en España. Esta baja tasa de mortalidad es debida en gran parte a la atención correcta a la mujer en el embarazo por parte del Sistema

Nacional de Salud, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. El sistema sanitario debe seguir manteniendo esta calidad en las prestaciones ya que la buena atención durante el embarazo y parto pueden causar beneficios en la salud a lo largo de la vida.<sup>6</sup>

El control del embarazo en Atención Primaria pretende la preparación global para la maternidad, influyendo en una etapa de especial vulnerabilidad para la salud materno-fetal en la que, además, existe una mayor receptividad materna para las actividades de educación para la salud.<sup>7</sup>

Los principales objetivos de un programa de seguimiento de embarazo deben estar encaminados a reducir, entre otros, la incidencia de bajo peso al nacer, el número de abortos y la morbimortalidad de causa obstétrica, así como promover la lactancia materna. Como en todos los ámbitos de la atención sanitaria, para conseguir estos objetivos debemos asegurarnos que la asistencia que prestamos alcanza un nivel de calidad necesario.<sup>8</sup>

Los Procesos Asistenciales nacieron con un objetivo clave: que la asistencia sanitaria incorporara la visión del paciente en el conjunto del equipo asistencial para la mejora de la continuidad asistencial.<sup>9</sup>

Asimismo, perseguían que la práctica clínica se desarrollara en base a la mejor evidencia científica disponible, y que los profesionales tuvieran una guía que les permitiera disminuir la variabilidad en la práctica clínica cada vez más compleja y especializada. Con estos fines ha estado trabajando la Consejería de Salud durante estos años y, ahora ha llegado el momento de avanzar hacia una mayor implicación de los profesionales para mejorar la atención a la ciudadanía. Se trata también de superar el binomio individual que se produce en la relación asistencial, para aprovechar lo mejor de esa relación: la confianza, la capacidad de administrar el conocimiento, la capacidad de decidir conjuntamente.<sup>9</sup>

Los Procesos Asistenciales Integrados son una herramienta de mejora de la calidad asistencial que permiten centrar nuestras actuaciones en el usuario, implicar a los profesionales como principales protagonistas del cambio, garantizar una práctica clínica acorde con el conocimiento científico disponible, facilitar la continuidad asistencial y evaluar los resultados obtenidos.<sup>9</sup>

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) se ha reafirmado, en estos años, como la herramienta de mejora continua y ha contribuido a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y a mejorar los resultados en salud, gracias a una importante implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua de la calidad, teniendo presente las expectativas de las personas.<sup>10</sup>

La atención al embarazo normal, en la Comunidad Autónoma andaluza, se viene realizando desde los años 80 por diferentes profesionales de atención primaria y especializada. En el año 2002 se publicó el primer Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio en el que se consolidó el modelo de atención compartida, teniendo en cuenta las expectativas de todos los integrantes del PAI, tanto gestantes como profesionales.<sup>11</sup> Posteriormente en el año 2005, se publicó la 2ª edición<sup>12</sup> y en 2014, nuevamente, se ha vuelto a someter a una actualización.<sup>10</sup>

Aunque se han producido grandes avances todavía existe cierto intervencionismo en el parto, unas veces por utilización de intervenciones validadas científicamente, pero no siempre bien indicadas y otras por el mantenimiento de actuaciones carentes de evidencia o incluso no recomendadas.<sup>10</sup>

La evidencia científica disponible muestra que existe una clara relación entre la calidad de la atención prenatal prestada a las mujeres embarazadas de una comunidad y la salud materna y perinatal, valorada por los índices de mortalidad materna, mortalidad perinatal, bajo peso al nacer y prematuridad.<sup>13,14</sup>

La mejoría socioeconómica y sanitaria experimentada en los últimos 30 años en los países de nuestro entorno ha conseguido reducir la mortalidad materna a expensas de causas directas, debido a este progreso se ha conseguido que mujeres con severas patologías puedan optar por gestar, hecho imposible hace unos años.<sup>14</sup>

El objetivo fundamental de los cuidados prenatales o vigilancia prenatal es la detección precoz de cualquier anomalía y/o factor de riesgo que pueda existir o aparecer durante la gestación para aplicar las medidas de asistencia y control adecuadas. Por eso, la vigilancia del embarazo desde las primeras semanas de gestación es primordial para detectar cuanto antes los embarazos de riesgo y prevenir las consecuencias no deseadas para la madre y el recién nacido.<sup>13</sup>

Es importante detectar los posibles riesgos no solo obstétricos y clínicos, sino también psicosociales. Así mismo, es importante que las mujeres tomen decisiones informadas de una forma individualizada.<sup>6,15</sup>

La vigilancia prenatal es, por tanto, una herramienta para reducir la morbi-mortalidad maternoperinatal relacionada con el hecho reproductivo.<sup>13</sup>

## **OBJETIVO**

Analizar los protocolos de seguimiento de la mujer gestante de las distintas Comunidades Autónomas y/o países.

Verificar si existen discrepancias entre los distintos protocolos revisados.

## **METODOLOGÍA**

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema “Proceso asistencial integral de las embarazadas”. Con el objetivo de localizar artículos de interés sobre el tema de estudio se ha realizado una búsqueda online en las siguientes bases de datos de Salud:

- Medline
- Scielo
- Cochrane
- Dialnet
- Cuiden
- Google Académico
- Así como en las diferentes Consejerías de Salud de las distintas Comunidades Autónomas.

Se han revisado estas bases de datos por ser ampliamente utilizadas en el ámbito científico y los términos incluidos en las búsquedas fueron, entre otros:

- Proceso asistencial de las embarazadas.
- Cuidados de las embarazadas.

- Guía de control del embarazo.
- Protocolo de actuación en embarazadas.

La búsqueda se limitó a protocolos y guías que están escritos en castellano, inglés y catalán, y cuya antigüedad no fuera mayor de 10 años (2002-2016). Por último se ha procedido a la búsqueda manual de la bibliografía de los protocolos y guías.

## **DESARROLLO Y DISCUSIÓN**

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 enfermeras. El control del embarazo normal se realizará de manera coordinada entre los profesionales de atención primaria y de atención especializada.<sup>2</sup>

El Proceso de la Asistencia Integral de la mujer gestante tomando como referencia el de la Comunidad Andaluza es el siguiente<sup>10,30</sup> (Anexo 1):

### **1. VISITAS PRENATALES**

#### **1º Recepción de la gestante**

Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la gestante mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y el Número Único de Historia de Salud de Andalucía (NUHSA).

La primera visita es igual en todas las comunidades autónomas, con una primera toma de contacto entre la enfermera y la embarazada.

En esta primera visita se debe informar a las embarazadas que existen varios tipos de vacunas de las cuales algunas están contraindicadas en el embarazo pues contienen virus activos en su composición, que pueden causar daños al embrión. Éstas son:

- Triple viral (sarampión, rubéola y paperas)
- Vacuna contra la varicela
- Vacuna antipoliomielítica
- Vacuna contra las fiebres amarilla y tifoidea
- Vacuna contra la viruela



En EEUU el calendario gestacional se asemeja a los calendarios españoles, realizando la recepción de la gestante antes de la 8 semana de gestación.<sup>16,17</sup> (Anexo 2)

En Reino Unido es en esta visita donde se dan información sobre estilos de vida, pero no se realiza ninguna prueba. En cuanto al número de visitas y frecuencia sigue el mismo patrón que en España.<sup>18</sup> (Anexo 3)

En Australia se realizan 7 visitas, mientras que en el resto de los sitios se suelen realizar 10.<sup>19</sup>

En Noruega se realizan 8 visitas.<sup>20</sup> (Anexo 4)

## **2ª Valoración (semana 6-10) -Médico de Familia, Matrona y Enfermera-**

La primera visita prenatal se desarrollara preferentemente en el transcurso de las 8 primeras semanas de gestación (SG).

Se recomienda explorar, inicialmente, la aceptabilidad de la gestación y ofrecer, en caso de que sea procedente, información relativa a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Existen 4 países latinoamericanos que permiten la Interrupción Voluntaria del Embarazo sin ningún tipo de problema, 11 países que la permiten bajo determinadas circunstancias y 5 países en los que está penado abortar.<sup>21</sup> (Anexo 5)

Se tendrá en cuenta la multiculturalidad, los valores y determinantes sociales, ofreciendo soporte psicosocial, incluyendo la detección de maltrato.

Se realizará una historia clínica estructurada con la finalidad de valorar el estado general de la mujer e identificar la necesidad de cuidados adicionales, poniendo especial énfasis en:

- Antecedentes

Se realizará una exploración general con especial atención a:

- Medición de la presión arterial para detectar el riesgo de preeclampsia
- Cálculo del Índice de Masa corporal (IMC), para identificar a aquellas mujeres que requieran un seguimiento de la ganancia del peso durante su embarazo.<sup>22</sup>

Se ofertará específicamente la realización del diagnóstico prenatal para la detección de anomalías congénitas, detallando las características, objetivos, limitaciones y las

implicaciones de hallazgos patológicos de la ecografía y la prueba de despistaje de cromosomopatías.

Se solicitarán las siguientes pruebas de laboratorio que deberán ser realizadas entre la 9ª y 10ª semana de gestación:

- Cribado de compatibilidad Rh, del grupo sanguíneo ABO y de anticuerpos irregulares.
- Cribados de:
  - ✓ Anemia mediante hemograma
  - ✓ VHC no tendrá carácter
  - ✓ Enfermedad de Chagas a todas aquellas mujeres originarias de países hispanoamericanos o que han permanecido durante un tiempo en una zona endémica<sup>5</sup>
  - ✓ Cromosomopatías (marcadores bioquímicos) en caso de aceptación de diagnóstico prenatal
  - ✓ Diabetes gestacional (Test de O'Sullivan) en el primer trimestre en aquellas mujeres con uno o más factores de riesgo
  - ✓ No se recomienda el cribado de disfunción tiroidea de manera rutinaria a todas las gestantes, salvo en las que tienen factores de riesgo
- Urocultivo

Se procederá a la apertura y cumplimentación del Documento de Salud de la Embarazada (DSE).

Se gestionarán las siguientes citas:

- Consulta con Obstetra (11-13 SG)
- Preparación al nacimiento y crianza (actividades grupales del primer trimestre)
- Próxima cita en Atención Primaria

Se darán recomendaciones específicas sobre:

- Dieta, medidas higiénicas, estilo de vida durante la gestación y relaciones sexuales
- La administración de la vacuna antigripal inactivada durante la temporada gripal
- Medidas preventivas de la toxoplasmosis
- Riesgos y derechos laborales
- Efectos del tabaquismo en su salud y la del feto, así como los beneficios del abandono del tabaco. Se ofrecerán intervenciones basadas en la educación y

motivación (incluida la participación en programas de deshabituación tabáquica) para conseguir el abandono del tabaquismo

- La contraindicación de utilizar antisépticos yodados durante el embarazo, parto y lactancia materna en la madre y posteriormente en el recién nacido/a (RN)

Se valorarán las pruebas solicitadas y se informará a la gestante de las actividades a realizar y de los resultados obtenidos, comprobándose que ha comprendido la información y dejando registro documental en la Historia de Salud (HS) y en el Documento de Salud de la Embarazada.

En la Comunidad Valenciana, en el primer trimestre de gestación, 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.<sup>2</sup>

En Castilla y León se intenta que la primera vista se realice antes de la 12 semana de gestación, ya que así se puede detectar de manera precoz posibles factores de riesgo y actuar sobre ellos de manera inmediata.<sup>7</sup>

En Cataluña, se recomienda que la primera visita tenga lugar antes de la segunda falta y a partir de ese momento se establecerá el calendario de visitas y pruebas y el ritmo de visitas debe ser, en principio, mensual. Pero puede adaptarse en cada caso, ya que hay situaciones que pueden requerir un mayor control del embarazo.<sup>23</sup>

En la Comunidad de Madrid se realiza lo mismo que en las demás comunidades en la primera visita, y las siguientes visitas se establecerán según vaya el curso del embarazo, siendo en general, más frecuentes al final. Durante el embarazo se suelen programar de 4 a 8 visitas en las que el personal sanitario comprobará que la madre y el feto se encuentran bien.<sup>1</sup>

En Cantabria la primera consulta prenatal debe realizarse lo más precozmente posible y preferiblemente de forma conjunta por el médico/a de familia y la matrona intentando que se realice antes de las 12 semanas de gestación ya que existe evidencia científica de que una primera visita antes de las 12 semanas de gestación se acompaña de mejores resultados perinatales.<sup>4</sup>

En Murcia la primera visita se realiza entre la semana 9-11, pero las actividades realizadas son las mismas que en otras comunidades autónomas.<sup>6</sup>

En EEUU, esta visita es la más larga, al igual que ocurre en España. En ella se realiza la ecografía y se realizan las actividades pertinentes para conocer el estado de salud de la gestante y los posibles riesgos que puede tener.<sup>16</sup>

En Reino Unido esta visita se realiza entre la semana 8-12 de gestación y se llevan a cabo pruebas similares a las realizadas en España.<sup>18</sup>

El protocolo Australiano aconseja que en esta visita la gestante venga sola, ya que al venir acompañada puede influir en el hecho de que no nos cuente la verdad sobre maltrato de género o problemas familiares que tenga.<sup>19</sup>

Las pruebas realizadas en Noruega son prácticamente las mismas, lo que llama la atención es que las mujeres pueden decidir si su primera visita la realizan con el médico o con la matrona.<sup>20</sup>

### **3ª Valoración semana 12 (11-13) -Obstetra, Enfermera-**

Es la primera visita en atención especializada.

Se actualizará la anamnesis y exploración clínica, teniendo en cuenta la valoración realizada en AP y registrada en el DSE.

En caso de aceptación del diagnóstico prenatal, se realizará el Cribado Combinado del 1er Trimestre (CC1T), mediante la exploración ecográfica del 1er trimestre (11+1 a 13+6 SG), con medición de la translucencia nucal y la valoración de los marcadores bioquímicos junto a la edad materna, para el cálculo del riesgo de cromosopatías

- Cribado negativo: Informe a AP y seguir control normal del embarazo
- Cribado positivo: Derivación a Unidad Especifica

Con la ecografía del 1er trimestre se procederá también a:

- Identificar el número de embriones
- Diagnosticar la cigosidad y amniosidad en caso de gestación múltiple
- Identificar el latido cardiaco embrionario
- Estimar la edad de gestación
- Observar la morfología embrionaria
- Identificar la existencia de patología uterina y/o anexial

Se reforzarán los consejos sobre:

- La necesidad de la profilaxis (ácido fólico y yoduro potásico)

- La actividad laboral de la gestante
- Los hábitos de vida saludables, la dieta, estilo de vida durante la gestación y relaciones sexuales
- Los efectos beneficiosos de la lactancia materna

Se incentivará la participación en la actividad grupal para Preparación al nacimiento y crianza.

Se cumplimentará el Documento de Salud de la Embarazada.

El protocolo de la Comunidad Valenciana es muy similar al de la andaluza. Las actividades que se realizan en las primeras consultas son las mismas y se aporta la misma información sanitaria.<sup>2</sup>

Tras la primera visita, realizada lo antes posible, recomiendan realizar visitas cada 4 semanas hasta la semana 36, cada 2 semanas hasta la semana 38 y posteriormente semanal.<sup>7</sup>

En Madrid el equipo sanitario establecerá la frecuencia de las consultas en función de las necesidades de cada mujer.<sup>1</sup>

En Cantabria las sucesivas visitas prenatales pueden ser realizadas de forma alternativa por el médico/a de familia y por la matrona, o bien de forma conjunta.<sup>4</sup>

En todos los protocolos de las Comunidades Autónomas establecen que es en esta visita cuando se debe de realizar la primera ecografía, tal y como establece el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.<sup>6</sup>

En Reino Unido, es en esta visita donde también se realiza una ecografía para verificar el estado del feto.<sup>18</sup>

#### **4ª Visita preparación al nacimiento y crianza primer trimestre –Matrona y/o Enfermera de AP-**

Esta visita se ofertará a todas las gestantes.

Se facilitará la asistencia de la pareja y se atenderán los siguientes contenidos:

- Cuidados, dudas y temores en el embarazo. Esta actividad se resalta en la Comunidad de Madrid, donde las mujeres pueden expresar y resolver dudas, lo

que puede aumentar el sentimiento de seguridad y facilitar la toma de decisiones con respecto al embarazo parto y periodo posterior, al igual que en todas las Comunidades Autónomas<sup>1</sup>

- Cambios fisiológicos
- Molestias habituales
- Consejos sobre hábitos de vida saludable<sup>24,25</sup>
- Beneficios de la lactancia materna, explorándose las expectativas sobre la misma
- Riesgos para el feto y RN de determinadas enfermedades inmunoprevenibles y la administración de vacunas

## **5º Valoración Semana 16 (16-18) -Médico de Familia, Matrona y/o Enfermera-**

A las gestantes no investigadas previamente se les propondrá el cribado bioquímico para la detección de anomalías congénitas mediante la realización, tras consentimiento verbal, del Cuádruple Test hasta la 17 SG

Refuerzo de las recomendaciones sobre hábitos de vida saludable

Se informará a la gestante de los resultados de las pruebas realizadas dejando constancia documental en la HS y en el DSE

Es en esta visita donde en Murcia, Cantabria y Valencia se solicita el Test de O'Sullivan para realizarlo entre la semana 24-28 de gestación, mientras que en Andalucía se pide en la segunda visita para realizarlo entre la semana 9-11 de gestación.<sup>2,6,10</sup>

Igual que se realiza en el resto de las Comunidades Autónomas, así como en Australia.<sup>19</sup>

Es en esta visita (17-19) cuando se realiza la primera ecografía en Noruega.<sup>20</sup>

## **6º Valoración semana 20 (19-21) -Obstetra, Enfermera-**

Se realizará exploración ecográfica del 2º trimestre, alrededor de la 20 SG, para el cribado de malformaciones estructurales, previa aceptación de la gestante

- Riesgo bajo de anomalías: Continuar control normal del embarazo
- Riesgo elevado de anomalías: Derivación a Unidad Específica

Con la ecografía del 2º trimestre se cubrirán también los objetivos de la ecografía del 1er trimestre, si esta no se hubiera realizado

Se valorará la necesidad de cuidados adicionales

Refuerzo de recomendaciones y consejo sobre hábitos de vida saludable

Se informará a la gestante de los resultados de las pruebas realizadas dejando constancia documental en la HS y en el DSE.

En Valencia, en el segundo trimestre de gestación se recomienda la realización de dos controles en atención primaria y uno en especializada. En atención primaria se centra en dejar que hable la embarazada y que nos exprese su estado de ánimo, mientras que en atención especializada se realizan pruebas destinadas a averiguar defectos congénitos.<sup>2</sup>

En Madrid, la segunda ecografía se hace entre la semana 20-22.<sup>1</sup> En el resto de las Comunidades Autónomas también se realiza la ecografía en esta visita con una variación de 1 semana más o menos, igualmente en Reino Unido y en EEUU se realiza la segunda ecografía para detectar anomalías, mientras que en Australia sería la primera ecografía la que se realiza en estas semanas.<sup>16,18,19</sup>

## **7ª Valoración Semana 24 (24-26) -Matrona, Médico de Familia, Enfermera-**

Se solicitará, para valorar los resultados en la siguiente visita:

- Cribado de anemia
- Test de O'Sullivan en el segundo trimestre (entre 24-28 SG):
  - ✓ A todas las gestantes como prueba de cribado universal
  - ✓ En aquellas gestantes en las que se identifique cualquiera de los factores de riesgo de diabetes gestacional con un resultado negativo en el cribado del primer trimestre, o con un resultado positivo y una curva de glucemia no diagnóstica
- En las gestantes Rh(-) con incompatibilidad Rh repetición del Test de Coombs indirecto

Se recomienda la administración de la vacuna antitetánica Td (tétanos-difteria) en las gestantes que no tienen pauta de vacunación completa, evitando su administración durante el primer trimestre del embarazo

Se valorará la necesidad de cuidados adicionales

Se reforzarán las recomendaciones y consejo sobre hábitos de vida saludable

Se informará a la gestante de los resultados de las pruebas realizadas dejando constancia documental en la HS y en el DSE

En esta visita, en todas las Comunidades Autónomas, así como en EEUU y Australia se realiza el Test de O'Sullivan a todas las mujeres gestantes para diagnosticar si padecen diabetes gestacional.

## **8ª Visita Preparación al nacimiento y crianza tercer trimestre (>28 SG) -Matrona, Enfermera de AP-**

Se ofertará a todas las gestantes un mínimo de 3 sesiones a partir de la 28 SG, con los siguientes contenidos.

- Entrenamiento en técnicas de relajación, respiración y ejercicio
- Facilitación para la expresión de dudas y temores
- Fomento de la lactancia materna
- Refuerzo del:
  - ✓ Protagonismo de la pareja en todo el proceso
  - ✓ Consejo sobre hábitos de vida saludable

Se informará sobre:

- Los derechos de los padres y del RN
- Proceso del parto, puerperio y cuidados del RN
- Las distintas opciones de analgesia para el parto
- Los beneficios y el calendario del cribado de metabolopatías (prueba del talón)
- Riesgos para el feto y RN de determinadas enfermedades inmunoprevenibles y la administración de vacunas
- La posibilidad de realizar donación voluntaria de sangre del cordón umbilical (SCU) al Banco de Sangre de Cordón Umbilical de Andalucía<sup>26</sup>

En todas las Comunidades Autónomas es en esta semana de gestación donde se realiza la Educación Maternal, a excepción de Murcia, que se realiza entre la semana 24-28.<sup>6</sup> (Anexo 6).

## **9ª Visita Valoración semana 28 (28-30) -Médico de Familia, Matrona, Enfermera-**

Se solicitará Test de O'Sullivan en el tercer trimestre a:

- Las gestantes que no hayan sido estudiadas en el segundo trimestre



- Aquellas gestantes en las que el estudio resultó negativo pero posteriormente ellas o el feto desarrollan complicaciones relacionadas con la Diabetes Mellitus Gestacional (sospecha de macrosomía o hidradnios)

En gestantes Rh(-) no sensibilizadas (Coombs indirecto negativo) se administrará profilaxis con 300 µg (1500 UI) de gammaglobulina anti-D para reducir el riesgo de sensibilización

Se valorará la necesidad de cuidados adicionales

Se reforzarán las recomendaciones sobre:

- Preparación al nacimiento y crianza
- Hábitos de vida saludable

Se ofrecerá a las gestantes la posibilidad de elaborar un Plan de Parto y Nacimiento que permita conocer sus preferencias y planificarlas conjuntamente conforme al documento de “Buenas Prácticas”

En esta fase los Cuidados irán orientados a:

- El trabajo de parto y métodos para el alivio del dolor
- La posibilidad de donación voluntaria de SCU al Banco de Sangre de Cordón Umbilical de Andalucía y su procedimiento<sup>26</sup>

En todas las Comunidades Autónomas, así como en Reino Unido, Noruega y Australia, la profilaxis de gammaglobulina anti-D se administra la semana 28 de gestación, excepto en Murcia, que se administra entre la semana 28-34 de gestación.<sup>6,19,20</sup>

En Valencia, en el tercer trimestre de gestación, se recomienda la realización de dos controles en atención primaria y uno en especializada. A partir de la semana 36 se realizarán controles cada dos semanas hasta el momento del parto.<sup>2</sup>

En los demás protocolos no se manifiesta cuando realizar el Test de O’Sullivan en el tercer trimestre de gestación.

## **10ª Visita Valoración semana 34 (33-35) -Obstetra, Enfermera-**

Se realizará la exploración ecográfica del 3er trimestre (32-36 SG)

Se valorará la necesidad de cuidados adicionales

Se reforzarán las recomendaciones relativas a:

- Preparación al nacimiento y crianza

- Consejo sobre hábitos de vida saludable

Se informará a la gestante, dejando constancia documental en la HS y en el DSE, acerca de:

- La evolución de la gestación
- La posibilidad de donación voluntaria de SCU al Banco de Sangre de Cordón Umbilical de Andalucía y su procedimiento<sup>26</sup>

En todas las Comunidades Autónomas se realiza la 3ª exploración ecográfica tal y como establece el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.<sup>2</sup>

En Australia, en la semana 34, se realiza la segunda ecografía.<sup>19</sup>

En Cantabria la frecuencia de las visitas prenatales son más frecuentes al final del embarazo que al principio, realizándose al principio mensualmente, después quincenalmente y al final semanalmente. Esto mismo ocurre en las demás comunidades autónomas y países comparados.<sup>4</sup> (Anexo 7)

Es en esta semana cuando en Reino Unido y Australia se administra la segunda dosis de la profilaxis de gammaglobulina anti-D, cosa que no se realiza en España hasta después del parto. Además no se realiza ninguna ecografía, ya que solo están establecidas dos ecografías en este país, al igual que en EEUU.<sup>16,18,19</sup>

## **11ª Visita Valoración semana 36 (35-37) –Matrona, Médico de Familia, Enfermera-**

Se solicitará cultivo vagino-rectal del estreptococo del Grupo B, salvo si se ha aislado previamente en orina o si ha tenido un hijo anterior afecto de una infección neonatal por EGB, porque en ambos casos será necesario realizar tratamiento durante el parto.

Se valorará la necesidad de cuidados adicionales.

Se reforzarán las recomendaciones sobre hábitos de vida saludable.

Se informará a la gestante sobre la Preparación al nacimiento y crianza:

- Las distintas opciones de analgesia para el parto
- Los signos y síntomas de parto y de trabajo de parto; signos y síntomas de alarma
- Cuidados del RN; el contacto piel con piel entre madre y RN

- Cuidados de la madre en el posparto; asesoramiento sobre los cambios emocionales
- Calendario de citas postparto y visita puerperal

En todas las Comunidades Autónomas revisadas se llevan a cabo las mismas actividades en esta visita y, a partir de ésta, las visitas se programan semanalmente en Atención Especializada con la obstetra.

Es en esta semana cuando se administra la segunda dosis de la profilaxis de la gammaglobulina anti-D en Noruega.<sup>20</sup>

Además, desde la semana 32 a la 36 de gestación se le da información a la mujer sobre la lactancia, el parto y sobre los diferentes cuidados obstétricos que hay en Noruega.<sup>20</sup>

Una diferencia que hay entre los protocolos Españoles y los extranjeros es que en las visitas, aparte de medir el peso y la tensión arterial de la madre, en los protocolos extranjeros se mide en cada visita la proteinuria realizándoles un test de orina.<sup>16,18,19,20</sup>

## **12ª Valoración semana 39-40** –Obstetra, Matrona y/o Enfermera-

Cardiotocografía para el control del bienestar fetal: En gestaciones sin riesgo de desarrollar complicaciones no está recomendado comenzar el estudio de bienestar fetal antes de la 40 SG.

Se valorará la necesidad de cuidados adicionales.

Se reforzarán las recomendaciones relativas a:

- Preparación al nacimiento y crianza
- Consejo sobre hábitos de vida saludable

Se informará de manera clara y precisa a la embarazada sobre el estado de la gestación.

- Específicamente se informará sobre distintas opciones de analgesia para el parto; en el caso de analgesia epidural se entregará el Formulario de Información y Consentimiento Informado escrito si éste no ha sido entregado anteriormente

En Noruega, la gestante de bajo riesgo puede decidir si dar a luz en el hospital o en su casa, siempre y cuando la matrona esté disponible para poder ir a su domicilio.<sup>20</sup>

## **2. VISITA PUERPERAL**

Tras el parto, el protocolo en la Comunidad Andaluza dice:

### **Visita Puerperal –Matrona y Enfermera de AP-**

Se concretará la cita preferentemente para el tercer o cuarto día de vida del RN

Se verificará la identidad inequívoca de la madre

Se realizará:

- La revisión de datos del parto y vivencias
- La valoración de:
  - ✓ La situación actual, estado anímico, cambio emocional (ante la sospecha de depresión postparto se aplicará Escala Edinburgh)
  - ✓ Del Apoyo Familiar y Social
  - ✓ De las estrategias de afrontamiento
- La valoración de si es precisa una exploración de la madre relativa a:
  - ✓ Estado general
  - ✓ Mamas
  - ✓ Cicatriz de episiotomía o cesárea previa
  - ✓ Involución uterina
  - ✓ Loquios
- La exploración del RN:
  - ✓ Aspecto general
  - ✓ Vitalidad
  - ✓ Hidratación
  - ✓ Coloración
  - ✓ Reflejos
  - ✓ Estado del ombligo
- La evaluación de la nutrición del RN, valorando como se está alimentando y reforzando la lactancia materna o repasando con la madre la manera mas adecuada de alimentación con leche artificial

Se completará el calendario vacunal en aquellas mujeres en las que no exista evidencia de inmunización, tan pronto como sea posible después del parto y valorando los riesgos y beneficios

Se darán recomendaciones relativas a:

- Higiene general
- Ejercicios para la recuperación del periné
- Programa de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en mujeres que presentan incontinencia urinaria o fecal después del parto
- Descanso de la madre
- Cuidados del bebé y signos de alerta de complicaciones
- Refuerzo de la lactancia natural si está lactando
- Refuerzo del proceso y de los distintos aspectos de la vinculación madre/hijo
- Riesgos para el RN de determinadas enfermedades inmunoprevenibles y la administración de vacunas
- Reforzar el consejo sobre hábitos de vida saludable
- Actividad sexual y anticoncepción

Se garantizará la continuidad de los cuidados a la madre, al RN y a la familia.<sup>10</sup>

Es en la “Visita Puerperal” donde existen mayor número de diferencias entre los protocolos, ya no en el contenido, sino cuándo y en donde se realiza.

En la Comunidad Valenciana, la visita puerperal en atención primaria se realiza 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).<sup>2</sup>

En Castilla y León, en cuanto a la primera visita puerperal, se realizará antes del 10º día tras el parto por el personal de enfermería/matrona preferentemente en el domicilio, si la madre lo acepta.<sup>7</sup>

En Cataluña, después del parto, se debe contactar con la matrona para realizar una visita de control, así como para facilitar el acceso a los grupos de educación sanitaria de posparto o grupos de apoyo a la lactancia materna. Se puede solicitar una visita domiciliaria a la matrona del Centro de Atención Primaria. En condiciones normales, se recomienda hacer el control antes de finalizar las seis semanas después del parto.<sup>23</sup>

En Madrid es recomendable pedir cita a la matrona para la primera revisión que se realiza en la primera semana después del parto y también con el pediatra para la valoración del bebé. La matrona hará el seguimiento personalizado de cada mujer, tanto en el puerperio como una vez pasado éste, a fin de valorar la recuperación, adaptación y control de la natalidad si la mujer lo estima oportuno. Aunque en cualquier momento, se puede pedir cita con ella para resolver las dudas que vayan surgiendo. También se pueden organizar sesiones grupales en el Centro de Salud organizadas por la matrona para compartir vivencias con otras madres.<sup>1</sup>

En Cantabria la visita puerperal se realizará por la matrona del Equipo de Atención Primaria lo antes posible y, en cualquier caso, durante los primeros 10 días postparto. Podrá ser realizada en el domicilio o en el Centro de Salud. Se llevará a cabo independientemente de que el embarazo haya sido controlado o no en el Centro de Salud. El hospital de referencia notificará al Centro las altas postparto y éste se pondrá en contacto telefónico con la mujer para proponer esta visita y planificar el momento adecuado para realizarla.<sup>4</sup>

En Murcia la primera visita puerperal se realizará por la matrona del Equipo de Atención Primaria lo antes posible preferentemente entre los 3-8 días postparto, independientemente del tipo de parto. Podrá ser realizada en el Centro de Salud o en el domicilio si la mujer no puede desplazarse. Se llevará a cabo independientemente de que el embarazo haya sido controlado o no en el Centro de Salud. El hospital de referencia es el que debería notificar al Centro las altas postparto y para que éste se ponga en contacto telefónico con la mujer para proponer esta visita y planificar el momento adecuado para realizarla.<sup>6</sup>

Por lo tanto, mientras que en la Comunidad Valenciana, Castilla y León, Cataluña se realiza la visita puerperal siempre en el domicilio, en Madrid y Andalucía se realiza en el Centro de Salud. Es en Cantabria y en Murcia donde la gestante decide si realizarla en el domicilio o en el Centro de Salud.

En Reino Unido, una vez que se da a luz, la mujer se puede quedar en el hospital o volver ese mismo día, con la tranquilidad de que la matrona le ayudará ante cualquier duda y se dirigirá a la casa de la gestante en el momento que ésta necesite su ayuda.<sup>18</sup>

En EEUU la visita de postparto rutinaria debería hacerse aproximadamente 3-4 semanas después del parto, pero no más tarde de 6 semanas; sin embargo, una temprana visita de postparto en 1-2 semanas después de la parto también debería ser considerada para las mujeres que han dado a luz por cesárea o pueden tener un alto riesgo de depresión postparto.<sup>16</sup>

Como se puede ver en el Anexo 8, las pruebas realizadas en todas las Comunidades Autónomas son las mismas, pudiendo variar ligeramente las semanas de las visitas.<sup>3,27</sup>

Los procesos asistenciales han aumentado la calidad del control del embarazo según Martínez Galiano<sup>28</sup>, sin embargo, Maderuelo<sup>29</sup> afirma que hay una mayor satisfacción en el control de las embarazadas desde AP respecto a las controladas en AE, debido a que las embarazadas esperaban encontrar una mejor atención recibida en AE frente AP, donde han encontrado una dotación tecnología superior a la esperada. Los resultados de ese estudio valoran la mayor accesibilidad, la continuidad por parte del mismo profesional, la atención suficiente, el respeto, la información recibida, el trato individualizado y una menor lista de espera en los centros de salud respecto al hospital, hecho que se tiene que tener en cuenta para mejorar este sistema.

## CONCLUSIÓN

Los protocolos de seguimiento de la mujer gestante en España, así como en todas sus Comunidades Autónomas y países incluidos en esta revisión siguen una matriz común, pero cada Comunidad Autónoma lo amolda a sus necesidades, al tener las competencias sobre salud.

Aunque el Protocolo de la mujer gestante andaluz sea uno de los más completos, debería actualizarse en cuando a la visita puerperal, dando más facilidad a la madre tal y como se hace en otras comunidades, pudiendo hacer el seguimiento indistintamente tanto la matrona como la enfermera en el domicilio, sin que la madre tenga que desplazarse al centro de salud.

Aunque la mujer gestante se sienta satisfecha con el protocolo actual de seguimiento es necesaria la revisión de éstos ya que tanto los estilos de vida como las necesidades de las gestantes van cambiando, así como la evidencia científica.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Consejería de Sanidad. Para una maternidad saludable. Nueve meses para compartir. Madrid: Comunidad de Madrid. 2012.
- (2) Conselleria de Sanitat. Control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana. Manual para profesionales. Valencia: Generalitat Valenciana. 2002.
- (3) Ubeira B, González I y Terceiro D. Seguimiento del embarazo de bajo riesgo en atención primaria. Centro de salud Concepción Arenal. Santiago de Compostela. 2013;19:173-180.
- (4) Consejería de Sanidad. Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio. Cantabria: Gobierno de Cantabria. 2007.
- (5) European Surveillance of Congenital Anomalies. Prenatal Screening Policies in Europe. EUROCAT Central Registry. 2010.
- (6) Consejería de Sanidad y Política Social. Programa Integral de Atención a la Mujer. Región de Murcia: Servicio Murciano de Salud. 2012.
- (7) Sociedad Castellanoleonesa de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía de control y seguimiento del embarazo en atención primaria. Castilla y León: Junta de Castilla y León. 2012.
- (8) Sánchez R, Álvarez R, Aroca M, del Río L, Fernández J y Campoo C. Control de calidad del seguimiento del embarazo normal en atención primaria. Centro de Salud San Blas. Parla. Área 10. Madrid. 2001;27(8):537-541.
- (9) Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales Integrados. Andalucía: Junta de Andalucía. 2ª Edición. 2009.
- (10) Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Proceso Asistencial Integrado: Embarazo Parto y Puerperio. Andalucía: Junta de Andalucía. 3ª Edición. 2014.
- (11) Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales Integrados. Andalucía: Junta de Andalucía. 1ª Edición. 2002.



- (12) Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Proceso Asistencial Integrado: Embarazo, Parto y Puerperio. Andalucía: Junta de Andalucía. 2ª Edición. 2005.
- (13) Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Proceso Asistencial Embarazo, Parto y Puerperio: Ruta de la Embarazada. Andalucía: Junta de Andalucía. 3ª Edición 2014.
- (14) Rodríguez- Ferrer R.M., Feijoo- Iglesias M.B., Magdalena- del Rey G., Pérez -Gay M.P., Vivanco-Montes M.L. Revisión sobre Mortalidad Materna en España. III Congreso de la Asociación Andaluza de Matronas. 2009.
- (15) De la Torre J, Coll C, Coloma M, Martín JI, Padron E y González NL. Control de la gestación en inmigrantes. Sistema Sanitario Navarro. 2006;29(1):46-61.
- (16) GroupHealth. Prenatal Care Screening and Testing Guideline. United States of America. Group Health Cooperative. 2013.
- (17) Institute for Clinical System Improvement. Health Care Guideline: Routine Prenatal Care. 2012.
- (18) National Health Services. The pregnancy book: A healthy pregnancy, Labour and childbirth and The first weeks with your new baby. United Kingdom: Department of Health. 2009.
- (19) Australian Governmente Department of Heath. Clinical Practice Guidelines Antenatal Care — Module II. Australian Health Ministers’ Advisory Council. Canberra. 2014.
- (20) Backe B, Serine A, Klovning PA y Sand S. Antenatal Care. Citado 24 abril 2016.
- (21) Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, CEPAL. El estado legislativo sobre el aborto y la interrupción voluntaria del embarazo en la región. Naciones Unidas. 2012;7
- (22) López M.D., López A.B. y Murillo R.M. Gestantes con obesidad y su percepción del proceso de parto. Ene 2015:9(2)
- (23) Departament de Salut. Guia per a embarassades. Catalunya: Generalitat de Catalunya. 2008.

(24) Hospital Universitario 12 de Octubre. Consejería de Sanidad. Información y recomendaciones para embarazadas. Embarazo, parto, postparto y lactancia. Madrid: Comunidad de Madrid. 2010.

(25) World Health Organization. What is the effectiveness of antenatal care? World Health Organization Europe. Health Evidence Network 2005.

(26) Organización Nacional de Trasplantes. Respuestas a las preguntas más comunes sobre sangre de cordón umbilical planteadas tras la aprobación del real decreto ley 9/2014 sobre calidad y seguridad de células y tejidos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.

(27) Asociación Española de Matronas. Los Consejos de tu Matrona. Apréndelo todo sobre tu embarazo y primeros meses del bebé. 16ª ed. Madrid: PRESENT SERVICE; 2016.

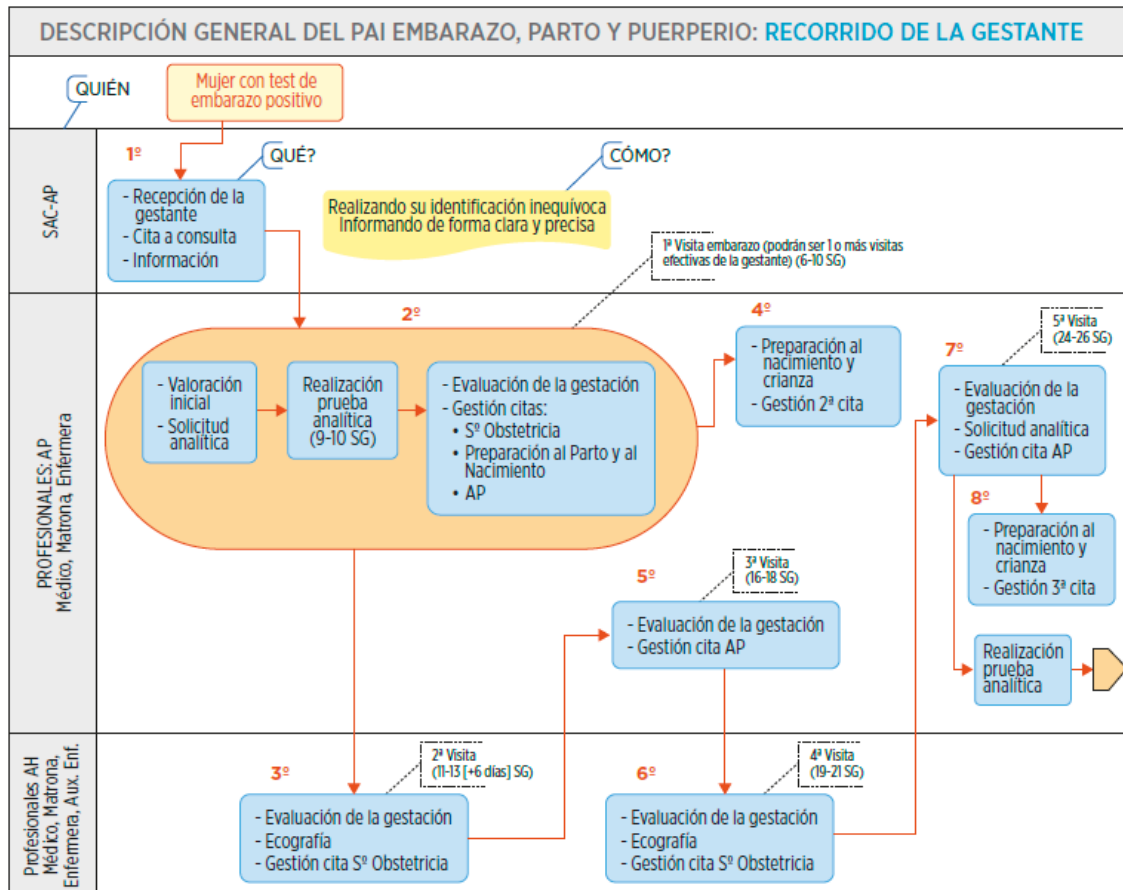
(28) Galiano JMM, García LM, Díez GH. Calidad del control del embarazo en Atención Primaria. *Metas de enfermería* 2012;15(2):59-65.

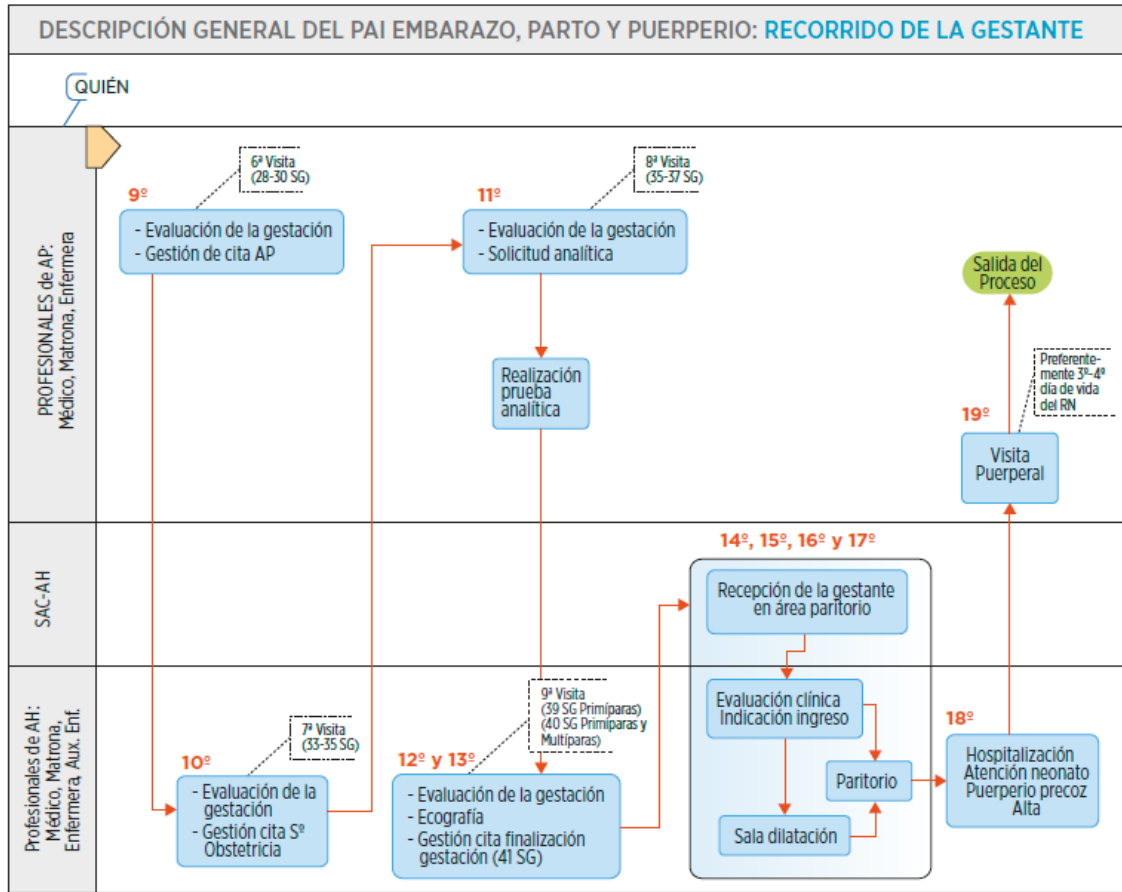
(29) Maderuelo JA, Harob AM, Pérez F, Cercas LJ, Valentín AB y Morán E. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gaceta Sanitaria*. 2006;20(1):31-39.

(30) Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio: Ruta de la embarazada Andalucía: Junta de Andalucía. 2014.

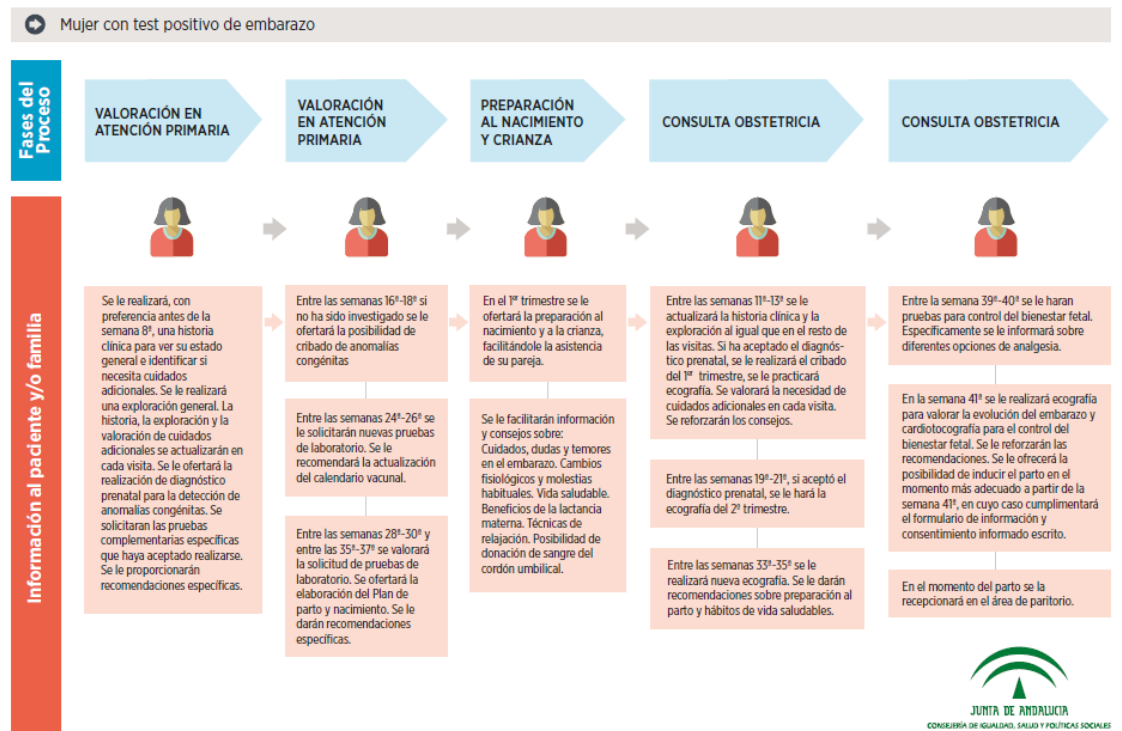
ANEXOS

Anexo 1: Descripción general del PAI Embarazo, Parto y Puerperio. Recorrido de la gestante en Andalucía





**PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (1): RUTA DE LA EMBARAZADA**



## PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (2): RUTA DE LA EMBARAZADA



## Anexo 2: Calendario gestacional de EEUU


### Visit Schedule

Table 1. Visit schedule		
Visit	Timing	Tool (within Group Health)
All visits are with an MD/APP except where noted.		
Initial visit with a registered nurse	As soon as the patient knows she is pregnant, preferably before 8 weeks' gestation	Nursing Protocol
Initial visit	At or before 10 weeks	SmartSet: OB 8-12 WEEKS OR INITIAL VISIT
Early second trimester	14–16 weeks	SmartSet: OB 14-16 WEEKS VISIT
Late second trimester	24–28 weeks	SmartSet: OB 24-28 WEEKS VISIT
Third trimester	32 weeks, 36 weeks, 38 weeks, 39 weeks, 40 weeks, 41 weeks	SmartSets: OB 32 WEEKS VISIT OB 36 WEEKS VISIT OB 38-39 WEEKS VISIT OB 40-42 WEEKS VISIT
Postpartum care	3–4 weeks post-delivery (no later than 6 weeks)	SmartSet: OB POSTPARTUM VISIT

Event 1	Preconception Visit 2	Visit 1 3 6-8 weeks **	Visit 2 10-12 weeks	Visit 3 16-18 weeks	Visit 4 22 weeks
<p><b>Screening Maneuvers</b></p>	<p>Risk profiles 4 Height and weight/BMI 5 Blood pressure 6 History and physical 7 Cervical cancer screening 2 Rubella/ rubcola 8 Varicella 9 Domestic violence 10 Depression 11</p>	<p>Risk profiles 4 GC/Chlamydia 4 Height and weight/BMI 5 Blood pressure 6 History and physical 7** Rubella 8 Varicella 9 Domestic violence 10 Depression 11 CBC 16 ABO/Rh/Ab 17 Syphilis 18 Urine culture 19 HIV 20 [Blood lead screening 21] Viral hepatitis 26</p>	<p>Weight 5 Blood pressure 6 Fetal aneuploidy screening 24 Fetal heart tones 28</p>	<p>Weight 5 Blood pressure 6 Depression 11 Fetal aneuploidy screening 24 Fetal heart tones 28 OB Ultrasound (optional) 29 Fundal height 30 Cervical assessment 31</p>	<p>Weight 5 Blood pressure 6 Fetal heart tones 28 Fundal height 30 Cervical assessment 31</p>
<p><b>Counseling Education Intervention</b></p>	<p>Preterm labor 12 Substance use 2 Nutrition and weight 2 Domestic violence, herbal supplements, vitamins 13 Accurate recording of menstrual dates 14</p>	<p>Preterm labor 12 [VBAc 22] Prenatal and lifestyle education 23 • Physical activity • Nutrition • Follow-up of modifiable risk factors • Nausea and vomiting • Warning signs • Course of care • Physiology of pregnancy Discuss fetal aneuploidy screening 24</p>	<p>Preterm labor education 12 Prenatal and lifestyle education 23 • Fetal growth • Review labs from visit 1 • Breastfeeding vomiting • Nausea and • Physiology of pregnancy • Follow-up of modifiable risk factors</p>	<p>Preterm labor education 12 Prenatal and lifestyle education 23 • Follow-up of modifiable risk factors • Physiology of pregnancy • Second-trimester growth • Quickening Preterm labor prevention 31</p>	<p>Preterm labor education 12 Prenatal and lifestyle education 23 • Follow-up of modifiable risk factors • Clases • Family issues • Length of stay • Gestational diabetes mellitus 32 (GDM) Preterm labor prevention 31</p>
<p><b>Immunization &amp; Chemoprophylaxis</b></p>	<p>Tetanus booster 27 Rubella/ MMR 8 [Varicella/ VZIG 9] Hepatitis B vaccine 26 Folic acid supplement 15</p>	<p>Tetanus booster 27 Nutritional supplements 25 Influenza 27 [Varicella/ VZIG 9] Pertussis 27</p>		<p>[Progesterone 31]</p>	<p>[RhoGam 17]</p>

Event	Visit 5 28 weeks	Visit 6 32 weeks	Visit 7 36 weeks	Visit 8-11 38-41 weeks	Visit Post-Partum 4-6 weeks
<b>Screening Maneuvers</b>	Preterm labor risk 4 Weight 5 Blood pressure 6 Depression 11 Fetal heart tones 28 Fundal height 30 Gestational diabetes mellitus (GDM) 32 Domestic violence 10 [Rh antibody status 17] [Hepatitis B Ag 26] [GC/Chlamydia 4]	Weight 5 Blood pressure 6 Fetal heart tones 28 Fundal height 30 Cervix exam as indicated 34 Confirm fetal position 35 Culture for group B streptococcus 36	Weight 5 Blood pressure 6 Fetal heart tones 28 Fundal height 30 Cervix exam as indicated 34	Weight 5 Blood pressure 6 Fetal heart tones 28 Fundal height 30 Cervix exam as indicated 34	Cervical cancer screening 2 [GC/Chlamydia 4] Height and weight/BMI 5 Blood pressure 6 History and physical 7 Domestic violence 10 Depression 11 Gestational diabetes mellitus (GDM) 32
<b>Counseling Education Intervention</b>	Psychosocial risk factors 4 Preterm labor education 12 Prenatal and lifestyle education 23 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Follow-up modifiable risk factors</li> <li>• Work</li> <li>• Physiology of pregnancy</li> <li>• Prenatal care</li> <li>• Fetal growth</li> </ul> Preterm labor prevention 31 Awareness of fetal movement 33	Preterm labor education 12 Prenatal and lifestyle education 23 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Follow-up of modifiable risk factors</li> <li>• Travel</li> <li>• Contraception</li> <li>• Sexuality</li> <li>• Pediatric care</li> <li>• Episiotomy</li> </ul> Labor and delivery issues Warning signs/ pregnancy-induced hypertension [VBAC 21] Preterm labor prevention 31	Prenatal and lifestyle education 23 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Follow-up of modifiable risk factors</li> <li>• Postpartum care</li> <li>• Management of late pregnancy symptoms</li> <li>• Contraception</li> <li>• When to call provider</li> <li>• Discussion of postpartum depression</li> </ul>	Prenatal and lifestyle education 23 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Follow-up of modifiable risk factors</li> <li>• Postpartum vaccinations</li> <li>• Infant CPR</li> <li>• Post-term management</li> </ul> Labor and delivery update Breastfeeding	Contraception Discussion of postpartum depression Breastfeeding concerns and support
<b>Immunization &amp; Chemoprophylaxis</b>	[ABO/Rh/Ab 17] [RhoGAM 17] [Hepatitis B Ag 26]				Tetanus / pertussis 27

## Anexo 3: Calendario gestacional de Reino Unido

Appointment	What should happen
<b>First contact with your midwife or doctor</b>	<p>This is the appointment when you tell your midwife or doctor that you are pregnant. They should give you information about:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• folic acid and vitamin D supplements</li> <li>• nutrition, diet and food hygiene</li> <li>• lifestyle factors, such as smoking, drinking and recreational drug use</li> <li>• antenatal screening tests.</li> </ul> <p>It is important to tell your midwife or doctor if:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• there were any complications or infections in a previous pregnancy or delivery, such as pre-eclampsia or premature birth</li> <li>• you are being treated for a chronic disease such as diabetes or high blood pressure</li> <li>• you or anyone in your family has previously had a baby with an abnormality, for example spina bifida</li> <li>• there is a family history of an inherited disease, for example sickle cell or cystic fibrosis.</li> </ul> 
<b>Booking appointment (8–12 weeks)</b>	<p>Your midwife or doctor should give you information about:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• how the baby develops during pregnancy</li> <li>• nutrition and diet</li> <li>• exercise and pelvic floor exercises</li> <li>• antenatal screening tests</li> <li>• your antenatal care</li> <li>• breastfeeding, including workshops</li> <li>• antenatal education</li> <li>• maternity benefits</li> <li>• planning your labour</li> <li>• your options for where to have your baby.</li> </ul> <p>Your midwife or doctor should:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• give you your hand-held notes and plan of care</li> <li>• see if you may need additional care or support</li> <li>• plan the care you will get throughout your pregnancy</li> <li>• identify any potential risks associated with any work you may do</li> <li>• measure your height and weight and calculate your body mass index</li> <li>• measure your blood pressure and test your urine for protein</li> <li>• find out whether you are at increased risk of gestational diabetes or pre-eclampsia</li> <li>• offer you screening tests and make sure you understand what is involved before you decide to have any of them</li> <li>• offer you an ultrasound scan at eight to 14 weeks to estimate when your baby is due</li> <li>• offer you an ultrasound scan at 18 to 20 weeks to check the physical development of your baby and screen for possible abnormalities.</li> </ul>
<b>8–14 weeks (dating scan)</b>	<p>Ultrasound scan to estimate when your baby is due, check the physical development of your baby and screen for possible abnormalities.</p>
<b>16 weeks</b>	<p>Your midwife or doctor should give you information about the ultrasound scan you will be offered at 18 to 20 weeks and help with any concerns or questions you have.</p> <p>Your midwife or doctor should:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• review, discuss and record the results of any screening tests</li> <li>• measure your blood pressure and test your urine for protein</li> <li>• consider an iron supplement if you are anaemic.</li> </ul>
<b>18–20 weeks (anomaly scan)</b>	<p>Ultrasound scan to check the physical development of your baby. (Remember, the main purpose of this scan is to check that there are no structural abnormalities.)</p>

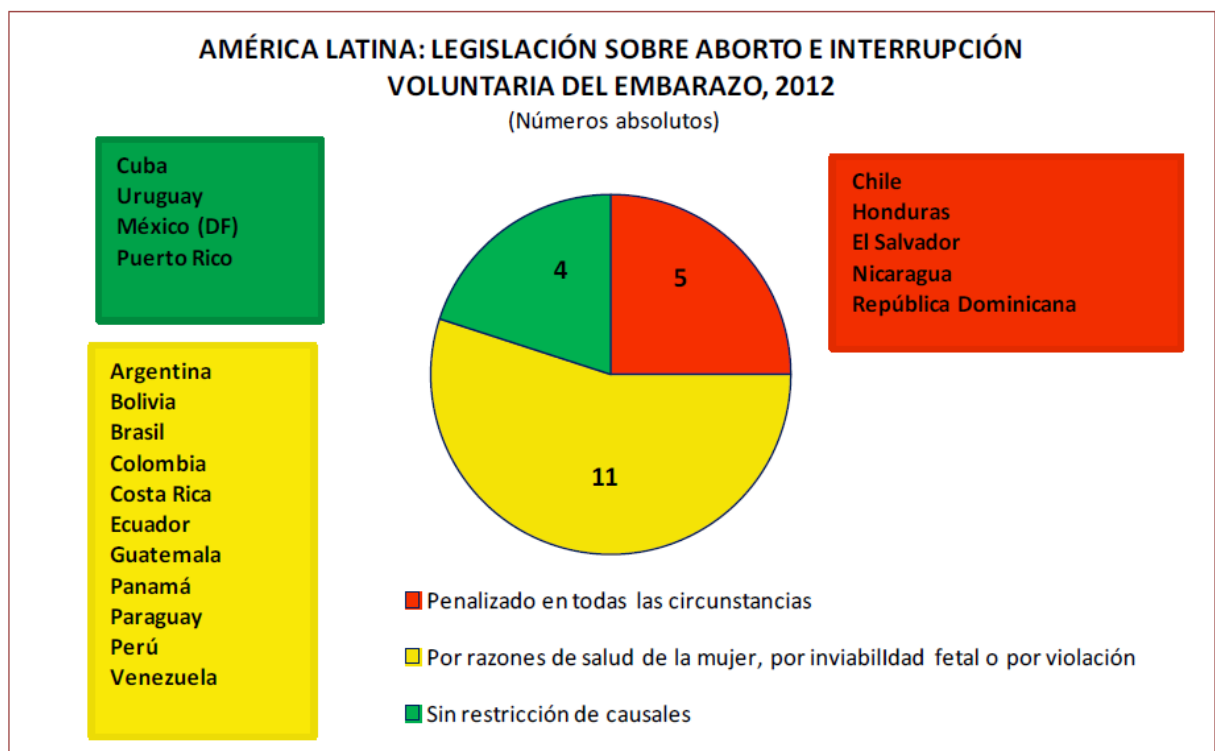


25 weeks*	Your midwife or doctor should: <ul style="list-style-type: none"> <li>• check the size of your uterus</li> <li>• measure your blood pressure and test your urine for protein.</li> </ul>
28 weeks	Your midwife or doctor should: <ul style="list-style-type: none"> <li>• use a tape to measure the size of your uterus</li> <li>• measure your blood pressure and test your urine for protein</li> <li>• offer more screening tests</li> <li>• offer your first anti-D treatment if you are rhesus negative.</li> </ul>
31 weeks*	Your midwife or doctor should: <ul style="list-style-type: none"> <li>• review, discuss and record the results of any screening tests from the last appointment</li> <li>• use a tape to measure the size of your uterus</li> <li>• measure your blood pressure and test your urine for protein.</li> </ul>
34 weeks	Your midwife or doctor should give you information about preparing for labour and birth, including how to recognise active labour, ways of coping with pain in labour and your birth plan. Your midwife or doctor should: <ul style="list-style-type: none"> <li>• review, discuss and record the results of any screening tests from the last appointment</li> <li>• use a tape to measure the size of your uterus</li> <li>• measure your blood pressure and test your urine for protein</li> <li>• offer your second anti-D treatment if you are rhesus negative.</li> </ul>
36 weeks	Your midwife or doctor should give you information about: <ul style="list-style-type: none"> <li>• feeding your baby</li> <li>• caring for your newborn baby</li> <li>• vitamin K and screening tests for your newborn baby</li> <li>• your own health after your baby is born</li> <li>• the 'baby blues' and postnatal depression.</li> </ul> Your midwife or doctor should: <ul style="list-style-type: none"> <li>• use a tape to measure the size of your uterus</li> <li>• check the position of your baby</li> <li>• measure your blood pressure and test your urine for protein.</li> </ul>
38 weeks	Your midwife or doctor will discuss the options and choices about what happens if your pregnancy lasts longer than 41 weeks. Your midwife or doctor should: <ul style="list-style-type: none"> <li>• use a tape to measure the size of your uterus</li> <li>• measure your blood pressure and test your urine for protein.</li> </ul>
40 weeks*	Your midwife or doctor should give you more information about what happens if your pregnancy lasts longer than 41 weeks. Your midwife or doctor should: <ul style="list-style-type: none"> <li>• use a tape to measure the size of your uterus</li> <li>• measure your blood pressure and test your urine for protein.</li> </ul>
41 weeks	Your midwife or doctor should: <ul style="list-style-type: none"> <li>• use a tape to measure the size of your uterus</li> <li>• measure your blood pressure and test your urine for protein</li> <li>• offer a membrane sweep</li> <li>• discuss the options and choices for induction of labour.</li> </ul>

**Anexo 4: Calendario gestacional de Noruega**

	Gestational week
1. visit	8-12
2. visit (routine ultrasound)	17-19
3. visit	24
4. visit	28
5. visit	32
6. visit	36
7. visit	38
8. visit	40

**Anexo 5: Legislación sobre el aborto e interrupción voluntaria del embarazo en América Latina y el Caribe**



Fuente: CEPAL. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe

**Anexo 6: Pruebas diagnósticas en Cantabria**

ACTIVIDADES	SEMANAS DE GESTACIÓN									
	8	12	16	20	24	28	32	36	38-40	41-42
Historia Clínica	■									
Evolución del embarazo	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Exploración general	■									
Control de Tensión Arterial	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Control de peso	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>EXPLORACIÓN GINECO-OBSTÉTRICA</b>										
Exploración genitales externos	■									
Inspección con espéculo	■									
Tacto vaginal (expl. digital cérvix)							FR ■			■
Altura uterina		■	■	■	■	■	■	■	■	■
Frecuencia cardiaca fetal		■	■	■	■	■	■	■	■	■
Percibe movimientos fetales				■	■	■	■	■	■	■
Valoración estática fetal						■	■	■	■	■
Cardiotocograma basal(CTGB)									■ (40s)	■
Amnioscopia										■
<b>PRUEBAS DE LABORATORIO</b>										
Estudio sensibilización materna	■									
Hemograma	■				■			■		
Glucemia basal	■									
PTG (100 gr.)		Si cumple indicaciones								
Sobrecarga 50 gr.					■					
Ac. Antirubeola	Ind									
Ac. Antitoxoplasma	Ind									
Hbs Ag	■							FR ■		
R.P.R.	■							FR ■		
VIH	■							FR ■		
Pruebas de coagulación									■	
Urocultivo	■				Ind			Ind		
Tiras reactivas orina		Ind	Ind	Ind	Ind	Ind	Ind	Ind	Ind	
Citología vaginal	Ind									
Cultivo vaginal/anal EGB								■		
<b>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS</b>										
Ecografía		■		■			■			
Amniocentesis genética			Ind							
Profilaxis Anti-D Mujer Rh-						■				
Vacunación Anti-Tetánica					Ind		Ind	Ind		
Revisión odontológica		Durante este periodo								
<b>VALORACION RIESGO</b>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>EDUCACIÓN MATERNAL</b>						■	■	■	■	
<b>EDUCACION SANITARIA</b>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

**Anexo 7: Frecuencia de las visitas prenatales en Cantabria**

FRECUENCIA DE LAS VISITAS PRENATALES	
Semanas gestación	Frecuencia
< 12 semanas	1ª visita
12-36 semanas	Cada 4-6 semanas
37- <41 semanas	Cada 2 semanas
41-42 semanas	Cada 48 horas hasta finalización de la gestación

**Anexo 8: Pruebas solicitadas en el control del embarazo en España**

**Pruebas solicitadas en el control de embarazo**

Visita	Semana de gestación	Lugar de control	Pruebas solicitadas
1ª	< 12	At. Primaria	Urocultivo, hemograma, bioquímica (glucosa, hierro, ferritina, creatinina, ácido úrico), grupo sanguíneo y Rh, anticuerpos irregulares, serología (lues, VIH, IgG rubeola, IgG toxoplasma), TSH. O´ Sullivan, AgHBs, Hepatitis C si factores riesgo.
2ª	8-12	Hospital	ECO + screening bioquímico. Amniocentesis según resultados y/o factores de riesgo.
3ª	16 (12-18)	At. Primaria	Urocultivo.
4ª	20 (18-22)	Hospital	ECO.
5ª	24 (24-28)	At. Primaria	Hemograma, bioquímica (ácido úrico, hierro, creatinina, glucemia), Test de O´ Sullivan (aunque se hubiera realizado en el primer trimestre y si el resultado fuese normal), AgHBs, sedimento de orina y urocultivo. Test de Coombs indirecto si Rh negativo. Toxoplasmosis si IgG negativo. VIH y sífilis si hay factores de riesgo y la serología es negativa.
6ª	28 (28-32)	At. Primaria	Analítica: a evaluar y registrar. Asegurar inmunidad antitetánica. (Administrar primera dosis). Profilaxis con gammaglobulina anti D en gestantes Rh negativas, si Test de Coombs negativo.
7ª	32 (32-34)	Hospital	ECO.
8ª	36 (35-37)	At. Primaria	Hemograma, coagulación (TP, APTT, FIBR), sedimento de orina. Test de Commbs indirecto en madres Rh negativas. IgG de toxoplasma si es negativo en controles anteriores. VIH y sífilis si hay factores de riesgo serologías negativas en el primer trimestre y test de exudado vaginal y rectal, y para detección de SGB.
9ª	38 (37-38)	At. Primaria	Analítica a evaluar y registrar. Segunda dosis de antitetánica.
10ª	39	Hospital	ECO + TNS. Toma de SGB si no se hubiera tomado y AgHBs.