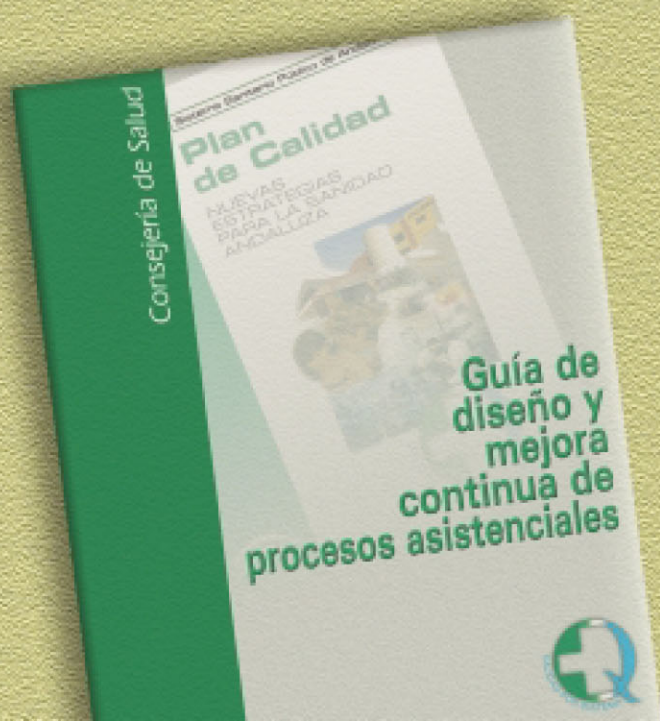


CONSEJERÍA DE SALUD

PROCESO
PROCESO
ASISTENCIAL
ASISTENCIAL
INTEGRADO
INTEGRADO

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO



2ª Edición



PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

2ª Edición

EMBARAZO, parto y puerperio: proceso
asistencial integrado. -- 2ª ed.. -- [Sevilla]
Consejería de Salud, [2005]
146 p. ; 24 cm + 1 CDROM
1. Embarazo 2. Parto 3. Puerperio
4. Calidad de la atención de salud 5. Pautas
prácticas 6. Andalucía I. Andalucía.
Consejería de Salud
WQ 200
WQ 300
WQ 500

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Edita: Consejería de Salud

Depósito Legal: S-928-2005

Maquetación: PDF-Sur s.c.a.

Coordinación y producción: Forma Animada

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos —incluidos en el Mapa que se ha definido— y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra Comunidad Autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento

EQUIPO DE TRABAJO

José Luis Dueñas Díez (Coordinador); Emilia Bailón Muñoz; M^a Isabel Dotor Gracia; Cesáreo Granados García; Rosa M^a Rodríguez Gómez; Ana Rufo Romero.

GRUPO DE REFERENCIA

RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN 2005

Longinos Aceituno Velasco; José Luis Dueñas Díez (Coordinadores); Lorenzo Arribas Mir; Emilia Bailón Muñoz; José María Barcia Ruiz; África Caño Aguilar; María Isabel Dotor Gracia; Elvira Fernández de la Mota; Cesáreo Granados García; José Manuel López Millán; José Luis Martín Blázquez; Maruja Martínez Pozo; María Isabel Oliver Reche; Josefa Quesada Hurtado; Rosa María Rodríguez Gómez; Ana Rufo Romero.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	11
2. DEFINICIÓN GLOBAL	13
3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS	15
Destinatarios y expectativas	15
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad	21
4. COMPONENTES	25
Descripción general	25
Profesionales. Actividades y Características de Calidad	34
Competencias Profesionales	55
Recursos. Características generales. Requisitos	64
Unidades de soporte.....	65
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA	67
Diagramas de flujo	69
6. INDICADORES	87
ANEXOS	
Anexo 1: Notas aclaratorias	89
Anexo 2: Cronograma de seguimiento del embarazo.....	111
Anexo 3: Asistencia del Parto Eutócico.....	113
Anexo 4: Analgesia en el Parto	127
Anexo 5: Promoción de la Lactancia Natural.....	133
BIBLIOGRAFÍA	139

A rectangular area with a blurred green background. The text "procesos asistenciales" is written in white, lowercase letters, centered within the area.

procesos
asistenciales

1 INTRODUCCIÓN

Desde la década de los 80 con el proceso de reforma del nivel primario, la atención obstétrica se realiza con la participación de profesionales de los centros de Atención Primaria, obteniéndose unos buenos resultados. No obstante y a pesar de que Andalucía tiene uno de los mejores indicadores de salud de Europa, en el estudio realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), se puso de manifiesto la tendencia creciente de la incidencia de bajo peso al nacer y prematuridad, así como un aumento del nº de cesáreas.

En el momento actual, en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), la atención al embarazo parto y puerperio se realiza por distintos profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada, en diferentes espacios y momentos de atención.

La posibilidad de recibir una atención sanitaria integral y continuada se enfrenta a grandes dificultades debidas, fundamentalmente a la tipología de las organizaciones sanitarias de nuestra época, caracterizadas por la complejidad organizativa, la segmentación departamental, la súper especialización de tareas, la escasa o casi inexistente coordinación entre niveles asistenciales, la variabilidad en la ejecución de procesos repetitivos y las ineficiencias de los mismos, la poca capacidad de adaptación de los servicios a las necesidades cambiantes de los ciudadanos, y por que no, a la cultura egocéntrica de nuestras instituciones.

Por otra parte y quizás la más importante, cambio social que se está produciendo en materia sanitaria viene determinado por el papel mucho más activo de los ciudadanos en su

relación con los servicios sanitarios, la satisfacción de sus necesidades, sus demandas y expectativas. Todos ellos son en estos momentos, objetivos fundamentales de la política sanitaria en Andalucía. Estas y otras muchas razones justifican una revisión del modelo de atención al proceso de embarazo parto y puerperio normal.

En el año 2000 la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía hace una apuesta clara por la calidad de la atención sanitaria, entendida como un concepto integral donde intervienen múltiples variables, entre las cuales la satisfacción de los ciudadanos es el elemento irrenunciable que define el enfoque de calidad que se persigue, para ello se define que el modelo de gestión de los servicios debe basarse en la "Gestión por Procesos", que nos permita abordar los problemas de salud de una forma sencilla, ágil, con una visión centrada en la gestante, que cuente con la implicación de las personas que prestan los servicios y que la entrega de los mismos, se realice de forma coordinada garantizando la continuidad de la asistencia a la gestante.

En este documento el grupo de trabajo en base a las premisas anteriormente expuestas, realiza la descripción del Proceso Integrado de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio (EPP), teniendo en cuenta unos elementos fundamentales:

- 1º El proceso se va a describir en base al trabajo en equipo de las personas (profesionales de diferentes disciplinas) que desarrollan su actividad en diferentes espacios de atención, que conocen el proceso, que tienen conocimientos y capacidad para organizar las actividades e introducir modificaciones; pretendemos mejorar la entrega de servicios.
- 2º Tras realizar la definición funcional de lo que considerábamos el proceso integrado de atención al EPP, se realiza una investigación de las expectativas de todas las personas sobre las que las salidas del proceso va a tener impacto (gestantes, familiares, profesionales, etc) con el objetivo de que las actuaciones que se describan respondan a las necesidades y expectativas de los mismos y teniendo siempre como centro de todas las actividades: la gestante y el recién nacido.
- 3º Pretendemos implicar a todos los profesionales en la gestión del proceso del que forman parte, hablamos de flujos de trabajo que desarrollan diferentes personas y pretendemos realizar un diseño coherente e integrado del mismo, donde los recursos y actividades se realicen en el momento y lugar más idóneo, que aporten valor, es decir se trata no solo de mejorar el qué y cómo, sino fundamentalmente el cuándo (efectividad y eficiencia).
- 4º Todas las actividades, procedimientos, prácticas que se describan se ajusten a la mejor evidencia disponible del momento (práctica clínica adecuada).
- 5º Por último nuestro objetivo final es garantizar la continuidad de la atención a la gestante y neonato, para ello el planteamiento siempre es el abordaje horizontal de las actividades del proceso, rompiendo las interfases, eliminando todo aquello que no aporte valor añadido al proceso de atención.

Esperamos ser capaces de poder transmitir mediante esta descripción del proceso la idea de como mejorar el proceso integrado de atención al embarazo, parto y puerperio.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Definición funcional: Proceso por el que, tras el deseo expreso de gestación por parte de la mujer o el diagnóstico de embarazo, se programan las actividades para su seguimiento de forma integrada entre los profesionales de Atención Primaria y Especializada, fomentando la participación de la mujer en el desarrollo del mismo. Dichas actividades irán dirigidas a la captación precoz, la realización y cumplimentación de las visitas establecidas en los tres trimestres de la gestación, la educación maternal, la asistencia al parto, al puerperio y la atención y cuidado del recién nacido, así como la conexión con los Programas de Salud Infantil y la oferta de los servicios de Planificación Familiar.

Límite de Entrada: Diagnóstico de embarazo*.

Límite Final: El proceso finaliza cuando se ha garantizado la conexión adecuada con los Programas de Salud Infantil y se le oferta a la mujer el Programa de Planificación Familiar.

Límites Marginales: Embarazo de riesgo elevado (alto riesgo y muy alto riesgo II y III). Parto de riesgo elevado.

Complicaciones graves del puerperio (hemorragia puerperal grave, infección puerperal y psicosis puerperal).

***Observaciones:** El consejo preconcepcional se debe integrar en la actividad de los profesionales de Atención Primaria; esa decisión modificaría el Límite de Entrada del Proceso.

Saldrían del Proceso en el momento del diagnóstico:

Aborto espontáneo, interrupción voluntaria de embarazo (IVE), malformaciones congénitas, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica.

3 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

Destinatarios y expectativas

GESTANTE

- Que el seguimiento del embarazo normal sea cercano a la población sin tener que realizar desplazamientos excesivos.
- Que se cumplan los horarios de las citas.
- Que haya flexibilidad en el horario de las consultas (consultas por las tardes).
- Accesibilidad para resolver dudas (teléfono, consultas, ...).
- Que permitan la entrada de los familiares en las consultas y pruebas complementarias (ecografías).
- Educación maternal en horario flexible y cercano a toda la población.
- Que pueda estar acompañada en todo momento (parto, exploraciones...) por la persona de mi elección.
- Conocer el nombre y titulación de la persona que me atiende.
- Que se utilice un lenguaje sencillo.
- Que me informen detalladamente del proceso (de cualquier cosa por sencilla que sea).

- Que me informen cuando surja algún problema.
 - Que se destine mayor tiempo a las consultas.
 - Que se me escuche.
 - Que me informen con un lenguaje sencillo, cuidando las expresiones que generan miedo e inseguridad.
 - Que puedan participar en las decisiones sobre el desarrollo del parto.
 - Que puedan elegir la postura del parto.
 - Que me faciliten el primer contacto con mi hijo.
 - Que el niño pueda estar siempre con la madre.
 - Información sobre el proceso y cuidados del recién nacido.
 - Necesidad de apoyo social en domicilio.
-
- Que haya buen trato y cercano.
 - Que se evite el trato rutinario, como si tuviera que conocer las normas y estuviera informada cuando no es así.
 - Que se me dé apoyo y ayuda emocional en momentos críticos.
 - Que me traten como si fuera un servicio de pago.
 - Buen trato de todos los profesionales que participan en el Proceso: respetuoso, no paternalista ni directivo, personalizado, cordial y que infunda ánimos.
 - Que respeten la intimidad.
-
- Que se realicen todos los controles en las fechas indicadas y con cita previa.
 - Que los profesionales sean los adecuados.
 - Que haya libre elección de profesionales.
 - Continuidad en el proceso por el mismo profesional.
 - Que haya unidad de criterios entre los distintos profesionales.
 - Que se me realicen más ecografías.
 - Que se adapte la atención a las necesidades concretas de cada usuaria.
 - Que en vacaciones el seguimiento sea igual que el resto del año.
 - Que exista y se cumpla la cita programada en el especialista.
 - Que los profesionales estén capacitados (se confía menos en la competencia de los médicos jóvenes).

- Posibilidad de anestesia durante el parto.
 - Atención adecuada al recién nacido.
 - Que identifiquen de forma fiable y segura al recién nacido.
 - Que haya un profesional de referencia.
 - Que se realicen las pruebas complementarias necesarias.
 - Que se apoye la lactancia materna.
 - Que controlen el número de visitas en la habitación.
 - Que puedan entrar los hermanos a ver a la madre y al recién nacido.
 - Que al alta haya continuidad en el seguimiento del proceso.
 - Visita domiciliaria precoz en el puerperio y adaptada con horario flexible.
-
- Que se dé respuesta a las quejas que se realicen.
 - Que en caso de urgencia se dé una respuesta rápida.
-
- Que el mobiliario y las consultas estén en buenas condiciones (limpieza y tranquilidad).
 - Que no esté masificado el Hospital.
 - Que el mobiliario del Hospital sea cómodo y esté en buen estado: camas que puedan regularse en altura, sillón cómodo para amamantar...
 - Que la ropa se adapte a las necesidades y características de cada usuaria.
 - Que los medios sean adecuados.
 - Que el niño esté accesible desde la cama.
 - Habitaciones individuales con baño. En caso de que no sea posible, que existan separadores para tener intimidad.
 - Que se cuide la comida.
-
- Que los profesionales que me atienden tengan suficiente experiencia.
 - Que no me tengan que repetir pruebas innecesarias.

PAREJA Y FAMILIARES

- Que pueda acompañar a la gestante durante todo el proceso del embarazo, parto y puerperio.
- Que no haya obstáculos laborales para que la pareja se implique en todo el proceso.

- Información sobre la evolución del proceso de forma continua.
- Que la información de la cartilla sea legible y más explícita.
- Que se muestren sensibles a mis dudas y miedos.
- Que pueda cuidar al niño cuando está en el Hospital.
- Que pueda ser participe del proceso.
- Buen trato.
- Profesionales cualificados.

PROFESIONALES

- Confianza por parte de la gestante y de sus familiares en los profesionales que atienden el proceso (libre elección).
- Buen trato por parte de la mujer y su familia.
- Buen trato y respeto (confianza) por parte del resto de los profesionales (que atienden el proceso o se relacionan con él).
- Evaluación e información del proceso con criterios unificados.
- Existencia de un programa/s de atención al proceso, consensado entre niveles y actualizado.
- Coordinación y comunicación fluida entre los distintos profesionales que intervienen en el proceso.
- Registro de las actividades en el seguimiento y evolución del proceso.
- Posibilidad de gestión de las agendas por parte de los profesionales intervinientes en el proceso.
- Profesionales capacitados y con conocimientos actualizados.
- Que la práctica sea motivadora y se evalúe.
- Que la información que se dé a la mujer sea coherente en todos los niveles (criterios unificados).
- Evitar duplicidades en la asistencia.
- Que se rellene bien el Documento de Salud de la Embarazada (DSE).
- Uniformidad en los sistemas de registro para el seguimiento de la embarazada (Documento de Salud de la Embarazada, P111...)
- Protección ante las amenazas y denuncias no justificadas.
- Protección ante agresiones.
- Que los recursos sean adecuados.

- Que estén bien dimensionadas las plantillas y que las cargas de trabajo sean similares entre los distintos profesionales que intervienen en el proceso (de la misma categoría profesional o de diferente categoría).
- Salarios dignos y adaptados a las cargas de trabajo.
- Que existan canales de comunicación eficaces entre los profesionales que intervienen: teléfono de contacto, fax, DSE, correo electrónico...

OBSERVACIONES:

La exploración de las expectativas de los clientes deben realizarse en cada entorno específico, no sólo en el momento de la descripción del Proceso, sino cada vez que queramos evaluar cómo se desarrolla, o queramos mejorarlo. En resumen, la evaluación de las expectativas debe ser siempre un indicador fundamental del Proceso.

- A continuación, se relacionan las fuentes de información que han sido utilizadas para la investigación de las expectativas en el Proceso Embarazo, Parto y Puerperio:
 1. Humanización de la atención en el parto en los hospitales públicos de Andalucía. Convenio Área de Psicología Evolutiva, Universidad de Sevilla. SAS, 1992.
 2. Evaluación de Programas de Salud Materno-Infantil en Andalucía 1984-1994. Serie monográfica 16 EASP. Granada, 1996.
 3. Satisfacción con la atención prenatal en centro de salud y hospital. Comunicación al X Congreso SAMFYC. Benalmádena, 1999.
 4. Experiencia de las mujeres en un área de Granada. Embarazo, Parto y Puerperio. IV Simposium Materno-Infantil. EASP, 1993.
 5. Expectativas de calidad percibida y satisfacción de usuarios sobre los servicios sanitarios en Andalucía. EASP. Granada, 2001.
 6. Talleres de mejora de la Atención Perinatal. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud. 1995.
 7. Encuestas a grupos de Educación Maternal.
 8. Encuestas a profesionales de 1º y 2º nivel. Sevilla, 2001.



Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **GESTANTE**

FLUJOS DE SALIDA: **ASISTENCIA AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Extender la oferta asistencial con equidad a toda la población.
- Organización de la asistencia mediante cita previa (tfno., fax, presencia física, correo electrónico...), con horarios flexibles (mañana y tarde) y reduciendo al mínimo los tiempos de espera.
- Disponibilidad de los profesionales para consultas (dudas) a demanda.
- Facilitar el acceso del acompañante en todo momento.
- Profesionales identificados.
- Facilitar información exhaustiva sobre el proceso y la organización de la asistencia de forma comprensible (lenguaje claro y sencillo).
- Facilitar la exposición de dudas y temores.
- Trato cercano, respetuoso, empático y profesional.
- Criterios científico-técnicos y de cuidados unificados y actualizados, contenidos en un programa que asegure la continuidad de la atención entre niveles asistenciales.
- Asegurar el cumplimiento del programa en sus contenidos y en los tiempos establecidos.
- Definición de un profesional de referencia para cada momento del proceso.
- Atender las reclamaciones de las usuarias.
- Establecer los cauces para la asistencia urgente.
- Dotación y mantenimiento adecuado de la infraestructura.
- Hacer participe a la mujer en la toma de decisiones durante todo el proceso.
- Facilitar el primer contacto con el recién nacido.
- Respeto a la intimidad de la mujer.
- Cumplimiento del Decreto 101/95, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso de nacimiento.
- Valoración de apoyo social en domicilio.
- Promoción de la lactancia materna.

- Disponer de una estrategia escrita relativa a la lactancia natural que, sistemáticamente, se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
- Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa estrategia.

DESTINATARIO: **GESTANTE y ACOMPAÑANTE**

FLUJOS DE SALIDA: **EDUCACIÓN MATERNAL**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Oferta universal y próxima al lugar de residencia y en horario flexible.
- Homogeneidad en la información y unidad de criterios.

DESTINATARIO: **GESTANTE**

FLUJOS DE SALIDA: **HOSTELERÍA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Habitación individual con baño durante toda la hospitalización.
- Mobiliario cómodo: camas regulables en altura, sillón adecuado para amamantar.
- Lencería adecuada: cuidada y suficiente.
- Cuidar la calidad y preparación de las comidas.
- Asegurar la limpieza.
- Accesibilidad al recién nacido desde la cama.

FLUJOS DE SALIDA: **APOYO LEGAL**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Información sobre derechos de la embarazada y el recién nacido (RN).
- Información sobre la Ley de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral.

DESTINATARIO: PAREJA Y FAMILIARES

FLUJOS DE SALIDA: INFORMACIÓN Y ASISTENCIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Facilitar la accesibilidad y participación del acompañante durante todo el proceso.
- Realización de las pruebas complementarias necesarias para la asistencia del proceso.
- Trato cordial, cercano, empático, respetuoso y profesional.

DESTINATARIO: RECIÉN NACIDO

FLUJOS DE SALIDA: DISPENSACIÓN DE ASISTENCIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Asegurar la asistencia adecuada del RN, en el parto y puerperio y garantizar la incorporación a los Programas de Salud Infantil.
- Asegurar que el RN esté con la madre y/o el acompañante desde el nacimiento (lactancia). Qué el niño sea accesible desde la cama.
- Asistencia del proceso por personal cualificado y necesario.
- Coordinación entre los profesionales que atienden el proceso.
- Asegurar la identificación del RN.
- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna en la media hora siguiente al parto.

DESTINATARIO: PROFESIONALES

FLUJOS DE SALIDA: FORMACIÓN CONTINUADA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Oferta y financiación de la formación continuada.

DESTINATARIO: PROFESIONALES

FLUJOS DE SALIDA: MOTIVACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Reconocimiento profesional e incentiación económica.
- Coordinación y comunicación fluida entre todos los profesionales que intervienen en el proceso.
- Informar sobre la evaluación de resultados, es decir, retroalimentación de la organización a los profesionales.
- Dotación de recursos necesarios y ambiente adecuado de trabajo.
- Participación de los profesionales en la gestión del proceso.
- Dimensión adecuada de la plantilla y equidad en la distribución de tareas.
- Trato respetuoso entre y para todos los profesionales.

DESTINATARIO: PROFESIONALES

FLUJOS DE SALIDA: ASPECTOS LEGALES

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Protección de la organización frente a agresiones, amenazas y denuncias no justificadas.

4 COMPONENTES

Descripción general

Embarazo

QUÉ	GESTIÓN DE CITAS
QUIÉN	Administrativos, Celadores
CUÁNDO	Durante todo el proceso
DÓNDE	UAU de Urgencias y Centro de Salud Consulta Ginecólogo UAU del Hospital
CÓMO	Manual de Procedimientos de Atención al Usuario

QUÉ	INFORMACIÓN
QUIÉN	Administrativos, Celadores
CUÁNDO	Durante todo el proceso
DÓNDE	UAU de Urgencias y Centro Salud Consulta Ginecólogo UAU del Hospital
CÓMO	Manual de Procedimientos de Atención al Usuario

QUÉ	VISITA PRECONCEPCIONAL
QUIÉN	Médico de Familia o Ginecólogo
CUÁNDO	Previa a la gestación
DÓNDE	Centro de Salud Consulta Ginecólogo
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	PRIMERA VISITA DEL SEGUIMIENTO
QUIÉN	Médico de Familia, Enfermería/Matrona
CUÁNDO	< 12 semanas
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	SEGUNDA VISITA
QUIÉN	Ginecólogo, Auxiliar de Enfermería
CUÁNDO	Semana 12
DÓNDE	Consulta en AP o AE
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	TERCERA VISITA
QUIÉN	Médico de Familia, Enfermería/Matrona
CUÁNDO	Semana 16
DÓNDE	Centro Salud
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	CUARTA VISITA
QUIÉN	Ginecólogo, Auxiliar de Enfermería
CUÁNDO	Semana 20
DÓNDE	Consulta en AP o AE
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	QUINTA VISITA
QUIÉN	Médico de Familia, Enfermería/Matrona
CUÁNDO	Semana 24
DÓNDE	Centro Salud
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	SEXTA VISITA
QUIÉN	Médico de Familia, Enfermería/Matrona
CUÁNDO	Semana 28
DÓNDE	Centro Salud
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	SÉPTIMA VISITA
QUIÉN	Ginecólogo, Auxiliar de Enfermería
CUÁNDO	Semana 32
DÓNDE	Consulta en AP o AE
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	OCTAVA VISITA
QUIÉN	Médico de Familia, Enfermera/Matrona
CUÁNDO	Semana 36
DÓNDE	Centro Salud
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	NOVENA VISITA
QUIÉN	Médico de Familia, Enfermera/Matrona
CUÁNDO	Semana 38
DÓNDE	Centro Salud
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	DÉCIMA VISITA
QUIÉN	Ginecólogo, Matrona/Auxiliar de Enfermería
CUÁNDO	Semana 39
DÓNDE	Consulta en AP o AE
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	EDUCACIÓN MATERNAL
QUIÉN	Enfermería/Matrona
CUÁNDO	En los tres trimestres
DÓNDE	Centro Salud
CÓMO	Guía de Educación

Parto y Puerperio

QUÉ	PARTO. RECEPCIÓN DE LA GESTANTE EN EL HOSPITAL
QUIÉN	Administrativos Celadores Auxiliar de Enfermería Matronas Ginecólogo
CUÁNDO	Rotura de membranas Sangrado Presencia de contracciones uterinas
DÓNDE	UAU Urgencias Hospital Consulta Hospital
CÓMO	Manual de Procedimientos de Atención al Usuario Guía de Práctica Clínica

QUÉ	EVALUACIÓN CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO
QUIÉN	Ginecólogo
CUÁNDO	En el momento del ingreso hospitalario
DÓNDE	Urgencias del Servicio de Obstetricia y Ginecología
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	INGRESO HOSPITALARIO
------------	-----------------------------

QUIÉN	Matrona, Auxiliar de Enfermería, Celador y Administrativos
CUÁNDO	Tras la indicación médica
DÓNDE	Hospitalización área de parto
CÓMO	Manual de Procedimientos de Atención al Usuario

QUÉ	VIGILANCIA DURANTE EL PERÍODO DE DILATACIÓN
------------	--

QUIÉN	Matrona, Ginecólogo y Auxiliar de Enfermería
CUÁNDO	Durante todo el período de dilatación
DÓNDE	Área de parto
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	PROTOCOLO DE ANALGESIA
------------	-------------------------------

QUIÉN	Anestesiólogo, Ginecólogo, Matrona, Auxiliar de Enfermería y Celador
CUÁNDO	Durante el periodo de dilatación y/o expulsivo
DÓNDE	Área de parto
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	ASISTENCIA AL PERÍODO EXPULSIVO
------------	--

QUIÉN	Matrona, Ginecólogo, Auxiliar de Enfermería y Celador
CUÁNDO	Durante el período expulsivo
DÓNDE	Paritorio
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	ASISTENCIA AL PERÍODO DEL ALUMBRAMIENTO
QUIÉN	Matrona, Ginecólogo y Auxiliar de Enfermería
CUÁNDO	Durante el período del alumbramiento
DÓNDE	Paritorio
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	ASISTENCIA AL RECIÉN NACIDO
QUIÉN	Pediatra, Matrona y Auxiliar de Enfermería
CUÁNDO	Durante el periodo del alumbramiento
DÓNDE	Paritorio
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	VIGILANCIA DEL POSTPARTO INMEDIATO (2 PRIMERAS HORAS)
QUIÉN	Matrona/Enfermera y Auxiliar de Enfermería
CUÁNDO	Dos primeras horas tras la finalización del parto
DÓNDE	Área de postparto
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	TRASLADO A SALA DE HOSPITALIZACIÓN PUERPERAL
QUIÉN	Celador
CUÁNDO	Finalizada la vigilancia del postparto inmediato
CÓMO	Manual de Procedimientos de Atención al Usuario.

QUÉ	CUIDADOS MATERNOS DURANTE EL PUERPERIO INMEDIATO
QUIÉN	Ginecólogo, Enfermera/Matrona y Auxiliar de Enfermería
CUÁNDO	Durante el período de hospitalización puerperal
DÓNDE	Hospitalización puerperal
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	CUIDADOS AL NEONATO
QUIÉN	Pediatra, Enfermera/Matrona y Auxiliar de Enfermería
CUÁNDO	Durante el período de hospitalización puerperal
DÓNDE	Hospitalización puerperal
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

QUÉ	ALTA HOSPITALARIA
QUIÉN	Ginecólogo, Pediatra, Enfermera/Matrona, Auxiliar de Enfermería y Administrativos
CUÁNDO	A las 36-48 horas del parto, si no existen complicaciones maternas o del recién nacido
DÓNDE	Hospitalización puerperal
CÓMO	Manual de Procedimientos de Atención al Usuario

QUÉ	CONEXIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA: <ul style="list-style-type: none"> • Remisión del informe de alta en las 24 horas siguientes • Gestión de cita a los Programas de Salud
QUIÉN	Administrativos y Celadores
CUÁNDO	En el momento del alta
DÓNDE	UAU del Hospital
CÓMO	Manual de Procedimientos de Atención al Usuario

QUÉ	VISITA PUERPERAL
QUIÉN	Matrona/Enfermera
CUÁNDO	En los 10 primeros días tras el parto
DÓNDE	Centro de Salud/Domicilio
CÓMO	Guía de Práctica Clínica

Profesionales. Actividades y Características de calidad

Embarazo

Administrativos y Celadores	
Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none">• Gestión de citas (citación a consultas).• Gestión de las interfases (demoras).• Atención telefónica.• Atención personalizada.• Información específica para el seguimiento del Proceso.• Información general.• Apertura de Historia Clínica.	<ul style="list-style-type: none">• Citación completa en el menor plazo de tiempo posible, en cualquier momento del Proceso y punto de atención, sin traspasar esta tarea a la usuaria.• Gestión en el mismo momento de la demanda, sin que tenga que intervenir (desplazarse) la usuaria, resolviendo todas las necesidades de información o tramitación de procedimientos.• Eficaz (lenguaje comprensible, mensajes cortos, concretos y realizando <i>feed-back</i> de la información recibida). Transmisión de ayuda y confianza.• Trato amable y correcto con la usuaria y familia, preservando la intimidad de la misma, en espacio específico para el uso.• Facilitar guías con los nombres de los profesionales, horarios, servicios, teléfonos, visitas.• Puntual, concreta y comprensible, en el momento de la demanda.• Cumplimentación correcta de todos los datos de filiación, sin provocar demora en la asistencia y sin errores.

Notas: Las referencias numéricas se corresponden a las contenidas en el Anexo 1. Notas aclaratorias.

Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none">• Visado de recetas.• Traslados.• Gestión de reclamaciones.• Ingreso, alta y citación.• Gestión de la consulta.	<ul style="list-style-type: none">• Gestión en el momento en que se demanda, resolviendo las incidencias que se puedan producir, e informando del seguimiento a la usuaria.• Sin demoras en el tiempo tras realizarse la orden, evitando molestias a la usuaria.• Atención personalizada de las mismas, garantizando la privacidad, y con la ayuda y colaboración del personal de la Unidad.• Ingreso con ubicación adecuada en función de su estado o situación. Gestión eficaz de las citas para las interconsultas.• Recibir a la gestante y acompañante en la consulta, colaborar en la exploración general y ginecológica de la gestante, asegurando la intimidad, privacidad y confidencialidad en todo momento.• Facilitarle información clara y adaptada a sus necesidades para la realización de exploraciones complementarias, próximas citas, prescripción farmacéutica, etc.• Garantizar la custodia de su Historia Clínica y toda la información de su proceso.• Preparación correcta y puntual del material necesario para realización de la consulta.

Médico de Familia o Ginecólogo

Actividades	Características de calidad
Consulta preconcepcional.	<ol style="list-style-type: none">1. Identificar, controlar y registrar riesgos de la gestación.2. Facilitar información para el reconocimiento de situaciones de riesgo (exposición a fármacos, radiaciones, etc).3. Informar a la gestante y su pareja del riesgo de aparición/repetición de una alteración genética en su descendencia.4. Promoción de estilos vida saludables mujer/pareja.5. Preguntar sobre el hábito tabáquico a la mujer y su pareja, informar sobre los efectos en el embarazo y la lactancia. Ofrecer apoyo si lo demandan¹¹.6. Quimioprofilaxis para prevención de los defectos del tubo neural con ácido fólico¹.7. Informar sobre la importancia de realizar la visita prenatal precoz.8. Realización de serología².

Médico de Familia o Ginecólogo/Matrona/Enfermera

Actividades	Características de calidad
<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico de embarazo• Captación precoz.	<ol style="list-style-type: none">1. Realización del test de gestación.2. Valoración de resultado.3. Información de resultado a la usuaria, valorando grado de aceptación e información sobre IVE (Interrupción voluntaria del embarazo), si procede.4. Incorporación precoz de la gestante mediante cita al Programa de Embarazo antes de las 12 semanas de gestación.5. Estrategia de captación activa en gestantes de riesgo (adolescentes, población marginal, grupos étnicos) para asegurar su incorporación al Proceso.6. Solicitud de la primera analítica³.<ul style="list-style-type: none">– Hemoglobina y hematocrito.– Uricemia.– Serología².– Test de O'Sullivan si existen factores de riesgo⁴.– Grupo sanguíneo, factor Rh y test Coombs indirecto⁵.7. Preguntar sobre el hábito tabáquico a la mujer y su pareja, informar sobre los efectos en el embarazo y la lactancia. Ofrecer apoyo si lo demandan¹¹.8. Reforzar la quimioprofilaxis con ácido fólico¹.

Actividades	Características de calidad
<p>1ª Visita. Semana 8</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar lo más precozmente posible en el transcurso de las 12 primeras semanas de gestación (SG). 2. Actualizar y registrar adecuadamente en la Historia Clínica con especial énfasis: <ul style="list-style-type: none"> – Antecedentes gineco-obstétricos: FUR (fecha de última regla), FPP (fecha probable de parto), FO (fórmula obstétrica) y FM (fórmula menstrual). Patología ginecológica y mamaria y anticoncepción. – Factores de riesgo de ETS¹³. – Deseos de lactancia materna. – Hábitos tóxicos. – Signos y síntomas asociados al embarazo. 3. Valoración del grado de aceptación del embarazo e información sobre IVE si procede. 4. Percepción de apoyo social de la gestante, realizar genograma⁶. 5. Abrir y cumplimentar adecuadamente el Documento de Salud de la Embarazada (DSE). 6. Actualizar exploración general, toma de tensión arterial e índice de masa corporal (IMC). 7. Exploración genital y mamaria⁷. 8. Analítica a solicitar, evaluar y registrar³: <ul style="list-style-type: none"> – Solicitar primera analítica general si no se ha solicitado. – Evaluación y registro en Historia y DSE. – Solicitud de urocultivo⁸ (indicar que debe ser realizado entre las 12-16 semanas de gestación). 9. Información sobre diagnóstico prenatal⁹ (solicitud de marcadores bioquímicos). 10.Recomendaciones¹⁰. <ul style="list-style-type: none"> – Aconsejar Educación Maternal (actividad grupal del primer trimestre). – Preguntar sobre el hábito tabáquico a la mujer y su pareja, informar sobre los efectos en el embarazo y la lactancia. Ofrecer apoyo si lo demandan¹¹. 11.Reforzar quimioprofilaxis con ácido fólico¹. 12.Evaluar y registrar riesgo obstétrico¹².

Matrona/Enfermera

Actividades	Características de calidad
Educación Maternal del primer trimestre	Actividad grupal: ofertar a todas las mujeres captadas. <ol style="list-style-type: none">1. Informar sobre dudas, temores y cuidados en el embarazo.2. Informar sobre cambios fisiológicos, molestias habituales y reconocimiento de situaciones de riesgo.3. Explorar expectativas de lactancia materna.4. Consejo antitabaco.

Ginecólogo, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
2ª Visita. 12 Semana (11-13)	<ol style="list-style-type: none">1. Anamnesis: datos sobre evolución del embarazo.2. Identificación de factores de riesgo de ETS¹³ (si no se practicó en la primera consulta).3. Registro de datos en Historia y DSE.4. Exploración: peso y tensión arterial (TA).5. Exploración genital y mamaria⁷ (si no se practicó en primera visita).6. Analítica (sólo en las circunstancias que no permitan solicitarla en la primera o en la tercera visita: FUR desconocida, discordancia entre amenorrea y altura uterina,...):<ul style="list-style-type: none">– Urocultivo⁸.– Marcadores bioquímicos (Entregar y explicar Documento de Información Clínica Específica)⁹.7. Exploración ecográfica¹⁴.8. Reforzar recomendaciones¹⁰ y el consejo antitabaco¹¹.<ul style="list-style-type: none">– Aconsejar Educación Maternal (actividad grupal del primer trimestre).9. Reforzar quimioprofilaxis con ácido fólico¹.10. Evaluar y registrar riesgo obstétrico¹².

Médico de Familia, Matrona/Enfermera, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
3ª Visita. Semana 16 (16-18)	<ol style="list-style-type: none">1. Anamnesis: datos sobre evolución del embarazo.2. Registro de datos en Historia y DSE.3. Exploración: peso, tensión arterial. Altura uterina y auscultación fetal con Doppler.4. Analítica a evaluar y registrar.³<ul style="list-style-type: none">– Marcadores bioquímicos⁹.– Urocultivo⁸.– Solicitud de serología².5. Reforzar recomendaciones¹⁰ y el consejo antitabaco¹¹.6. Evaluar y registrar riesgo obstétrico¹².

Ginecólogo, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
4ª Visita. Semana 20 (18-22)	<ol style="list-style-type: none">1. Anamnesis: datos sobre evolución del embarazo.2. Registro de datos en Historia y DSE.3. Exploración: peso y tensión arterial.4. Valoración y registro de resultados de marcadores bioquímicos⁹.5. Exploración ecográfica¹⁴ (20 semanas).6. Evaluar y registrar riesgo obstétrico¹².7. Reforzar recomendaciones¹⁰ y el consejo antitabaco¹¹.

Médico de Familia, Matrona/Enfermera, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
<p>5ª Visita. Semana 24 (24-28)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnesis: datos sobre evolución del embarazo. 2. Registro de datos en Historia y DSE. 3. Exploración: peso y tensión arterial. Altura uterina y auscultación fetal con Doppler. 4. Analítica a solicitar y evaluar³ (>26 semanas): <ul style="list-style-type: none"> – Hemoglobina y hematocrito. – Uricemia. – Hepatitis B. – Test de O'Sullivan⁴. – Test de Coombs Indirecto o Anticuerpos Irregulares⁵. – Urocultivo⁸. 5. Reforzar recomendaciones¹⁰ y el consejo antitabaco. (Educación Maternal, actividad grupal del segundo y tercer trimestres). 6. Evaluación y registro de riesgo obstétrico¹². 7. Vacunación tétanos-difteria (primera dosis)¹⁶.

Matrona/Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>Educación Maternal A partir de la semana 28</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta a todas las mujeres captadas. • Espacio y material adecuado. • Promover una dinámica participativa. • Asistencia mínima a 3 sesiones. • Entrenamiento en técnicas de relajación, respiración y ejercicio. • Facilitar la expresión de dudas y temores. • Facilitar la asistencia de la pareja a las sesiones. • Información sobre los derechos de los padres y el recién nacido (Decreto 101/95). • Reforzar el protagonismo de la pareja en todo el proceso. • Visita al área de hospitalización. • Información sobre el proceso del parto, puerperio y cuidados del recién nacido. • Información sobre analgesia en el parto. • Fomento de lactancia materna. • Reforzar el consejo antitabaco.

Médico de Familia, Matrona/Enfermera, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
6ª Visita. Semana 28 (28-32)	<ol style="list-style-type: none">1. Anamnesis: datos sobre evolución del embarazo.2. Identificación de factores de riesgo de ETS¹³.3. Registro de datos en Historia y DSE.4. Exploración: peso y tensión arterial, altura uterina y auscultación fetal con Doppler.5. Analítica a evaluar y registrar³:<ul style="list-style-type: none">– Hemoglobina y hematocrito¹⁵.– Serología².– Test de O'Sullivan y SOG con 100g⁴.– Test de Coombs Indirecto o Anticuerpos Irregulares⁵.– Urocultivo⁸.6. Vacunación antitetánica¹⁶.7. Reforzar recomendaciones¹⁰ (Educación Maternal, actividad grupal del tercer trimestre). Consejo anti-tabaco¹¹.8. Evaluación y registro de riesgo obstétrico¹².9. En gestante Rh negativo, si el Coombs indirecto es negativo, indicar gamma globulina Anti-D.

Ginecólogo, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
7ª Visita. Semana 32 (32-34)	<ol style="list-style-type: none">1. Anamnesis: datos sobre evolución del embarazo.2. Registro de datos en Historia y DSE.3. Exploración: peso y tensión arterial.4. Exploración ecográfica¹⁴.5. Reforzar recomendaciones¹⁰ y consejo antitabaco¹¹. (Educación Maternal, actividad grupal del tercer trimestre).6. Evaluación y registro de riesgo obstétrico¹².

Médico de Familia, Enfermera/Matrona, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
8ª Visita. Semana 36 (35-37)	<ol style="list-style-type: none">1. Anamnesis: datos sobre evolución del embarazo.2. Registro de datos en Historia y DSE.3. Exploración: peso y tensión arterial, altura uterina y auscultación fetal con Doppler.4. Analítica a solicitar:<ul style="list-style-type: none">– Pruebas coagulación (epidural)¹⁷.– Cribado del estreptococo del Grupo B¹⁸.5. Reforzar recomendaciones¹⁰ y consejo antitabaco. (Educación Maternal, actividad grupal del tercer trimestre). Información de analgesia en el parto fomentando la participación y el asesoramiento del Anestesiólogo).6. Evaluación y registro de riesgo obstétrico¹².7. Informar sobre visita puerperal.8. Entrega de folleto informativo sobre analgesia en el parto (Documento de Información Clínica Específica y el Documento de Declaración de Consentimiento)¹⁷.
9ª Visita. Semana 38 (37-38)	<ol style="list-style-type: none">1. Anamnesis: datos sobre evolución del embarazo.2. Registro de datos en Historia y DSE.3. Exploración: peso y tensión arterial, altura uterina y auscultación fetal con Doppler.4. Analítica a evaluar y registrar³:<ul style="list-style-type: none">– Pruebas de coagulación (Epidural)¹⁷.– Cribado del estreptococo del Grupo B¹⁸.5. Reforzar recomendaciones¹⁰ y consejo antitabaco¹¹.6. Evaluación y registro de riesgo obstétrico¹².

Ginecólogo, Matrona/Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
10ª Visita. Semana 39 (39-40)	<ol style="list-style-type: none">1. Anamnesis: datos sobre evolución del embarazo.2. Registro de datos en Historia y DSE.3. Exploración: peso y tensión arterial.4. Reforzar recomendaciones¹⁰ y consejo antitabaco¹¹.5. Evaluación y registro de riesgo obstétrico¹².6. Realización de pruebas para evaluar bienestar fetal (ecografía, cardiotocografía...), según protocolo específico y con la periodicidad establecida¹³.

Parto

Personal de la UAU de Urgencias	
Actividades	Características de calidad
Recepción de la gestante en el Hospital	<ul style="list-style-type: none">• Trato amable y personalizado.• Registro de datos sin errores.• Información general del funcionamiento del centro.• Explicaciones claras y correctas.

Celador	
Actividades	Características de calidad
Acompañar a la gestante y sus familiares al Área de Urgencias Obstétricas	<ul style="list-style-type: none">• Traslado inmediato y confortable.• Trato cordial y educado.• Explicación adecuada de la mecánica, traslado a la sala de espera de familiares.

Matrona y Auxiliar de Enfermería	
Actividades	Características de calidad
Recepción en la Sala de Urgencias Obstétricas	<ul style="list-style-type: none">• Acogida cálida y respetuosa de la gestante, llamándola por su nombre.• Obtención de datos clínicos de Enfermería.• Valoración de las expectativas de la gestante en cuanto a la atención al parto.• Toma sistemática de las constantes vitales (tensión arterial, pulso y temperatura).

Matrona y/o Ginecólogo y Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Valoración clínica de la gestante	<ul style="list-style-type: none">• Exploración obstétrica: palpación abdominal (altura uterina, estática fetal y, si procede, valoración de la dinámica uterina). Auscultación fetal.• Tacto bimanual si está indicado, señalando la dilatación, posición, consistencia y borramiento del cérvix, así como la altura de la presentación.• Valorar la coloración del líquido amniótico así como la integridad de las membranas mediante la realización de amnioscopia.• Registro de datos en la historia clínica, tanto actuales como procedentes del Documento de Salud de la Embarazada. Debe de incluirse, al menos, Grupo y Rh, HbsAg, detección de estreptococo del grupo B en vagina-recto y estudio de coagulación para analgesia epidural.• Si al ingreso de la gestante en el Hospital, ésta solicita analgesia y no aporta la documentación requerida (Consentimiento Informado y estudio de coagulación), se le entregará una hoja informativa abreviada sobre analgesia en el parto, el Consentimiento Informado, y se le extraerá sangre para un estudio de coagulación urgente con recuento de plaquetas (siempre que no se disponga de hemograma con tiempo de coagulación realizado en los 30 días previos).

Matrona o Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Avisar al Ginecólogo	<ul style="list-style-type: none">• Conocer el nombre y la ubicación del/los Médico/s responsable/s.• Localización inmediata.

Ginecólogo

Actividades	Características de calidad
Evaluación clínica para el diagnóstico y tratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Valoración del Documento de Salud de la Embarazada/historia clínica.• Evaluación y registro de los factores de riesgo.• Valorar la realización de pruebas complementarias e indicarlas en su caso. Instaurar el tratamiento si procede.• Aplicación del protocolo de tratamiento del estreptococo del grupo B.• Registro del diagnóstico del periodo del parto, de la estática y vitalidad fetal y el pronóstico.• Cumplimentar la historia clínica, sin errores ni omisiones.• Favorecer el alta hospitalaria en la fase prodrómica en gestaciones normoevolutivas.
Indicación del ingreso hospitalario	<ul style="list-style-type: none">• Información comprensible, suficiente y periódica a la gestante y acompañante sobre la evolución del parto.• Información sobre los derechos de la madre y del recién nacido (BOJA nº 72, página 4.554) y sobre las normas de la unidad asistencial.Indicación de ingreso hospitalario.

Matrona, Auxiliar de Enfermería y Celador

Actividades	Características de calidad
Tramitación del ingreso hospitalario	<ul style="list-style-type: none">• Sin demoras y errores administrativos. Traslado en condiciones adecuadas.• Ubicación adecuada, en sala individual y permitiendo a la gestante estar acompañada por la persona de su elección en todo momento.

Matrona, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Recepción y preparación de la gestante para el periodo de dilatación	<ul style="list-style-type: none">• Identificación del responsable de cuidados.• Promover la confianza, la tranquilidad y ofertar la ayuda en el proceso estableciendo un vínculo profesional.• Realizar oferta explícita a la mujer, de acompañamiento, si lo desea, en el periodo de dilatación y en el parto.• Retirada de objetos que lleve la gestante (joyas), así como pintura de labios y maquillaje. Preguntar por la existencia de prótesis dentarias no fijas.• Aplicar medidas higiénicas selectivas, evitando el rasurado de pubis y genitales externos, así como la administración sistemática del enema, a menos que lo solicite la gestante.• Monitorización biofísica materno-fetal, con registro completo y evaluable.• Evaluación de la monitorización biofísica materno-fetal por la Matrona; confirmación diagnóstica por el Obstetra.• Información a la gestante y acompañante (principalmente a su pareja) del estado del feto y curso del trabajo de parto.• Continuidad de cuidados por un único responsable.• En las gestantes que opten por la analgesia epidural, se realizará canalización de una vía venosa y dieta absoluta a partir de ese momento. Puede permitirse la toma de pequeños sorbos de agua durante el trabajo de parto normal. Se efectuará monitorización, valoración y registro de la TA, FC, SpO₂, T^a y grado de bloqueo motor, y nivel de sedación. Anexo 4.

Anestesiólogo, Ginecólogo, Matrona, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Aplicar protocolo de analgesia	<ul style="list-style-type: none">• Ofertar las diferentes técnicas de analgesia, incluida la epidural, al 100% de las gestantes.• Explicar y entregar Documento de Información Clínica Específica, así como cumplimentar Documento de Declaración de Consentimiento, para analgesia epidural, con anterioridad al parto.• Aplicar la técnica de analgesia indicada por el anestesiólogo y elegida por la gestante.

Matrona, Ginecólogo, Anestesiólogo, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
<p>Periodo de dilatación</p> <p>Valoración de la gestante y del feto: Identificación de problemas, planificación de cuidados, información y vigilancia clínica.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Detección de problemas: comunicación inmediata al Obstetra responsable.• Evaluación de expectativas y nivel de conocimientos de la gestante respecto al parto. Reforzar los conocimientos de educación maternal.• Información clara, sin omisiones y periódica a la gestante y su acompañante de la evolución del parto.• Apertura de partograma y otros documentos relacionados con el parto.• Ofertar al 100% de las gestantes el protocolo de identificación del recién nacido y, en su caso, firmar el consentimiento informado.• Establecer cuidados, cumplimentar los registros de forma clara y concisa, sin errores.• Información periódica al obstetra del estado y expectativas de la gestante.• Realizar las exploraciones clínicas periódicas para valorar el progreso del periodo de dilatación (dinámica uterina, bienestar fetal, dilatación cervical y estado de las membranas ovulares). Evitar los tactos innecesarios, especialmente tras la rotura de la bolsa amniótica. Registrar detalladamente en el partograma.

- Valorar la progresión de la dilatación en función de si hay o no analgesia epidural.
- Ventanas de monitorización de la frecuencia cardíaca fetal o auscultación intermitente para incentivar la movilidad de la gestante durante el trabajo de parto.
- Valorar las constantes vitales (TA, pulso y Tª) y grado de hidratación con una periodicidad no superior a las cuatro horas.
- Atención y acompañamiento continuo por un mismo profesional. Valorar el estado anímico y ofrecer apoyo emocional y físico en todo momento.
- Valorar las alteraciones del curso clínico del parto. Información al Obstetra.
- Evitar maniobras (rotura de membranas) o fármacos (oxitocina) para estimular la actividad uterina si el parto progresa adecuadamente.
- Si fuera necesario, administrar oxitocina, ajustar y controlar la dosis mínima, previa indicación médica. Administrar la oxitocina en solución intravenosa utilizando una bomba de perfusión, bajo monitorización materno-fetal.
- Realizar y controlar la amniorraxis artificial, si procede, valorando la cantidad y el color del líquido amniótico. Avisar al obstetra, si fuese necesario.
- Garantizar la intimidad y la privacidad en todo momento, sobre todo en las exploraciones vaginales.
- En caso de aplicar analgesia epidural, valorar la evolución de la misma e informar al Anestesiólogo.

Actividades	Características de calidad
Asistencia al periodo expulsivo	<ul style="list-style-type: none"> • Traslado al paritorio en el momento y en la forma adecuados, asegurando la confortabilidad de la gestante e informando a los familiares. • Garantizar el derecho a la intimidad de la mujer. • Valoración sistemática de la evolución del expulsivo y de las condiciones materno-fetales, con un registro exhaustivo de datos. • Ofertar diferentes alternativas sobre la postura que la gestante puede adoptar durante el parto y facilitar la elección. • Episiotomía selectiva. • Favorecer la asistencia del acompañante y el contacto físico madre-neonato-pareja, cuando no se precisen cuidados especiales. • Evitar el rasurado del pubis y de los genitales externos. • Evitar los pujos precoces y/o sostenidos, así como la presión fúndica (manobra de Kristeller). • Considerar que el expulsivo está siendo prolongado a partir de 2 horas con dilatación completa en el caso de una primípara y de una hora si la gestante es multipara. • En caso de analgesia epidural, se considera que el expulsivo es prolongado si transcurren 3 horas en primíparas y 2 en multiparas. • Aplicar el protocolo de identificación del recién nacido en los casos en que corresponda. • Mantenimiento de la analgesia y vigilancia y detección de las complicaciones y los efectos secundarios de la técnica analgésica-anestésica.

Pediatra, Matrona, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Asistencia del Recién Nacido	<ul style="list-style-type: none">• Facilitar el contacto con la madre.• Test de Apgar en los tiempos establecidos.• Peso y preparación de RN.• Muestra de sangre de cordón para cribado de hipotiroidismo congénito, grupo, RH y Coombs Directo, si procede.• Identificación correcta del RN.• Registro de datos en la Hª Clínica.• Comprobar la permeabilidad ano-rectal y de ambas coanas, medir al RN: talla y perímetro cefálico.• En caso de madres con estreptococo beta agalactiae del grupo B positivo sin profilaxis o desconocido, aplicar protocolo de riesgo infeccioso.

Celador

Actividades	Características de calidad
Traslado a la sala de vigilancia del postparto inmediato	<ul style="list-style-type: none">• Traslado cuidadoso a la cama de la madre y del recién nacido.• Atención educada y cálida cuidando la intimidad de la mujer.

Matrona/Enfermera, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Asistencia en el postparto inmediato	<ul style="list-style-type: none">• Perfusión de oxitocina o administración de uterotónicos en condiciones adecuadas.• Comprobar tono uterino, hemorragia postparto, pulso y TA, periódicamente.• Vigilar evacuación de vejiga.• Mantener isotérmico al recién nacido.• Estancia mínima de dos horas.• Despedida afable a la mujer y al acompañante.• Inicio precoz de la lactancia materna.• Facilitar y fomentar la lactancia materna.

- Evaluar, en cada caso, la supresión de las perfusiones endovenosas.
- Suspender la perfusión epidural y retirar el catéter una vez finalizado el parto y antes del traslado de la gestante a la sala de hospitalización, salvo que el anestesiólogo indique lo contrario.

Celador

Actividades	Características de calidad
Traslado a la planta	<ul style="list-style-type: none"> • Traslado cuidadoso y educado, preservando la intimidad de la mujer en todo momento.

Enfermera/Matrona, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Acogida en planta de hospitalización puerperal	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción y presentación a la madre. • Información normas de funcionamiento. • Cumplimentación de registros sin errores. • Comprobar la identificación del RN, la historia y el Documento de Salud Infantil, e introducir los datos en el programa informático. • Valoración del estado madre-recién nacido. • Habitación individual en sala exclusiva de púerperas con cama cómoda, sillón adecuado para amamantar y con acceso fácil a la cuna del recién nacido desde la cama de la madre.
Prestación de cuidados durante el puerperio inmediato	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de apoyo a la lactancia materna, educación sanitaria y autocuidados. • Prestar cuidados y aplicar tratamiento médicos, si procede, a la madre y al recién nacido. • Reforzar consejos sobre la lactancia materna. • Inicio precoz de la lactancia materna. • Protocolo consensuado sobre lactancia materna.

Ginecólogo, Enfermera/Matrona, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Atención en el puerperio precoz	<ul style="list-style-type: none">• Valoración clínica (involución uterina, aspecto de los loquios, hemorragia, T^a, T.A., pulso y valorar estado de la episiotomía si la hubiere) y anímica de la púérpera.• Elaboración de un plan de cuidados individualizado.• Mantenimiento de actividades de apoyo a la lactancia materna, educación sanitaria y cuidados maternos y del recién nacido. Aconsejar deambulación precoz.• Información sobre los programas de Planificación Familiar y Seguimiento de Salud Infantil en Atención Primaria. Implicar a los padres en el cuidado e higiene del recién nacido durante su estancia hospitalaria mediante demostraciones y prácticas supervisadas.• Establecer criterios consensuados entre los Servicios de Pediatría y de Ginecología para el alta precoz.

Pediatra, Enfermera/Matrona, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
Atención al neonato	<ul style="list-style-type: none">• Valoración Clínica del RN.• Cribado de la Hipoacusia.• Profilaxis con vitamina K y de la oftalmía gonocócica.• En los casos de madres portadoras del HBsAg, administrar gamma globulina específica.• Administración, a todos los recién nacidos, de la primera dosis de la vacuna de la hepatitis B.• Facilitar, instruir en la lactancia y colaborar en las primeras tomas.• Apertura del Documento de Salud Infantil (DSI).

Ginecólogo, Enfermera/Matrona, Auxiliar de Enfermería y Auxiliar Administrativo

Actividades	Características de calidad
Alta hospitalaria	<ul style="list-style-type: none">• Alta a las 36-48 horas del parto, si no existen complicaciones maternas o del recién nacido.• Entrega del informe de alta, Documentos de Salud Infantil y Hoja de Continuidad de Cuidados en el momento del alta.• Registro de datos en el Documento de Salud de la Embarazada.• Informar sobre la visita puerperal realizada por Atención Primaria.• Facilitar la conexión con Atención Primaria para la revisión posparto, visita domiciliaria y Programas de Planificación Familiar, de Salud Infantil, vacunas y metabopatías.• Facilitar que las madres se pongan en contacto con los grupos de apoyo a la lactancia natural si los hay (punto diez de los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural”)

Matrona/Enfermera

Actividades	Características de calidad
Visita puerperal	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de visita domiciliaria. • Realizar preferentemente dentro de los 10 días después del parto. • Recoger datos del parto y vivencias. • Situación actual, estado anímico y relación con el recién nacido. • Valoración de apoyo social. • Exploración de: estado general, mamas, cicatriz de episiotomía o cesárea, involución uterina y loquios. • Vacunación de rubéola si no está inmunizada. • Exploración del recién nacido: aspecto general, vitalidad, hidratación, coloración, reflejos, estado del ombligo. • Recomendaciones sobre: <ul style="list-style-type: none"> - Higiene general y cuidados de la episiotomía²⁰. - Descanso de la madre. - Refuerzo de lactancia natural si está lactando. - Ejercicios para la recuperación del periné y circulatorios. - Reforzar el consejo antitabaco. - Actividad sexual. - Anticoncepción y cita para Planificación Familiar y Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cérvix, si procede. - Cuidados del recién nacido. - Toma de muestra para escrutinio metabólico. - Cita para el Programa de Vacunas y Seguimiento de Salud Infantil. - Evaluación de riesgo y derivación si procede.

Aclaraciones:

- 1 Como norma general, se garantizará la realización de las actividades definidas en los plazos previstos, asignándolas a distintas categorías profesionales que participen en el proceso a nivel local.
- 2 La fecha para la realización de cada visita será **"en torno a"** la semana referida, por e.j.: tercera visita "en torno a" la semana 16, (puede ser la 17 ó 18), ya que no siempre será posible que coincida el día de la visita con esta fecha de gestación, pero se ha de intentar que exista un intervalo adecuado (2-4 semanas) entre visitas.
- 3 Si no ha sido posible la captación de la embarazada en las primeras semanas de gestación, se adaptarán los contenidos de las visitas a las que no ha podido acudir en la visita de incorporación al proceso de seguimiento.
- 4 La petición de analítica se sitúa en la visita previa a su realización y, de esta manera, poder disponer de los resultados en la fecha adecuada para su evaluación.

Competencias profesionales

Competencias Generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La competencia es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- Conocimientos: el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- Habilidades: capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- Actitudes: características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye entre sus objetivos la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia), de acuerdo a dos categorías: imprescindible (I) y deseable (D).

En el nivel de excelencia, todas las competencias identificadas tienen el carácter de imprescindible. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.

Competencias Específicas del Proceso

En el caso concreto del diseño de los procesos asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en el desarrollo de dichos procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las Competencias Específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de las mismas.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los Procesos Asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en éstos, requieren de un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los mismos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo) de médicos/as y enfermeros/as, se han establecido las Competencias Específicas por Procesos Asistenciales, focalizando la atención básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada proceso asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el Mapa de Competencias para el proceso, que incluye tanto la relación de Competencias Generales para médicos/as y enfermeros/as del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los procesos asistenciales.

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICO

CONOCIMIENTOS		FASE A	FASE B	FASE C	PERFIL			
		Criterio de selección	Experto	Excelente	1	2	3	4
CODIGO	COMPETENCIA LITERAL							
C-0512	Fisiología y exploración materno-fetal	I	I	I				
C-0513	Patología del embarazo, parto y puerperio	I	I	I				
C-0514	Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso integral de embarazo, parto y puerperio	I	I	I				
C-0515	Patologías médicas y Quirúrgicas preexistentes y concurrentes al embarazo que pueden condicionar el proceso	I	I	I				
C-0516	Conocimiento de la utilización de fármacos en embarazo, parto y puerperio	I	I	I				
C-0517	Impacto de factores psicosociales en la embarazada y entorno familiar	I	I	I				
C-0255	Nivel básico en diagnóstico prenatal	I	I	I				
C-0518	Analgesia Obstétrica	I	I	I				
C-0519	Fisiología, Patología y Exploración del Recién Nacido normal y patológico	I	I	I				
C-0520	Reanimación del recién nacido	I	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
18109	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (Elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0167	Medicina Basada en la Evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0173	Metodología de Calidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación actividad asistencia	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	D	I	I				
C-0107	Sistemas evaluación sanitaria	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	I	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				

HABILIDADES

CODIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0307	Capacidad de realización de Ecografía Obstétrica	I	I	I				
H-0308	Exploración Ginecoobstétrica, mamaria, y del recién nacido	I	I	I				
H-0309	Interpretación de Registro Cardio-Tocográfico	I	I	I				
H-0310	Interpretación de pruebas complementarias	I	I	I				
H-0311	Registro y cumplimentación de datos	I	I	I				

HABILIDADES

CODIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0312	Asistencia clínica al embarazo, parto y puerperio	I	I	I				
H-0079	Aplicación de técnicas de analgesia y anestesia obstétrica	I	I	I				
H-0315	Realización de técnicas de reanimación del recién nacido	I	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0024	Capacidad de Relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones.	I	I	I				
H-0313	Atención familiar: utilización de instrumentos y técnicas psicosociales	D	I	I				
H-0314	Práctica de amniocentesis	D	I	I				
H-0082	Capacidad de promover decisiones informadas en la mujer en cuanto a la lactancia	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0042	Manejo Telemedicina	D	I	I				
H-0096	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso. Capacidad de motivar	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0078	Afrontamiento del stress	D	D	I				

ACTITUDES

CODIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0057	Humanización de las capacidades científico-técnicas	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro) respeto de los derechos de los pacientes.	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible,	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				

ACTITUDES

CODIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
		I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0056	Amabilidad	D	I	I				
A-0058	Longitudinalidad: Seguimiento continuado del proceso por el profesional	D	I	I				
A-0017	Generador de clima de confianza y seguridad	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0075	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0064	Promueve la expresión de emociones (*dudas-temores*) por parte de la embarazada	D	D	I				
A-0059	Sentido de pertenencia: de ser un elemento integrador del SSPA	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MATRONA

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	CONOCIMIENTOS			PERFIL			
		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	1	2	3	4
C-0512	Fisiología y exploración materno-fetal	I	I	I				
C-0513	Patología básica del embarazo, parto y puerperio	I	I	I				
C-0514	Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso integral de embarazo, parto y puerperio	I	I	I				
C-0522	Conocimientos básicos de analgesia y anestesia obstétrica	I	I	I				
C-161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA.)	I	I	I				
C-181	Conocer los derechos y deberes del los usuarios (Gestantes y RN - Boja nº 72 Mayo 1995)	I	I	I				
C-085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-171	Promoción de la Salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-083	Soporte vital pediátrico	I	I	I				
C-170	Prevención de embarazos no deseados	I	I	I				
C-182	Detección y prevención de enfermedades de transmisión sexual.	I	I	I				
C-183	Diagnóstico precoz del cáncer ginecológico	I	I	I				
C-0521	Conoc. básico de utilización de fármacos en embarazo y puerperio	D	I	I				
C-0255	Nivel básico en diagnóstico prenatal	D	I	I				

CONOCIMIENTOS

CODIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-165	Metodología de cuidados (Procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	D	I	I				
C-069	Metodología en gestión de procesos	D	I	I				
C-047	Conocimientos Básicos de Calidad (Indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, Guías de práctica clínica)	D	I	I				
C-032	Metodología de la investigación nivel básico (Elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-179	Conocimientos Básicos de Gestión Recursos (Planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto.)	D	I	I				
C-172	Sexualidad	D	I	I				
C-177	Climaterio	D	I	I				
C-174	Bioética	D	D	I				
C-082	Inglés, nivel básico	D	D	I				

HABILIDADES

CODIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0312	Asistencia clínica al embarazo, parto y puerperio	I	I	I				
H-0313	Realización de técnicas de reanimación del recién nacido	I	I	I				
H-0322	Extracción y manipulación de muestras biológicas	I	I	I				
H-0317	Toma y evaluación de constantes vitales	I	I	I				
H-0308	Exploración Ginecoobstétrica, mamaria, y del recién nacido	I	I	I				
H-0324	Control domiciliario al alta	I	I	I				
H-0326	Capacidad de identificación de riesgos en el proceso	I	I	I				
H-0320	Manejo de dinámica de grupos en Educación maternal	I	I	I				
H-0316	Atención familiar: utilización de instrumentos y técnicas psicosociales	I	I	I				
H-0309	Interpretación de registro Cardio-Tocográfico (R.C.T.G.B.)	I	I	I				
H-0327	Realización de partograma	I	I	I				
H-059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-082	Capacidad de promover decisiones informadas en la mujer en cuanto a la lactancia	I	I	I				
H-086	Detección y apoyo en la violencia de género	I	I	I				
H-092	Orientación sobre planificación familiar	I	I	I				
H-090	Manejo del parto con analgesia	I	I	I				
H-091	Proporcionar a la gestante y entorno familiar seguridad y confianza durante el proceso del parto	I	I	I				
H-084	Capacidad para la creación y formación de grupos de ciudadanos	I	I	I				
H-019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-023	Capacidad para tomar de decisiones.	D	I	I				
H-024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-031	Gestión del tiempo	D	I	I				

HABILIDADES

CODIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-055	Capacidad docente	D	I	I				
H-078	Afrontamiento del stress	D	I	I				
9332	Técnicas de exploración mamaria	D	I	I				
H-088	Identificación precoz de enfermedades de transmisión sexual	D	I	I				
H-009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	D	I				
H-079	Analgesia intraparto							

ACTITUDES

CODIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0034	Tolerante dialogante y autocontrol	I	I	I				
A-0061	Orientación al fomento del autocuidado	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro,) respeto de los derechos de los pacientes.	I	I	I				
A-049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-050	Responsabilidad	I	I	I				
A-046	Flexible, adaptable al cambio, accesible	I	I	I				
A-018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-048	Positivo	I	I	I				
A-051	Sensatez	I	I	I				
A-043	Discreción	I	I	I				
A-009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0056	Amabilidad	D	I	I				
A-044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-007	Creatividad	D	I	I				
A-045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-024	Juicio crítico	D	I	I				
A-0059	Sentido de pertenencia: de ser un elemento integrador del SSPA	D	D	I				
A-038	Resolutivo	D	D	I				
A-052	Visión de futuro	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERO/A

CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0512	Fisiología y exploración materno-fetal	I	I	I				
C-0514	Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso integral de embarazo, parto y puerperio	I	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA.)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0171	Promoción de la Salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (Procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	I	I	I				
C-0363	Educación maternal y promoción de lactancia materna	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión de procesos	D	I	I				
C-0004	Conocimientos Básicos de Calidad (Indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, Guías de práctica clínica.)	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (Elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0179	Conocimientos Básicos de Gestión Recursos (Planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto.)	D	I	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				

HABILIDADES

CODIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0316	Atención familiar: utilización de instrumentos y técnicas psicosociales	I	I	I				
H-0317	Cuidados puerperales	I	I	I				
H-0318	Toma y evaluación de constantes vitales	I	I	I				
H-0319	Realización de analíticas	I	I	I				
H-0321	Evaluar sangrado genital y realizar cuidados episiotomía	I	I	I				
H-0323	Extracción y manipulación de muestras biológicas	I	I	I				
H-0324	Capacidad de fomentar y de adiestramiento en lactancia materna	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0321	Manejo de dinámica de grupos en Educación maternal	D	I	I				
H-0322	Evaluar altura uterina	D	I	I				
H-0023	Capacidad para la toma de decisiones	D	I	I				

HABILIDADES

CODIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0024	Capacidad de Relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad interpersonal, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0078	Afrontamiento del stress	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso. Capacidad de motivar	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0022	Resolución de problemas	D						

ACTITUDES

CODIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0060	Dar seguridad y continuidad al proceso de atención al puerperio y recién nacido en A. Primaria domiciliaria	I	I	I				
A-0061	Orientación al fomento del autocuidado	I	I	I				
A-0057	Humanización de las capacidades científico-técnicas	I	I	I				
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro,) respeto de los derechos de los pacientes.	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible,	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0056	Amabilidad	D	I	I				
A-0017	Generador de clima de confianza y seguridad	D	I	I				
A-0058	Longitudinalidad: Seguimiento continuado del proceso por el profesional	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0059	Sentido de pertenencia: de ser un elemento integrador del SSPA	D	D	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				



Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES. REQUISITOS
Personal Médico de Familia, Ginecólogo, Pediatra, Anestesiólogo, Matrona, Auxiliar de Enfermería, Enfermera, Trabajador Social, Administrativo, Celador, Conductores de Ambulancias ...	Personal con formación específica.
Papelería Soporte informático o papel para gestión de agendas, papel fax. Documentos de Historia Clínica y Filiación. Documento de Salud de la Embarazada (DSE). Documento de solicitud de interconsultas P111. Documento de solicitud de pruebas complementarias.	Registros formalizados por la Comisión de Historias del centro.
Instrumental Instrumental de exploración y asistencia al embarazo y parto (reactivos para el diagnóstico del embarazo, fonendoscopio, esfigmomanómetro, báscula y tallímetro, disco obstétrico, gel traductor, cinta métrica, etc.)	Existencia de unidades de esterilización.
Aparataje Ecco-Dopler, monitores, ecógrafo, cama parto, nido, etc...	Revisiones reglamentarias realizadas.
Material fungible Según stock de consumos (toallas, sábanas, guantes, espéculo, fármacos, etc.)	Disponibilidad de acceso a los almacenes.
Mobiliario Camilla o mesa de exploración ginecológica, foco de luz, etc.	Revisiones reglamentarias realizadas.

Unidades de soporte

UNIDAD DE APOYO	
Pruebas diagnósticas	S° de Laboratorio
Material fungible	S° de Almacén
Recursos Humanos	Unidad de Personal
Hostelería	S° Generales
Sistemas de información	S° de Documentación Clínica
Fármacos (vacunas tétanos, Hepatitis B, gammaglobulina específica varicela, medicación intraparto, etc.)	S° de Farmacia
Traslado urgente	S° de Ambulancia (concertada)

A rectangular area with a blurred green background. The text "procesos asistenciales" is written in white, lowercase letters, centered within the area.

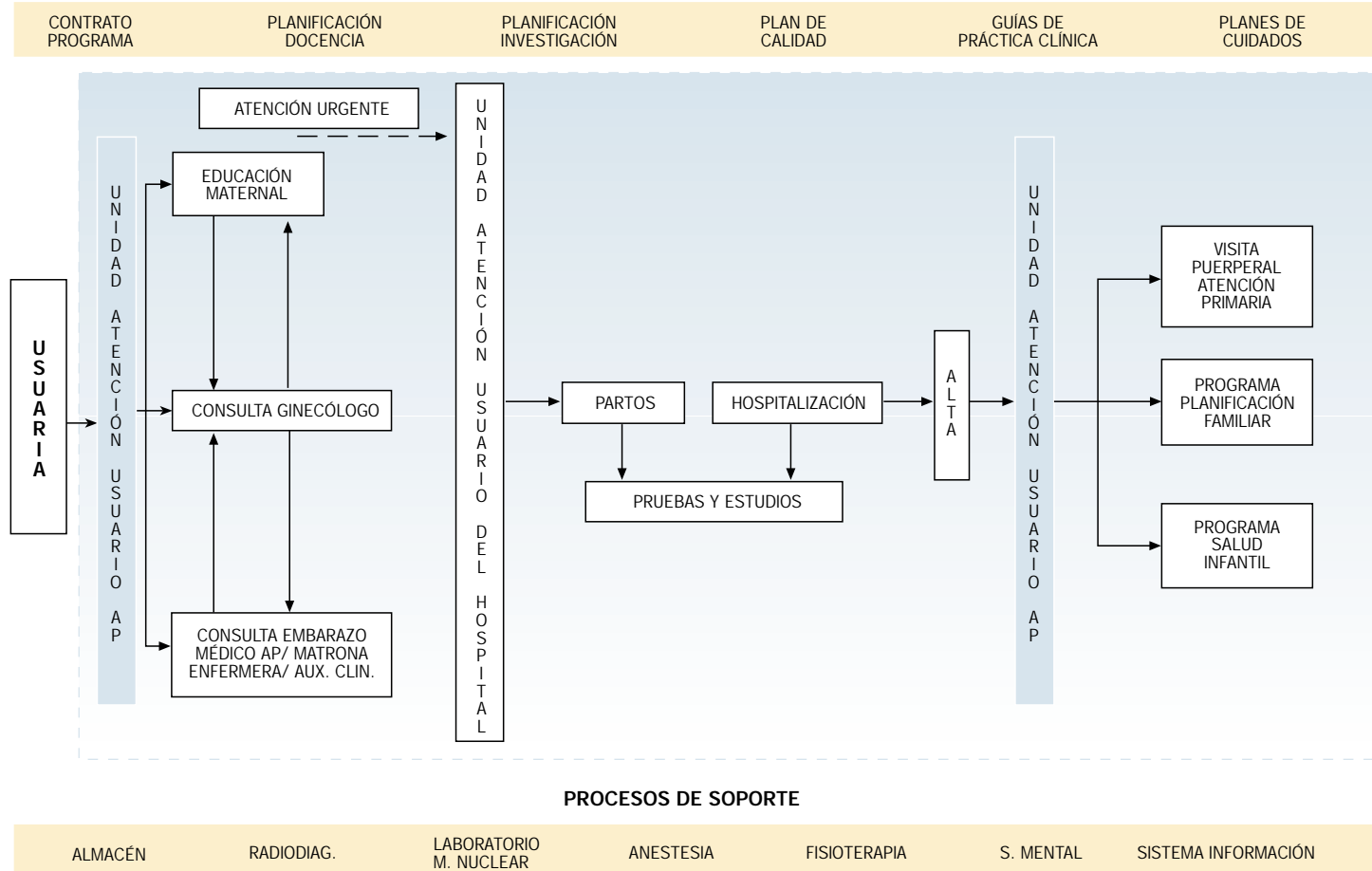
procesos
asistenciales



5 REPRESENTACIÓN GRÁFICA

ARQUITECTURA DE PROCESOS. NIVEL 1. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

PROCESOS ESTRATÉGICOS



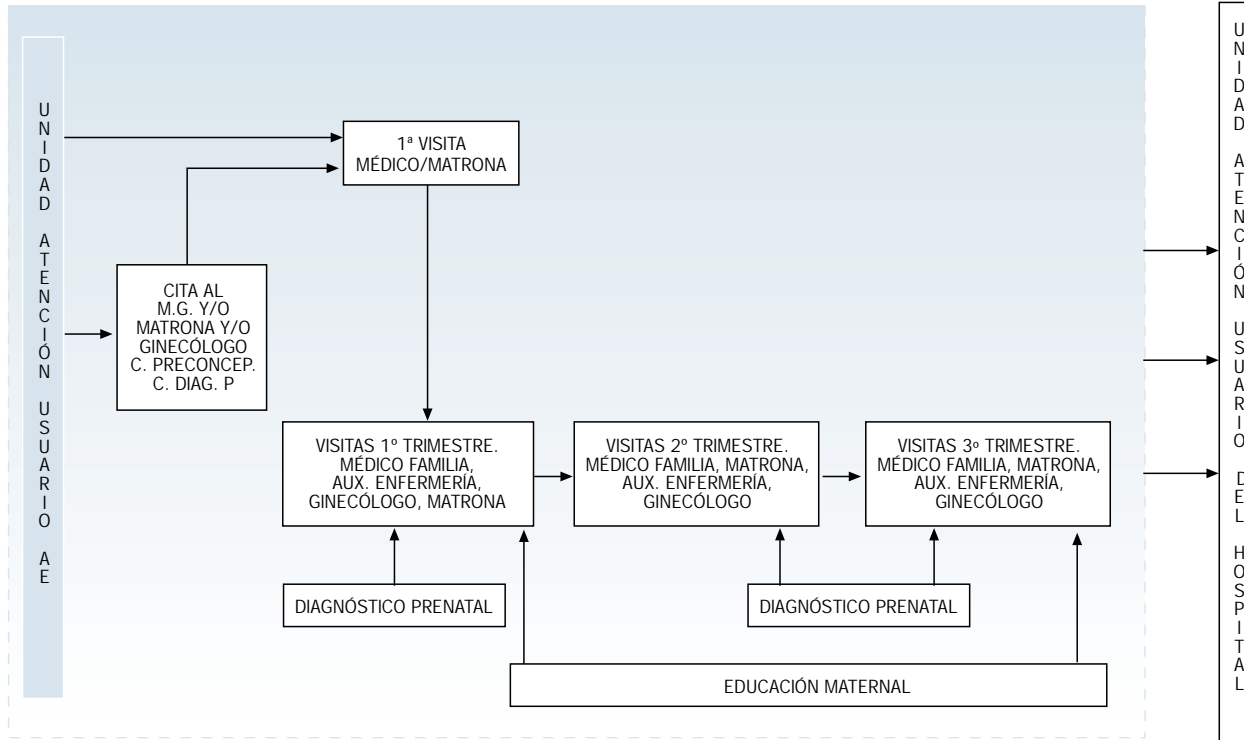
ARQUITECTURA DE PROCESOS. NIVEL 2. EMBARAZO

PROCESOS ESTRATÉGICOS

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

INFORMES TÉCNICOS
AGENCIA EVALUACIÓN

PLANES DE CUIDADOS



PROCESOS DE SOPORTE

SUMINISTROS

PRUEBAS DIAGNÓSTICO

GESTIÓN DE PERSONAS

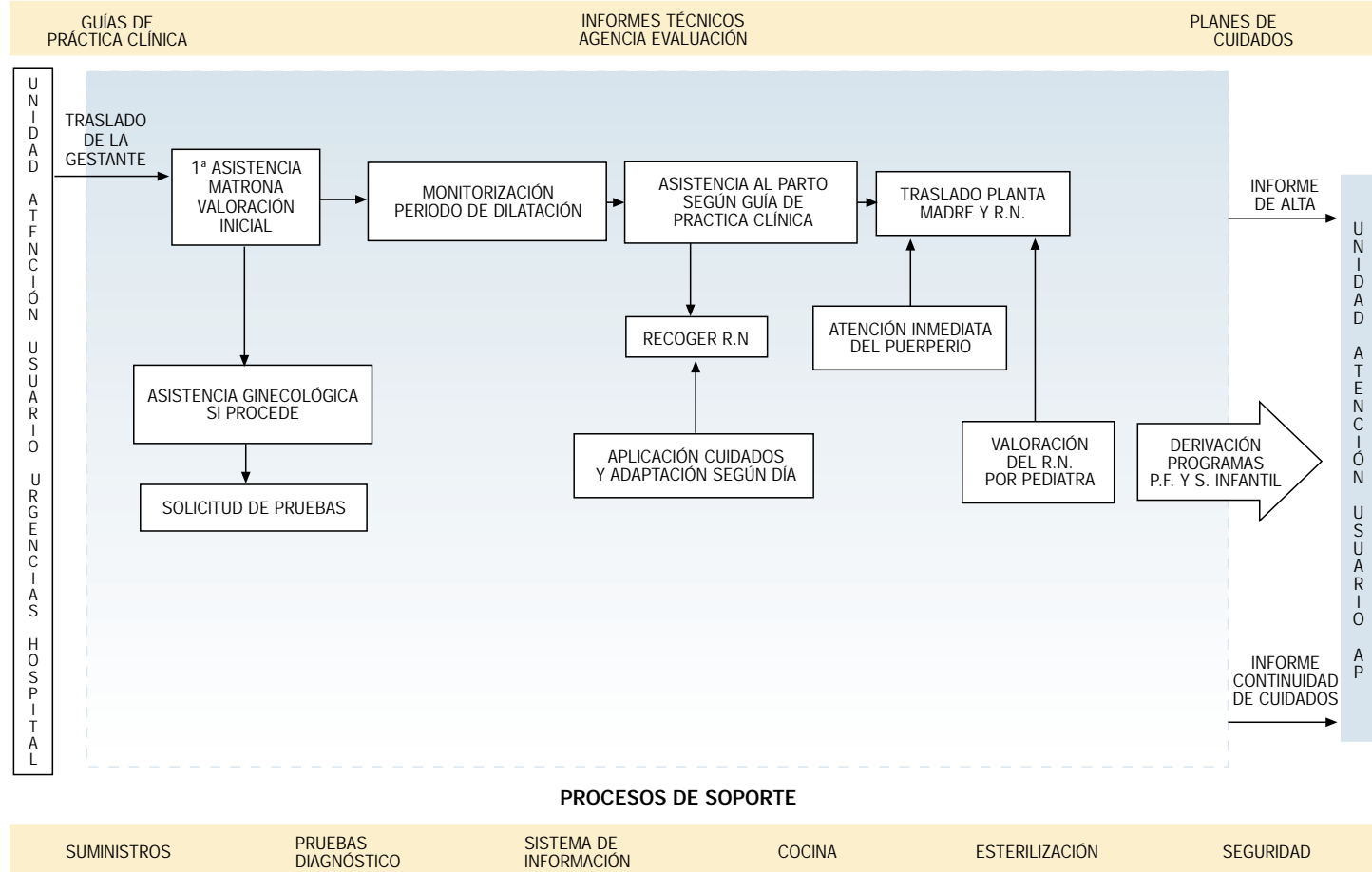
SISTEMA DE INFORMACIÓN

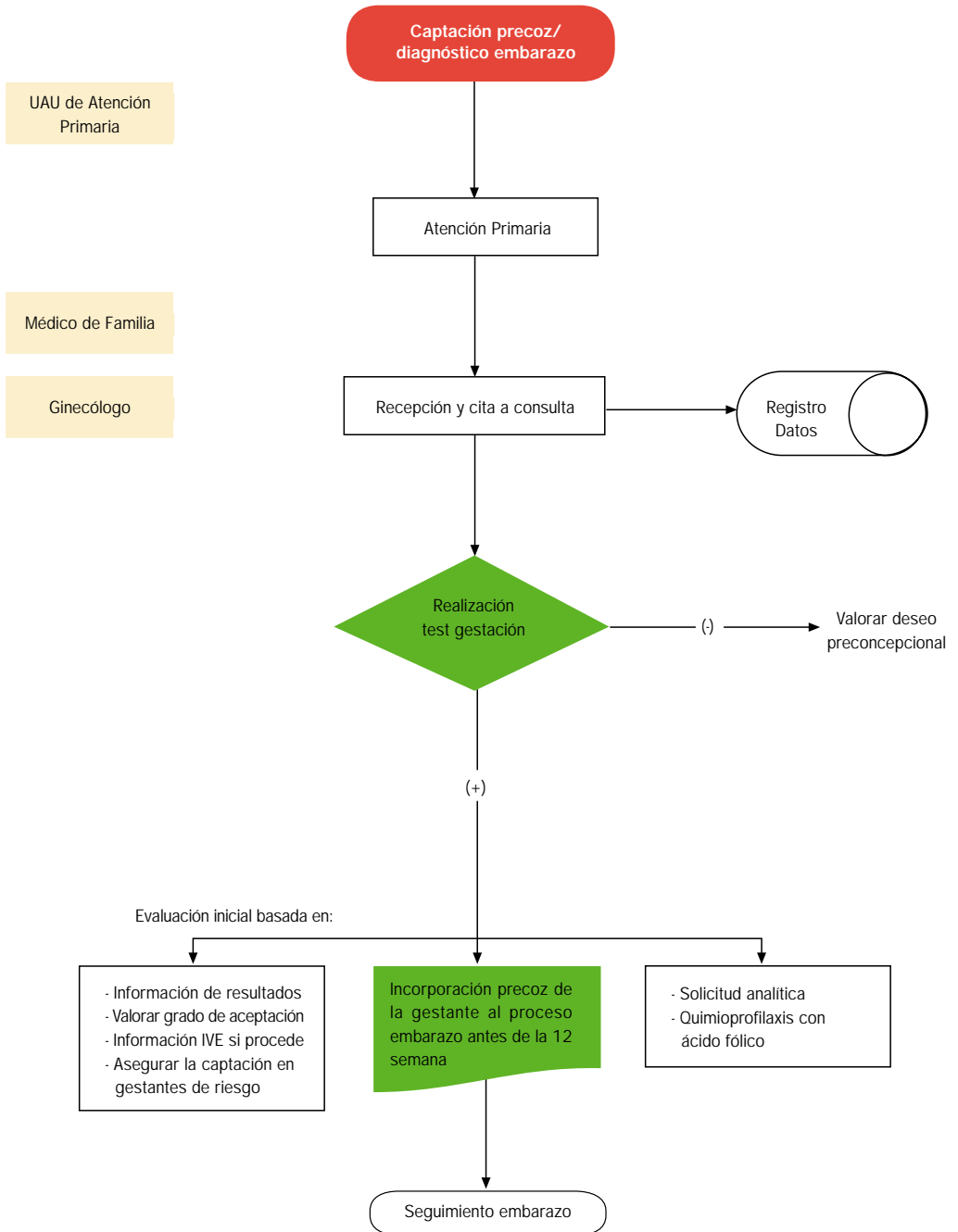
LIMPIEZA

ESTERILIZACIÓN

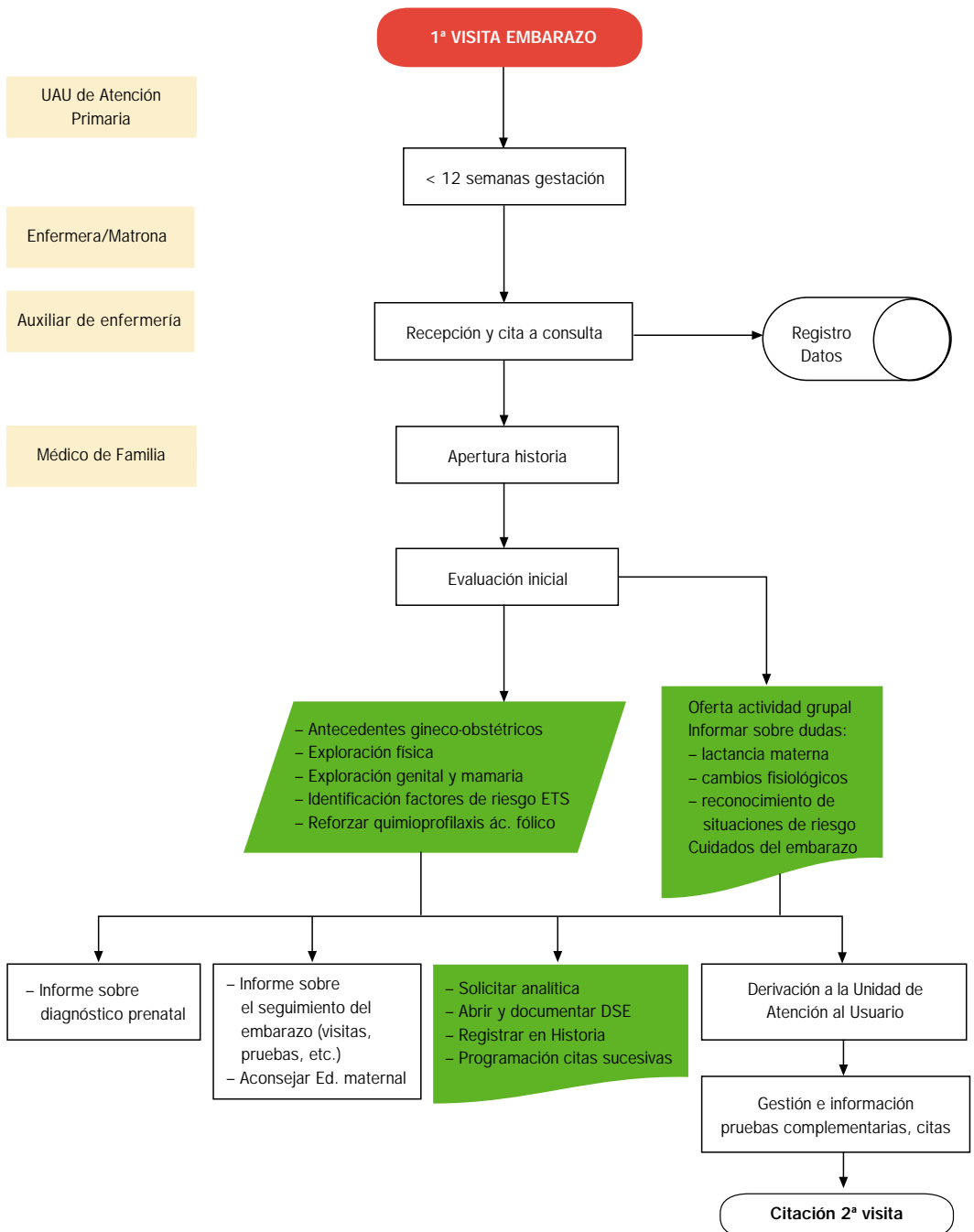
ARQUITECTURA DE PROCESOS. NIVEL 2. PARTO Y PUERPERIO

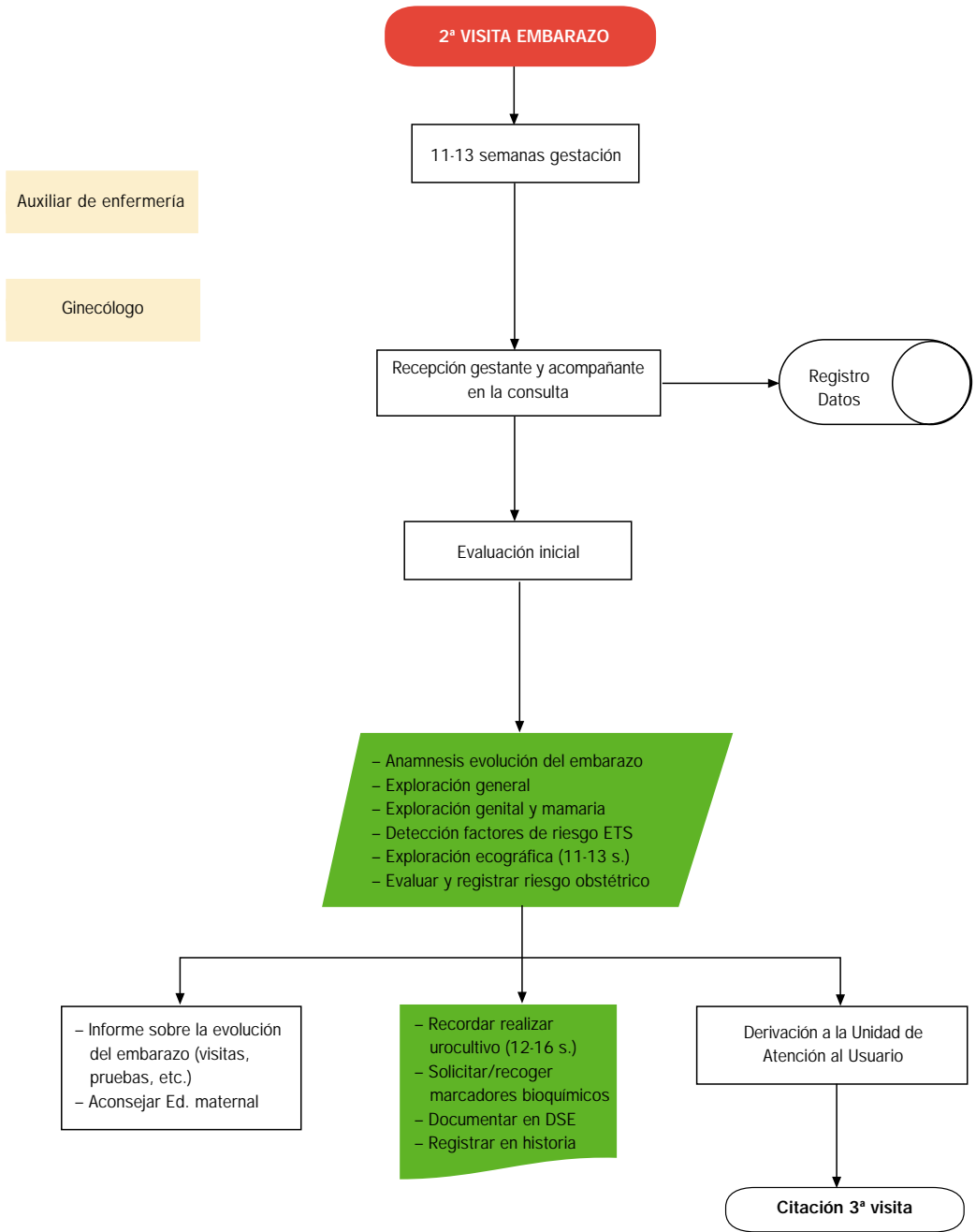
PROCESOS ESTRATÉGICOS





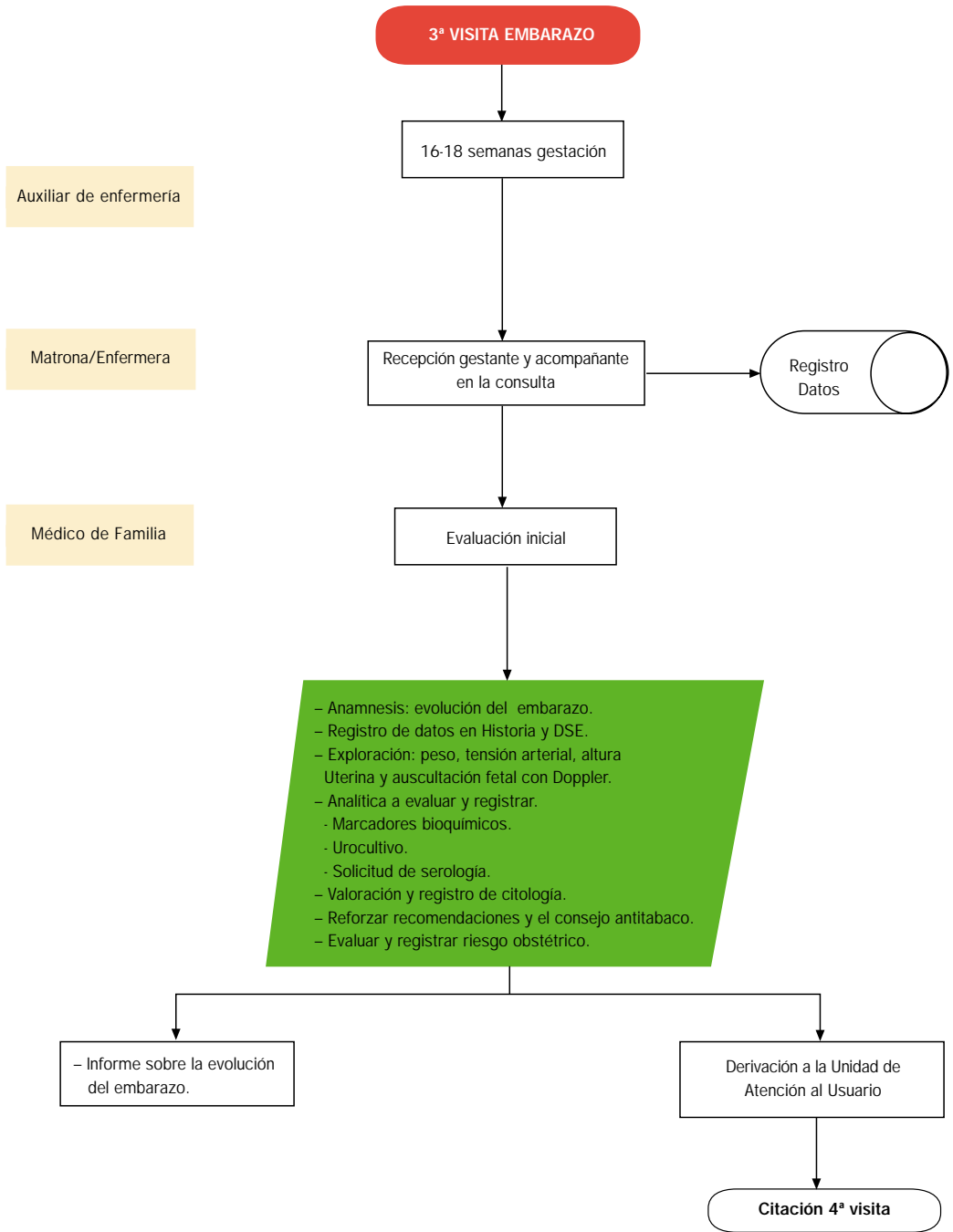
ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO 2

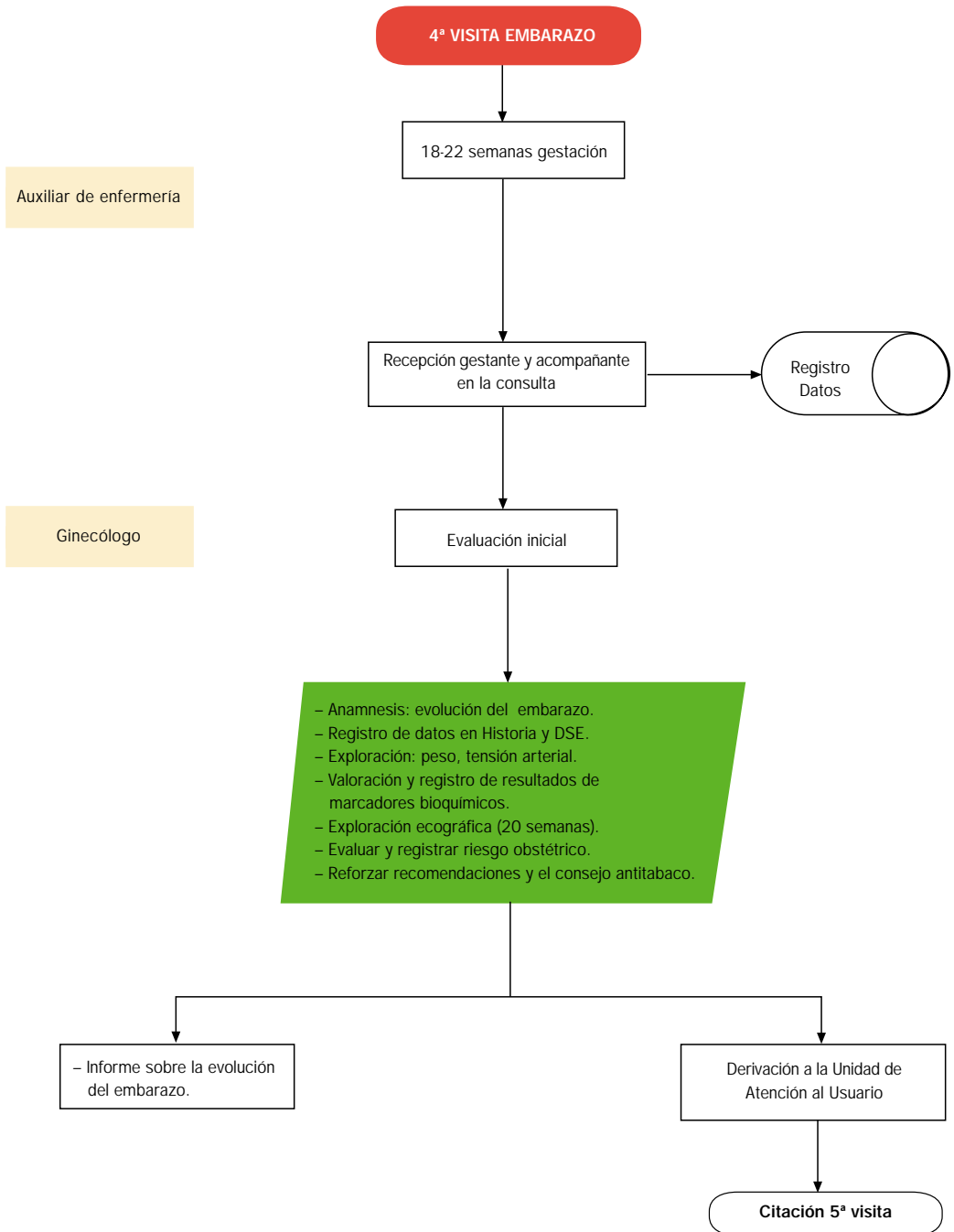


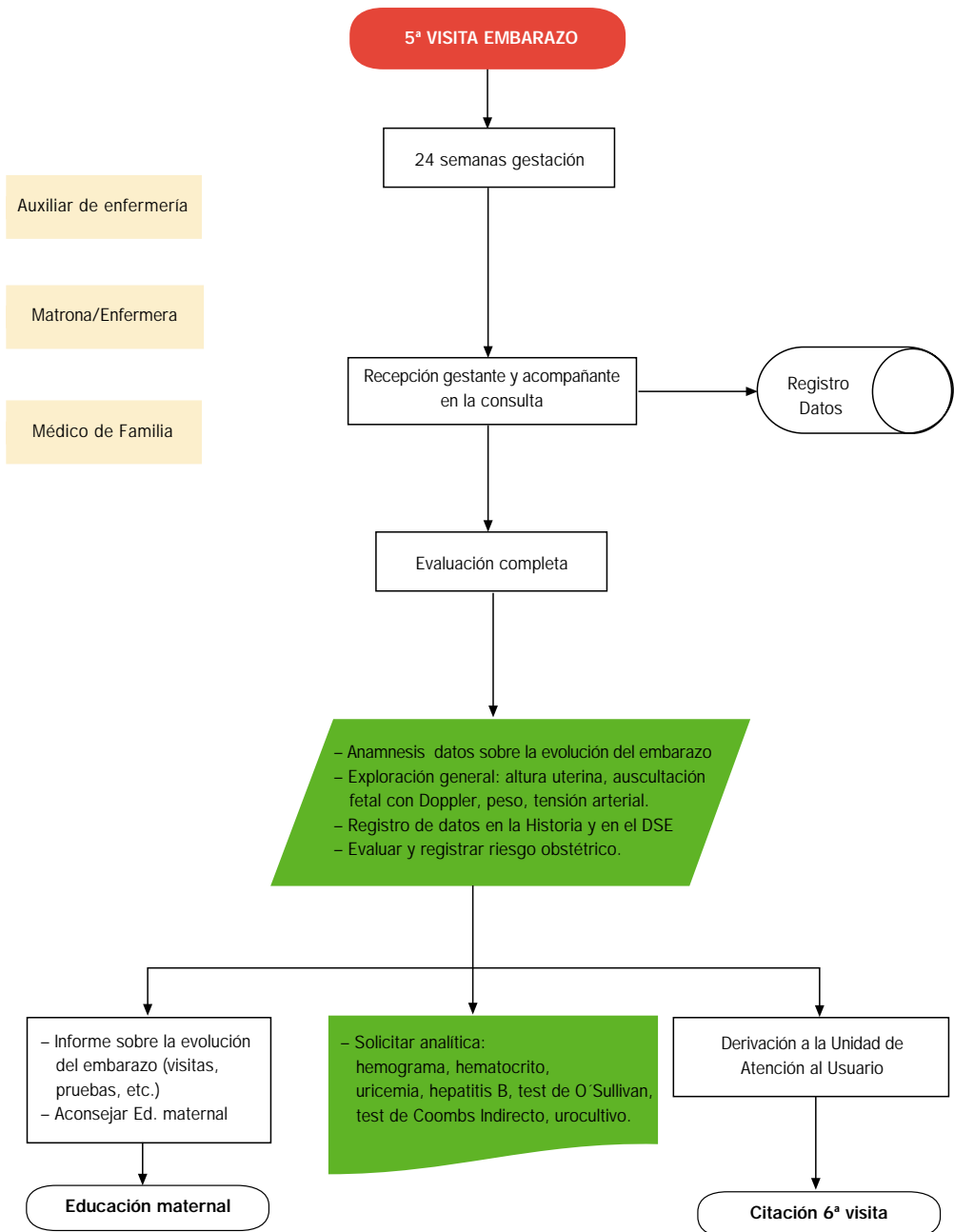


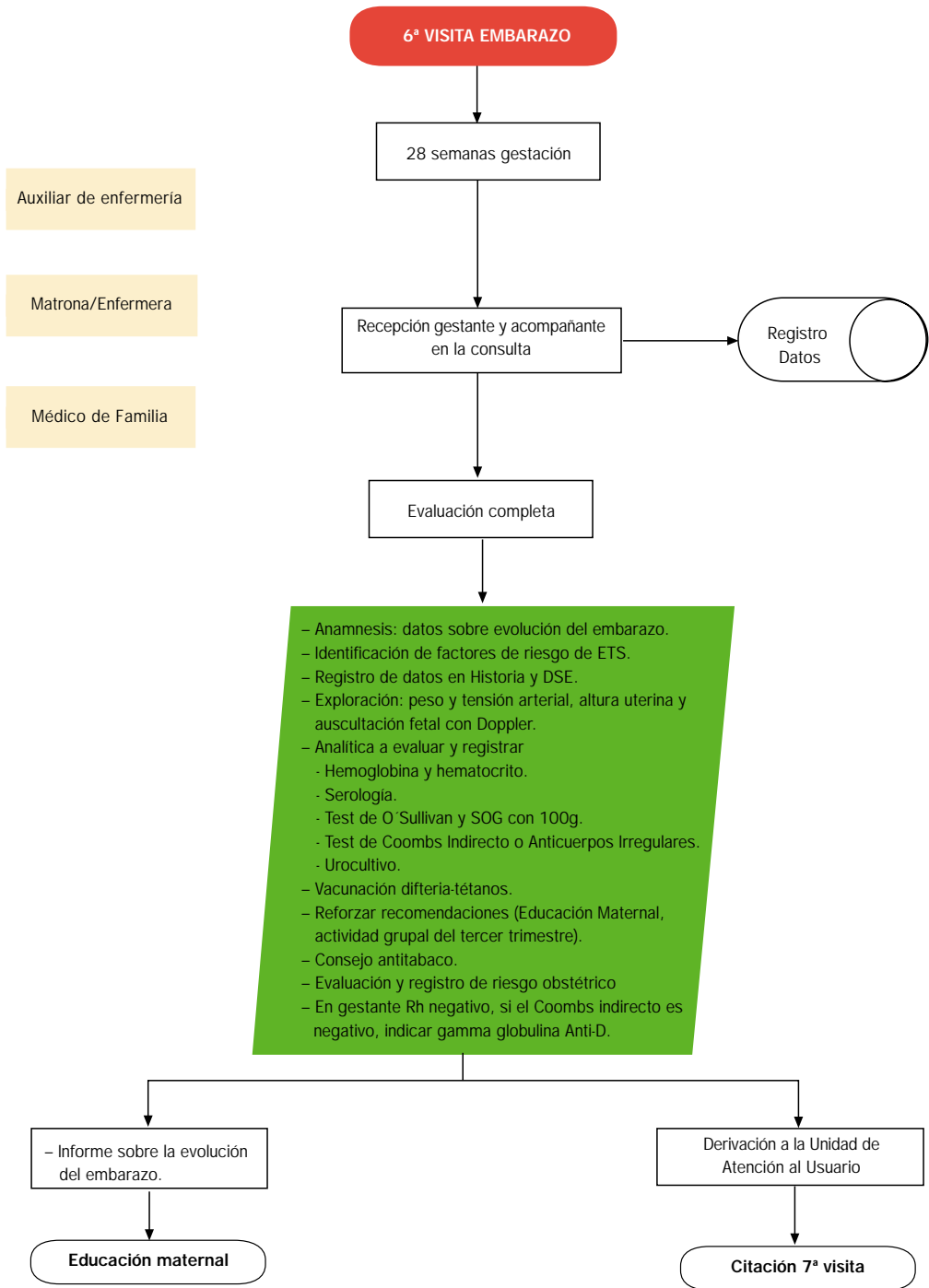
Auxiliar de enfermería

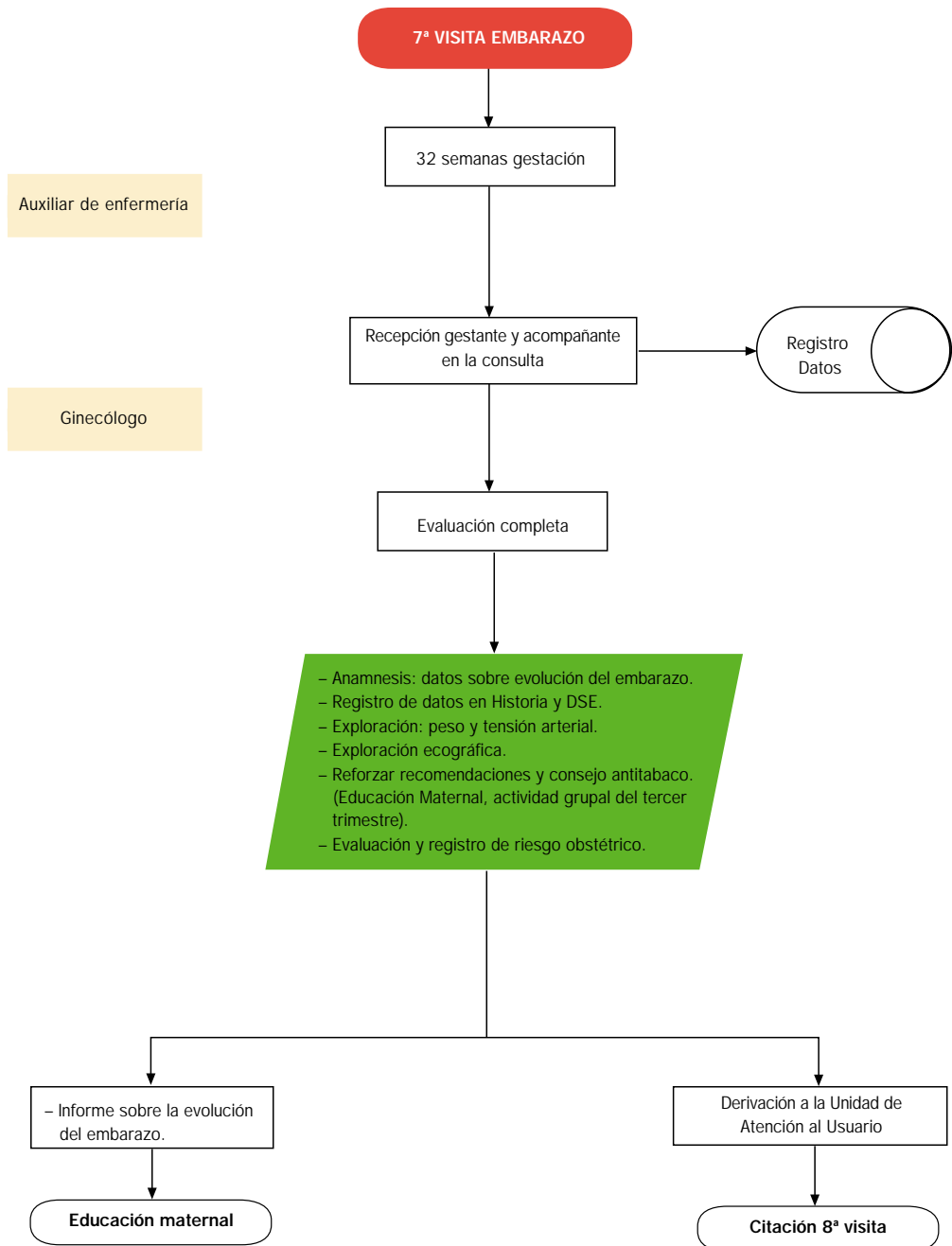
Ginecólogo

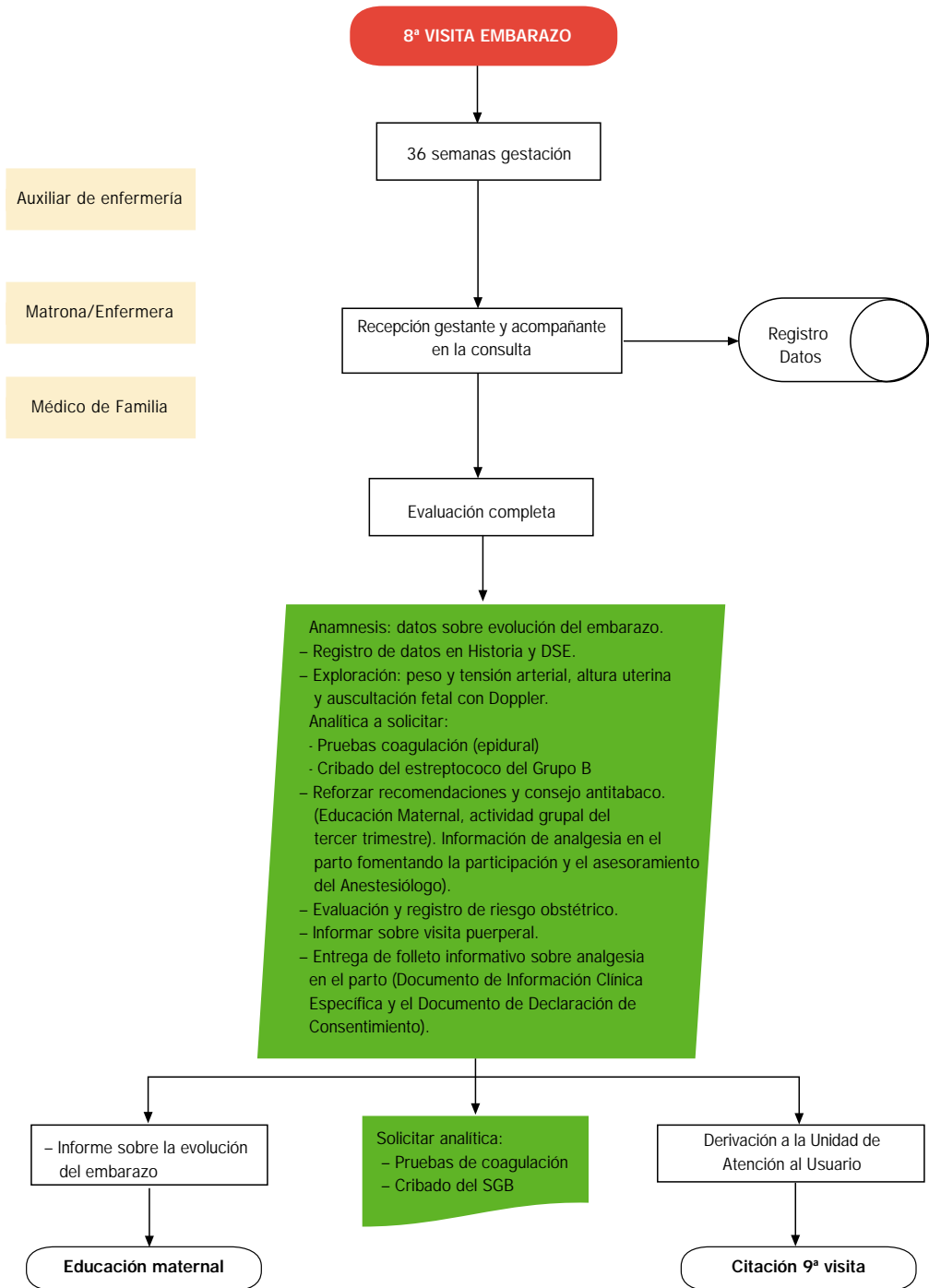


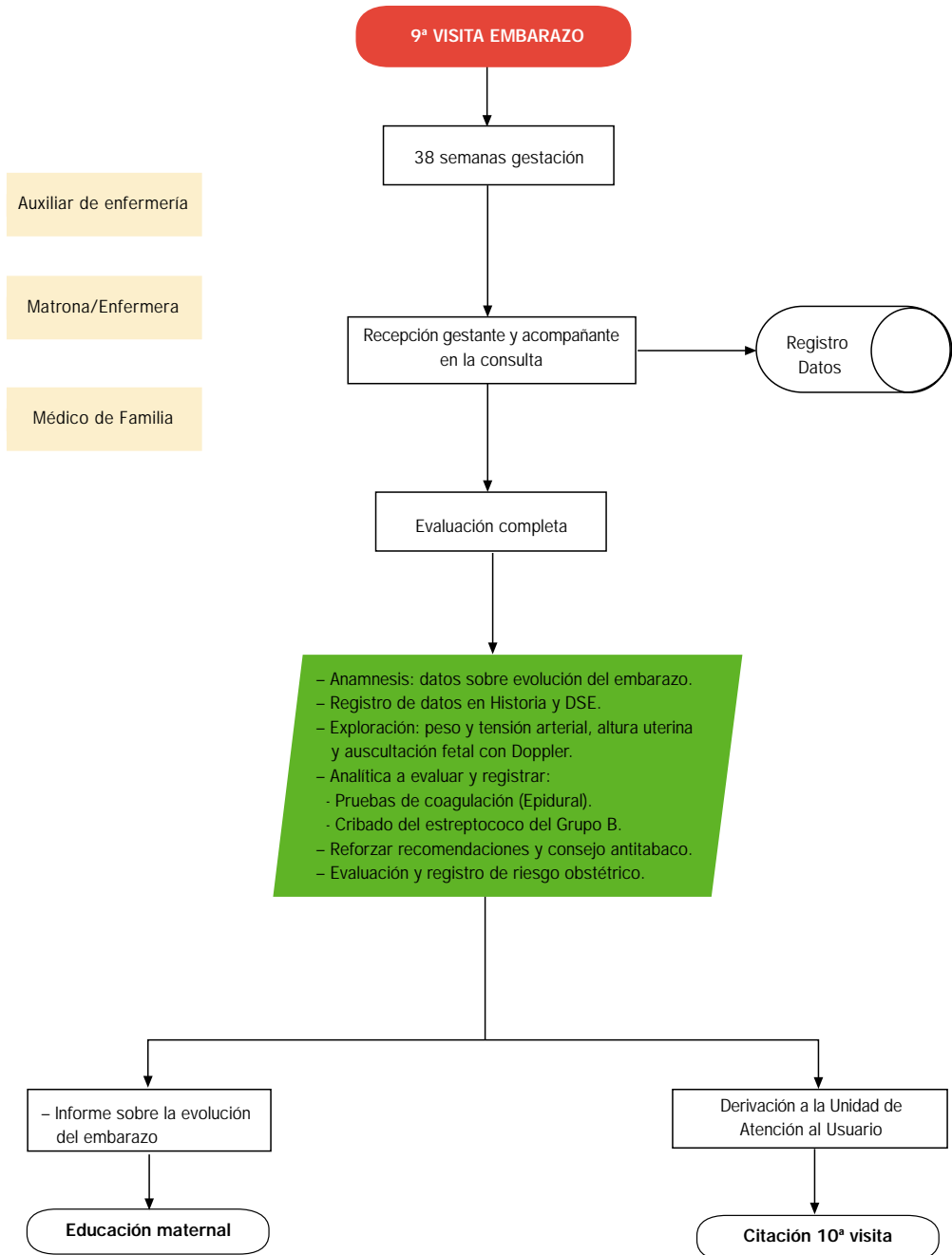


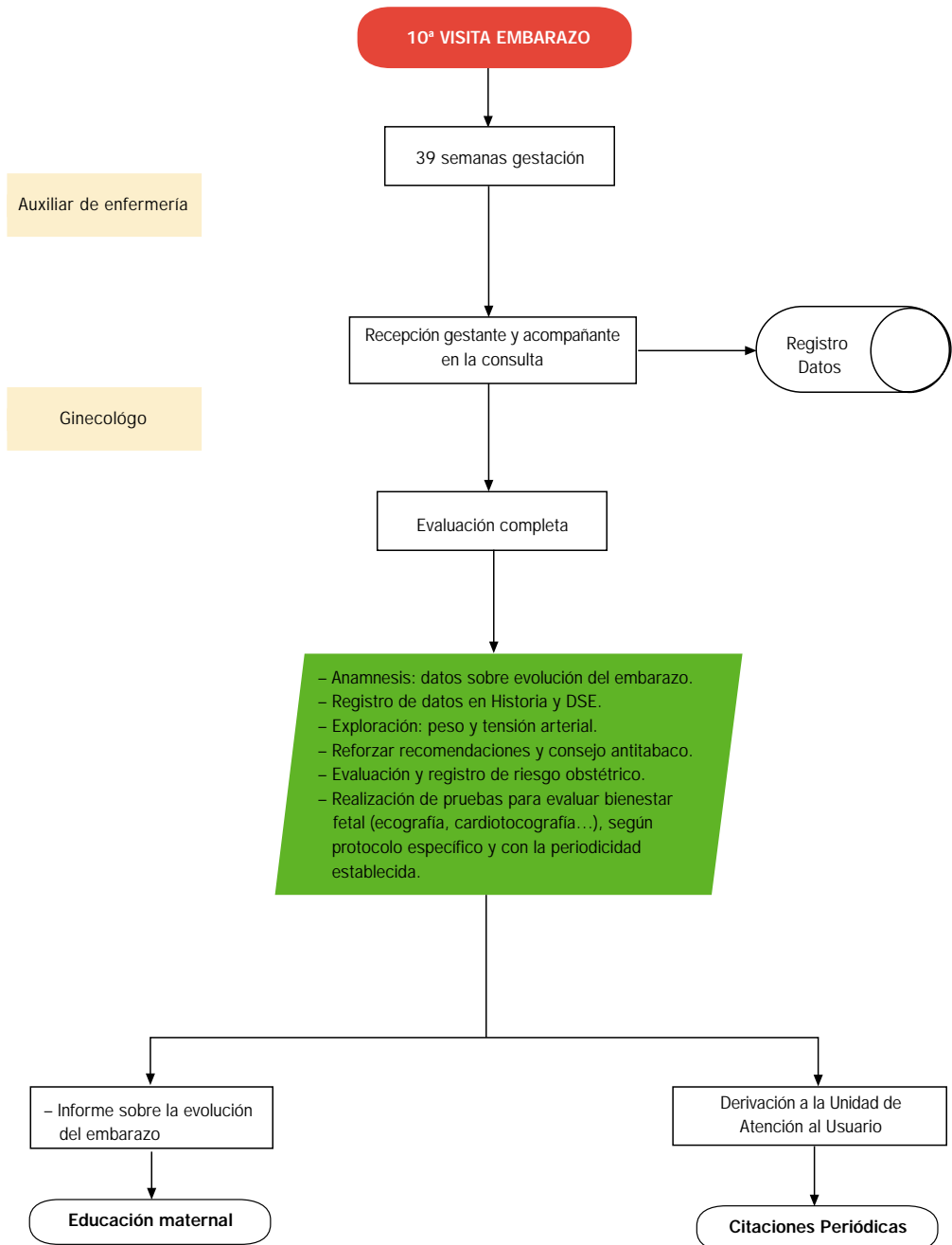




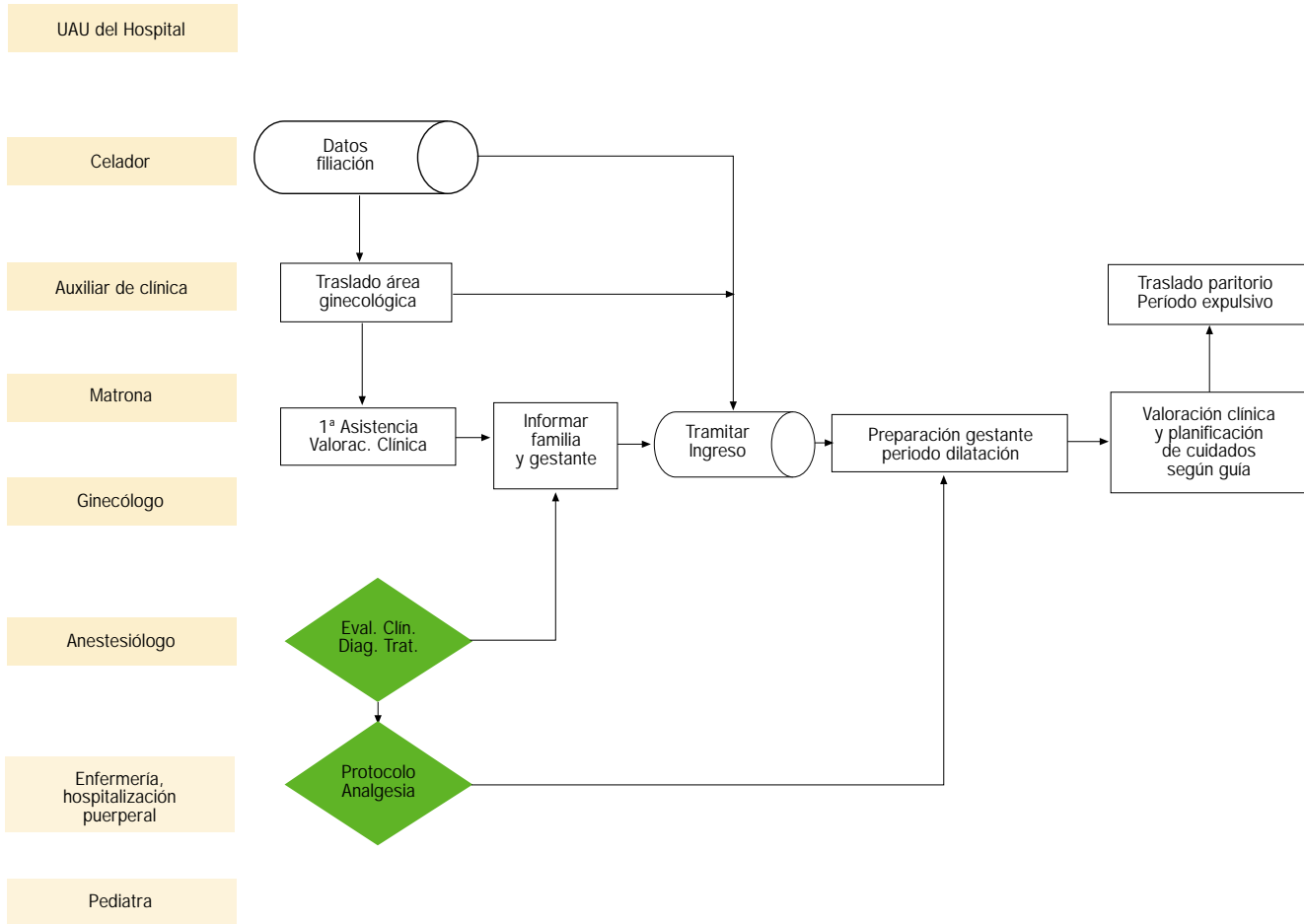






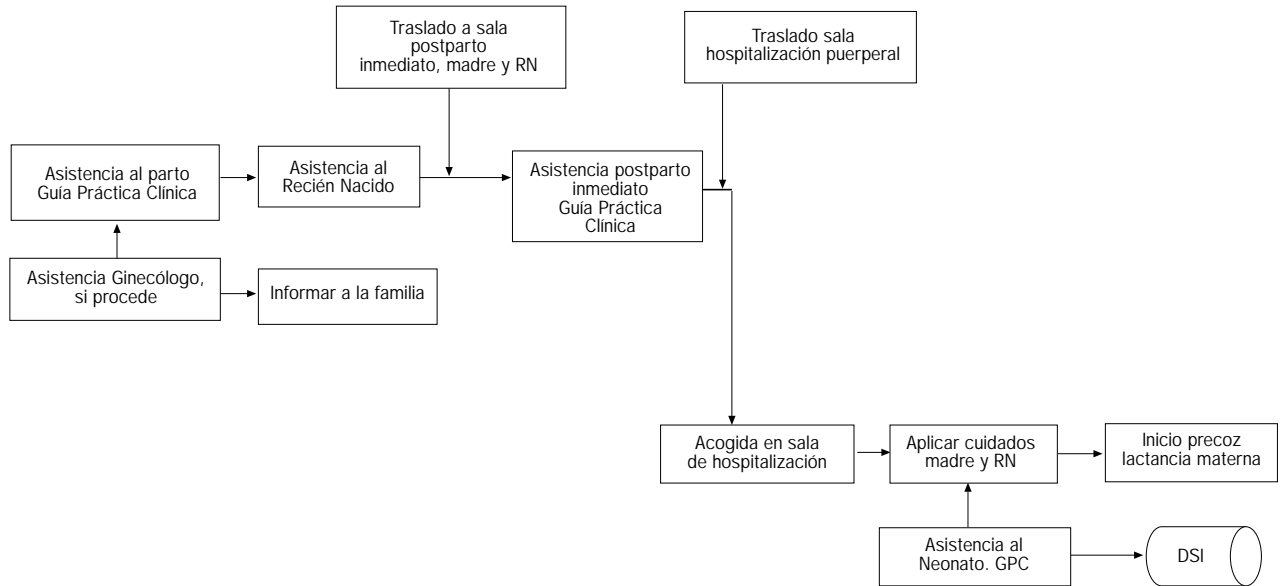


ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO: PARTO EUTÓCICO 1

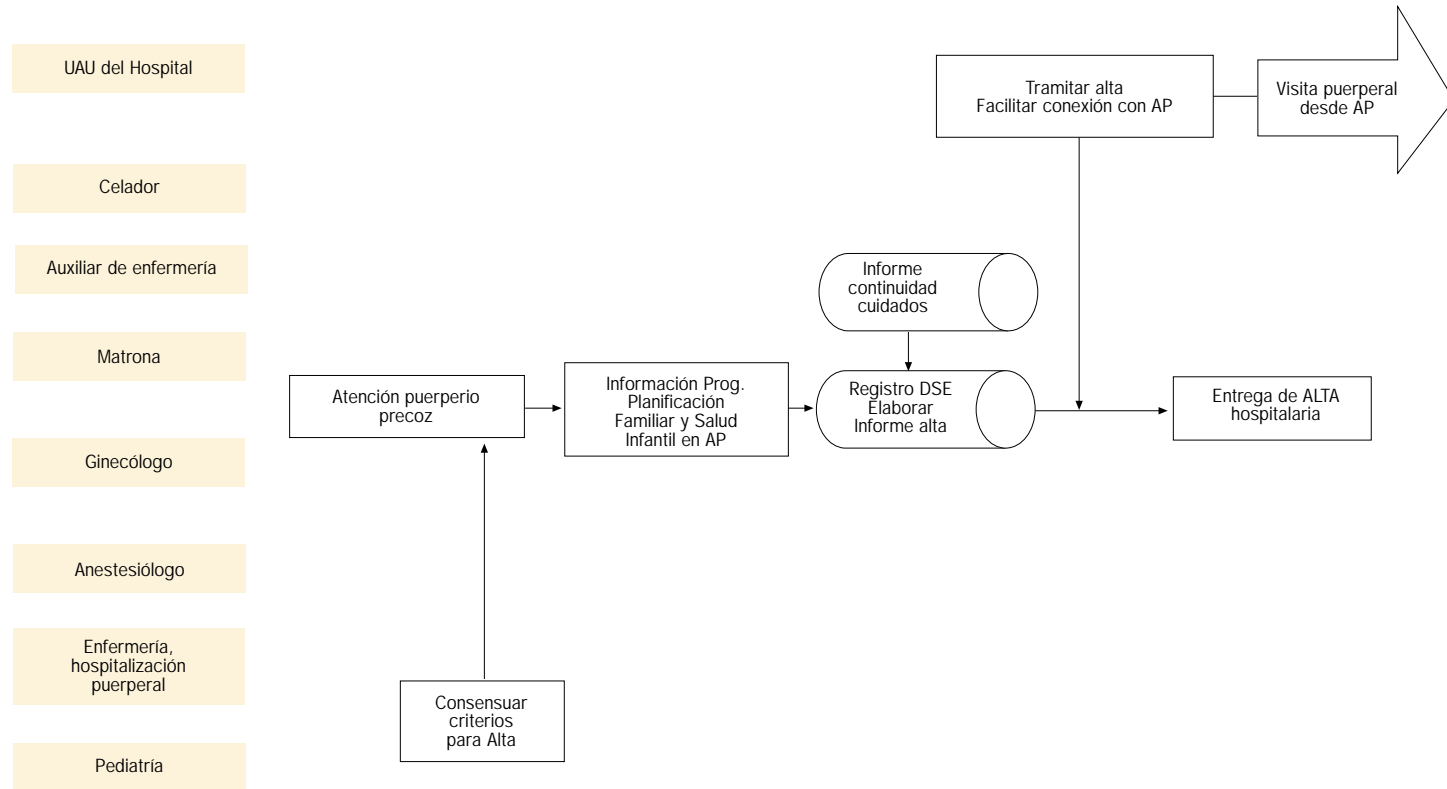


ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO: PARTO EUTÓCICO 2

- UAU del Hospital
- Celador
- Auxiliar de clinica
- Matrona
- Ginecólogo
- Anestesiólogo
- Enfermera, hospitalización puerperal
- Pediatra



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO: PARTO EUTÓCICO 3



ARQUITECTURA DE PROCESO NIVEL 4.
VÍA CLÍNICA ORGANIZATIVA: PROCESO EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO:

En este **nivel 4** de representación, se detallan secuencialmente, las actividades desarrolladas individualmente con cada gestante, verificando las diferentes actuaciones prefijadas y las posibles variaciones surgidas en el desarrollo del proceso asistencial.

ACTIVIDAD	Día 1 ^a consulta	Seguimiento embarazo	Día ingreso	Trabajo del PARTO	Atención al puerperio precoz	Atención al recién nacido	Alta hospitalaria	Atención puerperio domiciliario	Indicadores de calidad
Información a la gestante y familiares									
Documentación y registros									
Hostelería									
Tratamientos y cuidados									
Pruebas complementarias									
Trámites administrativos									



procesos
asistenciales

6

INDICADORES

INDICADORES:

- Captación precoz (antes de la 9ª semana).
- % de estudio ultrasónico entre la 11-13 semanas.
- % de ecografía entre la 18-21 semanas.
- % de ecografía entre la 32-36 semanas.
- % de gestantes con más de 5 visitas efectuadas entre atención primaria y especializada.
- % de gestantes a las que se realiza cribado de diabetes gestacional conforme a los criterios establecidos.
- % de gestantes a término que tienen la toma vaginal-anal de exudado para la determinación de estreptococo beta hemolítico.

- Tasa de cesáreas.
 - % anestesia regional en las cesáreas.
 - % partos vaginales en gestantes con una cesárea anterior.
 - % de analgesia intraparto en relación con las solicitadas (analgesia satisfecha).
 - % de partos con analgesia epidural, excluyendo las cesárea electiva.
 - % de partos instrumentales en gestantes a las que se ha aplicado analgesia epidural.
 - % de transfusiones en partos eutócicos, en partos instrumentales y en cesáreas.
 - % de inducciones.
 - % de mujeres que no han sido rasuradas durante el trabajo de parto.
 - % de mujeres a las que no se ha aplicado enema durante el trabajo de parto.
 - % de episiotomías en primíparas y multíparas.
-
- Tasa de prematuridad.
 - Tasa de mortalidad perinatal estándar y ampliada.
 - % de puérperas con lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria.
 - % de puérperas que disponen de informe y plan de cuidados al alta.
 - % de reingresos durante el puerperio.
 - % de puérperas que son visitadas durante los 10 primeros días tras el parto.
 - % de recién nacidos a los que se efectúa cribado de hipoacusia.

NOTAS ACLARATORIAS

Las características descritas en este anexo corresponden a todas las consultas, independientemente de las actividades que se realicen.

- Las consultas de seguimiento del embarazo, tanto las del Ginecólogo como las realizadas por profesionales de AP, se realizarán en los Centros de Salud para favorecer la accesibilidad a las usuarias.
- Organización de la asistencia mediante sistema de cita previa, con horarios flexibles, reduciendo al mínimo los tiempos de espera y facilitando la accesibilidad a los servicios sanitarios (teléfonos, horarios).
- Establecer los cauces para la asistencia urgente.
- Todos los servicios y profesionales facilitarán a la gestante y a su familia la utilización de los servicios sanitarios, dando una respuesta eficaz a cualquier demanda, en todo momento.
- Registro de citas según protocolo en cada centro, sin errores ni omisiones, anotando teléfono de contacto.
- Explicar correcta y claramente dónde se ubican las consultas de seguimiento del embarazo, en Atención Primaria (AP), y especializada (Ginecólogo), el Laboratorio y otros centros donde deba acudir la gestante para la realización de pruebas complementarias, Educación Maternal...
- Recibir a la gestante y a su acompañante en la consulta.
- Gestión adecuada de la agenda (asistencia en los tiempos establecidos y cumpliendo el horario de citas).
- Informar sobre el cronograma y el contenido de las visitas de seguimiento.
- Registro de datos en Historia y DSE de forma adecuada.
- Identificación del profesional que atiende a la gestante.
- Trato respetuoso, empático y profesional.
- Respeto a la intimidad de la gestante.
- Informar sobre los hallazgos.

Otras características de calidad que se han descrito en el proceso son específicas de determinadas actividades, por lo que van reflejadas en el apartado concreto.

1. Quimioprofilaxis con ácido fólico para prevención de los defectos del tubo neural:

- Todas las mujeres con deseo de gestación: 0'4 mg/día periconcepcional (desde al menos un mes antes de la concepción y hasta las 12 semanas de la gestación).
- Mujeres con deseo de gestación y antecedente de un embarazo previo afectado por un defecto del tubo neural: 4 mg/día (desde uno a tres meses antes de la concepción y hasta las 12 semanas de gestación).

2. Cronograma de serología:

- Visita preconcepcional: se recomienda solicitar a todas las mujeres lúes, toxoplasma, rubéola y VIH (consentimiento oral informado).
- **Primer trimestre:**
 - VIH: a todas las gestantes, previo consentimiento oral informado.
 - Rubéola: sólo solicitar si no existe inmunidad previa documentada (cartilla de vacunación, consulta preconcepcional o gestación previa).
 - Toxoplasma: la toxoplasmosis sólo se transmite al feto por vía placentaria, cuando la mujer padece la primoinfección durante la gestación, por lo que la intervención sobre la población general de gestantes debe centrarse en la prevención de las primoinfecciones en las embarazadas seronegativas. Sólo se solicitará serología, si no existe inmunidad previa documentada (consulta preconcepcional o gestación previa).
Una serología negativa, solicitada al inicio del embarazo, descarta una infección reciente y sitúa a la mujer dentro del grupo de "susceptibles de padecer la infección". En estas mujeres, la intervención será recomendar medidas preventivas higiénico-sanitarias.
 - Consumir únicamente carne cocinada a más de 66 °C, o congelada a 20 °C/24h. Evitar hamburguesas.
 - No consumir embutidos ni productos elaborados con carne cruda.
 - Lavarse las manos después de haber manipulado cualquier tipo de carne cruda (evitando tocarse los ojos, nariz o boca).
 - Limpiar bien los utensilios de cocina usados en la manipulación, antes de nuevo uso.
 - Lavar bien las frutas, verduras y hortalizas.
 - Animales (gatos). Evitar tocarlos con las manos y alimentarlos con carnes crudas o poco cocidas.
 - Evitar el contacto con material probablemente contaminado con excrementos de gatos.
 - Usar guantes en las labores de jardinería.
 - Sífilis a todas las gestantes.
 - Hepatitis B. Sólo a gestantes con factores de riesgo de contraer la enfermedad.

Se consideran factores de riesgo:

- Exposición laboral a sangre humana.
- Conviviente/pareja de portador de Hepatitis B.
- Adicción a drogas vía parenteral (ADVP).
- Pacientes y trabajadoras en institución de enfermos mentales.
- Reclusas y personal de instituciones penitenciarias.
- Receptores de transfusiones o hemoderivados de forma repetida.
- Viaje a zona de alta incidencia.

Se recomienda la vacunación en gestantes de riesgo y sin inmunidad.

Toda mujer con HbsAg positivo debe ser valorada por su Médico de Familia para actuar según protocolo de infección de VHB.

■ Segundo trimestre:

- VIH en gestantes con factores de riesgo y serología negativa durante el primer trimestre. En estas gestantes también debe solicitarse en el postparto.

Se consideran factores de riesgo:

- Presencia de otras ETS.
- Adicción a drogas por vía parenteral (ADVP).
- Antecedentes transfusionales.
- Relaciones sexuales anteriores o actuales con portador de VIH, bisexuales o con adicción a drogas por vía parenteral.
- Prostitución.

■ Tercer trimestre:

- Sífilis sólo en gestantes con factores de riesgo y serología negativa durante el primer trimestre. En estas gestantes también debe solicitarse en el postparto.

Se consideran factores de riesgo:

- Prostitución.
 - Síndrome de inmunosupresión.
 - Toxicomanías (cocaína, crack,...).
 - Presencia de otras ETS incluyendo VIH.
 - Contacto con personas con sífilis activa.
- Hepatitis B a todas las gestantes no diagnosticadas previamente. Toda mujer con HbsAg positivo debe ser valorada por su Médico de Familia para actuar según protocolo de infección de VHB.
 - VIH en gestantes con factores de riesgo.

3. Analítica:

La analítica se solicita de acuerdo con las necesidades de cada etapa de la gestación, por lo que su valoración no se debe demorar. Es necesario establecer mecanismos para que la remisión de dichas pruebas desde el Laboratorio u otros servicios se realice de forma rápida, sobre todo en los casos de pruebas con alteraciones. En determinadas ocasiones, será necesario la realización de visitas extra.

4. Cribado de la diabetes gestacional:

La estrategia del cribado de diabetes gestacional contempla a las gestantes en tres grupos de riesgo:

- 1.- Bajo riesgo: Gestantes de menos de 25 años, normopeso, sin antecedentes familiares de diabetes, ni obstétricos desfavorables, ni de tolerancia alterada a la glucosa y que no pertenecen a grupos étnicos con alta prevalencia en diabetes.

NO CRIBADO

2. Moderado riesgo: El resto de las mujeres gestantes que no están ni en el grupo de bajo ni en el de elevado riesgo.

CRIBADO ENTRE LA 24-28 semanas de gestación

3. Elevado riesgo: Gestantes con algún factor de riesgo de los señalados posteriormente.

CRIBADO EN LA PRIMERA VISITA

(Se debe repetir a la 24-28 semanas si es negativo)

Factores de riesgo para diabetes gestacional

- Historia de diabetes en familiares de primer grado.
- Obesidad definida como IMC > 30.
- Antecedentes de tolerancia alterada a la glucosa o diabetes gestacional
- Antecedentes obstétricos desfavorables (abortos de repetición, muerte fetal *sine causa*, macrosomía fetal (> 4 kg), malformaciones, u otro dato obstétrico o perinatal sugestivo de diabetes).
- Pertenencia a grupo étnico con elevada prevalencia (afro-americana, indias pyma, otras).

Test de cribado

Se utiliza el test de O`Sullivan, que consiste en la sobrecarga de 50 gramos de glucosa, y en la determinación de glucemia en plasma venoso a los 60 minutos. Se realizará en cualquier momento del día, independientemente de la hora de la última comida. El test es positivo si la glucemia es ≥ 140 mg/dl, en cuyo caso se indica la realización de la prueba diagnóstica.

Pueden utilizarse tiras reactivas y glucómetros siempre que éstos tengan un coeficiente de variación pequeño (< 5%) y los maneje personal suficientemente entrenado.

Nota: Un valor igual o superior a 190 mg/dl a la hora en el test de O`Sullivan, cuando se realiza en plasma, es diagnóstico de diabetes gestacional y, por tanto, no es necesario realizar la sobrecarga oral de glucosa.

Prueba diagnóstica

El procedimiento más extendido y recomendable en estos momentos es la sobrecarga oral de glucosa (SOG) con 100 gramos. Se realizan determinaciones de glucemia en plasma venoso: basal, 1, 2 y 3 hora. Se consideran valores normales de la SOG los siguientes:

Basal <105 mg/dl. 1ª hora <190 mg/dl. 2ª hora <165 mg/dl. 3ª hora <145 mg/dl.

El diagnóstico de diabetes gestacional se establece cuando existan dos o más valores de la SOG iguales o mayores a los normales.

Cuando hay un solo valor patológico se puede repetir la sobrecarga en tres semanas, aunque otra opción recomendable será aconsejar dieta y ejercicio físico.

Para la realización de la SOG de 100 gramos es MUY importante la estandarización de la prueba:

Se cita a la mujer a primera hora de la mañana, dándole instrucciones escritas de la preparación de la prueba:

- Se debe hacer una dieta normocalórica con un aporte superior a 150 gramos de hidratos de carbono las 48-72 horas anteriores.
- Debe mantenerse una actividad física normal las 48-72 horas previas. La prueba debe ser realizada sólo en sujetos ambulantes y nunca en mujeres encamadas u hospitalizadas.
- No debe estar recibiendo medicación que pueda alterar la tolerancia a la glucosa.
- Se ha de realizar a primera hora de la mañana, tras 10-12 horas de ayuno.
- Durante la prueba debe permanecer en reposo y sin fumar.

Las glucemias se determinarán en plasma venoso por métodos enzimáticos.

Notas: Si bien no hay indicación para la determinación de glucosuria durante el embarazo, si por cualquier circunstancia hubiera constancia de glucosuria, debe descartarse la presencia de diabetes si esto no se hubiera realizado con anterioridad.

Una glucemia basal ≥ 126 mg/dl es diagnóstica de diabetes si se confirma en un día subsiguiente. Una glucemia aislada ≥ 200 mg/dl es diagnóstica de diabetes si se acompaña de síntomas de hiperglucemia (poliuria, polifagia, polidipsia, pérdida de peso). Por lo tanto, en estos casos ya no es necesario practicar ni el test de O'Sullivan ni la SOG.

Otras opciones para el diagnóstico, menos extendidas son:

- a) Algunos autores proponen sustituir la SOG-clásica de 100 gr. por la sobrecarga con 75 gr. con determinaciones de glucemia en los tiempos 0, 60 y 120 minutos. Diagnosticando diabetes gestacional si 2 o más valores son \geq a 105 mg/dl, 190 mg/dl y 165 mg/dl respectivamente.
- b) Realización directamente de la SOG con 75 ó 100 gramos (evitando efectuar el Test de O'Sullivan). Puede ser un procedimiento costo-efectivo en grupos de riesgo elevado.

Una vez finalizado el embarazo, ha de reclasificarse definitivamente la diabetes gestacional. Para ello, se recomienda una curva de glucemia de 2 horas con 75 g de glucosa al finalizar el puerperio o la lactancia, siguiendo los criterios propuestos por la OMS para el diagnóstico de la diabetes en adultos.

5. Cribado de la Incompatibilidad D:

- Primera visita: Grupo sanguíneo y Factor Rh (salvo que este dato esté documentado), y test Coombs Indirecto o Anticuerpos Irregulares a todas las gestantes.

- Entre las semanas 24-28 se debe repetir el test de Coombs Indirecto o Anticuerpos Irregulares a todas las gestantes Rh negativas no sensibilizadas.
- En la semana 28 está indicada la profilaxis con γ globulina anti-D (300 μ g en gestantes Rh negativas no sensibilizadas).

6. El genograma

Es una representación gráfica del entorno familiar, que nos aporta información de estructura, relaciones afectivas, presencia de acontecimientos vitales estresantes, etapa del ciclo familiar y recursos familiares y extrafamiliares, todo en relación a la gestante.

7. Exploración genital y mamaria:

- Inspección de genitales, tacto bimanual y exploración de mamas.
- En relación con la toma citológica deben seguirse las recomendaciones que figuran en el Proceso Cáncer de Cérvix/Útero.

8. Urocultivo:

Entre la 12-16 semana de gestación se debe realizar a todas las gestantes un urocultivo para la detección de bacteriuria asintomática (BA) y repetirlo en la semana 28. Si se aísla estreptococo agalactie del grupo B en orina, se debe tratar como cualquier BA en la gestante y registrar "bien visible" en el DSE. Estos casos requieren, además, profilaxis intraparto para evitar complicaciones infecciosas en el recién nacido y por tanto ya no es necesario realizar cultivo vagino-rectal para cribado de EGB.

9. Diagnóstico prenatal:

- El cribado combinado de aneuploidias en el primer trimestre consta de tres partes: edad materna, medición de la translucencia fetal (se aconseja realizar entre la 11-13 semanas), y cribado bioquímico (se aconseja realizar entre la 8-10 semanas) que consiste en la determinación en sangre materna de las concentraciones de PAPP-A y Beta-HCG.
- El cribado combinado de aneuploidias en el primer trimestre tiene mayor sensibilidad (85% frente a 65%) para una tasa de falsos positivos del 5%, que el cribado bioquímico del segundo trimestre. Esto hace que pueda aplicarse a todas las gestantes independientemente de la edad, lo que disminuye el número de pruebas invasivas que hay que realizar en gestantes mayores de 35 años y, por tanto, el de pérdidas reproductivas como consecuencia de la amniocentesis.
- Para su realización es necesario una metodología muy precisa y disponer de un ecógrafo con sonda vaginal para poder determinar la translucencia nuchal, aunque también se puede realizar por vía abdominal.

- Por tanto, se aconseja sustituir el cribado bioquímico del segundo trimestre por el combinado en el primer trimestre en aquellos centros que ya lo realicen y, si no se realiza ninguno, instaurar el cribado combinado de aneuploidias en el primer trimestre.
- Si no se dispusiera de la tecnología o metodología necesaria para su realización, se aconseja continuar con el cribado bioquímico en el segundo trimestre, aunque una opción a considerar sería realizar cribado bioquímico en el primer trimestre, que ofrece cifras similares de sensibilidad, pero es más precoz.
- Se aconseja abandonar las indicaciones de Amniocentesis basadas únicamente en la edad materna avanzada (igual o mayor de 35 años). En estos casos la eficiencia del test combinado es muy alto (medida por el valor predictivo positivo y negativo).
- En cualquiera de los casos, se debe recoger la revocación del consentimiento en caso de no aceptación.

10. Recomendaciones:

Se consideran recomendaciones comunes en todas las visitas:

- Dieta equilibrada, asegurando requerimientos diarios de calcio.
- Hábitos higiénicos (higiene bucal).
- Abandono de hábitos tóxicos.
- Evitar exposiciones de riesgos.
- Uso de sal yodada.
- Para prevenir la primoinfección de Listeriosis en el embarazo se aconseja evitar la toma de leche y derivados lácteos que no estén convenientemente pasteurizados, así como las mismas medidas preventivas higiénico-sanitarias que para prevenir la primo infección por el Toxoplasma.
- Realización de ejercicio físico.

11. Tabaco

Múltiples estudios han demostrado la relación entre el tabaco y una serie de efectos adversos en la gestación y la lactancia, entre los que se incluyen el riesgo de bajo peso, aborto espontáneo, rotura prematura de membranas y parto prematuro, así como el incremento de la mortalidad perinatal e infantil y, especialmente, el aumento de riesgo para el síndrome de muerte súbita del lactante.

Así mismo, en los niños expuestos al tabaco de forma pasiva, diversos estudios han descrito algunas repercusiones que se manifiestan durante la infancia (alteraciones en el aparato respiratorio, mayor riesgo de infecciones respiratorias y de asma infantil y retrasos en el desarrollo cognitivo).

La prevalencia del tabaquismo en las mujeres en edad reproductiva es especialmente elevada y, aunque el embarazo es un momento en que la motivación para dejarlo es alta, las que no lo consiguen cargan con sentimientos de culpa y crítica familiar y social.

Las intervenciones que mejores resultados han obtenido para dejar de fumar emplean una combinación de consejo individualizado (breve, firme y sistematizado) y algún tipo de material de apoyo y actividades de seguimiento.

Abordaje terapéutico

Fumadoras pasivas: Recomendar a todas las embarazadas y puérperas que eviten los ambientes con humo.

Fumadoras: La intervención antitabaco en el embarazo debe dirigirse a incrementar la confianza que tiene la mujer en poder dejar de fumar, cuidando que no se produzcan reacciones de rechazo que afecten a la relación entre el profesional y la embarazada.

A través de la metodología de la entrevista motivacional se conocerá el nivel de dependencia de la fumadora (test de Fagerström) y su grado de motivación para dejar de fumar.

Según el estadio en el que se encuentra la mujer, se utilizará el tipo de intervención más apropiado:

Estadio precontemplativo: No desea dejar de fumar, descarta o ignora los posibles riesgos para la salud del tabaco:

- Informar sobre los beneficios que tiene para sí misma y para su embarazo el abandono del tabaco.
- Manifestar nuestro deseo de ayudarle si se decide a dejar de fumar, y proporcionarle un folleto informativo.

Estadio contemplativo: La fumadora empieza a contemplar su conducta como un problema, y se plantea seriamente la posibilidad de dejar el tabaco.

- Ofertar ayuda.
- Analizar las motivaciones que encuentra para dejar de fumar.
- Reforzar los beneficios que dejar de fumar tiene para ella y su hijo.
- Ofrecer la posibilidad de atender a su pareja si también desea dejar de fumar.
- Ayudarle a planificar una estrategia para abandonar el tabaco y fijar una fecha para dejarlo.
- Proporcionar folleto informativo y un compromiso de seguimiento.

Decide dejarlo: Está intentando dejarlo en ese momento, o lleva unos días ya sin fumar.

- Reforzar su decisión y su determinación.
- Identificar los problemas y las situaciones de riesgo por su nueva condición de no fumadora e informarle de cómo afrontarlos.
- Reforzar los efectos positivos que le va a producir dejar de fumar.
- Ofertar otros recursos de apoyo (técnicas de relajación, sesiones grupales etc...)
- Proporcionar folleto informativo y un compromiso de seguimiento.

Recaída: Alrededor de un 70% de las mujeres vuelven a fumar después del nacimiento de su hijo. Por ello, es importante identificar cómo se sienten las mujeres que recaen para ofrecerles apoyo y motivación evitando culpabilizarlas.

- Destacar lo positivo de haberlo intentado y haber estado un tiempo sin fumar.
- Identificar los motivos que llevaron a la recaída y cómo podrían ser superados.
- Valorar su motivación para volver a intentarlo.

Materiales disponibles editados por la Consejería de Salud:

- Video "Nacer sin humo".
- Folletos sobre tabaco y embarazo.
- Guía para dejar de fumar.
- Ayudar a dejar de fumar. Manual para sanitarios.

12. Baremo de riesgo:

Los factores de riesgo se han catalogado en cuatro niveles, en orden creciente de probabilidad de aparición de complicaciones materno-fetales. Con ello, se intenta facilitar la organización de los servicios de atención a la embarazada, permitir concentrar recursos específicos sobre las gestantes, fetos o recién nacidos que lo necesiten y evitar la medicalización excesiva de los embarazos sin riesgo.

Un determinado factor de riesgo puede pertenecer a dos niveles asistenciales distintos en función de la intensidad que posea y de la aparición de complicaciones. A efectos de control y seguimiento del embarazo y de posibles derivaciones, se han definido tres niveles asistenciales:

- Primer Nivel: Constituido por los Centros de Atención Primaria y dotados habitualmente de un Médico de Familia y de una Matrona y/o Diplomado de Enfermería.
- Segundo Nivel: Constituido por los Dispositivos de Apoyo de Embarazo e integrados por Especialistas en Obstetricia y Ginecología.
- Tercer Nivel: Constituido por el Servicio de Obstetricia del Hospital de referencia (Consultas de Alto Riesgo, Hospitalización, Urgencias, Diagnóstico Prenatal...).

Los cuatro niveles de riesgo definidos son los siguientes:

Riesgo 0 bajo riesgo

Este grupo está integrado por gestantes en las que no es posible identificar ninguno de los factores de riesgo que se definen en los apartados siguientes. Para catalogar a una paciente como de "Bajo riesgo" los factores de riesgo han debido ser investigados correctamente. Debe recordarse que "Bajo riesgo" no significa ausencia del mismo, ya que esta situación no existe. Por ello, no es prudente hablar de embarazos sin riesgo, sino de embarazos de bajo riesgo.

Riesgo I o riesgo medio

Pertenecen a este grupo aquellas embarazadas que poseen factores de riesgo de baja sensibilidad y especificidad. Los factores de riesgo de este grupo son bastante frecuentes y no se asocian necesariamente con un mal resultado del embarazo, pero su presencia hace más probable la aparición de complicaciones. Estas gestantes no requieren por lo general recursos altamente especializados y deberían ser vigiladas en las Consultas Prenatales de los Dispositivos de Apoyo o Segundo Nivel.

También se han incluido en este grupo factores de riesgo con una mayor sensibilidad y especificidad, pero las gestantes que los poseen no requieren Atención Especializada hasta el tercer trimestre o durante el parto.

Para el control y vigilancia de estos embarazos, habitualmente es suficiente el personal de los Equipos de Obstetricia de los Dispositivos de Apoyo y el equipamiento que existe normalmente en los Centros de Atención Primaria.

En circunstancias o situaciones excepcionales, estas gestantes podrán ser derivadas a Consultas de Tercer Nivel.

Riesgo II o alto riesgo

Gestantes con factores de riesgo poco frecuentes pero con una gran especificidad y/o sensibilidad. Estas gestantes tienen un aumento notable de la posibilidad de complicaciones durante el embarazo y el parto. Además, suelen requerir recursos sanitarios habitualmente no disponibles en los Centros de Primer y Segundo Nivel, por lo que el control sanitario del embarazo debería realizarse por un Servicio de Alto Riesgo de Obstetricia o Tercer Nivel desde el inicio del mismo o desde el momento en que aparezca el factor de riesgo. Dependiendo de la intensidad del proceso y de la edad gestacional, el control del embarazo podrá llevarse a cabo en Primer-Segundo Nivel.

Riesgo III o riesgo muy alto

Gestantes con factores de riesgo muy poco frecuentes pero con muy alta sensibilidad y/o especificidad. Las patologías referidas en la literatura en este grupo han sido reseñadas en los grupos de riesgo anteriores, pero ahora las gestantes suelen requerir atenciones especiales, recursos sanitarios de alta tecnología, vigilancia por los Servicios de Alto Riesgo de Obstetricia y hospitalización casi sistemática.

En la tabla 1 se recogen los diferentes factores de riesgo, clasificados en los cuatro grupos de riesgo definidos.

La tabla 2 recoge las patologías que más frecuentemente requieren atención urgente. Estas gestantes deben ser remitidas al Servicio de Urgencias de Obstetricia del Hospital de referencia.

Tabla 1.

Riesgo I o Riesgo Medio

1. Anemia leve o moderada.
2. Anomalia pélvica.
3. Cardiopatías I y II.*
4. Cirugía genital previa (incluida cesárea).
5. Condiciones socioeconómicas desfavorables.
6. Control gestacional insuficiente: Primera visita > 20 SG o < de 4 visitas o sin pruebas complementarias.
7. Diabetes gestacional con buen control metabólico.
8. Dispositivo intrauterino y gestación.
9. Edad Extrema: <16 o > de 35 años.
10. Edad gestacional incierta: FUR desconocida, ciclos irregulares o exploración obstétrica discordante.
11. Embarazo gemelar.
12. Embarazo no deseado: Situación clara de rechazo de la gestación.
13. Esterilidad previa: Pareja que no ha conseguido gestación en los dos años previos.
14. Fumadora habitual.
15. Hemorragia del primer trimestre (no activa).
16. Incompatibilidad D (Rh).*
17. Incremento de peso excesivo: IMC >20% o > de 15 K.
18. Incremento de peso insuficiente: < de 5 K.
19. Infecciones maternas: Infecciones sin repercusión fetal aparente.
20. Infección urinaria: BA y cistitis.
21. Intervalo reproductor anómalo: Periodo intergenésico < de 12 meses.
22. Multiparidad: 4 o más partos con fetos > de 28 SG.
23. Obesidad: IMC > de 29.
24. Presentación fetal anormal: Presentación no cefálica > 32 SG.
25. Riesgo de crecimiento intrauterino retardado: Factores de riesgo asociados a CIR.
26. Riesgo de enfermedades de transmisión sexual.*
27. Riesgo Laboral: Trabajo en contacto con sustancias tóxicas.
28. Sospecha de malformación fetal: antecedentes, alteraciones ecográficas o bioquímicas.
29. Sospecha de macrosomía fetal: Peso fetal estimado a término > de 4 K.
30. Talla baja: Estatura < de 1'50 m.

Riesgo II o Alto Riesgo

1. Abuso de drogas*: Consumo habitual de drogas, fármacos,...
2. Alteraciones del líquido amniótico: hidramnios y oligoamnios.
3. Amenaza de parto prematuro (entre 32-35 semanas).
4. Anemia grave*: Hb < de 7'5.
5. Cardiopatías grados III y IV.*
6. Diabetes pregestacional.*
7. Diabetes gestacional con mal control metabólico.
8. Embarazo múltiple: Gestación simultánea de tres o más fetos en la cavidad uterina.
9. Endocrinopatías (otras)*: Alteraciones del tiroides, suprarrenales, hipófisis, hipotálamo...
10. Hemorragias del segundo y tercer trimestres.
11. Trastorno hipertensivo del embarazo: Hipertensión gestacional, HTA crónica, preeclampsia leve.
12. Infección materna*: Cualquier infección con repercusión materna, fetal o en RN.
13. Isoinmunización.*
14. Malformación uterina.
15. Antecedentes obstétricos desfavorables: Dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, RN con deficiencia mental o sensorial, una o más muertes fetales o neonatales, antecedente de CIR...
16. Pielonefritis.
17. Patología médica materna asociada*: Cualquier enfermedad que provoque intensa o moderada afectación materna y/o fetal (insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, discrasias sanguíneas, insuficiencia hepatocelular,...).
18. Sospecha de crecimiento intrauterino retardado: Biometría ecográfica fetal < que edad gestacional.
19. Tumoración genital: uterina, anexial...
20. Embarazo gemelar.

Riesgo III o Riesgo Muy Alto

1. Crecimiento intrauterino retardado confirmado.
2. Malformación fetal confirmada.
3. Incompetencia cervical confirmada.
4. Placenta previa.
5. Desprendimiento prematuro de placenta.
6. Trastorno hipertensivo del embarazo: preeclampsia grave y preeclampsia sobreañadida a hipertensión crónica.
7. Amenaza de parto prematuro (por debajo de 32 semanas).
8. Rotura prematura de membranas en gestación pretérmino.
9. Embarazo prolongado.
10. Patología materna asociada grave*.
11. Muerte fetal anteparto.
12. Otras.

* Conveniencia de que la gestante acuda al tocólogo con informe del especialista respectivo (Cardiólogo, Nefrólogo, Endocrino, Hematólogo...).

Tabla 2.

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A URGENCIAS DE OBSTETRICIA

- Rotura prematura de membranas.
- Hemorragia genital.
- Sospecha de embarazo ectópico.
- Amenaza de parto prematuro.
- Hipertensión arterial grave.
- Sospecha de feto muerto.
- Vómitos persistentes y resistentes al tratamiento.
- Fiebre mayor de 38° C sin signos de focalidad.
- Dolor abdominal intenso y continuo.
- Traumatismo importante.
- Otras patologías subsidiarias de ingreso hospitalario.

13. Identificación de factores de riesgo de ETS:

Se recomienda cribado de ETS en la primera visita prenatal a todas las mujeres embarazadas mediante la identificación de factores de riesgo y, en cualquier momento, de la gestación en la que se sospeche la existencia de la misma. En casos de cribado positivo y/o alta sospecha de algunas de estas infecciones se recomienda derivar a centros específicos de ETS a la gestante y su pareja/s para estudio según protocolo específico en cada área sanitaria.

- Se recomienda cribado sistemático para gonorrea en mujeres embarazadas con riesgo elevado de infección en la primera visita prenatal. Se sugiere una segunda prueba en el tercer trimestre en aquellas gestantes con un riesgo continuo de contraer gonorrea.

Se consideran factores de riesgo:

- Mujeres jóvenes (< de 25 años) con dos o más compañeros sexuales en el último año.
- Prostitutas.
- Contactos sexuales con pacientes con ETS.
- Antecedentes de ETS de repetición.
- Se recomienda cribado sistemático para infección por *Chlamydia trachomatis* en mujeres embarazadas con riesgo elevado de infección. No se conoce con certeza cuál sería el mejor momento para su realización, pero se considera lo más cercano al parto posible, con el fin de disminuir la oportunidad de reinfección antes del mismo. Los factores de riesgo son los mismos que para la infección gonocócica, además de:
- Presencia de cervicitis mucopurulenta o friabilidad cervical.

14. Exploración ecográfica:

- Primera exploración ecográfica: su objetivo fundamental es confirmar la evolución normal de la gestación y la edad gestacional. Esto último está relacionado con la puesta en marcha simultánea de un Programa de Cribado del Síndrome de Down, y de los Defectos del Tubo Neural.
- Segunda exploración ecográfica, que es aconsejable realizarla en el periodo más próximo a las 20 semanas. Sus indicaciones fundamentales son: confirmar una correcta evolución de la gestación y realizar un cribado de las malformaciones fetales estructurales. Debe informarse con claridad que con esta exploración se puede llegar a detectar el 70 % de las malformaciones graves, pero también de las limitaciones de la técnica. Esta ecografía debe ser realizada por ginecólogos adecuadamente entrenados en ecografía obstétrica.
- Tercera exploración ecográfica cuyos objetivos son: el cribado de anomalías estructurales de aparición tardía y la valoración del crecimiento y bienestar fetal.
- Cada área sanitaria deberá disponer de recursos materiales (ecógrafos de alta resolución) y personal sanitario entrenado.

15. Quimioprofilaxis con hierro.

Se recomienda el cribado de anemia ferropénica mediante la determinación de la hemoglobina y hematocrito en la primera visita prenatal y entre las semanas 26-28 de gestación. Es necesario dar suplementos de hierro según el valor de la hemoglobina:

- Hemoglobina < 11 g/l y el hematocrito < 33% en el primer y tercer trimestre de gestación.
- Hemoglobina < 10,5 g/l y el hematocrito < 32 % en el segundo trimestre de gestación.

16. Vacunas en el embarazo.

- En las embarazadas NO se deben administrar vacunas bacterianas o víricas cuyo material sea vivo atenuado.
- En caso de riesgo de exposición puede vacunarse durante el embarazo (en el 2º o 3º trimestre) con vacunas de virus-bacterias inactivados o de toxoides.
- Si se indica una vacunación, preferiblemente se administrará a partir de la 16 semanas de gestación.
- El paso de anticuerpos transplacentarios se incrementa en las 4-6 semanas últimas de gestación.
- La inmunización materna no interfiere en la posterior inmunización activa del lactante.

1) Durante el embarazo se consideran seguras aquellas vacunas en las que el material utilizado son virus o bacterias muertos o inactivos

Vacunación tétanos-difteria (Td) y embarazo:

- El toxoide diftérico es inocuo para el feto.
- La encuesta seroepidemiológica realizada en la población española en el año 1996 constató una baja cobertura a partir de los 20 años: Sólo el 59,8% del grupo de 20-24 años tenían cobertura descendiendo hasta el 32,3% en el grupo de 30-39 años.
- Debido a los flujos migratorios actuales, se aconseja la vacunación con Td tras los brotes ocurridos en países del Este de Europa.

Se recomienda actualizar o en su caso iniciar la inmunización frente a difteria-tétanos a todas las embarazadas en el séptimo mes de gestación con el objetivo de que la segunda dosis (cuando sea necesaria), se administre 4-6 semanas antes de la fecha de parto, con toxoide Td.

Pautas:

Mujeres correctamente inmunizadas:

- Si han transcurrido menos de 10 años de la última dosis: no precisan vacunación.
- Si han transcurrido más de 10 años de la última dosis: administrar una dosis de recuerdo en la semana 28 de gestación.

Mujeres no vacunadas o estado inmunitario desconocido:

- 1ª dosis en la semana 28 de gestación.
- 2ª dosis en semana 32 de gestación.
- Completar una 3ª dosis al año.

Vacunación antigripal en el embarazo:

La inmunización rutinaria a todas las mujeres embarazadas en el segundo o tercer trimestre de gestación es recomendada por el *Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)* de EEUU en base a estudios observacionales, de notificación de casos y retrospectivos de caso control. No está demostrado que estos estudios se puedan generalizar a Europa. La mayoría de los países europeos, al igual que Canadá, no recomiendan la vacunación antigripal de rutina a las embarazadas. No obstante, sí hay algunos países europeos, como Bélgica y Suiza, en los que se recomienda la vacunación a embarazadas, y en España, algunas CCAA, incluyen entre sus recomendaciones vacunar a las embarazadas en el segundo y tercer trimestre de gestación.

La vacuna de la gripe se considera segura en cualquier momento del embarazo y en la lactancia, y se recomienda para aquellas mujeres embarazadas o en periodo de lactancia en las que se den alguna de las condiciones de riesgo actualmente reconocidas.

Hepatitis B:

Se recomienda vacunar al inicio de la gestación si no existe inmunidad, en aquellos casos de gestantes expuestas al riesgo de adquirir enfermedad.

2) Vacunas que se pueden administrar durante el embarazo en caso de riesgo incrementado.

- Vacuna de la fiebre tifoidea parenteral, meningocócica, poliomielitis parenteral, rabia y hepatitis A.

3) Durante el embarazo está contraindicada la administración de las vacunas en las que el material usado son virus o bacterias vivos o atenuados.

- Están contraindicadas en el embarazo las siguientes vacunas: poliomielitis oral* cólera (oral), tuberculosis, fiebre tifoidea oral, varicela, sarampión, parotiditis, rubéola**, fiebre amarilla***

* Poliomielitis oral: Desde enero de 2004 se suprime del calendario vacunal la vacuna con virus atenuado (salvaje) de la poliomielitis

** Sarampión, parotiditis y rubéola: se acorta el intervalo de seguridad previo a una gestación para su administración, pasando de 3 meses a 28 días.

*** Fiebre amarilla: Se recomienda evitar la vacunación durante el embarazo y no viajar a zonas donde la infección es endémica hasta el postparto, pero en el caso de tener que desplazarse inevitablemente a zonas endémicas, se debe aconsejar la vacunación ya que el riesgo de infección es mayor al de la vacuna

17. Analgesia durante el parto:

Se ofrecerá a todas las gestantes la posibilidad de aliviar el dolor de parto por vía epidural, si éstas lo desean y las condiciones del parto lo permiten. De no ser posible, se dispone de otras técnicas analgésicas indicadas para cada situación individual por el médico anesthesiologo.

Para que la gestante pueda obtener el máximo beneficio del protocolo de analgesia obstétrica de su centro de referencia, es aconsejable que siga las siguientes recomendaciones:

- Adecuado seguimiento de las sesiones de educación maternal donde se ofrece una primera información general sobre las diferentes técnicas para el alivio del dolor de parto, sobre la situación que posteriormente vivirá en el hospital, así como sobre las técnicas de relajación y autocontrol.
- Leer detenidamente el Documento de Información Clínica Específica que se le entregará en su centro de salud y si está conforme, aportar firmado el Documento de Declaración de Consentimiento en el momento del parto. Cualquier aclaración que precise será atendida por el personal sanitario de su centro o en el hospital.
- Aportar hemograma y estudio de coagulación reciente (hasta 1 mes). Control en la 9ª visita.
- La analgesia se iniciará a petición de la gestante y cuando la situación obstétrica lo permita.
- El anesthesiologo indicará la técnica más adecuada a cada caso.
- La analgesia epidural continua debe ser instaurada precozmente en el parto, pues requiere de unos 20 minutos para hacer efecto. Puede mantenerse durante todo el

parto y proporciona un alivio efectivo del dolor hasta en el 85% de los casos. Un cierto grado de dolor leve es aconsejable, pues permite a la gestante participar y colaborar activamente en el parto.

- En caso de parto avanzado, pueden aplicarse otros métodos de analgesia diferentes de la epidural.
- El alivio del dolor puede no ser completo, en particular durante el período final del parto o ante determinadas maniobras obstétricas, por lo que la analgesia podrá ser suplementada.
- La gestante sometida a tratamiento del dolor portará un acceso venoso para fluidoterapia y medicación, y será sometida a controles adicionales de constantes vitales.
- Se recomienda reposo en cama, si bien la gestante podrá moverse, sentarse e incluso ir al baño siempre acompañada.
- La gestante debe permanecer en ayunas para alimentos sólidos durante el parto. Se recomienda la ingesta de pequeñas cantidades de agua y/o bebidas azucaradas (no derivados lácteos) cada hora. El ayuno será completo en aquellos casos en que se prevea una posible intervención quirúrgica en un plazo igual o inferior a 1 hora, o siempre que el médico lo estime pertinente.

18. Cribado del estreptococo del Grupo B:

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, la Sociedad Española Neonatología, la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y la Sociedad Española de Quimioterapia, han acordado seguir recomendando la administración de profilaxis antibiótica intraparto a todas las gestantes colonizadas por SGB en el momento del parto.

El tracto gastrointestinal (recto) es el reservorio del estreptococo del grupo B (SGB). La colonización vaginal es intermitente y en la embarazada oscila entre el 10 y 30%. La transmisión del SGB de la madre al recién nacido (RN) se produce principalmente en el comienzo del parto o tras la rotura de membranas. La frecuencia de colonización de el RN de madres colonizadas es del orden del 50%, y un 1-2% de los RN colonizados desarrollan infección.

Los factores de riesgo de infección perinatal por SGB, además de la colonización materna son:

- Prematuridad (<37 semanas de gestación).
- Rotura prolongada de membranas (>18 horas).
- Corioamnionitis.
- Fiebre intraparto (>38°C).
- Hermano previamente afectado por infección neonatal por SGB (lo que indica que la madre posee bajos valores de anticuerpos protectores frente al SGB).

Indicaciones del cribado de SGB

1. Efectuar cultivo vaginal y rectal a todas las embarazadas en la semana 35-37 de gestación.
2. Si la gestante ha tenido bacteriuria por SGB durante la gestación o existe un hijo anterior con infección neonatal por SGB, no es necesario realizar cultivo, y debe administrarse siempre profilaxis intraparto.
3. Si presenta un cultivo positivo en un embarazo anterior y en el actual el cultivo realizado de la manera correcta es negativo, se tomará este último como válido y se actuará en función de éste.

Toma de muestra para cultivo

- Previo a cualquier manipulación de la vagina.
- No utilizar espéculo (la toma cervical no es válida).
- Se pueden usar 1 ó 2 escobillones. Si son dos, uno para vagina y otro para recto. Si se usa uno, tomar primero el vaginal y luego introducir el escobillón en el ano.
- El escobillón se envía al laboratorio el mismo día de la toma. Si esto no es posible, se pueden conservar hasta 4 días a temperatura ambiente o en frigorífico, siempre y cuando lleve medio de transporte.
- En el caso de alergia a penicilina, se debe tomar muestra y pedir antibiograma, ya que existe un 10% de gérmenes resistentes a macrólidos y lincosaminas.
- Dada la naturaleza intermitente de la colonización por SGB los cultivos realizados con más de 5 semanas no predicen adecuadamente la colonización en el momento del parto, por ello debe repetirse si han transcurrido, más de 5 semanas desde que se realizó y el parto aún no se ha producido. La actuación durante el parto debe ser consecuencia del resultado del último cultivo.
- En caso de corioamnionitis o desconocimiento del cultivo en el momento del parto, está indicada la toma de una muestra, a fin de conocer el estado de la gestante.
- Los resultados han de estar disponibles en el momento del parto.

Indicaciones de la profilaxis intraparto para la prevención de la infección neonatal por SGB

Independientemente de la edad gestacional

- A todas las gestantes identificadas como portadoras vaginales o rectales de SGB en un cultivo practicado durante las 5 semanas previas al parto.
- A todas las gestantes en que se detecte SGB en orina durante la gestación, independientemente del resultado del cultivo vaginal o rectal si éste se ha realizado.
- A todas la gestantes que previamente hayan tenido un hijo con infección neonatal por SGB, con independencia del resultado del cultivo vaginal o rectal realizado.

- En todos los partos con RPM de más de 18 horas cuando no se disponga de los resultados del cultivo.
- En todos los partos en que exista fiebre intraparto.

Partos de <37 semanas de gestación

- En todos los partos en que el estado de colonización sea positivo o se desconozca.

Partos de >37 semanas de gestación sin ningún factor de riesgo y que se desconoce si la madre es portadora

- No se utilizará profilaxis antibiótica y el RN se someterá a observación clínica.

Rotura prematura de membranas en gestación pretérmino

- Si el cultivo para detectar colonización por SGB se ha realizado y es negativo, no es necesario efectuar profilaxis antibiótica para SGB.
- Si el cultivo no se ha realizado o no se conoce el resultado, se debe realizar e iniciar profilaxis antibiótica para SGB hasta tener el resultado del cultivo, suspendiendo su administración en caso de ser negativo.
- Si se conoce que la mujer es portadora de SGB, debe aplicarse profilaxis antibiótica, cuya duración será establecida según el criterio del Ginecólogo y las circunstancias de la gestante.

Profilaxis no indicada independientemente de la edad gestacional.

- Cultivo vaginal y rectal negativo para EGB en la presente gestación (realizado en las 5 semanas previas al parto), aunque existan factores de riesgo y aunque hayan sido positivas en un embarazo posterior.
- Cesárea programada con cultivo positivo a SGB sin comienzo de parto y membranas íntegras.

Recomendaciones antibióticas

Recomendada: PENICILINA G iv 5 millones UI como dosis inicial al comienzo del parto y repetir 2,5 millones UI cada 4 horas hasta su finalización.

Alternativa: AMPICILINA iv 2 gr. al comienzo del parto y 1 gr. cada 4 horas hasta el expulsivo.

Alergia a betalactámicos: CLINDAMICINA iv 900 mg. cada 8 horas o ERITROMICINA iv 500 mg cada 6 horas hasta la finalización del parto (al solicitar cultivo hacer constar el estudio del antibiograma).

Alergia a betalactámicos y SGB resistente a eritromicina y clindamicina: VANCOMICINA iv. 1 gr. cada 8 horas hasta la finalización del parto. Se debe evitar la utilización sistémica de vancomicina en gestantes alérgicas a betalactámicos por la posibilidad de selección de bacterias resistentes (fundamentalmente enterococos).

NOTA: No se han observado cepas resistentes de SGB a penicilina o ampicilina, pero se prefiere el primero ya que al poseer un espectro de acción más estrecho disminuye la posibilidad de selección de bacterias.

CONDUCTA EN EL RECIÉN NACIDO DE MADRE COLONIZADA

Se pueden dar los siguientes supuestos:

1. Profilaxis correctamente realizada (iniciada como mínimo 4 horas antes del final del parto y con administración de dos dosis sucesivas) y recién nacido (R.N.) con síntomas de infección: Se debe realizar al R.N. hemocultivo, hemograma, PCR, y bioquímica (glucosa, calcio, creatinina, proteínas totales). Cultivos de frotis periféricos (umbilical, ótico, nasal, meconio, aspirado gástrico). Iniciar tratamiento antibiótico (ampicilina + gentamicina). La indicación de punción lumbar inmediata es discutible, debe plantearse según cada caso. El niño debe ingresar en la Unidad Neonatal.
2. Profilaxis correctamente realizada y R.N. asintomático: Se dan dos supuestos:
 - a. Si ≥ 35 semanas de gestación (sg): Observación clínica durante al menos 48 horas en la planta de Maternidad.
 - b. Si < 35 sg: hemocultivo y hemograma: Observación estrecha, valorar ingreso.
3. Profilaxis incompleta (iniciada menos de 4 horas antes del final del parto, o falta de las dosis sucesivas de antibiótico si el parto duró mas de 4 horas) y recién nacido asintomático: a todos los R.N. se debe extraer sangre para hemocultivo y hemograma.
 - a. Si RN ≥ 35 sg observación, puede quedarse con la madre en la planta de Maternidad.
 - b. Si RN < 35 sg debe ingresar en la Unidad Neonatal.
4. No profilaxis y R.N. asintomático: Dos supuestos:
 - a. Sí R.N. a término: penicilina G: 50.000 i.m. en la primera hora de vida y observación en Maternidad durante al menos 48 horas.
 - b. Sí R.N. pretérmino: penicilina G: 20.000 i.m. Observación. Valorar ingreso en la Unidad Neonatal.
5. Sospecha de corioamnionitis: Realizar hemocultivo, hemograma, PCR, bioquímica, cultivos de frotis periféricos. Iniciar tratamiento con ampicilina mas gentamicina e ingresar.

CONDUCTA EN EL RECIÉN NACIDO DE MADRE SIN NINGÚN FACTOR DE RIESGO Y ESTADO DE COLONIZACIÓN DESCONOCIDO

– Observación clínica 48 horas

Salcedo Abizandas, Omeñaca Terés F, Cabero Roura L, Figueras Aloy J. Grupo de Trabajo SEN-SEGO para el estudio de la transmisión vertical de EGB. Comisión de Estándares de la SEN. Memoria SEN 200-2001.

Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones revisadas. Prog Obstet Ginecol 2003;46(9):411-20.

19. Monitorización fetal anteparto

Recientemente la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía ha realizado un informe sobre “la eficacia de la monitorización fetal anteparto”. El objetivo del mismo era sintetizar la información científica sobre la monitorización fetal electrónica anteparto, especialmente en las gestaciones de bajo riesgo. Las principales conclusiones del trabajo son:

Basándose en la evidencia disponible, la realización de monitorización fetal anteparto de forma rutinaria no tiene efecto significativo sobre la mortalidad o morbilidad perinatal.

La calidad de la evidencia disponible es débil, solo se ha encontrado una revisión sistemática de calidad.

Los protocolos de la Sociedad Española Ginecología y Obstetricia la consideran como opcional, en embarazos de bajo riesgo, a partir de la 40 semana.

20. Cuidados de la episiotomía

Se evaluará la cicatrización del periné, la presencia de dolor, así como la posible aparición de hematomas, dehiscencia de la episiorrafia y signos de infección, situaciones que se tratarán adecuadamente.

En cuanto a los cuidados normales de la zona de la episiotomía, su higiene y cura deberá efectuarse lavándose con agua y un jabón neutro, un mínimo de una vez al día, procurando mantener la piel seca.

Como antisépticos se utilizará la clorhexidina acuosa al 0,05%. La administración tópica de povidona iodada está contraindicada durante la lactancia, ya que el yodo se concentra activamente en la glándula mamaria, pasando al recién nacido a través de la leche materna.

21. Prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo durante el embarazo y el postparto

La disfunción más prevalente relacionada con el suelo pélvico durante el embarazo y parto es la incontinencia urinaria de esfuerzo o de estrés. Considerando cualquier pérdida involuntaria de orina, se estima que un 30% de la población femenina general la padece, y un 5% si se consideran las pérdidas severas que requieren el uso de protectores, siendo las mujeres mayores de cuarenta años las más afectadas.

Algunos factores señalados en la aparición de la incontinencia urinaria de estrés, son: pujos convencionales, posición de litotomía, expulsivo prolongado, partos instrumentales, maniobra de Kristeller, y episiotomía.

Los estudios avalan que el tratamiento conservador y la reeducación de la musculatura del suelo pélvico en el embarazo y en el posparto reducen el riesgo de desarrollar una incontinencia urinaria.

Intervención:

1ª visita gestación:

- Cuestionario de sintomatología urinaria y fecal.
- Valoración y exploración del suelo pélvico (lesiones estructurales, patologías intestinales, factores de riesgo, tacto manual vaginal).
- Educación sanitaria específica: consejos sobre hábitos para prevención del estreñimiento, alimentación, ejercicio físico y deportes que no predispongan a la lesión del suelo pélvico.
- Explicar los ejercicios de Kegel y comprobación manual de su correcta ejecución .
- Reforzar en todas las visitas.

Parto

- Episiotomía no sistemática.
- Sutura correcta en el caso de desgarro obstétrico.
- Adecuada protección del periné.
- Pujo no bloqueado.

Visita en sala de puerperio

- Vigilar y cuidar las cicatrices del periné.
- Educación sanitaria específica e individual.
- Detectar síntomas de alarma (incontinencia anal o urinaria, dolor anal, etc.).

Visita puerperal

- Cuestionario de sintomatología urinaria y fecal.
- Examen perineal: neurológico local, genitales externos e internos.
- Ejercicios de Kegel y comprobación manual de su correcta ejecución.
- Derivación: grupos posparto, grupos específicos, unidad de reeducación uro-ginecológica.

Cursos de preparación al parto

- Ejercicios selectivos de refuerzo del suelo pélvico y asociados a los ejercicios prenatales.
- Integración de ejercicios perineales en la vida cotidiana.

Ejercicios de Kegel

Consisten en contraer de manera voluntaria la musculatura del periné de manera similar a como se hace cuando se desea interrumpir la micción y la defecación, sin contraer los músculos abdominales ni los glúteos, se debe respirar normalmente mientras se realizan los ejercicios.

Para facilitar el aprendizaje se deben comenzar sentada en una silla, los pies descansando en el suelo, ligeramente separados, inclinada hacia delante apoyando los codos y los

antebrazos sobre los muslos. Con ésta postura se evita que se tensen o contraigan otros músculos. Posteriormente se pueden realizar los ejercicios en cualquier otra posición.

Se contraen lentamente subiendo los músculos hacia dentro aguantando la tensión durante 5 segundos y relajando, se repite hasta 10 veces aumentando progresivamente el tiempo de contracción y el número de repeticiones. Se recomienda hacerlos 3 o 4 veces al día. También se deben hacer series rápidas de contracción-relajación en lugar de contracciones sostenidas.

22. Iodoprofilaxis. Uso de productos iodados durante el embarazo

Según la OMS el déficit de yodo sigue siendo una de las primeras causas de retraso mental y parálisis cerebral en el mundo. La deficiencia nutricional de yodo es un problema generalizado en Europa, y España no es una excepción.

Las embarazadas, madres lactantes y los neonatos son actualmente la población diana para la iodoprofilaxis, encaminada a asegurar un aporte suficiente de yodo que permita el desarrollo neurológico óptimo del feto y del neonato. Los requerimientos de yodo en el embarazo han sido establecidos en 250-300 µg/día, en la lactancia entre 225-350 µg/día y en el neonato y la primera infancia de 90 µg/día.

Las recomendaciones actuales para esta iodoprofilaxis se basan en:

- 1º. Sustituir la sal común por sal yodada en la cocina y en la comida habitual.
- 2º. Prescribir de forma sistemática un suplemento que contenga IK (ioduro potásico) en una dosis de al menos 150 µg/día durante el embarazo y la lactancia.

Por último, la sobrecarga iatrogénica de yodo que se ha demostrado, se produce por el uso de antisépticos iodados durante el embarazo, parto y lactancia y puede provocar un hipotiroidismo transitorio neonatal, por lo que está totalmente contraindicado el uso de antisépticos iodados en la desinfección de zonas de punción, campo quirúrgico y cualquier tipo de cura realizadas en la madre y en el recién nacido. El antiséptico de elección para la desinfección de la piel, tanto para la colocación de un catéter epidural como para la realización de una intervención es la clorhexidina al 0,05%, en el caso de la colocación de un catéter epidural, clorhexidina al 0,05% con alcohol al 70%.

WHO, UNICEF, and ICCIDD. Assessment of the Iodine Deficiency Disorders and monitoring their elimination. Geneva: WHO publication. WHO/NHD/01.1; 2001: 1-107.

Delange F. Optimal iodine nutrition during pregnancy, lactation and the neonatal period. *Int J Endocrinol Metab* 2004; 2: 1-12.

Instrucciones para el uso de antisépticos en los recién nacidos y durante el embarazo, parto y lactancia. Servicio Andaluz de Salud. 2004.

Arena J, Emparanza J I. Los antisépticos yodados no son inocuos. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 25-29.

Morreale de Escobar G, Obregón M.J; Escobar del Rey F. Role the thyroid hormones during early brain development. *European J of Endocrinol* 151:U25-U37, 2004.

Cronograma de seguimiento del embarazo

Anexo 1 (Notas)	Semanas de Gestación		<12 8-12	16 16-18	20 18-22	24 24-28	28 28-32	32 32-34	36 35-37	38 37-39	>38
	NIVEL ASISTENCIAL	I	II	I	II	I	I	II	I	I	II
	Contenidos/Visitas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª
	Historia Clínica Informatizada	Actualizar		Registro de datos en todas las visitas							
	Documento de Salud de la Embarazada (DSE)	SÍ	Registro de datos en todas las visitas								
	Exploración general	SÍ									
	Exploración constantes	Talla en 1ª consulta, peso y tensión arterial en todas las visitas									
7	Exploración genital y mamaria	SÍ	SÍ								
	Exploración obstétrica			SÍ		SÍ	SÍ		SÍ	SÍ	
3	Analítica	SÍ				SÍ			SÍ		
5	Cribado de incompatibilidad D	SÍ				SÍ					
2	Cribado infecciones de transmisión perinatal (serología)	SÍ		SÍ			SÍ				
13	Identificación factores de riesgo de ETS	SÍ	SÍ				SÍ				
9	Diagnóstico prenatal	SÍ									
8	Urocultivo	SÍ (12-16)				SÍ					
4	Cribado diabetes gestacional	SÍ (factores de riesgo)				SÍ					
16	Vacunación tétanos-difteria						SÍ (1ª)				
18	Cribado del estreptococo del Grupo B								SÍ		
14	Exploración ecográfica		SÍ		SÍ			SÍ			
10	Recomendaciones	Recomendaciones comunes en todas las visitas									
	Educación Maternal	SÍ					SÍ				
12	Baremo de riesgo	En todas las visitas									

ASISTENCIA DEL PARTO EUTÓCICO

Definición de parto eutócico

*"Parto de comienzo espontáneo, de bajo riesgo, manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 y las 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones"*¹.

Entre un 70-80% de los partos son de bajo riesgo al comienzo del parto.

PRÁCTICAS EN LA ASISTENCIA AL PARTO

En los últimos años, debido a los avances médicos y a la racionalización del trabajo hospitalario, se ha tendido a tratar rutinariamente todos los partos, tanto complicados como normales, con el mismo nivel de intervencionismo y medicalización. Recientemente, se está cuestionando el alto nivel de intervencionismo en el parto normal. Por una parte, puede constituir un factor de vulnerabilidad e insatisfacción de la parturienta respecto a su experiencia de parto². La OMS advierte que, a pesar de la evidencia de intervenciones inútiles, inoportunas, inapropiadas y/o innecesarias, algunas siguen en la praxis habitual de muchos hospitales, por lo que es preciso revisar dichas prácticas, modificando aquellas sobre las que no existan evidencias.

Un grupo de trabajo constituido por la OMS para la Región Europea, la Oficina Regional de América, y la Organización Panamericana de la Salud, revisaron los trabajos científicos sobre la asistencia obstétrica. Establecieron las prácticas realizadas durante el parto en cuatro categorías:

- a) Prácticas que son claramente útiles y que debieran ser promovidas.
- b) Prácticas que son claramente perjudiciales o inefaces y que debieran ser eliminadas.
- c) Prácticas sobre las que no existe ningún tipo de evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevas investigaciones clarifiquen el tema.
- d) Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente.

CATEGORÍA A: PRÁCTICAS QUE SON CLARAMENTE ÚTILES Y QUE DEBIERAN SER PROMOVIDAS.

1. Un plan personal que determine dónde y por quién será atendido el parto, realizado con la mujer durante el embarazo, dado a conocer a su pareja y, si procede, a su familia.

¹ O.M.S. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. Departamento de Salud Reproductiva. Ginebra, 1999

² Brown S, Lumley J. Satisfaction with care in labour and birth: a survey of 790 australian women. Birth 1994, 21 (1): 4-13.

2. Valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal y en cada visita al sistema de salud y en el primer contacto con la persona que va a asistir todo el trabajo de parto.
3. Seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el post-parto.
4. Ofrecer líquidos por vía oral durante el parto: se recomienda la ingesta de pequeñas cantidades horarias de agua y/o bebidas azucaradas (no derivados lácteos) pues facilitan el vaciamiento gástrico y reducen el pH gástrico. El facultativo podrá indicar dieta absoluta ante la posibilidad de intervención quirúrgica en un plazo igual o inferior a 1 hora.
5. Respeto a la elección informada de la mujer del lugar del parto.
6. Proporcionar los cuidados en el parto en el lugar más cercano a su entorno, dónde el nacimiento sea factible y seguro y dónde la mujer se sienta más segura y confiada.
7. Respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto.
8. Apoyo efectivo de los asistentes durante el parto.
9. Respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto.
10. Dar a la mujer tantas informaciones y explicaciones como desee.
11. Métodos no invasivos, no farmacológicos, de alivio del dolor durante la dilatación, como el masaje y las técnicas de relajación.
12. Monitorización fetal con auscultación intermitente.
13. Uso único de material desechable y esterilización apropiada del material reutilizable que se emplea durante la dilatación y el parto.
14. Uso de guantes en los tactos vaginales durante el nacimiento del bebé y el manejo de la placenta.
15. Libertad de posición y movimiento durante todo el parto.
16. Estimulo para evitar la posición en decúbito durante el parto.
17. Seguimiento cuidadoso del progreso del parto, por ejemplo, con el uso del partograma de la OMS.
18. Uso profiláctico de oxitocina en el tercer estadio del parto en la mujer con riesgo de hemorragia post-parto, o incluso con riesgo de perder una pequeña cantidad de sangre.
19. Cortar el cordón en condiciones de esterilidad.
20. Prevención de la hipotermia del recién nacido.
21. Contacto inmediato, piel con piel, de la madre y el hijo y apoyo al inicio de la lactancia en la primera hora después del parto, de acuerdo con las orientaciones de la OMS sobre la lactancia.
22. Examen sistemático de la placenta y las membranas.

CATEGORÍA B: PRÁCTICAS QUE SON CLARAMENTE PERJUDICIALES O INEFICACES QUE DEBIERAN SER ELIMINADAS

1. Uso rutinario del enema.
2. Uso rutinario del rasurado púbico.
3. Infusión intravenosa de rutina en el parto.
4. Inserción de una cánula intravenosa profiláctica de rutina.
5. Posición en decúbito supino de rutina durante la dilatación.
6. Examen rectal.
7. Uso de pelvimetrías.
8. Administración de oxitócicos antes del nacimiento, sobre todo si sus efectos no pueden ser controlados.
9. Posición rutinaria de litomía con o sin estribos durante el parto.
10. Esfuerzos de pujo sostenidos y dirigidos (maniobra de Valsalva) durante la segunda fase del parto.
11. Masaje y estiramiento del periné durante la segunda fase del parto.
12. Uso de tabletas orales de ergometrina en la tercera fase del parto para prevenir o controlar una hemorragia.
13. Uso de ergometrina parenteral de rutina en la tercera fase del parto.
14. Lavado rutinario del útero después del alumbramiento.
15. Revisión rutinaria manual del útero después del alumbramiento.

CATEGORÍA C: PRÁCTICAS DE LAS QUE NO EXISTE UNA CLARA EVIDENCIA PARA FOMENTARLAS Y QUE DEBIERAN USARSE CON CAUTELA

1. Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto, como productos de herboristería, inmersión en el agua, y estimulación nerviosa.
2. Amniotomía precoz de rutina en la primera fase del parto.
3. Presión fúndica durante el parto.
4. Maniobras relativas a la protección del periné y al manejo de la cabeza fetal en el momento del nacimiento.
5. Manipulación activa del feto en el momento del nacimiento.
6. Administración rutinaria de oxitocina, tracción controlada del cordón o combinación de ambas durante la tercera fase del parto.
7. Ligadura y sección precoz del cordón umbilical.
8. Estimulación de los pezones para aumentar las contracciones uterinas durante la tercera fase del parto.

CATEGORÍA D: PRÁCTICAS QUE A MENUDO SE UTILIZAN INADECUADAMENTE

1. Restricción de líquidos y alimentos durante el parto.
2. Control del dolor con agentes sistémicos.
4. Monitorización fetal electrónica.
5. Llevar mascarilla y bata estériles durante la atención al parto.
6. Exámenes vaginales repetidos o frecuentes, especialmente si los realiza más de un asistente.
7. Estimulación con oxitocina.
8. Cambio rutinario de la mujer a otro lugar al comenzar la segunda fase del parto.
9. Sondaje vesical rutinario.
10. Alentar a la mujer a pujar cuando la dilatación del cérvix es completa, antes de que sienta la necesidad de hacerlo ella misma.
11. Rigidez de criterios acerca de la duración estipulada de la segunda fase de parto, incluso si las condiciones maternas y fetales son buenas y el parto progresa.
12. Maniobras de alumbramiento.
13. Uso sistemático de la episiotomía.
14. Exploración manual del útero después del alumbramiento.

REVISIÓN DE ALGUNOS PROCEDIMIENTOS RUTINARIOS EN LA ASISTENCIA AL PARTO EUTÓCICO

Medición de temperatura, pulso y tensión arterial y grado de hidratación: Se recomienda monitorizarlos cada cuatro horas.

Evaluación del líquido amniótico mediante amnioscopia: La presencia de meconio puede indicar riesgo de pérdida de bienestar fetal, aconsejándose amnioinfusión en caso de meconio espeso.

Rasurado púbico: El fundamento de la utilización del rasurado perineal en el momento previo al parto se ha basado en que esta práctica disminuye el riesgo de infección perineal, haciendo que la sutura de la episiotomía resulte más fácil y segura. Sin embargo, no hay evidencia de que los beneficios de esta práctica en cuanto a la morbilidad materna, dado que el rasurado público no reduce las infecciones. Además, la mujer tiene molestias cuando el vello vuelve a crecer. Constituye, por tanto, una práctica innecesaria utilizada a veces de modo rutinario¹. En general, hay que evitar el rasurado de la vulva. Si se considera necesario, se realizará en el momento del expulsivo.

Aplicación de enemas: Es una práctica común la aplicación de un enema a la mujer durante el trabajo de parto. Se supone que estimula las contracciones uterinas, que el intestino vacío permite el descenso de la cabeza fetal, y que reduce la contaminación y la infección materna y neonatal, sobre todo en el momento del expulsivo. Sin embargo, su práctica está cuestionada desde hace algunos años, dado que las heces líquidas pueden contaminar las heridas, aumentando la morbilidad tanto materno como neonatal. Además, está ampliamente aceptado que esta intervención genera incomodidad en la madre².

Algunos estudios han demostrado que sin enema la emisión de heces es más fácil de limpiar que la inducida por el enema. No se demostraron efectos en la duración del parto ni en el índice de infecciones neonatales ni del periné^{3, 4}.

Los datos disponibles son insuficientes para poder recomendar el uso de enemas en forma rutinaria durante el trabajo de parto. Su uso está reservado para los casos en que sea necesario (presencia de fecalomas) o lo solicite la gestante.

Nutrición y líquidos durante las contracciones: En casi todas las maternidades, los protocolos asistenciales desaconsejan la ingesta de sólidos y líquidos durante las contracciones de parto, como medida para impedir la aspiración del contenido gástrico (síndrome de Mendelson) si la mujer ha de ser sometida a anestesia general. La evidencia actual es insuficiente en relación con los tiempos de ingesta para líquidos y sólidos y el riesgo de vómitos o aspiración pulmonar durante el parto. Existe acuerdo sobre que la ingesta de líquidos claros durante el parto aumenta el bienestar y la satisfacción de la embarazada. Se recomienda la ingesta de pequeñas cantidades de líquidos claros en el parto normal, por ejemplo

1. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2005. Oxford: Update Software.

2. Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enema vs no enema during labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2005. Oxford: Update Software.

3. Rommey ML, Gordon H. Is your enema really necessary? British Medical Journal 1981; 282: 1269-71.

4. Hay-Smith J. Routine enema on admission in labor (revised 27 January 1994). In: Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP, Crowther C. Pregnancy and Childbirth Module. In: The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database. The Cochrane Collaboration, Issue2, Oxford: Update Software, 1995.

agua, café, te, zumos claros. El volumen es menos importante que el tipo de líquido ingerido (no lácteos). Sin embargo, gestantes con factores de riesgo adicionales de aspiración (obesidad mórbida, diabetes, vía aérea difícil), o con riesgo potencial de intervención quirúrgica (trastornos del registro fetal) pueden ser mantenidas en dieta absoluta a criterio del médico. Los alimentos sólidos deben ser evitados durante la fase activa del trabajo de parto⁵. En las fases muy iniciales del trabajo de parto, se podrán permitir dietas ligeras basadas en alimentos de fácil absorción, lo que permite incrementar la sensación de bienestar de la parturienta y reducir sus niveles de estrés.

Perfusiones endovenosas: La reducción de la ingesta durante las contracciones puede desembocar en una cetosis y deshidratación. Las perfusiones endovenosas tienen como objetivo prevenir y tratar dichas complicaciones, garantizando las fuentes energéticas durante el trabajo de parto. Sin embargo, sus efectos no se consideran totalmente seguros. Por una parte, restringen los movimientos de la mujer, reduciendo su sensación de control, situación que es considerada como estresante para muchas mujeres. Elevados niveles de estrés y ansiedad se han asociado a una reducción en la actividad uterina. En el nivel fisiológico, el aumento de los niveles de glucosa media vienen acompañados de un aumento de la insulina materna. De este modo, un exceso de glucosa intravenosa durante el trabajo de parto, puede producir una hipoglucemia fetal. En las gestantes que vayan a recibir analgesia epidural, las perfusiones endovenosas constituyen un requisito indispensable⁶. La infusión intravenosa de 500 ml de Solución de Ringer simple es una medida efectiva para prevenir la hipotensión arterial. Además la vía endovenosa es de elección para la administración rápida de fármacos en el tratamiento de complicaciones que pudieran aparecer relacionadas con la técnica.

Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal: La monitorización electrónica fetal es una práctica habitual en las maternidades. Sin embargo, el uso sistemático de la monitorización continua está siendo objeto de revisión. La sensibilidad de la monitorización fetal continua en la identificación del sufrimiento fetal, es alta, pero su especificidad es baja. El método proporciona un índice muy alto de falsos positivos, y un número elevado de intervenciones innecesarias, especialmente si se usa en embarazadas de bajo riesgo. En embarazos de alto riesgo, aunque su uso restrinja los movimientos, el método ha demostrado ser útil. Una revisión sistemática que compara la eficacia de la monitorización intraparto de rutina con la auscultación intermitente en embarazos de bajo riesgo, concluyó que el único beneficio clínicamente significativo fue la reducción de convulsiones neonatales. Un estudio más profundo demostró que el riesgo más alto de convulsiones producido en el grupo de auscultación, se limitaba a los partos en los que se había utilizado oxitocina. Debido a que se observó un aumento del número de cesáreas y de partos vaginales operatorios en el grupo de monitorización continua, el uso de esta práctica rutinaria deberá ser valorada de forma conjunta por la gestante y por el profesional que la atiende⁷.

5. Practice Guidelines for Obstetrical Anesthesia. A Report by the American Society of Anesthesiologists. Developed by the Task Force on Obstetrical Anesthesia. *Anesthesiology* 1999. 90:600-611.

6. Informe sobre la analgesia regional en el Parto. Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. Vol. 44. Nº 10. Diciembre 1997:29-30.

7. Tracker SB. Stroup PD. Chang M. Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardíaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto. *Biblioteca Cochrane plus*. Número 2. 2005.

Dado que no está demostrado que la monitorización biofísica continua durante el trabajo de parto disminuya la mortalidad perinatal ni la incidencia de parálisis cerebrales en comparación con la auscultación intermitente en los embarazos de bajo riesgo que comienzan de forma espontánea y no presentan factores de riesgo intraparto, se debe valorar la posibilidad de realizar ventanas de monitorización biofísica o auscultación intermitente⁸. Si nos decidimos por alguna de estas dos técnicas, en las gestantes de bajo riesgo, la frecuencia cardíaca fetal debería ser auscultada cada 30 minutos durante la primera fase del parto y cada 15 minutos durante la segunda fase del parto. En las gestantes de alto riesgo se auscultará el feto cada 15 minutos en la primera fase y cada 5 minutos en la segunda fase. La auscultación siempre debe realizarse durante la contracción y los siguientes 60 segundos⁹.

Encefalopatía Neonatal. Parálisis cerebral: En los últimos 35 años ha habido un aumento del 500% en la tasa de cesáreas, sin embargo esto no ha modificado la incidencia de parálisis cerebral a lo largo de las últimas décadas. Cuando se comparan las incidencias de parálisis en países con una amplia variación en la incidencia de cesáreas (7-22%), se puede observar que la incidencia de parálisis son muy similares (del 1,1 al 1,3 por 1000 neonatos vivos con peso al nacimiento superior a 2500 gramos)⁹. Asimismo, cada día hay más evidencia de que la mayoría de las parálisis cerebrales no se originan por un evento hipóxico durante el parto (hasta el 90% según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos). Recientemente la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología¹⁰ ha publicado un documento, avalado por 17 Sociedades Científicas, entre las que se encontraban el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras y la Academia Americana de Pediatría, donde también se dice que la asociación entre la asfisia intraparto y la parálisis cerebral se da pocas veces y que para catalogar una encefalopatía neonatal como resultado de un problema hipóxico durante el parto, se deben dar conjuntamente todos y cada uno de los siguientes criterios esenciales:

- Evidencia de acidosis metabólica en la sangre de la arteria umbilical fetal obtenida tras el parto (pH menor de 7 y déficit de bases igual o superior a 12 mmol/l).
- Comienzo temprano de la encefalopatía neonatal moderada o severa, en niños nacidos con 34 o más semanas de gestación.
- Parálisis cerebral tipo de cuadriplejía espástica o discinética.
- Exclusión de otras etiologías identificables, como un traumatismo, trastornos de coagulación, enfermedades infecciosas o alteraciones genéticas.

Varias consecuencias se derivan de estas afirmaciones:

- Las noxas que provocan daño cerebral actúan durante la gestación, probablemente en los periodos tempranos de organogénesis cerebral fetal.
- La necesidad de estudiar el pH y las bases en la sangre fetal tras los nacimientos.
- El aumento de la tasa de cesáreas, no va a disminuir el número de parálisis cerebrales.

8. Monitorización fetal intraparto. Protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos en Obstetricia. (2004). Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

9. Lesión cerebral hipóxico-isquémica fetal y neonatal. Vol. 1. Nº 15. Agosto 2004. Obstetricia y Ginecología de Postgrado.

10. Bajo J.M. La asociación de la asfisia intraparto con la parálisis cerebral o la historia de un espejismo inducido. Prog Obstet Ginecol 2005; 48 (2) : 53-60.

Los valores normales de la gasometría de sangre de cordón virtualmente eliminan un diagnóstico de asfixia neonatal severa intraparto y refutan la asociación entre un evento adverso al nacimiento y una discapacidad neurológica subsiguiente. La media del pH arterial umbilical es 7,27. Un pH de aproximadamente 7,10 se sitúa a dos desviaciones estándar de la media, el cual se considera el límite inferior de la normalidad^{9,11}. Aunque aproximadamente un 2% de los fetos van a tener un pH de arteria de cordón inferior a 7,10, la gran mayoría de estos neonatos no van a desarrollar una parálisis cerebral. Un punto de corte más realista para definir la acidemia fetal patológica, que se correlacionaría con un aumento del riesgo de lesiones neurológicas sería un pH de menos de 7, es improbable que una acidosis metabólica menos severa pueda ser asociada con una parálisis cerebral¹².

Todos los neonatos que presentan un episodio hipóxico perinatal causante de daño cerebral y secuelas neurológicas posteriores presentan invariablemente una encefalopatía aguda durante los primeros días de vida, y por el contrario, si el recién nacido no la presenta, cualquier discapacidad ulterior no puede ser atribuida a hipoxia perinatal¹³.

Existen otras situaciones clínicas que tienen lugar durante el parto, que en conjunto sugieren hipoxia fetal, pero que no son específicos de un episodio de asfixia:

- Evento hipóxico que ocurre inmediatamente antes o durante el parto
- Bradicardia fetal, ausencia de variabilidad, deceleraciones tardías o variables persistentes.
- Índice de Apgar igual o inferior a 3 a los 5 minutos o posteriormente.
- Daño multisistémico en las primeras 72 horas de vida.
- Lesión cerebral aguda no focal detectada precozmente mediante técnica de imagen.

Estos 5 criterios, aunque individualmente sean inespecíficos, la mayoría o todos estarán presentes en los casos graves de hipoxia aguda intraparto.

Manejo activo del trabajo de parto: Si el parto progresa adecuadamente no es necesario utilizar maniobras tales como amniorrexis o fármacos (oxitocina o prostaglandinas) para estimular la actividad uterina. Si fuera necesario estimular la dinámica, la primera medida que se debe realizar es la amniorrexis, lo que por sí sola puede aumentar la dinámica. Si optamos por la oxitocina para estimular la dinámica, previamente se debe realizar amniorrexis, ya que la respuesta del útero va a ser más favorable.

Evaluación del progreso de la dilatación: La evaluación de la progresión de la dilatación se realizará mediante la exploración vaginal y el control de la actividad uterina. Se deben evitar los tactos innecesarios, especialmente tras la rotura de la bolsa amniótica. El intervalo entre cada exploración vaginal depende de la actividad uterina, paridad y evolución del parto. En general, no está indicado realizar tactos periódicamente cada hora. La OMS aconseja realizarlos cada cuatro, o antes si la gestante tiene sensación de pujo.

11. 10 XV Congreso de la Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia. Monitorización bioquímica intraparto. Antonio Ruano García.

12. Mac Lennan Alastair. Internacional Cerebral Palsy Task Force. A template for defining a causal relation between acute intrapartum events and cerebral palsy: international consensus statement. BMJ. 1999; 319: 1054-1059.

13. García-Alix A. y Quero Jimenez J. Asfixia intraparto y encefalopatía hipoxico-isquémica. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Sociedad Española de Pediatría. 2005.

Recientemente, se ha demostrado que las dilataciones cervicales son más lentas que las señaladas clásicamente en la curva de Friedman. Uno de los principales motivos de esta prolongación es la mayor incidencia de analgesias epidurales. Por ello, la valoración de la progresión varía en función de la existencia o no de epidural.

Periodo expulsivo: Aunque la gestante presente dilatación completa, no se la debe animar a pujar hasta que no sienta la necesidad de hacerlo. En este sentido, estudios comparativos entre pujos continuos y sostenidos (Valsalva) y pujos espontáneos, han demostrado que si bien los primeros acortan el periodo expulsivo, provocan un descenso en el PH de la arteria umbilical, así como índices de Apgar inferiores. Por tanto, se recomiendan los pujos espontáneos.

Han quedado obsoletos los tiempos estandarizados de expulsivo prolongado. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos considera expulsivo prolongado a partir de dos horas con dilatación completa en la primípara, y de una hora en la múltipara. En caso de analgesia epidural estos tiempos aumentan a tres horas en las primíparas y a dos en las múltiparas. Así mismo, la OMS señala que si las condiciones materno-fetales son buenas, no se debe ser rígido en el establecimiento de una duración fija para el segundo periodo del parto.

Uso de la episiotomía en el parto vaginal: Una revisión que compara el uso rutinario y restrictivo de la episiotomía, concluye que el uso rutinario no disminuye la incidencia de desgarro perineal de 3° y 4° grado y que el uso restrictivo de la misma muestra una menor morbilidad materna consecuencia de menor trauma perineal, menor necesidad de sutura y menos complicaciones en la cicatrización a los siete días. No hay diferencias en lo que respecta al trauma y dolor perineal o vaginal severo, dispareunia o incontinencia urinaria. La única desventaja del uso restrictivo de la episiotomía es el aumento del riesgo de trauma perineal anterior.¹⁴ No existe, por tanto, una clara evidencia de su efectividad, por lo que se recomienda el uso restrictivo o selectivo, realizándola tan sólo cuando existan indicaciones fetales (cardiotocograma anormal y/o acidosis fetal) o riesgo elevado de desgarros perineales. Según la evidencia disponible, la política rutinaria debe ser abandonada, no estando justificadas tasas de episiotomías superiores al 30%.

Sutura en la reparación del periné: El tipo de material de sutura para reparar el periné puede tener un efecto importante sobre el grado de dolor y dispareunia superficial experimentado por la mujer. En la reparación del periné son de elección los materiales sintéticos absorbibles (ácido poliglicólico y poliglactínico). En la literatura se indica sutura continua en vagina, por planos en las capas músculo-aponeuróticas y preferentemente intradérmica en la piel.

Manejo del alumbramiento: La hemorragia postparto es la complicación más importante del alumbramiento. Existe una revisión donde se comparan los efectos del manejo activo rutinario del alumbramiento (administración de un oxitócico profiláctico a la salida del hombro fetal o después del nacimiento, el pinzamiento temprano y sección del cordón umbilical, y la tracción controlada del cordón umbilical para la extracción de la placenta), con el manejo expectante o conservador (política de no intervención, en espera de los signos del desprendimiento de la placenta y de su expulsión espontánea)¹⁵. El manejo activo dio como resultado un menor riesgo de pérdida sanguínea materna y de hemorragia postparto, menor anemia y menos necesidad de transfusión durante el puerperio.

14. Carroll G, Belizim J. Episiotomía en el parto vaginal. La Biblioteca Cochrane plus. Numero 2, 2005.

15. Prendivillew J, Elbourne D, Mc Donald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento. La Biblioteca Cochrane plus. Número 2, 2005.

Sin embargo, se asoció con un mayor riesgo de náuseas, vómitos e incremento de presión sanguínea en la mujer (cuando se utilizaron preparaciones de ergometrina). Se desprende, por tanto que en caso de hacer un manejo activo del alumbramiento se utilice la oxitocina en lugar de la ergometrina o la sintometrina. Asimismo, también resulta útil el uso profiláctico de oxitocina intravenosa al finalizar el tercer estadio del parto para reducir la pérdida hemática en el postparto inmediato con lo que obviamos el problema de las posibles retenciones de placenta que tenemos con la conducta activa.

ASISTENCIA DEL PARTO EUTÓCICO MEDIDAS DE SOPORTE FÍSICO-EMOCIONAL

Numerosas publicaciones relacionan el grado de satisfacción de las mujeres en lo referente a los cuidados durante el parto con:

- Oportunidad de tomar decisiones sobre el cuidado.
- Información suficiente y adecuada sobre el progreso del parto.
- Atención continuada por un mismo profesional.
- Soporte emocional adecuado y constante por los profesionales que atienden el parto.

Planes personales de parto: La mujer es el centro del cuidado maternal. Durante el proceso de parto, los cuidados deben estar “enfocados en la mujer”, adecuándolos a sus necesidades y circunstancias personales, respetando en la medida de lo posible sus opciones y decisiones en los cuidados que desea. Para ello, las decisiones deben estar planeadas y discutidas a fondo previamente con los profesionales involucrados en la asistencia.

Para que los cuidados durante el parto sean individualizados, se deben planificar a lo largo de las consultas prenatales. Antes de iniciarse la fase de parto, se debe haber reunido la máxima información sobre dicha mujer y la evolución de su embarazo. La mujer debe disponer de la suficiente información sobre la que basar sus opciones². Sin embargo, es preciso evitar la obsesión de algunas mujeres por un “parto perfecto”. Los planes de nacimiento y las expectativas de las mujeres están sujetas a la situación clínica del momento, pudiéndose producir desviaciones si la evolución del parto lo requiere.

Información sobre el proceso de parto: Hay evidencias sobre la necesidad de que las mujeres estén informadas de los progresos de sus contracciones, e incluidas en el proceso de tomar decisiones. Esto las ayudará y aumentará su satisfacción con el parto, incluso en los casos en que sea precisa una intervención. Por ello, resulta fundamental ofrecer información a la gestante y al acompañante, explicándoles los diversos procedimientos que se realizan de una manera sencilla, y animar a la mujer a que plantee sus preguntas a los profesionales sanitarios.

Las mujeres embarazadas y parturientas desean tener una atención continuada, manifestando preferencias respecto a quien debe cuidarlas. La continuidad en la atención mejora la comunicación y la calidad de la experiencia que supone el parto. Si la parturienta ha tenido oportunidad de conocer durante el embarazo a la matrona que la atenderá mejora el grado de satisfacción, reduciéndose la ansiedad, y describiendo su parto como una experiencia positiva. También se ha visto una menor tasa de cesáreas en aquellos partos controlados por una sola matrona (one to one). Garantizar este aspecto, impidiendo la fragmentación de los cuidados, implica realizar cambios en la organización de los servicios obstétricos, intentando adaptar los turnos para que sean de 12 horas.

Ambiente del parto y estrés: Durante el parto, es habitual que la mujer experimente emociones tales como excitación, ansiedad, miedo al dolor, etc. El ambiente en el que se pro-

1 Brown S, Lumley J. Satisfaction with care in labour and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth* 1994, 21 (1): 4-13

2 Steele, R. Cuidados de la matrona durante la primera fase del parto. En: Alexander J, Levy V, Roch S. Aspectos prácticos para matronas basados en investigaciones. Barcelona, Boehringer Mannheim, 1998

ducen las contracciones, tales como la presencia de extraños o la soledad, puede tener efectos significativos sobre el grado de miedo y ansiedad experimentados.

Las situaciones que provocan la sensación de no poder ejercer influencia sobre el ambiente, como la hospitalización, provocan un incremento en los niveles de estrés. La secreción de beta-endorfinas, que se incrementa durante el estrés, tiene efectos de tipo fisiológico y psicológico, incrementando la memorización, a la vez que reduce o bloquea el músculo liso. Si las mujeres se encuentran estresadas por el ambiente que las rodea, el parto puede verse prolongado debido a la reducción en la contractibilidad uterina³. Por tanto, los factores que inducen estrés en las mujeres durante las contracciones deben ser minimizadas, dado que la salud emocional a largo plazo de la mujer puede quedar afectada por esta experiencia.

Es importante asegurar la privacidad, sobre todo en las exploraciones vaginales. Una parturienta necesita su propia habitación y el número de personas presentes debe estar limitado al mínimo necesario, evitando la presencia de personas no necesarias en el paritorio. También es preciso ofrecer a la mujer la posibilidad de adoptar la postura que prefiera, en o fuera de la cama, siempre que la postura no interfiera con el control del estado fetal y de la actividad uterina. Esto significa que no tiene que estar necesariamente en la cama y menos en posición supina, y que debe gozar de la libertad de ponerse de pie, sentarse o andar en la fase de dilatación, siempre que las condiciones lo permitan.

Apoyo emocional y psicosocial: El parto normal, siempre que sea de bajo riesgo, no suele necesitar otra intervención que aliento, apoyo y un poco de cuidado cariñoso. En ocasiones, el apoyo a las mujeres de parto es deficiente: a veces se sienten aisladas en las salas de dilatación, rodeadas de equipos técnicos, y sin apenas ningún tipo de apoyo emocional.

Hay evidencia de que el apoyo continuado, tanto emocional como físico, produce beneficios tanto para las madres como para sus hijos: partos más cortos, uso menor de medicación y analgesia epidural, reducción de la necesidad de estimulación oxitócica, menor número de niños con test de Apgar inferior a 7 y menor número de partos instrumentales^{4 5 6}. La presencia continua de una persona entrenada para dar apoyo emocional reduce la necesidad de analgésicos, la incidencia de cesáreas, la depresión del recién nacido a los cinco minutos, y la ansiedad y el sentimiento de haber tenido un parto complicado 24 horas después de haber dado a luz. A su vez, tiene efectos positivos en el número de madres que seguirán dando pecho a las seis semanas del parto. Dados los beneficios del apoyo emocional durante el parto, se deben extremar los esfuerzos para que éste se realice en todas las mujeres, no sólo por alguien cercano a ella, sino por personal entrenado a tal fin, especialmente cuando la mujer no recibe dicho apoyo de parte de su familia. Requiere la presencia continua de un mismo cuidador, idealmente una matrona, cuya asistencia se puede categorizar en tres dimensiones⁷:

3 Lederman RP, Lederman E, Work BA Jr, McCann DS. Anxiety and epinephrine in multiparous women in labour: relationship to duration of labour and fetal heart rate pattern. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1985; 153: 870-77

4 Lederman Klaus MH, Kennell JH, Robertson SS, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *British Journal of Medicine* 1986, 2930: 585-7

5 Hodnett DE. Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, issue 3, 2002. Oxford: Update Software.

6 Langer A. Commentary on: Hodnett DE. Support from caregivers during childbirth (Cochrane Review). *The Who Reproductive Health Library*. HRP-RHT, nº 1, 1997

7 Recuerda JA, García F, Grau S, Iniesta V, Lozano L. Influencia del apoyo profesional en la mejora del trabajo de parto. Memoria de las I Jornadas de Investigación en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) de la Comunidad Valenciana. Valencia, IVESP-CECOVA, 1996: 91-104

- a) Apoyo informativo. Informar a las mujeres que lo deseen, con terminología comprensible, sobre las intervenciones practicadas (finalidad y limitaciones) y acerca de la evolución que experimenta el parto y el estado del feto. No comunicar pronósticos falsos o poco probables.
- b) Apoyo físico. Ofrecer cuidados que mejoren su comodidad y confort (ropa de cama limpia y seca, cambios frecuentes de compresas perineales e hidratación de la mucosa oral); ofertar medidas simples de distracción y alivio del malestar generado por el parto (técnicas respiratorias, contacto físico, masaje lumbar y escucha activa).
- c) Apoyo emocional: tranquilizar, animar a mantener el control personal y ayudar cuando la mujer intente conseguirlo, proporcionándole elogios, con una actitud amistosa, paciente, amable y empática.

Acompañamiento: Uno de los factores que causan disconfort de la mujer durante el parto es el entorno hospitalario, con la separación de su familia y el estar controlada por personal extraño. Esto se modifica cuando la mujer está acompañada por amigos, familiares o personas especialmente entrenadas para dar apoyo emocional⁸. Tras décadas de políticas hospitalarias restrictivas, en el transcurso de los últimos años, se ha permitido que la pareja formara parte del proceso de parto, jugando un significativo papel en lo referente al soporte emocional de la gestante. La mayoría de las mujeres se alegran de la presencia de sus maridos en el momento del parto. Determinadas parejas administran un soporte físico y psicológico crucial durante el parto (caricias, participación activa en técnicas de respiración, etc.), consideradas como particularmente útiles por las parturientas, cuidados que a veces no son suministrados por el personal sanitario, ocupado en otras tareas. Es evidente el beneficio práctico y emocional que la mayoría de las mujeres tienen con la ayuda de sus parejas.

El cambio en los valores familiares tradicionales, que concebían el parto como un hecho fundamentalmente femenino, ha llevado a un mayor protagonismo de la pareja en este momento. En los últimos años, incluso se presiona a maridos que a veces dudan de su capacidad de ayuda a la parturienta para que la acompañen durante el parto. Por ello, es preciso respetar la elección de acompañante de la mujer de parto. Debe garantizarse que esté acompañada por personas con las cuales se encuentre cómoda: su pareja, la mejor amiga, un familiar o una "doula". Esta última, cuya utilidad se ha comprobado en algunos estudios, sería una mujer con experiencia que guía y acompaña a las parturientas y púerperas, sin ánimo de realizar tareas propias del personal sanitario. En nuestro actual contexto de inmigración, la figura de una mediadora cultural entrenada, podría ejercer una labor importante con las madres inmigrantes que no hablan el idioma y que no tienen ningún tipo de acompañamiento.

⁸ Keirse MJNC, Enkin M, Lumley J. Social and professional support during childbirth. In: Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC. Effective care in pregnancy and Childbirth. Oxford: University Press, 1989, pp 805-814.

ANALGESIA EN EL PARTO

HOJA INFORMATIVA PARA LA GESTANTE

La analgesia en el parto permite reducir o anular la sensación de dolor, sin interferir en el estado de conciencia, permitiendo por lo tanto un parto "casi sin dolor" y favoreciendo la participación activa de la madre en el nacimiento de su hijo.

Existen varias técnicas para la reducción o eliminación del dolor, su elección y el momento de su aplicación está en función de antecedentes personales, enfermedades concurrentes, datos analíticos y de la propia evolución del parto y del estado del feto.

¿Qué técnicas pueden utilizarse?

1. **ANALGÉSICOS Y SEDANTES:** son fármacos que se administran por vía intramuscular o endovenosa. Pueden administrarse durante cualquier fase del parto. Disminuyen la ansiedad y el dolor. Debe valorarse la capacidad para llegar a la circulación sanguínea del feto a través de la placenta y usar fármacos que tengan los menores efectos negativos sobre el neonato.
2. **ANALGESIA EPIDURAL:** Es una técnica realizada por Anestesiólogos. Consiste en la inyección de un anestésico local en la columna vertebral entre dos vértebras lumbares, para dejarlo en el espacio epidural que circunda el canal medular, donde se encuentran los nervios que conducen el dolor hasta el cerebro. Se deja en este espacio, un catéter que es un tubo fino de plástico, a través del cual, se administra la cantidad de anestésico que sea necesaria durante todo el tiempo que dure el parto e incluso posteriormente si fuera necesario.

La analgesia epidural es el método más eficaz para liberar a la parturienta del dolor en todas las fases del parto, e incluso puede ser útil si fuera necesario realizar una cesárea. La madre puede estar tranquila y relajada, lo que repercute de forma positiva en el desarrollo del parto, y, por tanto, en el bienestar del feto.

Las ventajas de la analgesia epidural son obvias: alivia el dolor totalmente, únicamente en un 5-10% de mujeres, a pesar de aplicarse correctamente, no consiguen un alivio suficiente del dolor. En este caso podría estar indicado repetir la analgesia epidural o administrar algún otro tipo de analgesia (local, o vía intravenosa o intramuscular).

En ausencia de complicaciones, no produce depresión en la madre ni el feto, no impide la progresión del parto y la mujer permanece despierta y puede colaborar. Sin embargo esta técnica no carece de inconvenientes: la mujer tiene menos movilidad, puede prolongar la segunda fase del parto, existe una mayor incidencia de parto instrumentado y riesgos inherentes a la técnica epidural (cefaleas, lumbalgia, hipotensión, otras complicaciones neurológicas raras).

3. ANALGESIA INTRADURAL: consiste en la inyección de un anestésico local, directamente en el canal medular, en la zona más baja de la columna lumbar, produciendo una analgesia inmediata e intensa de cintura para abajo. Su duración limitada, aproximadamente 2 horas, hace que esté indicada en la última fase del parto o periodo expulsivo. Sus posibles complicaciones son similares a la técnica epidural.

MODELO DE DOCUMENTO DE INFORMACIÓN CLÍNICA ESPECÍFICA PARA ANALGESIA EPIDURAL EN EL PARTO

INFORMACIÓN GENERAL

La analgesia (ausencia de dolor) epidural es un procedimiento para el cual es preciso colocar un catéter en el espacio epidural de la columna vertebral, a través del cual se administran fármacos: analgésicos y/o anestésicos locales. Este tratamiento se hace por médicos especialistas llamados anestesiólogos.

La analgesia epidural anula o hace muy soportable el dolor producido por las contracciones uterinas sin efectos perjudiciales para el recién nacido. La madre está totalmente despierta, pudiendo empujar cuando ha de hacerlo para facilitar el nacimiento de su hijo. La analgesia conseguida con esta técnica es segura, salvo complicaciones, tanto para la madre como para el niño. Puede, además, disminuir la duración del parto.

Si las circunstancias del parto obligaran a la realización de fórceps o cesárea, estos procedimientos se realizarían con la misma técnica epidural si fuese posible, aunque en algunos casos puede ser preciso administrar una anestesia general. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

¿EN QUÉ CONSISTE LA ANALGESIA EPIDURAL?

La técnica es prácticamente indolora. La zona de la espalda utilizada para colocar el catéter epidural se duerme con anestesia local. A través del catéter epidural se suministran continuamente los anestésicos locales necesarios para anular o aliviar de forma importante el dolor. Éste suele calmarse a los 15 o 20 minutos después de haber colocado el catéter, y el efecto se prolongará, más o menos, hasta una hora después del parto.

El médico anestesiólogo valorará la indicación de la técnica en colaboración con el ginecólogo y, si está indicada y no hay contraindicaciones, el anestesiólogo la realizará, controlará sus efectos y tratará las complicaciones que pudiesen surgir. La colaboración con el anestesiólogo es importante, ya que es un procedimiento especializado. Una vez colocada en la posición que le indiquen, deberá no hacer movimientos bruscos. La analgesia epidural no debe comenzar hasta que se consiga un trabajo activo de parto: dilatación cervical de 2 cm, con contracciones uterinas regulares y dolorosas. Cuando la dilatación es completa, se puede ofrecer otra técnica de analgesia alternativa a la epidural mediante un análisis individual de la gestante. También se debe recordar que durante el parto no se debe comer. Se recomienda la toma de pequeñas cantidades de líquidos claros azucarados (agua, infusiones, zumos, etc, salvo derivados de la leche) cada hora aproximadamente.

RIESGOS DE LA ANALGESIA EPIDURAL

- Fallos de la técnica (bloqueos incompletos, ausencia del bloqueo). Hay que volver a recolocar el catéter, o bien abandonar la técnica y recurrir a otro método analgésico.
- Temblores: es muy común.
- Hipotensión de la madre (bajada de la tensión arterial): bastante frecuente, y suele acompañarse de náuseas y vómitos. Puede causar retención urinaria. Habría que sondar la vejiga de la orina.
- Hipertermia (fiebre alta). Se produce ocasionalmente. Cede tras retirar la epidural y no es grave ni se debe a ninguna causa infecciosa.
- Dolores de cabeza persistentes después del parto. Su frecuencia es de aproximadamente 1 de cada 150 casos. Se disminuye la probabilidad de que esto ocurra manteniéndose tan quieta como sea posible durante la colocación del catéter.
- Lumbalgia en la zona de punción: 1 de cada 8.000 casos.
- Convulsiones. Muy poco frecuentes: 1 de cada 9.000 casos. Es una complicación grave.
- Raquianestesia total. Su frecuencia es 1 de cada 8.000 casos. Ésta es una complicación grave: hay pérdida momentánea del conocimiento, hipotensión y parálisis respiratoria que obligan a respiración artificial y otras medidas de apoyo, y también será preciso hacer una cesárea porque cesan las contracciones uterinas.
- La analgesia epidural conlleva un aumento del número de partos instrumentales (fórceps, ventosas), no existiendo una frecuencia homogénea, y siendo la causa más importante la falta de colaboración de la paciente en el momento del parto.
- Las meningitis o las lesiones nerviosas, con parálisis irreversibles, como consecuencia de hematomas o abscesos epidurales o subdurales, o daño directo en las estructuras nerviosas, son muy raras: 1 de cada 50.000 casos.
- Los incidentes graves, incluso fatales (como, por ejemplo, paro cardíaco a causa de una reacción alérgica o toxicidad de los anestésicos locales), son tan raros que no se dispone de estadísticas. Habría que realizar una reanimación cardiopulmonar y proceder a una cesárea urgente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este hospital están disponibles para intentar solucionarla.

¿QUÉ OTRAS ALTERNATIVAS HAY?

- Administración sistémica de fármacos analgésicos.
- Neuroestimulación eléctrica transcutánea.
- Técnicas de respiración y relajación.
- Acupuntura.
- Preparación psicoprofiláctica para el parto.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al Anestesiólogo responsable, que le atenderá con mucho gusto.

PROTOCOLO GENERAL DE INGRESO DE GESTANTES SUSCEPTIBLES DE ANALGESIA EPIDURAL

1. Anotar la hora de la última ingesta y mantener en dieta absoluta para sólidos a partir de ese momento. Se recomienda la toma de pequeñas cantidades de líquidos claros azucarados (agua, infusiones, zumos, etc, salvo derivados de la leche) cada hora aproximadamente.
2. Recomendar ligero decúbito lateral izquierdo tras la colocación del catéter. Tras iniciada la analgesia sin problemas, la gestante puede moverse, sentarse e incluso levantarse con ayuda.
3. Informar a la gestante de los procedimientos y controles a los que va a ser sometida (canalización de vía venosa, extracción de muestras sanguíneas, toma de constantes vitales, monitorización fetal...).
4. Comprobar en la historia de la gestante, si dispone de analítica de sangre reciente (hemograma con tiempos de coagulación no superior a 30 días aproximadamente).
5. Si no dispone de dicha analítica, extraer 10 cc. de sangre venosa periférica, y cursar hemograma con tiempos de coagulación urgente.
6. Instaurar venoclisis para fluidoterapia y medicación, usando catéter venoso nº 18 mínimo, preferible en flexura bicipital derecha.
7. Iniciar fluidoterapia de mantenimiento con solución Ringer simple.
8. Entregar a la gestante la Hoja Informativa Abreviada sobre Analgesia en el Parto, el Documento de Información Clínica Específica y el Documento de Declaración de Consentimiento (si no lo aporta).
9. Registrar controles de enfermería en la historia clínica de la gestante.

CONTROLES DE ENFERMERÍA EN ANALGESIA EPIDURAL

1. Toma de presión arterial en decúbito supino y decúbito lateral izquierdo antes de la instauración del bloqueo analgésico.
2. Durante los primeros 30 minutos, tras la inducción anestésica, se controlará la presión arterial y la frecuencia cardíaca cada 10 minutos. Si durante ese tiempo ambos parámetros permanecen estables se realizarán controles cada 30 minutos.
3. Cada hora se valorará el grado de bloqueo motor según la escala de Bromage:
 - Grado IV: Ausencia de bloqueo. Flexión completa de rodilla y pie.
 - Grado III: Movimiento mínimo de las rodillas.
 - Grado II: Sólo puede mover los pies.
 - Grado I: Bloqueo completo. Inmovilidad total de rodillas y pies.
4. Cada hora se valorará el grado de sedación mediante la siguiente escala:
 - Grado I: Paciente consciente y colaboradora.
 - Grado II: Paciente somnolienta que responde a órdenes verbales.
 - Grado III: Dormida que responde a estímulos táctiles.
 - Grado IV: Dormida que no responde a estímulos de ninguna clase.
5. Según vaya progresando el trabajo de parto se irá incorporando a la gestante en la cama para que la analgesia se extienda hacia el periné.
6. Si hay exacerbación del dolor en un momento dado, se puede administrar, por prescripción del anestesiólogo, un suplemento de la misma solución anestésica por vía epidural, con posterior control de constantes vitales como al inicio de la técnica.
7. Avisar al Anestesiólogo ante las siguientes situaciones:
 - Analgesia insuficiente a pesar de las medidas anteriores.
 - Frecuencia cardíaca menor de 60 s.p.m. o PAS menor de 90 mmHg. En caso de hipotensión situar a la gestante en decúbito lateral izquierdo, iniciar hidratación rápida con Ringer lactado y oxigenoterapia.
 - Náuseas, vómitos y/o prurito intensos.
 - Dificultad respiratoria o con una frecuencia menor de 10 r.p.m.
 - Sedación intensa Grados III o IV.
 - Bloqueo motor Grados I-II en la escala de Bromage.
8. Suspender la perfusión epidural y retirar el catéter una vez finalizado el parto y antes del traslado de la gestante a la sala de hospitalización, salvo que el anestesiólogo indique lo contrario.

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA NATURAL

Los profesionales sanitarios estamos obligados a fomentar la lactancia materna o natural porque está demostrado que es la mejor forma de alimentar a los bebés y es una manera eficaz y eficiente de mejorar la salud de las madres y sus hijos.

La OMS/UNICEF lo expresa en la "Declaración de Innocenti" (Florencia 1990) donde se recogen las siguientes evidencias:

La lactancia materna es un proceso único porque:

- Proporciona la alimentación ideal al lactante y contribuye a su crecimiento y desarrollo saludables.
- Reduce la incidencia y la gravedad de las enfermedades infecciosas, disminuyendo la morbilidad y mortalidad infantiles.
- Promueve la salud de la mujer al reducir el riesgo de cáncer de mama y de ovario y al aumentar el intervalo entre embarazos.
- Proporciona beneficios sociales y económicos a la familia y a la nación.
- Proporciona a la mayoría de las mujeres un sentimiento de satisfacción cuando se lleva a cabo con éxito.
- Estos beneficios aumentan cuando el lactante es amamantado exclusivamente durante los primeros seis meses de vida y, posteriormente, se procede a un periodo prolongado de amamantamiento combinado con una alimentación complementaria.
- La intervención mediante programas puede dar por resultado cambios positivos en las prácticas de amamantamiento.

Como meta mundial para la salud y la nutrición óptima de la madre y del niño, todas las mujeres deberán poder amamantar a sus hijos y todos los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente al pecho desde el nacimiento hasta los cuatro o seis meses de edad.

Posteriormente, los niños deberían seguir siendo amamantados, recibiendo al mismo tiempo alimentos complementarios apropiados y en cantidades suficientes hasta los dos años de edad o más. Este ideal de alimentación infantil ha de lograrse creando una atmósfera de conciencia y apoyo para que las mujeres puedan llevarlo a la práctica.

El logro de esta meta requiere, en muchos países, reforzar la "cultura del amamantamiento" y defenderla enérgicamente de las incursiones de la "cultura del biberón".

Para alcanzar estos objetivos, la OMS y UNICEF, con un sentido más práctico sobre la promoción de la lactancia materna en las instituciones sanitarias, han presentado la declaración de los "DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL".

- Disponer de una política escrita relativa a la lactancia natural.
- Capacitar a todo el personal de salud para poner en práctica dicha política.
- Informar a todas las embarazadas sobre las ventajas de la lactancia natural.
- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia natural en la media hora siguiente al parto.
- Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño.
- No dar al recién nacido más que leche, sin ningún otro alimento, salvo indicación médica.
- Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
- Fomentar la lactancia natural cada vez que el niño la pida.
- No dar a los niños alimentados al pecho chupetes ni chupadores.
- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

Bajo estas premisas se desarrolla en este anexo unas medidas prácticas aplicables por todos aquellos sanitarios que intervienen en el “Proceso Embarazo, Parto y Puerperio” y que pueden ser adaptadas o modificadas según los protocolos y guías que manejen las distintas maternidades y centros de salud.

INTERVENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Matrona/enfermera:

Anamnesis sobre lactancia materna en la primera o segunda visita del seguimiento del embarazo. Recoger de la gestante la experiencia anterior y la predisposición a la lactancia materna. En caso de duda, explicar las ventajas de la misma.

Seguimiento de la lactancia y registro en el Documento de Salud de la Embarazada.

Entrega de material divulgativo institucional con mensajes claros que refuerce la práctica (“Lactancia materna. ¡Tómate la leche a pecho!”).

En las clases de Educación Maternal a partir de la 28ª semana, la matrona / enfermera debe retomar la lactancia materna. Se recomienda incluir, al menos, 2 clases de una hora sobre lactancia materna, a ser posible, con apoyo de transparencias o diapositivas. En ellas deben incluirse los siguientes apartados:

- Técnica de la lactancia materna:
 - Importancia de la postura.
 - Lactancia materna a demanda.
 - Duración de las tomas.
 - Falsos tópicos.
 - Errores más comunes.
 - Problemas que se presentan y cómo resolverlos.
- Conocimientos sobre la composición y las características de la leche materna.

- Cuidados de las mamas.
- Alimentación de la madre.
- Crecimiento del recién nacido alimentado a pecho.

PARITORIO

Matrona:

En la recepción y preparación de la gestante para el periodo de dilatación se debe preguntar acerca de la decisión sobre el tipo de lactancia y recoger la información que la mujer tiene sobre ella, pero no dar en ese momento información teórica porque la mujer durante el trabajo del parto puede no estar receptiva.

Tras el alumbramiento, la actitud de la matrona debe ser la de facilitar el primer contacto del hijo con su madre, piel con piel, mantenerlo abrigado.

Matrona y Auxiliar de Clínica durante el postparto inmediato.

1. Conocer el deseo de amamantar y respetar su decisión.
2. Facilitar el inicio de la lactancia en los primeros 30 minutos. Se hará tras el primer control, con la mujer en posición adecuada. En caso de cesárea, el acercamiento se hará lo antes posible, en cuanto la madre esté despierta y cómoda.
3. Si se inicia la lactancia, anotar en la hoja de incidencias.
4. Supervisar la primera puesta y comprobar que la técnica es correcta.
5. Responder a las preguntas que se hagan e insistir en la información de que se dé el pecho a demanda y sin guardar horario ni duración de las tetadas.

PLANTA DE MATERNIDAD

Enfermera o Auxiliar de Clínica

Durante la estancia en Maternidad, la madre y el hijo no deben separarse en ningún momento. Respecto a la lactancia, las actuaciones del personal sanitario quedan concretadas en lo siguiente:

- Confirmar la decisión de amamantar.
- Valorar los conocimientos y preparación sobre lactancia materna.
- Considerar factores maternos influyentes en el proceso de lactancia, principalmente al principio.
- Fomentar, instruir en la técnica y colaborar en las primeras tomas. Implicar al padre si está presente.
- Insistir en que sea a demanda, sin guardar horario.
- Fomentar y difundir la exclusividad de la lactancia materna, salvo prescripción facultativa.
- Evitar tetinas, chupetes y aporte de soluciones glucosadas, salvo prescripción facultativa

- Registrar todos los datos referentes a la lactancia y solucionar los problemas que surjan de forma individualizada.
- Analizar los pasos del proceso para asegurar su eficacia y corregir los problemas que aparezcan.

A todas las madre se les debe entregar en mano folletos con información escrita "Guía de Salud Materno Neonatal" ,"Lactancia materna, un principio natural" editados por la Junta de Andalucía.

En caso de que la madre haya decidido no amamantar, hay que indicarle qué alimento va a recibir, qué cantidad y a qué horario.

Al alta de Maternidad debe recomendarse que se pongan en contacto telefónico con su Centro de Salud para concretar la visita puerperal y con los grupos de apoyo a la lactancia materna.

ATENCIÓN PUERPERAL

La matrona y/o enfermera, en la primera visita puerperal en los primeros diez días, debe reforzar la lactancia natural si está lactando o asegurarse de que prepara correctamente los biberones en caso de lactancia artificial.

En caso de lactancia natural, se deben valorar los siguientes puntos:

- Observar una tetada y corregir, si precisa, los defectos técnicos.
- Insistir en las bondades y ventajas de la lactancia natural.
- Recordarles que no siga horario fijo, que el horario lo marque el bebé.
- Indicarles los signos de una lactancia eficaz:
 - Número de micciones 6 o más en 24 horas.
 - Varias deposiciones, mejor de color amarillo.
 - Curvas de crecimiento apropiada a la lactancia materna.
- Resolver los problemas más comunes:
 - Higiene de los pechos.
 - Pezones doloridos
 - Grietas del pezón
 - Ingurgitación mamaria
 - Mastitis
 - Candidiasis del pezón y muguet del lactante
 - Crisis o baches de lactancia
 - Hipogalactia
- Instruir a las madres que deben incorporarse precozmente al trabajo sobre técnicas de extracción y conservación de la leche materna.

- Apoyar la confianza de la madre.
- Advertir de la presencia de los cólicos del lactante y evitar que éstos sean motivo de abandono.
- Resolver cuantas preguntas haga la puérpera.
- Ponerla en contacto, si es posible, con grupos de apoyo a la lactancia.

1. Introducción

- 1.- García Calvente MM. Evaluación de programas. Salud Materno Infantil Andalucía 1984-1994. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública serie monografías nº 16. 1996. pp. 87-123.
- 2.- Revista de Calidad Asistencial. Numero monográfico sobre gestión de procesos. Junio 1999, vol. 14 nº 4.
- 3.- Plan de Calidad. Nuevas estrategias para la Sanidad andaluza. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. SE-3263-2000.

2. Atención preconcepcional

- 1.- Chambers CD, Johnson KA, Felix RJ, Dick LM, Jones KL. Hypertermia in pregnancy: A prospective cohort study. *Teratology* 1997; 55:45
- 2.- Jadad A, Sigouin Ch, Mohide P, Levine M, Fuentes M. Risk of congenital malformations associated with treatment of asthma during early pregnancy. *Lancet* 2000; 355:119
- 3.- McDonald AD, Armstrong BG, Sloan M. Cigarette, alcohol and coffee consumption and prematurity. *Am J Public Health* 1992;82:87-90
- 4.- Eskenazi B. Cafeína durante el embarazo: ¿motivos para preocuparse? Editorial. *JAMA (ed esp)* 1994 3:319-321

2.1. Prevención defectos del tubo neural

- 1.- Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC). Utilización periconcepcional de ácido fólico y prevención de defectos del tubo neural. Informe Técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1993
- 2.- Medical Research Council (MRC) Vitamin Study Research Group. Prevention of neural tube defects: Results of Medical Research Council Vitamin Study. *Lancet* 1991; 338:131-137
- 3.- Czeizel AE, Dudas I. Prevention of the first occurrence of neural tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *N Eng J Med* 1992; 327:1832-1835
- 4.- Milunsky A, Jick H, Jick SS, Bruell CL, McLaughlin DS, Rothman KS, Willett W. Multivitamin / Folic acid supplementation in early pregnancy reduces the prevalence of neural tube defects. *JAMA* 1989; 262:2847-2852
- 5.- Center for Disease Control. Use of folic acid for prevention of spina bifida and other neural tube defects 1983-1991. *MMWR* 1991; 40:513-516
- 6.- Berry RJ, Li Z, Erickson D, Li S, Moore C, Wang H et al. Prevention of neural-tube defects with folic acid in China. *N Engl J Med* 1999; 341:1485-90

- 7.- U.S. Preventive Services Task Force. Cribado de los defectos del tubo neural, incluyendo profilaxis con ácido fólico. En Guía de Medicina Clínica Preventiva. Medical Trends Barcelona 1998; 361-373

2.2. Diagnóstico prenatal

- 1.- Orlandi F. First trimester screening for fetal aneuploidy: biochemistry and nuchal translucency. Ultrasound Obstet Gynecol 1997; 10: 381-386
- 2.- Biagiotti R. First trimester screening for Down syndrome using maternal serum PAPP-A and free B-HCG in combination with fetal nuchal translucency thickness. Br J Obstet Gynecol 1998; 105: 917-20
- 3.- De Biaso. First trimester screening for S Down using nuchal translucency measurement with free B-HCG and PAPP-A between 10-13 weeks of pregnancy, the combined test. Prenat Diagn 1999; 19: 360-363
- 4.- Spencer K. A screening program for trisomy 21 at 10-14 weeks using fetal nuchal translucency, maternal serum free BHG and PAPP-A. Ultrasound Obstet Gynecol 1999; 13: 231-237
- 5.- Krantz DA. First trimester Down syndrome screening using blood biochemistry and nuchal translucency. Obstet Gynecol 2000; 96: 207-11
- 6.- Spencer K. A report of the first year of prospective screening for chromosomal anomalies in the first trimester. Br J Obstet Gynaecol 2000; 107: 1271-1275
- 7.- Schuster K. The first trimester "combined test" for the detection of Down syndrome pregnancies in 4939 unselected pregnancies. Prenat Diagn 2002; 22: 211-215
- 8.- Bindra R. One stop clinic for assessment of risk for trisomy 21 at 11-14 weeks: a prospective study of 14030 pregnancies. Ultrasound Obstet Gynecol 2002; 20(3):219-225
- 9.- Wapner R. First trimester screening for trisomies 21 and 18. NEJM 2003; 349 (15): 1405-1413
- 10.- A. Fortuny. Marcadores bioquímicos del primer trimestre. Test combinado. Ponencia presentada al XII Congreso de la Asociación Española de diagnóstico prenatal.

2.3. Realización de serologías

- 1.- Enkin M, Keirse MJ, Renfrew M, Neilson J. A guide to effective Care in Pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press 1995; 114-125
- 2.- Prevención contra hepatitis B. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. <http://www.cdc.gov/spanish/enfermedades/hepatitis B.htm>
- 3.- Hughes JM, Colley DG, Lopez A, Dietz VJ, Wilson M, Navin TR et al. Preventing Congenital Toxoplasmosis. MMWR 2000; 49(RR02):57-75. <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases>
- 4.- Hall SM. Toxoplasmosis congénita. BMJ 1993;8:45-55
- 6.- Ortega JM. Cribado prenatal de la toxoplasmosis congénita. Med Clin 2001; 116:385-389

- 7.- Guidelines for vaccinating Pregnant Women. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention 1998. <http://www.inmunize.org/genr.d/preguid.htm>
- 8.- Grupo de trabajo de vacunación en el adulto. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Guía de vacunación en el adulto. Madrid; 1995

3. Seguimiento embarazo

- 1.- Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. Manual de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio. Sevilla 1994.
- 2.- Mengel MB, Phillips WR. The quality of obstetric care in family practice: are family physicians as safe as obstetricians? *J Fam Pract* 1987; 24:159-164.
- 3.- Zweig S, Kruse J, LeFevre M. Patient satisfaction with obstetric care. *J Fam Pract* 1986; 23:131-136
- 4.- Castejón R, Delgado A, Revilla L, Solís JM, Ceinos F, Bellón JA. Estudio comparativo de la calidad de atención prenatal entre centros de salud y hospital. *Atención Primaria* 1992; 9:85-88
- 5.- Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 2, 1999. Oxford: Update Software.
- 6.- Tucker JS, Hall MH, Howie PW, Reid ME, Barbour RS, Florey C, McIlwaine GM. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A Multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. *BMJ* 1996; 312:554-559
- 7.- Jack B, Culpepper L. Preconcepcion care: risk, reduction and health promotion in preparation for pregnancy. *JAMA* 1990; 264:1147-1149
- 8.- Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In *the Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford Update Software.
- 9.- Álvarez M.J, Batalla C, Comin E, Gómez JJ, Mayer MA, Pericas J et als. Actualización 2003 PAPPs: Prevención Enfermedades Infecciosas. *Aten Primaria* 2003; 32 :57-76
- 10.- The advisory comité on Inmunización Practices. Recommended Adult Immunization Schedule by Age Group and Medical conditions United States, 2003-2004.CDC. www.fda.gov/features/696_tet.html.
- 11.- Asociación Española de Vacunología. Vacunas y embarazo. www.aev.es/html/necesita/embVac.htm

3.1. Hipertensión

- 1.- National High Blood Pressure Education Working Group. Report on high blood pressure in pregnancy (Consensus Report). *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:1689-1712
- 2.- Lindheimer MD. Hypertension in pregnancy. *Hypertension* 1993; 22:127-137
- 3.- González-Portal C, Marín R. Hipertensión arterial en el embarazo. Revisión. *Hipertensión* 2000, 17:258-271

- 4.- Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). National Institutes of Health, 1997
- 5.- Directrices de la Organización Mundial de la Salud y de la Sociedad Internacional de Hipertensión para el tratamiento de la hipertensión, 1999. Subcomité de Directrices. Iberoamerican Journal of Hypertensión 1999; 17:26-27

3.2. Quimioprofilaxis anemia ferropénica

- 1.- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination Canada Guide to clinical preventive health care. Ottawa: Canada Communication Group, 1994:74-81.
- 2.- Enkin M, Keirse MJ, Renfrew M, Neilson J. A guide to effective Care in Pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press 1995; 26-33.
- 3.- Mahomed K. Iron supplementation in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.

3.3. Diabetes gestacional

- 1.- American Diabetes Association. Gestational Diabetes Mellitus. Position Statements. Diabetes Care 1997; 20 (suppl 1): s44-s45.
- 2.- Bailón E, Arribas L, Marcos B, Ortega A. embarazo y puerperio. Protocolo 2000/4 FMC 2000, 7 Suplemento 10.
- 3.- The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert of the Expert Committee on the diagnosis and Classification of Diabetes mellitus. Diabetes Care 1997; 20:1183-1187.
- 4.- Fernández I, Lubián M, Martín JL, Sagrista M, Torres A, Vázquez P. Situaciones especiales: diabetes y embarazo. En: diabetes mellitus en medicina familiar. Sociedad andaluza de medicina familiar y comunitaria, 1997.
- 5.- Walkinshaw SA Dietary regulation for gestational diabetes. Cochrane database of systematic review. Cochrane library 1997 Issue 4.
- 6.- El diagnóstico de la diabetes gestacional. Progresos en Obstetricia y Ginecología. 2001. Vol 44, Nº1, pag. 8-16.
- 7.- Screening and diagnosis of gestational diabetes mellitus Up to Date. Edición 12.1
- 8.- Gestational diabetes mellitus. Canadian diabetes association. Clinical practice guidelines expert committee.
- 9.- Asistencia a la gestante diabética. Actualizado 2004. Protocolos asistenciales en Obstetricia.
- 10.- Fourth International Workshop-Conference on Gestational diabetes.

3.4. Infecciones urinarias en el embarazo

- 1.- Millar LK, Cox SM. Urinary tract infections complicating pregnancy. *Infect Dis Clin North Am* 1997 Mar;11(1):13-26.
- 2.- Pérez Martínez A, Duque Valencia A. et al. Infecciones del tracto urinario. En: manual de enfermedades infecciosas en atención primaria. Societat Catalana de medicina Família. Societat Valenciana de Medicina de Família. Societat Balear de Medicina de Família, 1999.
- 3.- CADIME Infección urinaria en la embarazada: tratamiento. En: *Boletín Terapéutico Andaluz*. 1988; 5:10.
- 4.- Chalmers I, Enkin M, Kierse MJNC. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press,1989 pp. 534-538.
- 5.- Villar J, Lydon-Rochelle Mt, Gülmezoglu Am. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1999. Oxford:Update Software.
- 6.- Patterson Tf, Andriole VT. Detection, significance, and therapy of bacteriuria in pregnancy. *Update in the managed health care era. Infect Dis Clin North Am* 1997 Sep; 11(3):593-608.

3.5. Ecografías en el embarazo

- 1.- Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.
- 2.- Bricker L, Neilson JP. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation) (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2000. Oxford: Update Software.
- 3.- U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services*, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.

3.6. Estreptococo agalactie grupo B

- 1.- CDC. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. A Public Health Perspective. *MMWR* 1996; 45: 1-24.
- 2.- Bergeron MG, Ke D, Menard C, et al. Rapid detection of group B streptococci in pregnant women at delivery. *N Engl J Med* 2000; 343: 175-9.
- 3.- Torok PG, Dunn JR. Self-collection of antepartum anogenital group B streptococcus cultures. *J Am Board Fam Pract* 2000; 13: 107-110.
- 4.- Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease: A Public Health Perspective. *MMWR* 1996; 45 (RR-7): 1-20.
- 5.- De la Rosa Fraile M, Cabero L, Andreu A, Rao G. Prevention of group B streptococcal neonatal disease. A plea for a European consensus. *Clinical Microbiology and Infection* 2001; 7: 1-4.

- 6.- Recomendaciones para la prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Española de Neonatología. Prog Obstet Ginecol 1998; 41: 431-435

3.7. Valoración de Riesgo

- 1.- Aranda JM, Luna JD. Aplicación de la estrategia de riesgo para la transformación de los servicios de Salud Materno-Infantil en Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública Granada 1993.
- 2.- Bailón E. Atención Familiar y Embarazo. En: De la Revilla L. Manual de Atención Familiar II. Granada: Fundesfan;1999. p. 607-632.
- 3.- Corney RH. A survey of professional help sought by patients for psychosocial problems. Br J Gen Pract 1990, 40:365-368.
- 4.- Pagel MD, Montano D, Regen H, Smilkstein G. Psychosocial influences on new born outcomes: a controlled prospective study. Soc Sci Med 1990; 30:597-604.
- 5.- Gibblint PT. Social Support effects on health behavior and antenatal care. J Community Health 1990; 15 (6):357-368.
- 6.- Grupo de Consenso de la Sección de Medicina Perinatal de la S.E.G.O. Asistencia prenatal al embarazo normal, Protocolo nº 2. Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid: Comunicación y Servicio, 1994.
- 7.- Aranda JM. Índices de riesgo obstétrico para Andalucía. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina de Granada 1997.
- 8.- Nesbitt R, Aubry R. High risk Obstetric II. Value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable group. Am J Obstet Gynecol 1969; 103:972-985.
- 9.- Hobel C, Hyvarinen M, Okada D, Oh W. Prenatal and intrapartum high-risk screening. Prediction of the high-risk neonate. Am J Obstet Gynecol 1973; 117:1-9.

3.8. Isoinmunización

- 1.- Crowther CA, Keirse MJNC. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.

4. Investigación de expectativas

- 1.- Humanización de la atención en el parto en los hospitales públicos de Andalucía. Convenio Área de Psicología Evolutiva, Universidad de Sevilla. SAS. 1992.
- 2.- Evaluación de Programas de Salud Materno-Infantil en Andalucía 1984-1994. Serie monográfica 16 EASP. Granada 1996.
- 3.- Satisfacción con la atención prenatal en centro de salud y hospital. Comunicación al X Congreso SAMFYC Benalmádena 1999.

- 4.- Experiencia de las mujeres en un área de Granada. Embarazo, Parto y Puerperio. IV Simposium Materno-Infantil. EASP 1993.
- 5.- Expectativas de calidad percibida y satisfacción de usuarios sobre los servicios sanitarios en Andalucía. EASP. Granada 2001.
- 6.- Talleres de mejora de la Atención Perinatal. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud. 1995.

5. Metodología gestión por procesos

- 1.- Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. 2001. Consejería de Salud.
- 2.- Badía A., Bellido S. Técnicas para la Gestión de la Calidad. Ed. Tecnos, S.A. Madrid 1999.
- 3.- Pearson S; Goulart-Fisher T.; Lee T. Critical Pathways as a Strategy for improving Care: Problems and Potencial. Ann Intern Med. 1995; 123: 941-948.
- 4.- Schriefer J. The Synergy of Pathways and Algorithms: Two tools work better than one. Journal on Quality Improvement. 1994 : 20 : 485-499.
- 5.- European Foundation For Quality Management. Autoevaluación: Directrices para el sector publico: Salud 1995, Bruselas: E.F.Q.M., 1996.
- 6.- Costa i Estany JM: Metodología del diseño de procesos. Rev. Cuadernos de Gestión.

6. General

- The Cochrane Library. Febrero, 2000.
- Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra, 1999.
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología.
Protocolos de Obstetricia de la S.E.G.O.
Documentos de Consenso de la S.E.G.O.
Programa de Actualización en Obstetricia de la S.E.G.O.
Manual de Asistencia al Embarazo Normal. Sección de Medicina Perinatal de la S.E.G.O. 1993.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
Prevención en Atención Primaria. PAPPS. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 1999.
Formación Médica Continuada en Atención Primaria.
- Guías de Práctica Clínica y Sociedades Científicas Extranjeras.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Canadá Communication Group, 1994.

- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canadá. Policy Statement. Clinical Practice Guidelines. Healthy Beginnings: Guidelines For Care During Pregnancy and Childbirth. December, 1998.
- American College of Obstetricians and Gynecologist. Washington, DC: ACOG, 1994-2000.
- Guía de Medicina Clínica Preventiva. U.S. Preventive Services Task Force. Edición Española. 1998.
- National Guideline Clearinghouse. Prenatal Care. Mid-Atlantic Permanente Medical Group Chiefs of Obstetrics and Gynecology. December, 1998.
- Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). United States, 1994-2000.

