

# Embarazo, parto y puerperio,

Proceso Asistencial Integrado

Procesos Asistenciales





# Embarazo, parto y puerperio,

Proceso Asistencial Integrado

EMBARAZO, parto y puerperio [Recurso electrónico] : proceso asistencial integrado / autores, Aceituno Velasco, Longinos (coordinador) ... [et al.]. -- 3ª ed. -- [Sevilla] : Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014

Texto electrónico (pdf), 73 p.

1. Embarazo 2. Parto 3. Periodo de posparto  
4. Calidad de la atención de salud 5. Guía de práctica clínica 6. Andalucía I. Aceituno Velasco, Longinos II. Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

WQ 200

WQ 300

WQ 500



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

1ª edición 2002

2ª edición 2005

3ª edición 2014

**PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO**

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Maquetación: Artefacto

## **Autores:**

### **Aceituno Velasco, Longinos (Coordinador)**

Ginecólogo. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería (AGSNA).  
Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Ginecología. Hospital de la  
Inmaculada. Huércal-Overa. Almería.

### **Aguayo Maldonado, Josefa**

Neonatóloga. UGC de Neonatología. Hospital Universitario Virgen del  
Rocío. Sevilla.

### **Arribas Mir, Lorenzo**

Médico de Familia. UGC La Chana. Granada.

### **Caño Aguilar, África**

Ginecóloga. Servicio de Ginecología. Hospital San Cecilio. Granada.

### **Corona Páez, Isabel**

Médica de Familia. UGC Palma Palmilla. Málaga.

### **Martín López, Juliana Esther**

Médica de Familia. Técnica Evaluadora de Tecnologías Sanitarias.  
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Junta de  
Andalucía.

### **Mora Mora, María Antonia**

Farmacéutica. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Farmacia.  
Hospital San Agustín. Linares. Jaén.

### **Morales Bueno, Lourdes**

Enfermera. Servicio de Pediatría. Hospital de la Axarquía. Vélez Málaga.  
Málaga.

### **Ras Luna, Javier**

Médico de Familia. Asesor Técnico. Dirección General de Calidad,  
Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Igualdad, Salud y  
Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla.

### **Sánchez Barroso, Teresa**

Matrona. UGC de Ginecología. Hospital de la Inmaculada. Huércal-Overa.  
Almería.

### **Sanz Amores, Reyes**

Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Dirección General de Calidad,  
Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Igualdad, Salud y  
Políticas Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla.

**Conflicto de interés:**

Los autores han realizado la declaración de intereses y no existe conflicto que pueda competir con el interés primario y los objetivos de este documento ni influir en su juicio profesional al respecto.

**Revisión externa:**

Servicio Andaluz de Salud (SAS)

Plan Andaluz de Diabetes

Sociedades Científicas: ASANEC, ASENHOA, SAGO, SAMFYC, SEMG-Andalucía, SEMERGEM-Andalucía

# Presentación

La Gestión por Procesos es una de las estrategias puestas en marcha, en la sanidad pública andaluza en el año 2000, a partir del I Plan de Calidad.

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

En estos años, también, se ha tratado de ir depurando la descripción del PAI, incorporando en las actividades las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos que se han ido consolidando en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, como la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información, el uso adecuado de medicamentos, la metodología enfermera basada en NOC, intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o actualizadas, surgen de una priorización, del análisis de cómo se están realizando las cosas, de la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y creando una propuesta razonable y coherente, que tendemos a simplificar con el objetivo de que recoja las recomendaciones clave, que realmente contribuyan a mejorar los resultados en salud.

Mi agradecimiento a todos los profesionales, porque están contribuyendo a la excelencia mediante una atención sanitaria de calidad.

**Josefa Ruiz Fernández**  
Secretaria General de Calidad,  
Innovación y Salud Pública



Recomendaciones Clave / 9

Introducción / 11

Definición / 15

Descripción general / 17

Componentes: Profesionales, actividades,  
características de calidad / 19

Competencias específicas del equipo profesional / 47

Representación gráfica: Representación Global / 49

Indicadores / 51

Anexos / 55

- A1. Consejos Preconcepcionales
- A2. Manejo de problemas más frecuentes durante la gestación
- A3. Registros cardiotocográficos
- A2. Escala de Edinburgh

Acrónimos / 67

Bibliografía / 69



# Recomendaciones clave

Estas recomendaciones clave responden a las características de calidad que, según el grupo elaborador, aportan más valor al resultado final. Su grado de recomendación responde al asignado por el grupo siguiendo la metodología establecida en el subapartado “Aspectos metodológicos” de la Introducción.

	Recomendación
La primera visita prenatal se realizará, preferentemente, en el transcurso de las 8 primeras semanas de gestación	AG
Se realizará historia clínica estructurada y exploración física para valorar el estado de la gestante y la necesidad de cuidados adicionales	FUERTE <sup>1</sup>
Se iniciará, si no se ha hecho previamente, profilaxis con ácido fólico (400 mcg/día) durante las 12 primeras semanas de gestación (SG)	FUERTE <sup>1</sup>
Se realizará, previa aceptación de la gestante, el Cribado Combinado del Primer Trimestre (CCIT) y la exploración ecográfica del Segundo Trimestre para el cribado de anomalías congénitas	FUERTE <sup>1</sup>
Se administrará profilaxis con 300 µg (1500 UI) de gammaglobulina anti-D para reducir el riesgo de sensibilización en las gestantes Rh(-) no sensibilizadas (Coombs indirecto negativo)	FUERTE <sup>1</sup>
Se atenderá a las expectativas y preferencias expresadas y acordadas con la gestante en su Plan de Parto y Nacimiento	DÉBIL <sup>1</sup>
No debe practicarse episiotomía de rutina en el parto espontáneo	A <sup>2</sup>
Se fomentará, inmediatamente tras el parto, que el recién nacido/a (RN) sano/a se coloque sobre el abdomen o el pecho de la madre y se mantenga así en contacto íntimo piel con piel	A <sup>2</sup> - FUERTE <sup>1</sup>
La exploración física del recién nacido/a se realizará en las primeras 24 horas tras su nacimiento	FUERTE <sup>1</sup>
Se alentará la iniciación de la lactancia materna lo antes posible tras el nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora	A <sup>2</sup>
Se administrará a las mujeres Rh(-) y no sensibilizadas, durante las primeras 72 horas del postparto, profilaxis con 300 µg (1500 UI) de inmunoglobulina anti-D, cuando el recién nacido/a (RN) sea Rh(+)	FUERTE <sup>1</sup>
La primera visita puerperal (puerperio inmediato), tras el alta hospitalaria, se realizará preferentemente el tercer o cuarto día de vida del recién nacido/a (RN)	√ <sup>1</sup>



# Introducción

La atención al embarazo normal, en nuestra comunidad, se viene realizando desde los años 80 por diferentes profesionales de atención primaria y hospitalaria.

En el año 2002 se publicó el primer PAI Embarazo, Parto y Puerperio en el que se consolidó el modelo de atención compartida, teniendo en cuenta las expectativas de todos los integrantes del PAI, tanto gestantes como profesionales.

Posteriormente en el año 2005, se publicó la 2ª edición y ahora, nuevamente, hemos vuelto a someterlo a una actualización. Aunque se han producido grandes avances todavía existe cierto intervencionismo en el parto, unas veces por utilización de intervenciones validadas científicamente, pero no siempre bien indicadas y otras por el mantenimiento de actuaciones carentes de evidencia o incluso no recomendadas.

Además, durante estos años, se han venido desarrollando estrategias de mejora en este ámbito que era necesario incorporar. Así en 2006 se inicia el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, haciendo compatible el uso de la tecnología, que garantiza la seguridad de la madre y del bebé, con la participación activa de las mujeres y sus parejas a partir de las recomendaciones del Plan de Parto y Nacimiento, y de las buenas prácticas en la atención perinatal.

Se introducen elementos de parentalidad positiva<sup>3</sup> en las intervenciones individuales a lo largo de todo el PAI así como en las sesiones grupales de la preparación al nacimiento y crianza y también con relación a la lactancia materna<sup>4</sup>.

Igualmente, se han consolidado otras estrategias y derechos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) que había que integrar teniendo en cuenta la Guía de Diseño y Mejora continua en su 2ª edición<sup>5</sup>.

A partir de la búsqueda estructurada de la literatura, nuestros pilares fundamentales han sido la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal<sup>2</sup>, la Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio<sup>1</sup> y la Guía de Práctica Clínica “Cuidados desde el nacimiento”<sup>6</sup> del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para elaborar las características de calidad, basadas en el mejor conocimiento disponible. En alguna ocasión, sin embargo, ha sido el consenso del grupo elaborador del PAI el que ha definido una buena práctica, en ausencia de evidencia disponible.

Ignacio Felipe Semmelweis ha sido y será el sanitario que más influyó, ya en el siglo XIX, para disminuir la mortalidad materna en el parto, recordemos el procedimiento que

propuso: lavarse las manos antes del parto. Las medidas simples y aplicadas a toda la comunidad consiguen más en salud pública que procedimientos complejos que se aplican solo a una pequeña parte de la misma.

Por último recordar que, como todos sabéis, los verdaderos protagonistas de todo este proceso maravilloso, son la gestante y su recién nacido/a.

Deseamos con esta actualización seguir contribuyendo a la mejora de la calidad asistencial de las gestantes y recién nacidos/as en el SSPA.

## **Aspectos metodológicos**

La metodología empleada para la elaboración de este PAI responde a un proceso de adaptación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica basadas en evidencia disponibles en la literatura científica sobre la atención al embarazo, parto y puerperio.

- **Identificación de guías de práctica clínica**

Se realizó una búsqueda sistematizada de la literatura utilizando estrategias de búsqueda estructuradas según el formato PICO (Población, Intervención, Comparación y Resultados-*Outcomes*) para identificar los principales estudios relevantes relacionados con la asistencia y manejo de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Las búsquedas comprendieron un periodo de tiempo que osciló desde la apertura de las bases de datos consultadas hasta el 19 de noviembre de 2013. El desarrollo de dichas estrategias de búsqueda fue específico para cada una de las bases de datos consultadas: *MEDLINE (OVID) (incluido PRE-MEDLINE mediante PUBMED)*, *EMBASE*, *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *Canadian Medical Association Infobase (CMAI)*, *National Guideline Clearinghouse (NCG)*, *New Zealand Guidelines Group (NZGG)* y *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*.

La búsqueda se limitó por tipo de estudio a guías de práctica clínica cuyo año de publicación fuera posterior a 2009 (inclusive) sin ningún otro tipo de limitación por idioma.

- **Resultados de la búsqueda**

Como resultado de la búsqueda descrita se obtuvo un total de 699 referencias relacionadas con el manejo de gestantes, o mujeres en momento de parto o durante el puerperio. De ellas, 4 eran duplicados y de las 695 referencias restantes, en base al título y el resumen, 691 fueron excluidas por no estar relacionadas directamente con el objeto de estudio del presente trabajo o cumplir alguno de los criterios de exclusión.

Por tanto, se consideró la inclusión final en este trabajo de 5 guías de práctica clínica, dos de ellas de origen nacional (elaboradas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y OSTEBA, respectivamente), tres de ámbito internacional elaboradas por el *Department of Veterans Affairs*, el *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* y el *Institute for Clinical Systems Improvement*, (ICSI).

- **Evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica identificadas**

Las guías seleccionadas fueron evaluadas con el instrumento AGREE obteniéndose una valoración detallada para cada una de ellas. La descripción detallada de la evaluación facilita la adaptación de guías, ya que permite identificar las fortalezas y debilidades metodológicas de las guías seleccionadas y los detalles relacionados con el contexto de aplicación.

Los resultados de la valoración mediante la herramienta AGREE mostraron que todas las guías incluidas cumplían en alto grado aspectos relacionados con la definición específica del alcance y objetivos, el rigor con el que se llevó a cabo su elaboración o la claridad de presentación. Los aspectos metodológicos más deficitarios hacían referencia a la aplicabilidad de las guías a nuestro entorno, la inclusión de individuos de todos los grupos profesionales relevantes y de sus puntos de vista o su independencia editorial.

En conclusión, la guía elaborada por NICE, por OSTEBA, por el Ministerio y por el ICSI, fueron valoradas como recomendables. La guía elaborada por el *Department of Veterans Affairs* resultó valorada como “recomendable con modificaciones”.

Para la elaboración de las recomendaciones, se ha utilizado el sistema de gradación específica de cada guía de práctica clínica seleccionada; fundamentalmente los de las Guías de OSTEBA (que usa el sistema SIGN) y del Ministerio (que utiliza el sistema GRADE).

Las siglas **AG** (acuerdo de grupo) corresponde a las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del PAI, en ausencia de recomendaciones graduadas en dichas guías.

## SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN)<sup>7</sup>

### Grados de recomendación

<b>A</b>	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos
<b>B</b>	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+
<b>C</b>	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++
<b>D</b>	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+

## GRADING OF RECOMMENDATIONS OF ASSESMENT DEVELOPMENT AND EVALUATIONS (GRADE)<sup>8</sup>

### Fuerza de la recomendación

Nivel de confianza en que si se sigue la recomendación se hará más beneficio que daño

<b>FUERTE A FAVOR*</b> (se recomienda)	La mayoría de los pacientes se beneficiarán; > 90% lo elegirían si fueran informados Poca variabilidad esperada en la práctica clínica
<b>DÉBIL A FAVOR*</b> (Se sugiere)	Incierto que sea lo más adecuado para todos; > 10% elegirían una alternativa Es necesaria ayuda para tomar la decisión Probable variabilidad en la práctica clínica

\* Una recomendación fuerte o débil en contra de una intervención se interpreta en sentido inverso.

### BUENA PRÁCTICA CLÍNICA<sup>1,2</sup>

√	Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor de las GPC.
---	--

## **Definición funcional:**

Conjunto de actuaciones realizadas por el equipo multidisciplinar, de distintos ámbitos de actuación, dirigidas a la atención integral de la mujer con diagnóstico positivo de embarazo.

## **Límite de entrada:**

Mujer con test positivo de embarazo

## **Límite final:**

- Aborto espontáneo
- Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)
- Detección de anomalías congénitas
- Parto prematuro
- Finalización del puerperio inmediato

## **Límites marginales:**

- Embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica
- Atención a los cuidados adicionales\*
- Atención a la cesárea y al parto instrumental, en general

\* La gestante en la que se identifique una necesidad de cuidados adicionales estará sujeta además de a la atención básica, a una atención diferenciada acorde con la necesidad detectada, que no está recogida en el PAI EPP.

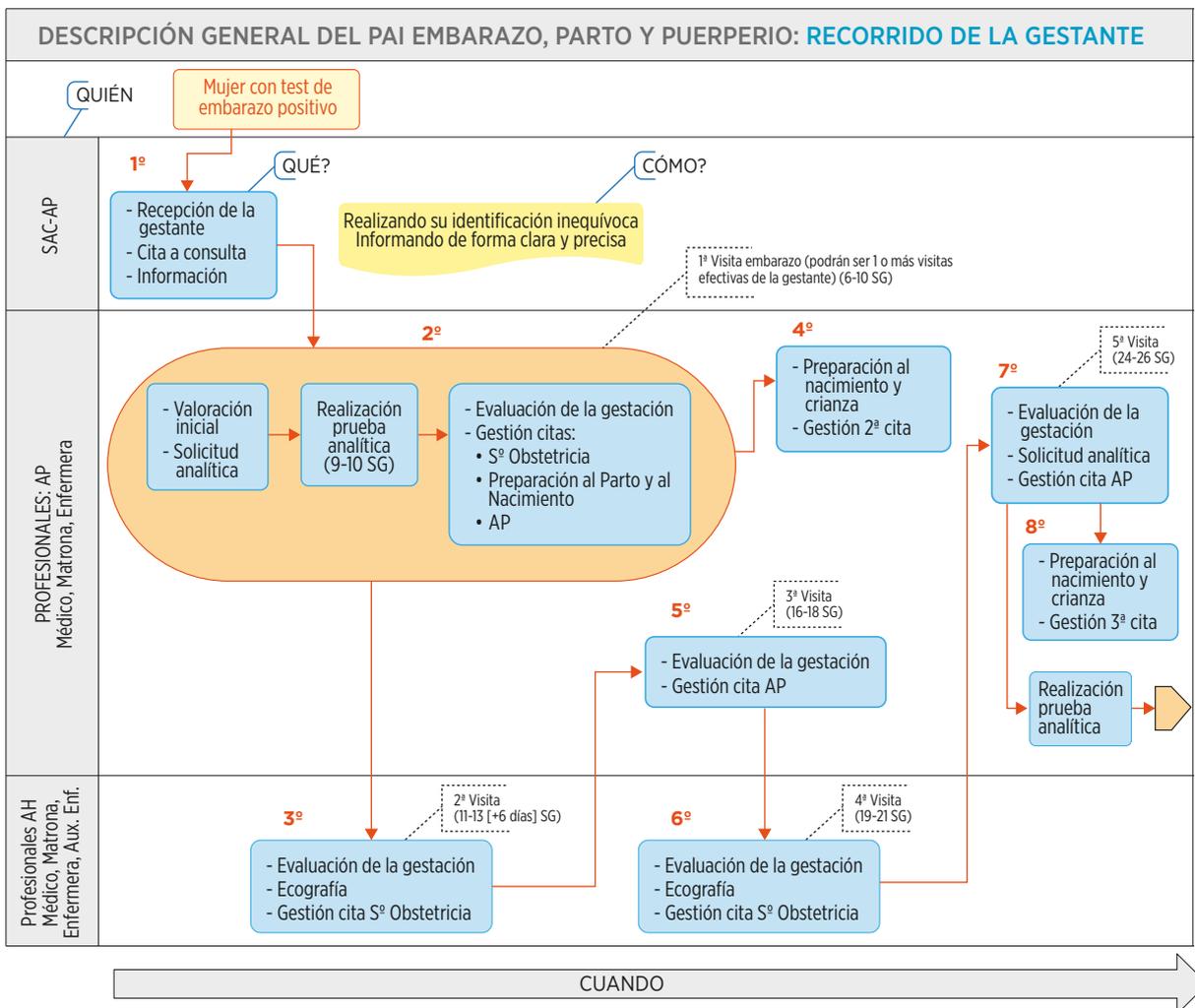
### **Gestante con Necesidad de Cuidados Adicionales<sup>9</sup>:**

- Enfermedad cardíaca
- Hipertensión arterial
- Enfermedad renal
- Patología endocrina que precise medicación, incluyendo diabetes insulino-dependiente
- Patología psiquiátrica que precise medicación
- Patología hematológica
- Patología autoinmune
- Epilepsia en tratamiento médico
- Enfermedad maligna

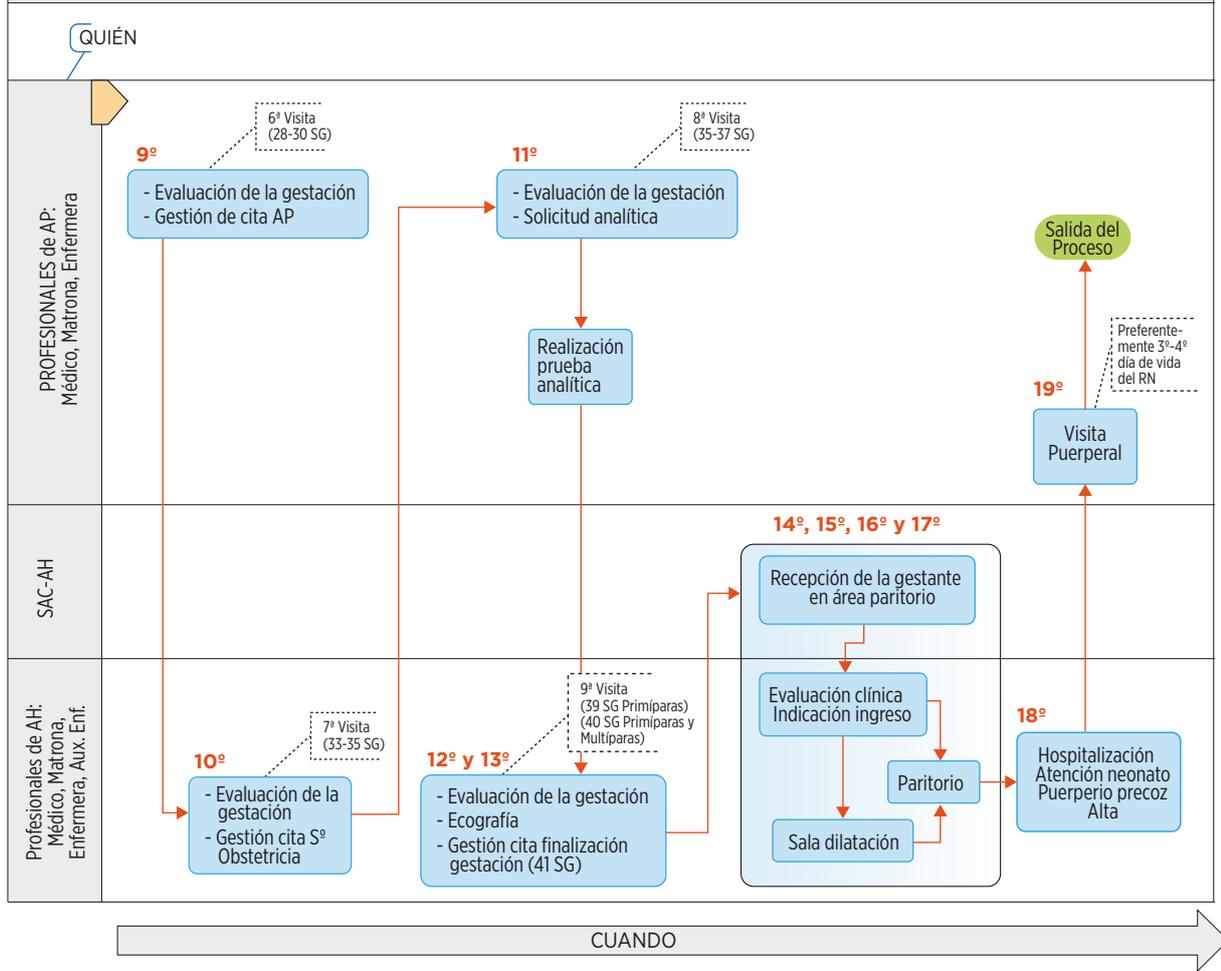
- Asma severo en tratamiento
- Consumo de drogas, tales como heroína o cocaína.
- Hepatitis crónica o infección por VIH
- Obesidad (IMC>30) o bajo peso (IMC<18)
- Mujeres con alto riesgo de desarrollar complicaciones (fumadoras, mujeres mayores de 40 años).
- Mujeres particularmente vulnerables; tales como adolescentes, mujeres sin apoyo social y mujeres inmigrantes que no hablan español.
- Además, aquellas mujeres que hayan presentado algunas de las siguientes patologías en la gestación previa, también pueden requerir cuidados adicionales:
  - Abortos recurrentes (tres o más)
  - Parto pretérmino
  - Preeclampsia grave
  - Isoinmunización Rh o presencia significativa de otros anticuerpos antieritrocitarios
  - Cirugía uterina: incluyendo miomectomía previa, cesárea o conización
  - Hemorragia antenatal
  - Psicosis puerperal
  - Gran multiparidad (cuatro o más)
  - Muerte fetal o neonatal
  - Neonato con retraso de crecimiento (por debajo del percentil 5)
  - Neonato con exceso de crecimiento (por encima del percentil 95)
  - Nacimiento de neonato macrosómico (más de 4500 gramos) o con bajo peso (menos de 2500g)
  - Neonato con anomalías congénitas importantes, cromosómicas o estructurales.

# Descripción general

La descripción general del PAI-EPP se ha realizado siguiendo el recorrido de la gestante representando gráficamente: los profesionales que desarrollan la actividad (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), la actividad o el servicio que se realiza (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO) y la secuencia lógica de su realización (CUÁNDO), reflejándose en la Hoja de Ruta de la gestante<sup>5</sup>



DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PAI EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO: RECORRIDO DE LA GESTANTE



## Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del PAI se basa en la definición de QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO y CUÁNDO

Para las distintas fases que se derivan del recorrido de la gestante, se han identificado los profesionales que intervienen, las actividades que deben realizarse y las principales características de calidad que han de tener estas actividades.

Se trata de incorporar solo aquellas características que aportan valor, que son “**puntos críticos de buena práctica**”, considerando e integrando los **elementos y dimensiones** oportunas de la calidad:

- **La efectividad clínica:** Las recomendaciones basadas en guías de práctica clínica se acompañan del nivel de evidencia y/o grado de recomendación referenciado en dichas guías. Las recomendaciones del grupo de trabajo del PAI se identifican mediante las siglas **AG** (acuerdo de grupo), pudiendo ir acompañadas de referencias bibliográficas que las apoyen.
- **La seguridad del paciente:**
  - Se identifica con el triángulo  correspondiente a las buenas prácticas de la OMS<sup>10</sup> y/o la ESP<sup>11</sup>.
  - Se identifica, además con , la buena práctica relacionada con la higiene de manos.
- **La información** <sup>(12,13)</sup>:
  - Se identifica con el símbolo  tanto el momento como el contenido mínimo que debe recibir la gestante, familia y/o representante legal.
  - Se identificarán con  las buenas prácticas recomendadas en la Estrategia de Bioética de Andalucía<sup>14</sup>
    - > Uso de Formularios de Consentimiento Informado escrito del Catálogo de formularios del SSPA<sup>15</sup>
    - > Proceso de planificación anticipada de decisiones
    - > Consulta al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas
- **El uso adecuado de medicamentos:** se identifican con los mismos criterios que los especificados en la efectividad clínica.
- **Los cuidados de enfermería:** se describen mediante la identificación, principalmente, de los resultados a conseguir según la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC, por sus siglas en inglés)<sup>16</sup>.

## Servicio de Atención a la Ciudadanía (SAC) - AP

Actividades	Características de calidad
<p>1º</p> <p>RECEPCIÓN DE LA GESTANTE</p>	<p>2.1 Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la gestante mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA) .</p>

## Médico de Familia, Matrona y Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>2º</p> <p>VALORACIÓN Semana 6-10</p>	<p>2.1 La primera visita prenatal se desarrollará preferentemente en el transcurso de las 8 primeras semanas de gestación (SG) <sup>(AG)</sup></p> <p>2.2 Se recomienda explorar, inicialmente, la aceptabilidad de la gestación y ofrecer, en caso de que sea procedente, información relativa a la Interrupción Voluntaria del Embarazo</p> <p>2.3 Se tendrá en cuenta la multiculturalidad, los valores y determinantes sociales, ofreciendo soporte psicosocial. Incluir la detección de maltrato <sup>(Recomendación Débil)1</sup></p> <p>2.4 Se realizarán las medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes  </p> <p>2.5 Se realizará una historia clínica estructurada con la finalidad de valorar el estado general de la mujer e identificar la necesidad de cuidados adicionales <sup>(Recomendación Fuerte)1,9</sup>, poniendo especial énfasis en <sup>(AG)</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Generales de interés</li> <li>- Hábitos de vida saludable<sup>17</sup></li> <li>- Estado vacunal <sup>18,19</sup></li> <li>- Gineco-obstétricos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• FM (fórmula menstrual)</li> <li>• FO (fórmula obstétrica)</li> <li>• FUR (fecha última regla)</li> <li>• FPP (fecha probable del parto)</li> <li>• Patología obstétrico-ginecológica</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• Listado de síntomas</li> <li>• Valorar los consejos preconceptionales (Anexo 1)</li> </ul> <p>2.6 Se realizará una exploración general con especial atención a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medición de la presión arterial para detectar el riesgo de preeclampsia <sup>(Recomendación Fuerte) 1</sup></li> <li>• Cálculo del Índice de Masa corporal (IMC), para identificar a aquellas mujeres que requieran un seguimiento de la ganancia del peso durante su embarazo. <sup>(Recomendación Fuerte) 1</sup></li> </ul>

- 2.7** Se ofertará específicamente la realización del diagnóstico prenatal para la detección de anomalías congénitas, detallando las características, objetivos, limitaciones y las implicaciones de hallazgos patológicos de la ecografía y la prueba de despistaje de cromosopatías <sup>1,20</sup>
- 2.8** Se solicitarán las siguientes pruebas de laboratorio que deberán ser realizadas entre la 9ª y 10ª semana de gestación (SG):
- Cribado de compatibilidad Rh, del grupo sanguíneo ABO y de anticuerpos irregulares. *(Recomendación Fuerte) 1*
  - Cribados de:
    - Anemia *(Recomendación Débil)1* mediante hemograma, estableciéndose diagnóstico de anemia si la hemoglobina es inferior a 11 gr/dl *(Recomendación ✓)1*; se recomienda la determinación del nivel de ferritina en suero para confirmar un diagnóstico dudoso de anemia ferropénica *(Recomendación Fuerte) 1*
    - Sífilis *(Recomendación Débil)1*
    - Rubéola *(Recomendación Fuerte)1*
    - Hepatitis B *(Recomendación Fuerte)1*
    - VIH *(Recomendación Fuerte)1*
    - VHC no tendrá carácter rutinario *(Recomendación Fuerte)1* y se realizará en las siguientes circunstancias:
      - Si existen antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral *(Recomendación ✓)1*
      - En gestantes receptoras de transfusiones sanguíneas *(Recomendación ✓)1*
      - En trasplantadas *(AG)*
      - En mujeres VIH+ *(Recomendación ✓)1*
      - Portadoras de VHB *(Recomendación ✓)1*
      - Gestante con pareja portadora de VHC *(Recomendación ✓)1*
    - Enfermedad de Chagas a todas aquellas mujeres originarias o que han permanecido durante un tiempo en una zona endémica *(Recomendación Fuerte)1* (Argentina, Belize, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guayana, Guayana francesa, Surinam, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela y Uruguay) <sup>21,22</sup>
    - Cromosopatías (marcadores bioquímicos) en caso de aceptación de diagnóstico prenatal <sup>20</sup>
    - Diabetes gestacional (Test de O´ Sullivan) en el primer trimestre en aquellas mujeres con uno o más factores de riesgo (IMC  $\geq$  30 Kg/m<sup>2</sup>, antecedentes de hijos macrosómicos, antecedentes de diabetes gestacional o glucemia basal alterada/tolerancia alterada a la glucosa, antecedentes familiares de primer grado de diabetes) *(AG) 23*



Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se recomienda el cribado de disfunción tiroidea de manera rutinaria a todas las gestantes, salvo en las que tienen factores de riesgo para ella (mujeres mayores de 30 años, mujeres con historia familiar de enfermedad tiroidea, mujeres con antecedentes personales de enfermedad tiroidea, mujeres con diabetes mellitus tipo 1 u otros trastornos autoinmunes, mujeres con antecedentes de abortos de repetición, de irradiación de cabeza o cuello, en tratamiento sustitutivo con levotiroxina o que viven en zonas que presumiblemente son deficientes en yodo) <sup>(AG)1</sup></li> <li>• Urocultivo <sup>(Recomendación Fuerte)1</sup></li> </ul> <p><b>2.9</b> Se atenderá, en su caso, la sintomatología que presente la gestante (Anexo 2) y se iniciará, si no lo habían hecho previamente, la profilaxis con ácido fólico (400 mcg/día) durante las 12 primeras SG <sup>(Recomendación Fuerte)1</sup>. Asimismo se indicará yoduro potásico (200 mcg/día) en aquellas mujeres que no alcanzan las cantidades diarias recomendadas de ingesta de yodo con su dieta (3 raciones de leche y derivados lácteos más 2 gr. de sal yodada) <sup>(Recomendación Débil)1</sup> durante el embarazo y la lactancia materna <sup>(AG) 24</sup></p> <p><b>2.10</b> Se procederá a la apertura y cumplimentación del Documento de Salud de la Embarazada (DSE)</p> <p><b>2.11</b> Se gestionarán las siguientes citas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta con Obstetra (11-13 SG)</li> <li>• Preparación al nacimiento y crianza (actividades grupales del primer trimestre)</li> <li>• Próxima cita en Atención Primaria</li> </ul> <p><b>2.12</b> Se darán recomendaciones específicas sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta, medidas higiénicas, estilo de vida durante la gestación y relaciones sexuales</li> <li>• La administración de la vacuna antigripal inactivada durante la temporada gripal <sup>(Recomendación Fuerte)1</sup></li> <li>• Medidas preventivas de la toxoplasmosis <sup>(Recomendación ✓)1</sup></li> <li>• Riesgos y derechos laborales</li> <li>• Efectos del tabaquismo en su salud y la del feto, así como los beneficios del abandono del tabaco <sup>(Recomendación Fuerte)1</sup>. Se ofrecerán intervenciones basadas en la educación y motivación (incluida la participación en programas de deshabituación tabáquica) para conseguir el abandono del tabaquismo <sup>(Recomendación Fuerte)1</sup></li> <li>• La contraindicación de utilizar antisépticos yodados durante el embarazo <sup>(AG) 25</sup>, parto y lactancia materna en la madre y posteriormente en el recién nacido/a (RN) <sup>(AG) 26,27</sup></li> </ul> <p><b>2.13</b> Se valorarán las pruebas solicitadas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la valoración de los resultados del Test de O´ Sullivan deberá tenerse en cuenta que <sup>(AG) 23</sup>:</li> </ul>

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con valor &lt; 140 mg/dl se considera negativa y se procederá a nuevo cribado entre la semana 24-28 SG si procede</li> <li>- Con valor <math>\geq</math>140 mg/dl se considera positivo y deberá practicarse prueba diagnóstica de sobrecarga oral de glucosa (SOG); si esta última resulta normal (Basal &lt;105mg/dl, 1ª hora &lt;190mg/dl, 2ª hora &lt;165mg/dl, 3ª hora &lt;145mg/dl), se realizará nuevo cribado entre la 24-28 SG</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la valoración de la SOG se tendrá en cuenta que <sup>23</sup>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Con dos o más valores superiores a los normales establece el diagnóstico de diabetes gestacional</li> </ul> </li> </ul> <p><b>2.14</b> En esta fase los Cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NOC 1900: Conducta de vacunación</li> <li>• NOC 1810: Conocimiento Gestación</li> <li>• NOC 2509: Estado materno: parto</li> </ul> <p><b>2.15</b> (i) Se Informará a la gestante de las actividades a realizar y de los resultados obtenidos, comprobándose que ha comprendido la información y dejando registro documental en la Historia de Salud (HS) y en el Documento de Salud de la Embarazada (DSE)</p>

### Obstetra, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
<p><b>3º</b> <b>VALORACIÓN</b> <b>Semana 12</b> <b>(11-13)</b></p>	<p><b>3.1</b> Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la gestante (⚠)</p> <p><b>3.2</b> Se realizarán la medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes  (⚠)</p> <p><b>3.3</b> Se actualizará la anamnesis y exploración clínica, teniendo en cuenta la valoración realizada en AP y registrada en el DSE.</p> <p><b>3.4</b> En caso de aceptación del diagnóstico prenatal, se realizará el Cribado Combinado del 1er Trimestre (CCIT), mediante la exploración ecográfica del 1er trimestre (11<sup>+1</sup> a 13<sup>+6</sup> SG), con medición de la traslucencia nucal y la valoración de los marcadores bioquímicos junto a la edad materna, para el cálculo del riesgo de cromosopatías <sup>20</sup> (Recomendación Fuerte)<sup>1</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cribado negativo: Informe a AP y seguir control normal del embarazo</li> <li>• Cribado positivo: Derivación a Unidad Específica</li> </ul> <p><b>3.5</b> Con la ecografía del 1er trimestre se procederá también a<sup>1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el número de embriones</li> <li>• Diagnosticar la cigosidad y amniosidad en caso de gestación múltiple</li> </ul>



Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el latido cardiaco embrionario</li> <li>• Estimar la edad de gestación</li> <li>• Observar la morfología embrionaria</li> <li>• Identificar la existencia de patología uterina y/o anexial</li> </ul> <p><b>3.6</b> Se valorará la necesidad de cuidados adicionales <sup>(AG) 9</sup></p> <p><b>3.7</b> Se reforzarán los consejos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La necesidad de la profilaxis (ácido fólico y yoduro potásico)</li> <li>• La actividad laboral de la gestante</li> <li>• Los hábitos de vida saludables, la dieta, estilo de vida durante la gestación y relaciones sexuales</li> <li>• Los efectos beneficiosos de la lactancia materna</li> </ul> <p><b>3.8</b> Se incentivará la participación en la actividad grupal para Preparación al nacimiento y crianza</p> <p><b>3.9</b> Se cumplimentará el Documento de Salud de la Embarazada (DSE)</p> <p><b>3.10</b> Se gestionará la próxima consulta de Obstetricia entre la 19 y la 21 SG</p> <p><b>3.11</b> En esta fase los Cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NOC 1810: Conocimiento: gestación</li> <li>• NOC 1800: Conocimiento: lactancia materna</li> </ul> <p><b>3.12</b> (i) Se informará a la gestante de las actividades a realizar y de los resultados obtenidos dejando constancia documental en la HS y en el DSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se reforzará la información sobre resultados del CCIT</li> </ul>

### Matrona, Enfermera de AP

Actividades	Características de calidad
<p><b>4<sup>e</sup></b>  <b>PREPARACIÓN  AL NACIMIENTO  Y CRIANZA  PRIMER  TRIMESTRE</b></p>	<p><b>4.1</b> Se ofertará a todas las gestantes, asegurándose una información coordinada y adecuada al momento de la gestación</p> <p><b>4.2</b> Se facilitará la asistencia de la pareja y se atenderán los siguientes contenidos <sup>(AG) 24</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados, dudas y temores en el embarazo</li> <li>• Cambios fisiológicos</li> <li>• Molestias habituales</li> <li>• Consejos sobre hábitos de vida saludable</li> <li>• Beneficios de la lactancia materna, explorándose las expectativas sobre la misma</li> <li>• Riesgos para el feto y RN de determinadas enfermedades inmunoprevenibles <sup>(Recomendación ✓)1</sup> y la administración de vacunas <sup>(AG)</sup></li> </ul>

Actividades	Características de calidad
	<p><b>4.3</b> En esta fase los Cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NOC 1900: Conducta de vacunación</li> <li>• NOC 2509: Estado materno: parto</li> <li>• NOC 1800: Conocimiento lactancia materna</li> </ul> <p><b>4.4</b> Se gestionará la próxima cita a la Preparación al nacimiento y crianza (actividades grupales del tercer trimestre)</p>

### Médico de Familia, Matrona, Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p><b>5º</b> VALORACIÓN Semana 16 (16-18)</p>	<p><b>5.1</b> Se actualizará la anamnesis con los datos de evolución de la gestación</p> <p><b>5.2</b> Se aplicarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes  :</p> <p><b>5.3</b> Se realizará la exploración clínica <sup>(AG) 1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Presión arterial</li> <li>• Altura uterina <a href="#">28</a>, <a href="#">29</a>, <a href="#">30</a></li> </ul> <p><b>5.4</b> A las gestantes no investigadas previamente se les propondrá el cribado bioquímico para la detección de anomalías congénitas mediante la realización, tras consentimiento verbal, del Cuádruple Test <sup>(Recomendación Fuerte) 1</sup> hasta la 17 SG <sup>(AG)</sup></p> <p><b>5.5</b> Refuerzo de las recomendaciones sobre hábitos de vida saludable</p> <p><b>5.6</b>  Se informará a la gestante de los resultados de las actividades realizadas dejando constancia documental en la HS y en el DSE</p>

### Obstetra, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
<p><b>6º</b> VALORACIÓN Semana 20 (19-21)</p>	<p><b>6.1</b> Se actualizará la anamnesis con los datos de evolución de la gestación</p> <p><b>6.2</b> Se aplicarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes  :</p> <p><b>6.3</b> Se realizará la exploración clínica <sup>(AG) 1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Presión arterial</li> </ul>



Actividades	Características de calidad
	<p><b>6.4</b> Se realizará exploración ecográfica del 2º trimestre, alrededor de la 20 SG <i>(Recomendación Fuerte)</i><sup>1</sup>, para el cribado de malformaciones estructurales<sup>20</sup>, previa aceptación de la gestante</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo bajo de anomalías: Continuar control normal del embarazo</li> <li>• Riesgo elevado de anomalías: Derivación a Unidad Específica</li> </ul> <p>Con la ecografía del 2º trimestre se cubrirán también los objetivos de la ecografía del 1er trimestre, si esta no se hubiera realizado<sup>1</sup></p> <p><b>6.5</b> Se valorará la necesidad de cuidados adicionales <i>(AG)</i> <sup>9</sup></p> <p><b>6.6</b> Refuerzo de recomendaciones y consejo sobre hábitos de vida saludable</p> <p><b>6.7</b> <b>(i)</b> Se informará a la gestante de los resultados de las actividades realizadas dejando constancia documental en la HS y en el DSE</p>

### Matrona, Médico de Familia, Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p><b>7º</b> <b>VALORACIÓN</b> <b>Semana 24</b> <b>(24-26)</b></p>	<p><b>7.1</b> Se actualizará la anamnesis con los datos de evolución de la gestación</p> <p><b>7.2</b> Se aplicarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes  <b>(Δ)</b>:</p> <p><b>7.3</b> Se realizará la exploración clínica <i>(AG)</i> <sup>1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Presión arterial</li> <li>• Altura uterina <i>(Recomendación Débil)</i> <sup>1</sup></li> <li>• Auscultación fetal<sup>28, 29, 30</sup></li> </ul> <p><b>7.4</b> Se solicitará, para valorar los resultados en la siguiente visita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cribado de anemia, estableciéndose el diagnóstico de anemia si la hemoglobina es inferior a 10,5 gr/dl <i>(Recomendación ✓)</i><sup>1</sup>, recomendándose la determinación del nivel de ferritina en suero para confirmar un diagnóstico dudoso de anemia ferropénica <i>(Recomendación Fuerte)</i> <sup>1</sup></li> <li>• Test de O´Sullivan en el segundo trimestre (entre 24-28 SG) <i>(AG)</i> <sup>23</sup>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- A todas las gestantes como prueba de cribado universal <i>(Recomendación ✓)</i><sup>1</sup></li> <li>- En aquellas gestantes en las que se identifique cualquiera de los factores de riesgo de diabetes gestacional con un resultado negativo en el cribado del primer trimestre, o con un resultado positivo y una curva de glucemia no diagnóstica <i>(Recomendación ✓)</i><sup>1</sup></li> </ul> </li> <li>• En las gestantes Rh(-) con incompatibilidad Rh repetición del Test de Coombs indirecto <i>(Recomendación Fuerte)</i><sup>1</sup></li> </ul>

Actividades	Características de calidad
	<p><b>7.5</b> Se recomienda la administración de la vacuna antitetánica Td (tétanos-difteria) en las gestantes que no tienen pauta de vacunación completa, evitando su administración durante el primer trimestre del embarazo <i>(Recomendación Fuerte)</i><sup>1</sup></p> <p><b>7.6</b> Se valorará la necesidad de cuidados adicionales <i>(AG)</i> <sup>9</sup></p> <p><b>7.7</b> Se reforzarán las recomendaciones y consejo sobre hábitos de vida saludable</p> <p><b>7.8</b> <b>(i)</b> Se informará a la gestante de los resultados de las actividades realizadas dejando constancia documental en la HS y en el DSE</p>

## Matrona, Enfermera de AP

Actividades	Características de calidad
<p><b>8º</b> PREPARACION AL NACIMIENTO Y CRIANZA TERCER TRI- MESTRE (&gt;28 SG)</p>	<p><b>8.1</b> Se ofertará a todas las gestantes un mínimo de 3 sesiones a partir de la 28 SG, con los siguientes contenidos <i>(AG)</i> <sup>24</sup>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en técnicas de relajación, respiración y ejercicio</li> <li>• Facilitación para la expresión de dudas y temores</li> <li>• Fomento de la lactancia materna</li> <li>• Refuerzo del: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protagonismo de la pareja en todo el proceso</li> <li>- Consejo sobre hábitos de vida saludable</li> </ul> </li> </ul> <p><b>8.2</b> En esta fase los Cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NOC 1500: Lazos afectivos padres-hijo</li> <li>• NOC 1817: Conocimiento: parto y alumbramiento</li> <li>• NOC 1818: Conocimiento: salud materna en el puerperio</li> <li>• NOC 1800: Conocimiento: lactancia materna</li> <li>• NOC 1900: Conducta de vacunación</li> </ul> <p><b>8.3</b> <b>(i)</b> Se informará sobre <i>(AG)</i>:<sup>31</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los derechos de los padres y del RN<sup>31</sup></li> <li>• Proceso del parto, puerperio y cuidados del RN</li> <li>• Las distintas opciones de analgesia para el parto</li> <li>• Los beneficios y el calendario del cribado de metabolopatías (prueba del talón)<sup>32</sup></li> <li>• Riesgos para el feto y RN de determinadas enfermedades inmunoprevenibles <i>(Recomendación √)</i> <sup>1</sup> y la administración de vacunas</li> <li>• La posibilidad de realizar donación voluntaria de sangre del cordón umbilical (SCU) al Banco de Sangre de Cordón Umbilical de Andalucía<sup>33</sup></li> </ul> <p><b>8.4</b> Se gestionará próxima cita</p>

## Médico de Familia, Matrona, Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p><b>9<sup>o</sup></b> <b>VALORACIÓN</b> <b>Semana 28</b> <b>(28-30)</b></p>	<p><b>9.1</b> Se actualizará la anamnesis con los datos de evolución de la gestación</p> <p><b>9.2</b> Se aplicarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes  </p> <p><b>9.3</b> Se realizará la exploración clínica <sup>(AG)1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Peso</li><li>• Presión arterial</li><li>• Altura uterina <sup>(Recomendación Débil) 1</sup></li><li>• Auscultación fetal <sup>28, 29, 30</sup></li></ul> <p><b>9.4</b> Se solicitará Test de O´ Sullivan en el tercer trimestre a <sup>(AG)23</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• las gestantes que no hayan sido estudiadas en el segundo trimestre</li><li>• aquellas gestantes en las que el estudio resultó negativo pero posteriormente ellas o el feto desarrollan complicaciones relacionadas con la Diabetes Mellitus Gestacional (sospecha de macrosomía o hidradmios)</li></ul> <p><b>9.5</b> En gestantes Rh(-) no sensibilizadas (Coombs indirecto negativo) se administrará profilaxis con 300 µg (1500 UI) de gammaglobulina anti-D para reducir el riesgo de sensibilización <sup>(Recomendación Fuerte) 1</sup></p> <p><b>9.6</b> Se valorará la necesidad de cuidados adicionales <sup>(AG)9</sup></p> <p><b>9.7</b> Se reforzarán las recomendaciones sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Preparación al nacimiento y crianza</li><li>• Hábitos de vida saludable</li></ul> <p><b>9.8</b> Se ofrecerá a las gestantes la posibilidad de elaborar un Plan de Parto y Nacimiento, que permita conocer sus preferencias <sup>(Recomendación Débil)1</sup> y planificarlas conjuntamente conforme al documento de “Buenas Practicas” <sup>(AG) 34, 35, 36</sup></p> <p><b>9.9</b> En esta fase los Cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• NOC 2509: Estado materno: parto</li><li>• NOC 1817: Conocimiento: parto y alumbramiento</li></ul> <p><b>9.10</b>  Se informará a la gestante y se dejará constancia documental en la HS y en el DSE, en lo relativo a <sup>(AG)</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• el trabajo de parto y métodos para el alivio del dolor<sup>1</sup></li><li>• la posibilidad de donación voluntaria de SCU al Banco de Sangre de Cordón Umbilical de Andalucía y su procedimiento<sup>33</sup></li></ul>

## Obstetra, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
<p><b>10º</b> VALORACIÓN Semana 34 (33-35)</p>	<p><b>10.1</b> Se actualizará la anamnesis con los datos de evolución de la gestación</p> <p><b>10.2</b> Se aplicarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes  .</p> <p><b>10.3</b> Se realizará la exploración clínica <sup>(AG) 1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Presión arterial</li> </ul> <p><b>10.4</b> Se realizará la exploración ecográfica del 3er trimestre (32-36 SG) <sup>(AG)</sup> con los siguientes objetivos<sup>1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de la vitalidad y estática fetales</li> <li>• Estimación del crecimiento fetal</li> <li>• Diagnóstico de anomalías de localización placentaria</li> <li>• Diagnóstico de anomalías del volumen de líquido amniótico</li> <li>• Estudio de flujo feto-placentario en casos indicados</li> </ul> <p><b>10.5</b> Se valorará la necesidad de cuidados adicionales <sup>(AG) 9</sup></p> <p><b>10.6</b> Se reforzarán las recomendaciones relativas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación al nacimiento y crianza</li> <li>• Consejo sobre hábitos de vida saludable</li> </ul> <p><b>10.7</b> Se gestionarán las siguientes consultas de Obstetricia (39 SG para Nulíparas y 40 SG para Nulíparas y Multíparas)</p> <p><b>10.8</b> En esta fase los Cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NOC 1817: Conocimiento: parto y alumbramiento</li> </ul> <p><b>10.9</b>  Se informará a la gestante, dejando constancia documental en la HS y en el DSE, acerca de <sup>(AG)</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la evolución de la gestación</li> <li>• la posibilidad de donación voluntaria de SCU al Banco de Sangre de Cordón Umbilical de Andalucía y su procedimiento<sup>33</sup></li> </ul>

## Matrona, Médico de Familia, Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p><b>11º</b> VALORACIÓN Semana 36 (35-37)</p>	<p><b>11.1</b> Se actualizará la anamnesis con los datos de evolución de la gestación</p> <p><b>11.2</b> Se aplicarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes  .</p>



Actividades	Características de calidad
	<p><b>11.3</b> Se realizará la exploración clínica <sup>(AG)1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Presión arterial</li> <li>• Altura uterina</li> <li>• Exploración de la estática fetal</li> <li>• Auscultación fetal</li> </ul> <p><b>11.4</b> Se solicitará cultivo vagino-rectal del estreptococo del Grupo B <sup>(Recomendación Débil)1</sup>, salvo si se ha aislado previamente en orina o si ha tenido un hijo anterior afecto de una infección neonatal por EGB, porque en ambos casos será necesario realizar tratamiento durante el parto</p> <p><b>11.5</b> No se recomienda realizar estudio de coagulación rutinario previo a la analgesia neuroaxial en gestantes sanas <sup>(Recomendación B)2</sup></p> <p><b>11.6</b> Se valorará la necesidad de cuidados adicionales <sup>(AG)9</sup></p> <p><b>11.7</b> Se reforzarán las recomendaciones sobre hábitos de vida saludable</p> <p><b>11.8</b> En esta fase los Cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NOC 1817: Conocimiento: parto y alumbramiento</li> <li>• NOC 1818: Conocimiento: salud materna en el puerperio</li> <li>• NOC 1819: Conocimiento: cuidado del lactante</li> </ul> <p><b>11.9</b> <sup>(i)</sup> Se informará a la gestante sobre la Preparación al nacimiento y crianza <sup>(AG)1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las distintas opciones de analgesia para el parto</li> <li>• Los signos y síntomas de parto y de trabajo de parto; signos y síntomas de alarma</li> <li>• Cuidados del RN; el contacto piel con piel entre madre y RN</li> <li>• Cuidados de la madre en el posparto; asesoramiento sobre los cambios emocionales</li> <li>• Calendario de citas postparto y visita puerperal</li> </ul> <p>De todo ello se dejará constancia en la HS y en el DSE</p>

## Obstetra, Matrona, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
<p><b>12º</b> <b>VALORACIÓN</b></p> <p><b>Semana 39</b></p>	<p><b>12.1</b> Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la gestante <sup>(A)</sup></p> <p><b>GESTANTES NULÍPARAS</b></p> <p><b>12.2</b> Se actualizará la anamnesis con los datos de evolución de la gestación.</p> <p><b>12.3</b> Se aplicarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes <sup>(A)</sup></p>

Actividades	Características de calidad
Semana 40	<p><b>12.4</b> Se realizará la exploración clínica <sup>(AG)1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Presión arterial</li> <li>• Altura uterina</li> <li>• Exploración de la estática fetal <a href="#">28, 29, 30</a></li> <li>• Auscultación fetal <a href="#">28, 29, 30</a></li> </ul> <p><b>12.5</b> Se valorará la necesidad de cuidados adicionales <sup>(AG)9</sup></p> <p><b>12.6</b> Refuerzo de recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación al nacimiento y crianza</li> <li>• Consejo sobre hábitos de vida saludable</li> </ul>
	<p><b>GESTANTES NULÍPARAS Y MULTÍPARAS</b></p>
	<p><b>12.7</b> Se actualizará la anamnesis con los datos de evolución de la gestación</p>
	<p><b>12.8</b> Se aplicarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes  </p>
	<p><b>12.9</b> Se realizará la exploración clínica <sup>(AG)1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Presión arterial</li> <li>• Altura uterina</li> <li>• Exploración de la estática fetal <a href="#">28, 29, 30</a></li> <li>• Auscultación fetal <a href="#">28, 29, 30</a></li> </ul>
	<p><b>12.10</b> Cardiotocografía para el control del bienestar fetal: En gestaciones sin riesgo de desarrollar complicaciones no está recomendado comenzar el estudio de bienestar fetal antes de la 40 SG <sup>(Recomendación Débil)1</sup></p>
	<p><b>12.11</b> Se valorará la necesidad de cuidados adicionales <sup>(AG)9</sup></p>
	<p><b>12.12</b> Se reforzarán las recomendaciones relativas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación al nacimiento y crianza</li> <li>• Consejo sobre hábitos de vida saludable</li> </ul>
	<p><b>12.13</b> En esta fase los Cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NOC 1817: Conocimiento: parto y alumbramiento</li> </ul>
	<p><b>12.14</b>  Se informará de manera clara y precisa a la embarazada sobre el estado de la gestación y se dejará constancia documental en la HS y en el DSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Específicamente se informará sobre distintas opciones de analgesia para el parto; en el caso de analgesia epidural se entregará el Formulario de Información y Consentimiento Informado escrito <sup>37</sup>  si éste no ha sido entregado anteriormente</li> </ul>

## Obstetra, Matrona, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
<p><b>13<sup>º</sup></b> <b>VALORACIÓN</b> <b>Semana 41</b></p>	<p><b>13.1</b> Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la gestante </p> <p><b>13.2</b> Se actualizará la anamnesis con los datos de evolución de la gestación</p> <p><b>13.3</b> Se aplicarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes  </p> <p><b>13.4</b> Se realizará la exploración clínica <sup>(AG)1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Peso</li><li>• Presión arterial</li><li>• Altura uterina y exploración de la estática fetal <sup>28, 29, 30</sup></li><li>• Explicar y ofrecer maniobra de Hamilton <sup>9, 38, 39</sup></li></ul> <p><b>13.5</b> Se realizará exploración ecográfica para la valoración del líquido amniótico, mediante la técnica de la mayor bolsa vertical <sup>(AG)38, 40</sup></p> <p><b>13.6</b> Se procederá a la Cardiotocografía para el control del bienestar fetal <sup>(AG)1</sup></p> <p><b>13.7</b> Se reforzarán las recomendaciones relativas a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Preparación al nacimiento y crianza</li><li>• Consejo sobre hábitos de vida saludable</li></ul> <p><b>13.8</b> Se ofrecerá a las gestantes la posibilidad de inducir el parto en el momento que se considere más adecuado a partir de la semana 41, después de informar sobre los beneficios y riesgos de la inducción y antes de alcanzar la semana 42 de gestación <sup>(Recomendación Débil)1</sup></p> <p><b>13.9</b> En esta fase los Cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• NOC 1817: Conocimiento: parto y alumbramiento</li></ul> <p><b>13.10</b>  Se informará de forma clara y precisa a la gestante sobre las distintas opciones para la analgesia en el parto. En el caso de analgesia epidural se deberá entregar el Formulario de Información y Consentimiento Informado escrito <sup>37</sup>  si no ha sido entregado anteriormente, al igual que en caso de inducción del parto <sup>41</sup> , y se dejará constancia documental de todo ello en la HS y en el DSE</p>

## Servicio de Atención a la Ciudadanía (SAC) – AH

Actividades	Características de calidad
<p><b>14º</b> RECEPCIÓN DE LA GESTANTE EN EL HOSPITAL (Urgencias generales/ obstétricas)</p>	<p><b>14.1</b> Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la mujer mediante pulsera identificativa con al menos dos códigos de identificación diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento, NUHSA) </p> <p><b>14.2</b> Se trasladará al Área de Partorio identificando los factores intrínsecos y extrínsecos que puedan incidir en la seguridad de la gestante </p>

## Matrona, Obstetra, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
<p><b>15º</b> ÁREA DE PARITORIO VALORACIÓN</p>	<p><b>15.1</b> Se procederá a la verificación de la identidad inequívoca de la mujer </p> <p><b>15.2</b> Se revisará la documentación aportada (Documento de Salud de la Embarazada) y se completará la anamnesis comprobando si se ha realizado el cribado de estreptococo del grupo B y la serología (sífilis, VIH y Hepatitis B); en caso contrario deben ser realizadas <sup>(AG)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de aceptación de donación voluntaria de sangre del cordón umbilical por la gestante, cumplimentará correctamente el Formulario de Información y Consentimiento Informado escrito <sup>15</sup></li> </ul> <p><b>15.3</b> Se atenderán las expectativas y preferencias expresadas y acordadas con la gestante en su Plan de Parto y Nacimiento <sup>30 (Recomendación Débil)1</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomienda satisfacer, en la medida de lo posible, las expectativas de la mujer en relación con el alivio del dolor durante el parto <sup>(Recomendación B)2</sup> exponiéndole los beneficios, los riesgos y las implicaciones sobre el parto de los procedimientos farmacológicos y no farmacológicos existentes frente al dolor</li> </ul> <p><b>15.4</b> Se aplicarán las medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes  </p> <p><b>15.5</b> Se realizará la exploración clínica <sup>(AG) 42</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensión arterial, temperatura y pulso</li> <li>• Altura uterina y exploración de la estática fetal</li> <li>• Auscultación fetal</li> </ul> <p><b>15.6</b> No está indicado realizar registro cardiotocográfico en gestaciones sin riesgos adicionales <sup>(Recomendación A)2</sup></p> <p><b>15.7</b> Se valorará la dinámica uterina si esta se objetiva o la gestante la refiere</p>



Actividades	Características de calidad
	<p><b>15.8</b> El tacto bimanual solo se realizará cuando se haya objetivado dinámica uterina, señalando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilatación, posición, consistencia y borramiento del cérvix</li> <li>• Presentación y altura de la misma</li> </ul> <p><b>15.9</b> La sospecha de bolsa rota se comprobará realizando especuloscopia <sup>(AG)</sup></p> <p><b>15.10</b> En esta fase los Cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NOC 2510: Estado materno: durante el parto</li> <li>• NOC 1404: Autocontrol del miedo</li> </ul> <p><b>15.11</b> (i) Se facilitará información a la gestante y acompañante, sobre evolución del parto, sobre los derechos de la madre y el RN<sup>31,43</sup> y sobre las normas de la unidad asistencial <sup>(AG)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la gestante solicita analgesia epidural y no aporta la documentación requerida (Formulario de Información y Consentimiento Informado escrito<sup>37</sup> (b) ), se le informará sobre el particular y se le entregará la misma.</li> </ul>

## Matrona, Obstetra, Anestesiólogo, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
<p><b>16º</b> ASISTENCIA A LA FASE DE DILATACIÓN (1º fase del parto)</p>	<p><b>16.1</b> Los equipos de atención al parto hospitalario promoverán la atención al parto de bajo riesgo preferiblemente por parte de la matrona, siempre y cuando éste se mantenga dentro de los límites de la normalidad <sup>(Recomendación A)2</sup></p> <p><b>16.2</b> Se verificará la identidad inequívoca de la mujer (Δ)</p> <p><b>16.3</b> Se facilitará el acompañamiento de la mujer durante el parto por la persona de su elección <sup>(Recomendación A)2</sup></p> <p><b>16.4</b> Se realizará la apertura del partograma <sup>(AG)2</sup> y demás documentación relacionada con el parto</p> <p><b>16.5</b> Se aplicarán las medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes  (Δ)</p> <p><b>16.6</b> En caso de donación de SCU, se extraerán las muestras de sangre materna establecidas en este procedimiento, aprovechando la toma de la vía instalada<sup>33</sup></p> <p><b>16.7</b> No está indicado el rasurado del pubis y genitales externos <sup>(AG)44</sup></p> <p><b>16.8</b> No se utilizarán enemas de forma rutinaria <sup>(Recomendación A)2</sup></p> <p><b>16.9</b> Si se necesita un lavado antes de un examen vaginal, se recomienda utilizar agua corriente, no siendo necesario usar antisépticos <sup>(Recomendación A)2</sup></p> <p><b>16.10</b> La valoración del progreso del periodo de dilatación se realizará mediante las siguientes exploraciones clínicas <sup>(AG)42</sup>:</p>

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámica uterina</li> <li>• Auscultación fetal</li> <li>• Dilatación cervical</li> <li>• Estado de las membranas ovulares</li> </ul> <p><b>16.11</b> En condiciones normales, las exploraciones se realizarán cada 4 horas. <a href="#">(Recomendación V)2</a></p> <p><b>16.12</b> Para el control del bienestar fetal durante el parto <a href="#">(AG)2</a> se tendrá en cuenta las siguientes consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auscultación fetal intermitente (AFI): se auscultará la frecuencia cardíaca fetal cada 15-30 minutos durante el periodo de dilatación y al menos cada 5-15 minutos durante el periodo expulsivo. La auscultación se llevara a cabo durante 30-60 segundos después de una contracción</li> <li>• Monitorización electrónica fetal intermitente (MEFI): se realizará de 10 a 30 minutos cada 2 ó 2 horas y media, auscultándose la frecuencia cardíaca fetal durante 15-30 minutos entre los periodos de registro</li> <li>• Cambio de AFI o de Monitorización electrónica fetal intermitente (MEFI) a Monitorización electrónica fetal continua (MEFC) en las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de líquido amniótico teñido</li> <li>- Alteración del latido cardíaco fetal por auscultación</li> <li>- Fiebre materna</li> <li>- Sangrado durante el parto</li> <li>- Uso de oxitocina</li> <li>- Demanda de la mujer</li> <li>- Durante 30 minutos después de establecida la analgesia epidural y después de la administración de cada bolo</li> </ul> </li> <li>• La AFI se puede realizar tanto con ultrasonidos Doppler como con estetoscopio <a href="#">(Recomendación V)2</a>. La Monitorización electrónica fetal continua (MEFC), la Auscultación fetal intermitente (AFI) <a href="#">(Recomendación B)2</a> y la Monitorización electrónica fetal intermitente (MEFI) acompañada de AFI <a href="#">(Recomendación A)2</a> son métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto</li> <li>• Se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La utilización de la clasificación de la cardiotocografía (CTG) <a href="#">(Recomendación V)2</a> que se cita en el Anexo 3</li> <li>- La estimulación digital de la calota fetal como método diagnóstico complementario ante la presencia de un registro CTG patológico <a href="#">(Recomendación V)2</a></li> <li>- La recogida de microtoma de sangre fetal en presencia de un registro CTG patológico <a href="#">(Recomendación B)2</a></li> </ul> </li> <li>• No se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El uso rutinario de pulsioximetría fetal <a href="#">(Recomendación A)2</a></li> <li>- La utilización rutinaria del análisis del segmento ST del ECG fetal en el parto normal <a href="#">(Recomendación A)2</a></li> </ul> </li> </ul>



Actividades	Características de calidad
	<p><b>16.13</b> En partos vaginales que progresan de forma normal, se recomienda no realizar amniorrexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria <a href="#">(Recomendación A)2</a></p> <p><b>16.14</b> Ante la existencia de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal o no progresión del parto (no progresión de la dilatación en 4 horas), se comunicará al Obstetra responsable de paritorio <a href="#">(AG)2</a>, igualmente que ante la detección de patología materna</p> <p><b>16.15</b> Si la dilatación no progresa adecuadamente y las membranas están intactas, se realizará amniorrexis artificial <a href="#">(Recomendación √)2</a> valorando la cantidad y color del líquido amniótico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si 2 horas más tarde el progreso de la dilatación es &lt; a 1cm, quedará establecido el diagnóstico de retardo del progreso de la dilatación y se ofrecerá la estimulación con oxitocina <a href="#">(Recomendación √)2</a>. La administración de esta se realizará bajo monitorización materno-fetal continua, ofreciéndose la analgesia epidural antes de utilizar la oxitocina <a href="#">(Recomendación √)2</a></li> </ul> <p><b>16.16</b> Para el alivio del dolor se ofrecerá<sup>2</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmersión en agua caliente durante la fase tardía de la primera etapa del parto <a href="#">(Recomendación A)2</a></li> <li>• Masaje y contacto físico tranquilizador durante la primera y la segunda etapa del parto <a href="#">(Recomendación B)2</a></li> <li>• Pelotas de goma en busca de posturas más confortables <a href="#">(Recomendación A)2</a></li> <li>• Técnicas de respiración o relajación <a href="#">(Recomendación √)2</a></li> <li>• Inyección de agua estéril <a href="#">(Recomendación B)2</a> en el rombo de Michaelis para el alivio del dolor lumbar, informando que la inyección intradérmica produce escozor y dolor intenso momentáneos</li> <li>• El método de Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS, por sus siglas en inglés) no debiera ser ofrecido a las mujeres con parto establecido <a href="#">(Recomendación A)2</a></li> <li>• Inhalación de óxido nítrico, informando que su efecto analgésico es moderado y que puede provocar náuseas y vómitos, somnolencia y alteración del recuerdo <a href="#">(Recomendación B)2</a></li> <li>• Administración de opioides parenterales, informando que éstos tienen un efecto analgésico limitado y que pueden provocar náuseas y vómitos. Se recomienda la administración conjunta de antieméticos <a href="#">(Recomendación A)2</a>.</li> <li>• Administración de remifentanilo monitorizando la SaO<sub>2</sub> materna y prescripción de oxígeno suplementario <a href="#">(Recomendación A)2</a></li> <li>• Analgesia neuroaxial, en cuyo caso se aplicaran las medidas correspondientes ante dicha solicitud, informando a las mujeres de que es el método más eficaz para el alivio del dolor, pero que puede producir hipotensión, alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, retención urinaria, prurito, fiebre y alarga la segunda etapa del parto, incrementando el riesgo de parto instrumental <a href="#">(Recomendación A)2</a></li> </ul>

Actividades	Características de calidad
	<p><b>16.17</b> El anestesiólogo aplicará y controlará la técnica analgésica neuroaxial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En caso de analgesia epidural, se recomienda cualquiera de las técnicas para analgesia neuroaxial a bajas dosis: epidural o combinada. <i>(Recomendación A)2</i></li> <li>• Si se precisa un rápido establecimiento de la analgesia se recomienda la utilización de epidural combinada (epidural-intradural) <i>(Recomendación A)2</i></li> <li>• La analgesia regional puede proporcionarse cuando la mujer lo solicite, incluso en fases tempranas de la primera etapa del parto <i>(Recomendación A)2</i></li> <li>• Se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El control de la tensión arterial durante el establecimiento de la analgesia neuroaxial y tras la administración de cada nueva dosis <i>(Recomendación V)2</i></li> <li>- La utilización de bajas dosis de anestésico local junto con opioides para la analgesia epidural <i>(Recomendación A)2</i></li> <li>- Mantener la analgesia epidural durante el periodo expulsivo, el alumbramiento y la reparación del periné si se precisa <i>(Recomendación A)2</i></li> </ul> </li> </ul> <p><b>16.18</b> En esta fase los Cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NOC 2510: Estado materno: durante el parto</li> <li>• NOC 0111: Estado fetal: prenatal</li> </ul> <p><b>16.19</b> (i) Se informará a la gestante y acompañante del estado del feto y de la evolución del trabajo de parto</p>

### Matrona, Obstetra, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
<p><b>17<sup>o</sup></b> ASISTENCIA</p> <p>AL PERIODO EXPULSIVO (2<sup>a</sup> fase parto)</p> <p>AL RECIÉN NACIDO</p> <p>Y AL ALUMBRAMIENTO (3<sup>a</sup> fase parto)</p>	<p><b>17.1</b> Se verificará la identidad inequívoca de la gestante (Δ)</p> <p><b>17.2</b> Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes  (Δ)</p> <p><b>17.3</b> Se recomendará que durante el parto adopten la posición que les sea más cómoda. <i>(Recomendación A) 2</i></p> <p><b>17.4</b> Se evitará la realización rutinaria de episiotomía en el parto espontáneo <i>(Recomendación A)2</i>; se puede valorar su realización en situación de pérdida de bienestar fetal</p> <p><b>17.5</b> Se indicará:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar los pujos precoces (antes de tener sensación de pujo) y/o sostenidos (maniobra de Valsalva), así como la presión fúndica (maniobra de Kristeller) <i>(Recomendación A)2</i></li> <li>• Recomendación del pujo espontáneo. En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva de la segunda etapa del parto <i>(Recomendación A)2</i></li> </ul>



Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En mujeres con analgesia neuroaxial se recomienda dirigir los pujos una vez completada la fase pasiva de la segunda etapa del parto <i>(Recomendación A)2</i></li> </ul> <p><b>17.6</b> Durante la segunda etapa del parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se realizará masaje perineal <i>(Recomendación A)2</i></li> <li>• Se posibilitará la aplicación de compresas calientes durante la segunda etapa del parto <i>(Recomendación A)2</i></li> <li>• Se realizará la protección activa del periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal y pidiendo a la mujer que no empuje <i>(Recomendación B)2</i></li> </ul> <p><b>17.7</b> Hay que ceñirse a la recomendación de no utilizar la aplicación de anestésico local en spray como método para reducir el dolor perineal, durante la segunda etapa del parto <i>(Recomendación A)2</i></p> <p><b>17.8</b> La consideración de 2ª fase del parto prolongada, o periodo expulsivo prolongado, se atenderá a los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en nulíparas es de hasta 2 horas, tanto si tienen como no anestesia epidural <i>(Recomendación √)2</i></li> <li>• La duración normal de la fase pasiva de la segunda etapa del parto en múltiparas es de hasta 1 hora si no tienen anestesia epidural y de 2 horas si la tienen <i>(Recomendación √)2</i></li> <li>• La duración normal de la fase activa de la segunda etapa del parto en nulíparas es de hasta 1 hora si no tienen anestesia epidural y de hasta 2 horas si la tienen <i>(Recomendación √)2</i></li> <li>• La duración normal de la fase activa de la segunda etapa del parto en múltiparas es de hasta 1 hora, tanto si tienen como no anestesia epidural <i>(Recomendación √)2</i></li> <li>• Los tiempos totales deben acortarse una hora en gestantes con cesárea anterior sin parto vaginal previo <i>(AG) 39</i></li> </ul> <p>Cuando estos tiempos se superan el control materno-fetal debe ser más exhaustivo, valorando la realización de un parto instrumental si la presentación ha alcanzado el III plano <i>(AG)</i></p> <p><b>17.9</b> En caso de aceptación de donación voluntaria de SCU se procederá a la extracción y posterior envío al Banco de Sangre de Cordón Umbilical de Andalucía de la unidad o unidades de SCU, conforme al procedimiento establecido para ello en el Centro<sup>33</sup></p> <p><b>17.10</b> Se realizará un manejo activo del alumbramiento, ó 3ª fase del parto <i>(Recomendación A)2</i>, administrando oxitocina con fines profilácticos <i>(Recomendación A)2</i> a razón de 10 UI iv/im <i>(Recomendación √)2</i>. No son imprescindibles el pinzamiento y corte precoz del cordón umbilical <i>(AG) 45</i> ni la tracción controlada del cordón para la expulsión de la placenta <i>(AG) 46</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (i) Asegurarse que la mujer está informada de que el manejo activo acorta la duración de esta fase del parto, disminuye el riesgo de hemorragias posparto y la necesidad de oxitocina terapéutica <i>(Recomendación √)2</i>. El manejo espontáneo o fisiológico es una opción si la mujer lo solicita <i>(Recomendación √)2</i></li> </ul>

**ENTORNO AL NACIMIENTO** <sup>(AG)</sup>:

- El ambiente en el paritorio debería ser silencioso, con poca luz, con puertas cerradas (para preservar la intimidad y para facilitar el control térmico del RN), con el mínimo número de profesionales posibles y contando con la presencia del acompañante elegido por la madre<sup>47</sup> y corresponsable en el proceso
- El momento del nacimiento es un acto íntimo que requiere un entorno que favorezca la confianza, la comodidad y la relajación de la mujer<sup>47</sup>

**17.11** Se atenderá la recomendación de realizar:

- La sutura de los desgarros de primer grado con el fin de mejorar la curación, a menos que los bordes de la piel se encuentren bien aproximados <sup>(Recomendación A)2</sup> La reparación perineal de los desgarros de segundo grado utilizando la técnica de sutura continua <sup>(Recomendación A)2</sup>. Si después de la sutura muscular de un desgarró de segundo grado la piel está bien aproximada, no es necesario suturarla. Si la piel requiere aproximación se recomienda realizarla con una técnica intradérmica continua <sup>(Recomendación A)2</sup>
- Utilizar material sintético de absorción normal para la sutura de la herida perineal <sup>(Recomendación A)2</sup>

**17.12** Se realizará la asistencia al RN, fomentando inmediatamente tras el parto que los RN sanos se coloquen sobre el abdomen o el pecho de la madre y se mantengan así en contacto íntimo piel con piel <sup>(Recomendación Fuerte)1</sup> <sup>(Recomendación A)2</sup>. Se recomienda evitar la separación de la madre y el bebé dentro de la primera hora de vida y hasta que haya finalizado la primera toma. Durante este periodo la matrona mantendrá una vigilancia con observación periódica que interfiera lo menos posible en la relación entre la madre y el RN con registro de signos vitales de los RN (color, movimientos respiratorios, tono y, si es preciso la frecuencia cardíaca) <sup>(Recomendación √)2</sup>**17.13** Se realizará la identificación inequívoca del RN<sup>43</sup> sin separarlo de la madre y siguiendo el procedimiento normalizado establecido en el hospital**17.14** Valoración del test de Apgar, en los tiempos establecidos: al primer minuto, a los 5 y a los 10 minutos de vida; se realizará sin separar al RN de su madre. Si el RN tiene una buena puntuación de Apgar no precisa de ninguna maniobra de reanimación ni de aspiración de secreciones <sup>(Recomendación A)2</sup>

- En caso de donación de SCU, esta valoración se adaptará y completará conforme al procedimiento establecido para ello<sup>33</sup>

**17.15** Se realizará pinzamiento tardío del cordón umbilical <sup>(Recomendación A)2</sup>, tras 2 ó 3 minutos o cuando cesa el latido <sup>(Recomendación B)2</sup>**17.16** No se recomienda el pase de sonda nasogástrica ni rectal para descartar atresias en el RN <sup>(Recomendación √)2</sup>

Actividades	Características de calidad
	<p><b>17.17</b> El peso, la talla y la medición del perímetro cefálico así como la exploración completa del RN son maniobras que se deberían posponer para respetar, al menos durante la primera hora de vida, el contacto piel con piel <sup>(AG)47</sup></p> <p><b>17.18</b> Se recomienda la determinación de gases sanguíneos en sangre arterial/venosa del cordón umbilical como indicador de calidad de la asistencia y constancia de la normalidad al nacimiento <sup>(AG) 47,48</sup></p> <p><b>17.19</b> Se realizará toma de muestra sanguínea del cordón para determinación del grupo Rh y Coombs directo, si la madre es grupo 0 ó Rh(-) <sup>(AG) 24</sup> y, en su caso y conforme al procedimiento normalizado existente para ello en el hospital<sup>43</sup>, para identificación de RN</p> <p><b>17.20</b> Los profesionales deberían intervenir sólo para corregir desviaciones de la normalidad, favoreciendo un clima de confianza, seguridad e intimidad, mediante el respeto de la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres y sus hijos e hijas <sup>(AG) 47</sup></p> <p><b>17.21</b> En el postparto inmediato se vigilará a la madre y al RN realizándose:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La verificación de la identidad inequívoca de ambos</li> <li>• La valoración en la mujer del <sup>(AG) 24,42,49</sup>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tono uterino</li> <li>- Pérdida sanguínea genital</li> <li>- Constantes vitales periódicamente (Temperatura, Tensión Arterial y Pulso)</li> <li>- Evacuación de vejiga</li> </ul> </li> <li>• La comprobación de que el RN se mantiene isotérmico, piel con piel con la madre y que tiene una buena vitalidad</li> <li>• No se recomienda el baño rutinario del RN en las primeras horas después del nacimiento <sup>(Recomendación √)2</sup></li> <li>• Se alentará la iniciación de la lactancia materna lo antes posible tras el nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora <sup>(Recomendación A)2</sup></li> </ul> <p><b>17.22</b> La permanencia bajo vigilancia de la madre y del RN en el postparto inmediato debe ser de 2 horas como mínimo <sup>(AG) 42</sup></p> <p><b>17.23</b> Pasadas las 2 primeras horas del vida del RN se aplicarán medidas para la profilaxis de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oftalmia neonatal aplicando pomada de eritromicina al 0,5% o pomada de tetraciclina al 1% <sup>(Recomendación √)1,2</sup> siendo recomendable que se usen en formato unidosis para aumentar la seguridad</li> <li>• Enfermedad hemorrágica del RN recomendándose la administración de 1 mg de vitamina K por vía im <sup>(Recomendación Fuerte) 1 (Recomendación A) 2</sup></li> </ul> <p><b>17.24</b> La administración intramuscular se ha de realizar con el RN en contacto piel con piel y/o al pecho para aliviar el dolor. Si ello no fuera posible se debe administrar, dos minutos antes, sacarosa al 20% (2-0,5 ml) vía oral con succión <sup>(AG)</sup></p>

Actividades	Características de calidad
	<p><b>17.25</b> En esta fase los Cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NOC 2510: Estado materno: durante el parto</li> <li>• NOC 0112: Estado fetal: durante el parto</li> </ul> <p><b>17.26</b>  Se facilitará información a la mujer y a su acompañante, y se dejará registro documental de las actividades realizadas y de la información facilitada</p> <p><b>17.27</b> El traslado de la madre y del RN a la sala de hospitalización, se realizará garantizando la intimidad y confortabilidad y evitando la separación madre-recién nacido/a</p> <p><b>17.28</b> Se garantizará la transmisión de información entre los profesionales en las transiciones asistenciales, mediante un procedimiento estandarizado para la comunicación durante el traslado. </p>

### Pediatra, Obstetra, Enfermera, Matrona, Auxiliar de Enfermería

Actividades	Características de calidad
<p><b>18º</b> HOSPITALIZACIÓN y ALTA HOSPITALARIA</p>	<p><b>18.1</b> Se verificará la identidad inequívoca de la madre y del RN  asegurándose que éste se encuentre siempre identificado con su pulsera</p> <p><b>18.2</b> Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes  </p> <p><b>18.3</b> Se garantizará la inscripción del RN en el Registro Único de Partos y Nacimientos de Andalucía (RUPyNA) en las primeras 24 horas desde el nacimiento<sup>50</sup></p> <p><b>18.4</b> Se revisará la historia clínica y se cumplimentará el Documento de Salud Infantil (DSI) <sup>(AG) 51</sup>. Se comprobará antes del alta el resultado del cribado de estreptococo <sup>(AG)</sup></p> <p><b>18.5</b> Se realizará la valoración clínica de la madre <sup>(AG) 24, 49</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Involución uterina</li> <li>• Aspecto de los loquios</li> <li>• Sangrado genital</li> <li>• Constantes</li> <li>• Estado de la episiotomía/desgarro si los hubiese</li> <li>• Se aconsejará la deambulación precoz</li> </ul> <p><b>18.6</b> A las mujeres Rh(-) y no sensibilizadas se les administrará, durante las primeras 72 horas del postparto, profilaxis con 300 µg (1500 UI) de inmunoglobulina anti-D cuando el RN sea Rh(+) <sup>(Recomendación Fuerte)1</sup> para reducir el riesgo de sensibilización</p>



**18.7** Se procederá a la atención del neonato:

- La exploración física completa del RN se realizará en las primeras 24 horas de vida *(Recomendación Fuerte)*<sup>1</sup>
- Se administrará al RN la primera dosis de VHB (vía im) en las primeras 24 horas<sup>52</sup>
- A los RN de madres portadoras del VHB se le administrará, en las primeras horas de vida, una dosis de inmunoglobulina y se les aplicará la vacunación universal del RN contra el VHB, pero se adelantará la segunda dosis de vacuna al mes de vida<sup>52</sup>
- Los cuidados del cordón umbilical sólo requieren mantenerlo limpio y seco, la limpieza con agua y jabón y el secado posterior es suficiente *(Recomendación Fuerte)*<sup>1</sup>. No es necesario el uso de soluciones alcohólicas ni desinfectantes. No se utilizarán productos yodados<sup>26</sup>
- La postura del RN en la cuna ha de ser en decúbito supino *(AG) (Recomendación A)*<sup>53</sup>
- Se aplicará el tratamiento médico en caso de estar prescrito y demás planes de cuidados y asistencia
- Se llevarán a cabo actividades de información y apoyo a la lactancia materna *(Recomendación Fuerte)*<sup>1</sup>
- El cribado de hipoacusia *(AG)*<sup>54</sup> se realizará pasadas las primeras 24 horas del nacimiento, en las primeras semanas de vida

**18.8** En la alimentación del RN deberá tenerse en cuenta que:

- En el puerperio y en relación con el RN, la estancia hospitalaria ha de ser un momento clave para promocionar y apoyar la lactancia materna, favorecer el proceso de vinculación y realizar actividades preventivas y de educación sanitaria *(AG)*<sup>47</sup>
- En los RN amamantados *(AG)*:
  - Lactancia materna a demanda y en exclusiva, facilitando un ambiente íntimo para conseguir una mejor adhesión a ella. Se debe informar a las madres de que el RN ha de recibir solo pecho y nada más. En las primeras 24 horas de vida el RN ha de ponerse con frecuencia al pecho para succionar y no es importante la cantidad sino las veces que se estimule el pecho materno. A partir de las 24 horas de vida el RN necesita realizar un mínimo de 8-12 tomas de pecho. Hasta que la lactancia esté bien establecida (hacia las dos semanas) el pecho será a demanda.
  - Se ha de evaluar al menos 2 de las tomas de pecho al día para detectar precozmente problemas de agarre o de succión. Y se verificará antes del alta, que el bebé realiza las tomas de forma adecuada y que la madre conoce los signos precoces de hambre (chupeteo, cabeceo, sacar la lengua, llevarse las manos a la boca) que constituyen el momento ideal para ponerlo a mamar y no cuando llora; el llanto es un signo tardío de hambre y no será fácil que se agarre al pecho hasta que se haya tranquilizado

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se debe informar a las madres de que el RN debe mamar 10, 12 ó más veces en 24 horas, lo que ayuda al establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna. Durante los primeros días el RN necesita, al menos, 8 tomas efectivas en 24 horas</li> <li>• En los RN con lactancia artificial <sup>(AG)</sup>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se debe enseñar a la mujer la correcta medición de las cantidades de la toma de acuerdo a las instrucciones del fabricante, la limpieza y esterilización de biberones y tetinas, y el almacenamiento de la leche de fórmula. Así como a preparar correctamente un biberón hirviendo la leche, al menos, a 70<sup>a</sup> C para eliminar el E. Sakasakii que puede crecer en la leche en polvo</li> <li>- Se debe advertir que ni la leche materna extraída ni la leche de fórmula debería ser calentada en un microondas</li> <li>- Se debe respetar la decisión informada de las mujeres sobre la forma de alimentación elegida</li> </ul> </li> </ul> <p><b>18.9</b> En esta fase los Cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NOC 2511: Estado materno: puerperio</li> <li>• NOC 0118: Adaptación del RN</li> <li>• NOC 1001: Establecimiento lactancia materna: madre</li> <li>• NOC 1000: Establecimiento de la lactancia: lactante</li> <li>• NOC 1500: Lazos afectivos padres – hijo</li> </ul> <p><b>18.10</b> Se dará el alta hospitalaria antes de las 48 horas a aquellas mujeres, sin patología puerperal, cuyos bebés hayan nacido a término y sin complicaciones, siempre que se pueda garantizar un adecuado seguimiento <sup>(Recomendación Débil)<sup>1</sup></sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el momento del alta <sup>(AG)</sup>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizará la verificación de la identidad inequívoca del RN<sup>43</sup></li> <li>- Se entregará: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de Alta Hospitalaria para la mujer incluyendo básicamente las características del parto y alumbramiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Datos del parto (fecha, edad gestacional, forma de comienzo y terminación)</li> <li>&gt; Realización o no de episiotomía, tipo de desgarro</li> <li>&gt; Evolución del puerperio</li> <li>&gt; Estado del RN al alta</li> </ul> </li> <li>• Informe de Alta Hospitalaria para el RN incluyendo básicamente: <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Tipo de parto</li> <li>&gt; Exploración del RN, Test de Apgar, somatometría, sexo</li> <li>&gt; La realización o no de la profilaxis ocular, la administración de la vitamina K y la vacuna frente al VHB</li> <li>&gt; Emisión de meconio y orina en primeras 24 horas</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>



Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Peso al alta del RN</li> <li>&gt; Tipo de alimentación al alta (Lactancia Materna Exclusiva, Mixta, Artificial)</li> <li>&gt; La realización o no de Otoemisiones acústicas</li> <li>&gt; Documento de Salud Infantil (DSI)</li> <li>&gt; Hoja de Continuidad de Cuidados</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el tipo de alimentación del RN sano es Lactancia Materna Exclusiva se recomienda la toma de 400 UI de vitamina D diaria, en los 6 primeros meses de vida <sup>(AG) (Recomendación B)55</sup></li> <li>•  Se informará: <ul style="list-style-type: none"> <li>- De los contenidos del Informe de Alta Hospitalaria, comprobando la comprensión de los mismos</li> <li>- Que debe acudir a su Centro de Salud, para la realización del cribado ampliado de metabolopatías (3º-5º días de vida)<sup>32</sup></li> <li>- Sobre la visita puerperal a realizar</li> <li>- Sobre otros programas de salud a los que tiene acceso (Vacunaciones, Salud Infantil, Salud Sexual y Reproductiva)<sup>56</sup></li> </ul> </li> <li>• Se proveerá: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El formulario para la recogida de la muestra del cribado de metabolopatías<sup>32</sup></li> <li>- La cita para el cribado de hipoacusia, si este no se ha realizado antes del alta hospitalaria<sup>54</sup></li> </ul> </li> </ul> <p><b>18.11</b> Se garantizará la transmisión de información entre diferentes ámbitos de atención (AP-AH), existiendo un procedimiento estandarizado para la comunicación al alta </p>

## Matrona y Enfermera de AP

Actividades	Características de calidad
<p><b>19º</b> <b>VISITA</b> <b>PUERPERAL</b></p>	<p><b>19.1</b> Se concertará la cita preferentemente para el tercer o cuarto día de vida del RN <sup>(Recomendación ✓)1</sup></p> <p><b>19.2</b> Se verificará la identidad inequívoca de la madre </p> <p><b>19.3</b> Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes  </p> <p><b>19.4</b> Se realizará: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La revisión de datos del parto y vivencias</li> </ul> </p>

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La valoración de <a href="#">(Recomendación ✓)1</a>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La situación actual, estado anímico, cambio emocional (ante la sospecha de depresión postparto se aplicará Escala Edinburgh <a href="#">(Recomendación Fuerte)1</a> (Anexo 4))</li> <li>- Del Apoyo Familiar y Social</li> <li>- De las estrategias de afrontamiento</li> </ul> </li> <li>• La valoración de si es precisa una exploración de la madre relativa a <a href="#">(AG)24,49</a>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado general</li> <li>- Mamas</li> <li>- Cicatriz de episiotomía o cesárea previa</li> <li>- Involución uterina</li> <li>- Loquios</li> </ul> </li> <li>• La exploración del RN <a href="#">(AG)24</a>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspecto general</li> <li>- Vitalidad</li> <li>- Hidratación</li> <li>- Coloración</li> <li>- Reflejos</li> <li>- Estado del ombligo</li> </ul> </li> <li>• La evaluación de la nutrición del RN, valorando como se está alimentando y reforzando la lactancia materna o repasando con la madre la manera mas adecuada de alimentación con leche artificial</li> </ul> <p><b>19.5</b> Se completará el calendario vacunal en aquellas mujeres en las que no exista evidencia de inmunización, tan pronto como sea posible después del parto y valorando los riesgos y beneficios <a href="#">(AG)</a></p> <p><b>19.6</b> Se darán recomendaciones relativas a <a href="#">(AG)1</a>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene general, cuidados de la episiotomía/desgarro en su caso, y tratamiento del dolor perineal <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicios para la recuperación del periné</li> <li>- Administración de paracetamol vía oral (una dosis de 500 a 1000 mg cada 8 a 12 horas) en caso de dolor perineal <a href="#">(Recomendación Débil)1</a> y utilización del tratamiento con frío localizado (compresa de hielo y compresas de gel frías) como segunda línea de tratamiento <a href="#">(Recomendación Débil) 1</a></li> <li>- Programa de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en mujeres que presentan incontinencia urinaria o fecal después del parto <a href="#">(Recomendación Débil) 1</a></li> <li>- Manejo terapéutico de las mujeres con lumbalgia después del parto similar al de la población general <a href="#">(Recomendación ✓) 1</a></li> <li>- Se recomienda la administración de un laxante estimulante de la motilidad intestinal u osmótico (lactulosa) en aquellas mujeres en las que persiste el estreñimiento a pesar de haber aumentado la ingesta de fibras naturales y líquidos <a href="#">(Recomendación Fuerte) 1</a></li> </ul> </li> </ul>

Actividades	Características de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descanso de la madre <sup>(AG)</sup></li> <li>• Cuidados del bebé y signos de alerta de complicaciones</li> <li>• Refuerzo de la lactancia natural si está lactando: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se ofrecerá a todas estas madres un apoyo dirigido a mantener la duración y exclusividad de la lactancia materna de manera prolongada. En caso de ofrecer este apoyo es preferible que se haga de manera individualizada siguiendo los 10 pasos recomendados por la IHAN <sup>57</sup> (<i>Recomendación Fuerte</i>) <sup>1</sup></li> </ul> </li> <li>• Refuerzo del proceso y de los distintos aspectos de la vinculación madre/hijo</li> <li>• Riesgos para el RN de determinadas enfermedades inmunoprevenibles y la administración de vacunas <sup>(AG)</sup></li> <li>• Reforzar el consejo sobre hábitos de vida saludable</li> <li>• Actividad sexual y anticoncepción <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se sugiere que los/las profesionales sanitarios promuevan durante el puerperio espacios en los que se pueda tratar con las mujeres y sus parejas aspectos relacionados con el consejo contraceptivo y la vivencia de la sexualidad en esta etapa <sup>(Recomendación ✓)</sup></li> </ul> </li> </ul> <p><b>19.7</b> En esta fase los Cuidados irán orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NOC 2511: Estado materno: puerperio</li> <li>• NOC 0118: Adaptación del RN</li> <li>• NOC 1001: Establecimiento lactancia materna: madre</li> <li>• NOC 1000: Establecimiento de la lactancia: lactante</li> <li>• NOC 1900: Conducta de vacunación</li> <li>• NOC 1500: Lazos afectivos padres – hijo</li> </ul> <p><b>19.8</b> Se garantizará la continuidad de los cuidados a la madre, al RN y a la familia <sup>(AG)</sup></p>

# Competencias específicas del equipo profesional

En el desarrollo de la Gestión por competencias del SSPA, a partir de 2006, se ha venido incluyendo en los Procesos Asistenciales Integrados, los mapas de competencias correspondientes de los y las diferentes profesionales.

En la primera etapa se clasificaron de manera estratégica en Conocimientos, Habilidades y Actitudes, a efectos didácticos, y de exhaustividad.

En una segunda fase se identificaron competencias generales (afectan a todos los profesionales con independencia de su puesto o categoría) y transversales (que tienen que ver con los contenidos esenciales en el ámbito sanitario) y extraídas a partir de los Mapas de Competencias de los diferentes profesionales del SSPA, cuyo objetivo es la Acreditación.

En la actualidad nos centramos en las Competencias Específicas, que se ajustan a las competencias técnicas o funcionales que los profesionales tienen que garantizar a la gestante en el desarrollo de su proceso asistencial, se orientarán, por tanto, a los resultados esperados y van encaminadas a la generación de un impacto en la atención que se presta a los usuarios y en el desarrollo individual de los profesionales.

Estas Competencias Específicas se establecen a partir de las competencias claves identificadas en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y Unidades funcionales (UFUN) para la elaboración de mapa de competencias profesionales para el puesto de trabajo, definido en el ámbito del modelo de Gestión de Planes de Desarrollo Individual del Sistema Sanitario Público de Andalucía (GPDI).

A medida que los grupos profesionales las identifiquen, estarán disponibles en:

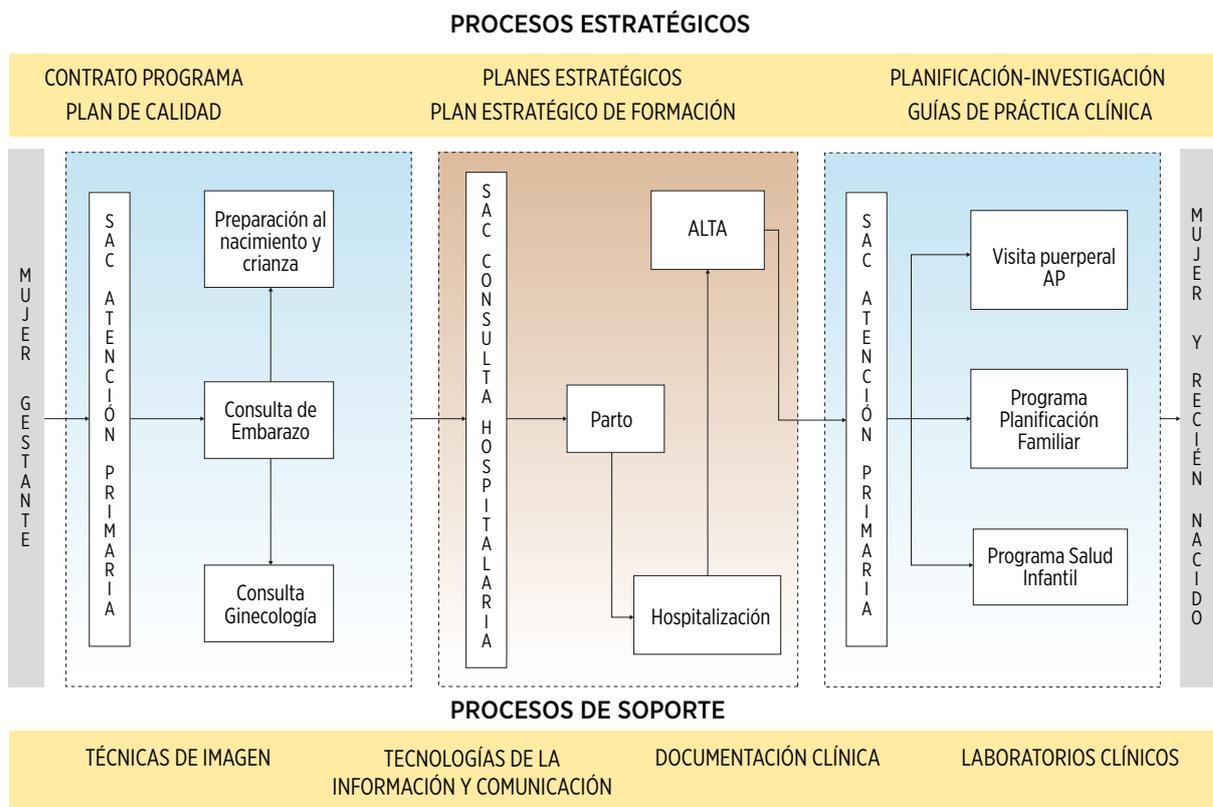
[http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/gestor/es/calidadscopio/buenas\\_practicas](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/gestor/es/calidadscopio/buenas_practicas)



# Representación Gráfica del PAI

La representación global del Procesos Asistencial Integrado permite visualizar la amplitud real del mismo, iniciándose el Proceso Operativo (clínico-asistencial) tras el contacto de la persona con el Sistema Sanitario por las diferentes entradas posibles (061- AP- AH), y la atención de los profesionales desde diferentes ámbitos de actuación en Atención Primaria y Atención Hospitalaria; dándose continuidad a la asistencia de la gestante/familia y a la salida del PAI, en el marco establecido por los Procesos Estratégicos y sustentados en los Procesos de Soporte.

## ► Representación global





<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>Primera visita prenatal</b>
<b>FÓRMULA</b>	Número de mujeres embarazadas a las que se les realiza la primera visita prenatal en el transcurso de las 10 primeras semanas de gestación x 100 / Número de mujeres embarazadas a las que se les realiza primera visita prenatal en el mismo periodo de tiempo
<b>DEFINICIÓN</b>	Mujeres embarazadas a las que se les realiza la primera visita prenatal dentro de las primeras 10 semanas
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>DIMENSIÓN</b>	Efectividad
<b>FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN</b>	La atención precoz a la mujer embarazada mejora los resultados finales del embarazo
<b>POBLACIÓN DEL INDICADOR</b>	Mujeres incluidas en el PAI EPP que han realizado la primera visita prenatal en el periodo de tiempo evaluado
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Historia de Salud
<b>PERIODICIDAD</b>	Anual
<b>ESTÁNDAR</b>	≥75%

<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>Cribado combinado del primer trimestre (CCIT)</b>
<b>FÓRMULA</b>	Número de mujeres embarazadas a las que se les realiza cribado combinado de primer trimestre x 100 / Número de mujeres embarazadas que son atendidas durante el primer trimestre de embarazo, en el mismo periodo de tiempo
<b>DEFINICIÓN</b>	Cribado combinado del primer trimestre
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>DIMENSIÓN</b>	Efectividad
<b>FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN</b>	Detección de anomalías
<b>POBLACIÓN DEL INDICADOR</b>	Mujeres incluidas en el PAI EPP, en un periodo de tiempo dado Se excluirán del denominador las mujeres que no han aceptado la realización del cribado
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Historia de Salud
<b>PERIODICIDAD</b>	Anual
<b>ESTÁNDAR</b>	≥95%

<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>CRIBADO eco20</b>
<b>FÓRMULA</b>	Número de mujeres embarazadas a las que se les realiza la exploración ecográfica del segundo trimestre x 100 / Número de mujeres embarazadas que son atendidas durante el segundo trimestre de embarazo, en el mismo periodo de tiempo
<b>DEFINICIÓN</b>	Cribado combinado del segundo trimestre
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>DIMENSIÓN</b>	Efectividad
<b>FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN</b>	Detección de malformaciones estructurales
<b>POBLACIÓN DEL INDICADOR</b>	Mujeres incluidas en el PAI EPP, en un periodo de tiempo dado Se excluirán del denominador las mujeres que no han aceptado la realización del cribado
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Historia de Salud
<b>PERIODICIDAD</b>	Anual
<b>ESTÁNDAR</b>	≥95%

<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>Profilaxis inmunización antiD</b>
<b>FÓRMULA</b>	Número de mujeres Rh(-) no sensibilizadas a las que se administra gammaglobulina antiD entre las semanas 28-30 de gestación x 100 / Número de gestantes Rh(-) no sensibilizadas en el mismo periodo de tiempo
<b>DEFINICIÓN</b>	Isoinmunización Rh
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>DIMENSIÓN</b>	Efectividad
<b>FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN</b>	La identificación de mujeres Rh negativas y la administración de gammaglobulina antiD entre la 28-32 semanas para reducir el riesgo de isoinmunización Rh
<b>POBLACIÓN DEL INDICADOR</b>	Mujeres incluidas en el PAI EPP en el periodo evaluado. Deben excluirse del denominador las mujeres que rechazan la gammaglobulina antiD y aquellas en las que el médico no la recomienda
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Historia de Salud
<b>PERIODICIDAD</b>	Anual
<b>ESTÁNDAR</b>	≥75%

<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>Episiotomía</b>
<b>FÓRMULA</b>	Número de mujeres a las que se les realiza episiotomía en el parto x 100 / Número de mujeres atendidas en el parto en el mismo periodo de tiempo
<b>DEFINICIÓN</b>	Realización de episiotomía
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>DIMENSIÓN</b>	Efectividad
<b>FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN</b>	Medir la incidencia de la realización de episiotomía en mujeres con parto normal
<b>POBLACIÓN DEL INDICADOR</b>	Mujeres incluidas en el PAI EPP, en el periodo evaluado, que tienen un parto vaginal. Se excluirán las mujeres con parto instrumental
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Historia de Salud
<b>PERIODICIDAD</b>	Anual
<b>ESTÁNDAR</b>	≤30%

<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>Cribado de hipoacusia</b>
<b>FÓRMULA</b>	Número de recién nacidos a los que se les realiza cribado de hipoacusia (1 <sup>era</sup> prueba OEA) x 100 / Número total de recién nacidos durante el mismo periodo de tiempo
<b>DEFINICIÓN</b>	Cribado de hipoacusia
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>DIMENSIÓN</b>	Efectividad
<b>FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN</b>	La identificación de la hipoacusia en los recién nacidos
<b>POBLACIÓN DEL INDICADOR</b>	Recién nacidos de mujeres incluidas en el PAI EPP en el periodo evaluado
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Registro de Hipoacusias
<b>PERIODICIDAD</b>	Anual
<b>ESTÁNDAR</b>	≥95%

<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>Lactancia materna exclusiva</b>
<b>FÓRMULA</b>	Número de recién nacidos con lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria x 100 / Número de recién nacidos en el mismo periodo de tiempo
<b>DEFINICIÓN</b>	Lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Resultado
<b>DIMENSIÓN</b>	Efectividad
<b>FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN</b>	Medir el tipo lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria
<b>POBLACIÓN DEL INDICADOR</b>	Número de recién nacidos de madres incluidas en el PAI EPP en el mismo periodo de tiempo
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Historia de Salud
<b>PERIODICIDAD</b>	Anual
<b>ESTÁNDAR</b>	≥75%

<b>DENOMINACIÓN</b>	<b>Visita puerperal</b>
<b>FÓRMULA</b>	Número de puérperas a las que se les realiza visita puerperal (en su domicilio o en el centro de salud) en los primeros 4 días de vida del recién nacido x 100 / Número de puérperas en el mismo periodo de tiempo
<b>DEFINICIÓN</b>	Visita puerperal
<b>TIPO DE INDICADOR</b>	Proceso
<b>DIMENSIÓN</b>	Efectividad
<b>FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN</b>	Revisión y educación sanitaria sobre la puérpera y el recién nacido
<b>POBLACIÓN DEL INDICADOR</b>	Mujeres puérperas incluidas en el PAI EPP en el periodo evaluado. Se excluirán las mujeres a las que se ha realizado cesárea
<b>FUENTE DE DATOS</b>	Historia de Salud
<b>PERIODICIDAD</b>	Anual
<b>ESTÁNDAR</b>	≥75%

## Consejos preconceptionales <sup>(AG)</sup>

Se deben valorar el conocimiento y la realización de los consejos preconceptionales, haciendo hincapié sobre:

- Necesidad de la ingesta de ácido fólico
- Riesgo de exposiciones laborales o ambientales
- Necesidad de consejo sobre estilo de vida saludable
- Fármacos
- Agentes físicos
- Infecciones
- Agentes tóxicos
- Patología crónica

### **Necesidad de la ingesta de ácido fólico**

La indicación y dosificación de ácido fólico en embarazadas y mujeres que desean la concepción como medida para la profilaxis de los defectos del tubo neural

### **Riesgos a exposiciones laborales o ambientales**

La información en la etapa preconceptional de la legislación que ampara los derechos de la mujer durante el embarazo, dirigida a prevenir la exposición a riesgos laborales

### **Riesgos teratógenos**

La relevancia de evitar exponerse a los siguientes riesgos:

#### **Fármacos**

- Debe evitarse la automedicación
- Advertir de que no hay que abandonar algunas medicaciones en algunas enfermedades crónicas inestables ya que las consecuencias de una crisis pueden superar el posible riesgo de la medicación
- Advertir de la existencia de fármacos totalmente contraindicados en la gestación y por lo tanto debe evitarlos en el periodo preconceptional:
  - Dietilestilbestrol
  - Talidomida

- Misoprostol
- Andrógenos
- Retinoides
- Dosis superiores a 5000 UI de vitamina A

### Agentes físicos

- Evitar realizar radiografías en etapa periconcepcional
- Informar sobre el riesgo de exposición a hipertermia, sea ésta de origen endógeno o exógeno:
  - Fiebre
  - Saunas
  - Trabajo próximo a fuentes emisoras de calor (hornos industriales)

### Infecciones

- El riesgo de transmisión que se asocia con la fase aguda de una infección, coincidiendo con la bacteriemia/viremia/parasitemia en caso de:
  - Hepatitis A
  - Citomegalovirus
  - Rubéola
  - Toxoplasma
  - Varicela Z
  - Parotiditis
  - Listeria
  - Parvovirus B 19
- En caso de infección crónica persistente (sangre/fluidos orgánicos y lesiones) el riesgo de infección se mantiene mientras se mantenga la infección
  - Hepatitis B y C
  - *Treponema pallidum*
  - Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
  - Estreptococo betahemolítico
  - *Neisseria gonorrhoeae*
- Para controlar la transmisión vertical, se recomienda solicitar a todas las mujeres que acuden a la consulta con deseo de gestación, previo consentimiento oral, serología de:
  - Lúes
  - Rubéola
  - VIH
  - Serología de hepatitis B en mujeres con riesgo de exposición laboral a sangre humana, convivir o ser pareja de portador de AgHBs, adicción a drogas por vía parenteral, trabajadoras en instituciones de enfermos mentales, reclusas, personal de instituciones penitenciarias, receptores de transfusiones o hemoderivados de forma repetida, viaje a zonas de alta incidencia

- Se debe insistir en las medidas higiénico-dietéticas para evitar en este periodo y a lo largo de la gestación el contacto con el Toxoplasma
- Se debe ofertar cribado de enfermedad de Chagas a las mujeres de origen o procedencia de países latinoamericanos con endemia

### **Agentes tóxicos**

- Se recomendará el abandono del tabaquismo
- Respecto al alcohol no hay dosis segura
- Reducir el consumo de cafeína a 50 mg/día (una taza puede contener entre 100-150 mg, si es descafeinado 2-4 mg)

### **Patología crónica**

La importancia del control y del seguimiento de patologías crónicas, así como la adecuación del tratamiento farmacológico a su nueva situación de gestación

- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Patología del tiroides
- Epilepsia
- Asma
- Conectivopatías bajo tratamiento con corticoides



## Manejo de problemas frecuentes durante el embarazo<sup>1</sup>

### **Nauseas y vómitos:**

Se sugiere ofrecer tratamiento con piridoxina para el alivio de las náuseas y vómitos durante las etapas iniciales de la gestación.

Se sugiere la administración de antihistamínicos, jengibre (ginger) y o sesiones de acupresión o acupuntura como alternativas terapéuticas a la administración de piridoxina para el alivio de las náuseas y los vómitos durante las etapas iniciales de la gestación

Se sugiere emplear las fenotiacinas como última opción terapéutica para el alivio de las náuseas y vómitos durante las etapas iniciales de la gestación.

### **Pirosis:**

Se sugiere informar a las gestantes con pirosis sobre modificaciones en el estilo de vida y la dieta

Se sugiere el uso de antiácidos para el alivio de la pirosis en mujeres embarazadas

Se sugiere la combinación de ranitidina (antagonista de los receptores H<sub>2</sub>) con los antiácidos cuando persiste la pirosis tras el tratamiento de antiácidos solos.

### **Estreñimiento:**

En mujeres embarazadas con estreñimiento se sugiere aumentar la ingesta de alimentos ricos en fibra para incrementar la frecuencia de defecación.

En mujeres embarazadas con estreñimiento se puede considerar el uso de laxantes que incrementan el volumen del bolo fecal como laxantes de primera línea para aumentar la motilidad intestinal.

### **Hemorroides:**

Se recomienda considerar el uso de rutosidas vía oral para el tratamiento sintomático de hemorroides grado 1 y 2 en embarazadas

### **Varices:**

Se sugiere informar a las mujeres que la aparición de varices es frecuente durante el embarazo, y que el uso de medias de compresión puede contribuir a mejorar la sintomatología, aunque no asegura su prevención.

Se sugiere ofrecer rutosida por vía oral a aquellas embarazadas con insuficiencia venosa para aliviar su sintomatología

**Lumbalgia:**

Se sugiere la realización de ejercicios acuáticos y otros programas de ejercicio individualizados, así como los masajes terapéuticos para aliviar la lumbalgia durante el embarazo.

## Registro cardiotocográfico<sup>2</sup>

- El cardiotocógrafo debe tener correctamente establecida la fecha y la hora.
- El registro debe estar correctamente identificado con el nombre de la mujer y la fecha.
- Cualquier acontecimiento intraparto que pueda afectar a la FCF debe ser anotado, en ese momento, sobre el registro, debiéndose anotar la fecha y la hora en que sucede además de la firma (por ejemplo, tacto vaginal, microtoma o posición sentada para la epidural).
- Cualquier miembro del personal a quien se le pida que proporcione una opinión acerca de un registro, debe anotar sus conclusiones sobre el registro así como en la historia, junto con la fecha, hora y firma.
- Después del nacimiento se anotará en el registro la fecha, hora y tipo de parto.

## Clasificación de la CTG en función de la frecuencia cardíaca fetal

Clasificación	Frecuencia cardíaca (l/m)	Variabilidad (l/m)	Desaceleraciones	Aceleraciones
CTG tranquilizador	110-160 l/m	≥5	Ninguna	Presentes
CTG no tranquilizador	100-109 l/m 161-180 l/m	<5 durante 40-90 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desaceleraciones variables típicas con más del 50% de contracciones (durante unos 90 minutos).</li> <li>• Desaceleración prolongada única (de hasta 3 minutos).</li> </ul>	La ausencia de aceleraciones transitorias en un registro, por otra parte normal, tiene un significado incierto
CTG anormal	La combinación de varias observaciones no tranquilizadoras originan una CTG anormal  < 100 l/m > 180 l/m  Patrón sinusoidal ≥10 minutos	<5 durante más de 90 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desaceleraciones variables atípicas con más del 50% de las contracciones o desaceleraciones tardías (DIPIL), ambas durante más de 30 minutos.</li> <li>• Desaceleración prolongada única de &gt;3 minutos.</li> </ul>	
CTG preterminal	Ausencia total de variabilidad y reactividad con o sin deceleraciones o bradicardia.			

## Definición de las categorías del registro cardiotocográfico

- Registro Normal: Registro de la FCF con los 4 criterios de lectura clasificados como tranquilizadores.
- Registro Sospechoso: Registro de la FCF con 1 criterio clasificado como no tranquilizador y el resto tranquilizadores.
- Registro Patológico: Registro de la FCF con 2 ó más criterios no tranquilizadores o 1 o más clasificado como anormal.

## Información ampliada acerca de la clasificación de los registros de la FCF

- Un trazado de FCF con variabilidad reducida y aceleraciones repetidas debe considerarse tranquilizador.
- Las desaceleraciones precoces son raras y benignas y, por tanto, no son significativas.
- La mayoría de las desaceleraciones que tienen lugar durante el parto son variables.
- Una bradicardia fetal de más de 3 minutos requiere medidas urgentes e iniciar los preparativos para la rápida extracción del feto, la cual debe llevarse a efecto si no se ha obtenido la recuperación fetal en 9 minutos. Si la FCF se recupera antes de los 9 minutos la decisión de extracción fetal debe ser reconsiderada.
- Una taquicardia fetal de 160-180 lpm, en donde están presentes aceleraciones y sin ningún otro parámetro adverso, no debe ser considerada como sospechosa. Sin embargo, un aumento de la frecuencia cardíaca basal, incluso dentro del rango normal, con otras características anormales o no tranquilizadoras debe aumentar la vigilancia.
- En mujeres con monitorización continua, cada hora debe realizarse una evaluación sistemática, documentada sobre la base de estas definiciones y clasificaciones.
- En presencia de patrones anormales de la FCF se debe valorar:

1. Cambio de posición materna a decúbito lateral, preferiblemente sobre el izquierdo.
2. Examen vaginal para descartar prolapso de cordón o evolución rápida del parto.

En este momento podría procederse a la estimulación de la calota fetal como método diagnóstico complementario.

3. En caso de mujeres en las que se esté administrando oxitocina: en presencia de un trazado sospechoso de la FCF se debe consultar con el obstetra. Si el trazado de la FCF se clasifica como patológico, se debe suspender la oxitocina y proceder a una evaluación completa de la condición del feto por un obstetra antes de reanudar la oxitocina.
4. Monitorización de la presión sanguínea materna para descartar hipotensión materna.

5. Si el patrón anormal está asociado a hiperdinamia no secundaria a oxitocina debe considerarse la utilización de tocolíticos.
6. El uso prolongado de la oxigenoterapia en la madre puede ser perjudicial para el feto y debe evitarse. No hay estudios que evalúen los beneficios o los riesgos asociados con el uso a corto plazo de la oxigenoterapia materna en los casos de presunto compromiso fetal.

### **Características de las desaceleraciones variables atípicas**

Las desaceleraciones variables atípicas se definen por presentar una o varias de las siguientes características:

- Pérdida del ascenso transitorio inicial (Primario).
- Retorno lento a la FCF de la línea de base.
- Pérdida del ascenso transitorio secundario.
- Ascenso transitorio secundario prolongado.
- Desaceleración bifásica.
- Pérdida de la variabilidad durante la deceleración.
- Continuación posterior de la línea de base a un nivel más bajo



## **Edinburgh Postnatal Scale (EPDS)<sup>58</sup>** **Versión validada en español (adaptado de García-Esteve 2003)**

### **Instrucciones**

Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría saber cómo se siente ahora. Por favor, SUBRAYE la respuesta que encuentre más adecuada en relación a cómo se ha sentido durante la semana pasada.

EN LOS PASADOS 7 DIAS:

- (1) He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas
  - Igual que siempre
  - Ahora, no tanto como siempre
  - Ahora, mucho menos
  - No, nada en absoluto
- (2) He mirado las cosas con ilusión
  - Igual que siempre
  - Algo menos de lo que es habitual en mí
  - Bastante menos de lo que es habitual en mí
  - Mucho menos que antes
- (3) Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal
  - Si, la mayor parte del tiempo
  - Si, a veces
  - No muy a menudo
  - No, en ningún momento
- (4) Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo
  - No, en ningún momento
  - Casi nunca
  - Si, algunas veces
  - Si, con mucha frecuencia

- (5) He sentido miedo o he estado asustada sin motivo  
Sí, bastante  
Sí, a veces  
No, no mucho  
No, en absoluto
- (6) Las cosas me han agobiado  
Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas  
Sí, a veces no soy capaz de afrontarlas tan bien como siempre  
No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien  
No, he afrontado las cosas tan bien como siempre
- (7) Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir  
Sí, la mayor parte del tiempo  
Sí, a veces  
No muy a menudo  
No, en ningún momento
- (8) Me he sentido triste o desgraciada  
Si, la mayor parte del tiempo  
Si, bastante a menudo  
No con mucha frecuencia  
No, en ningún momento
- (9) Me he sentido tan infeliz que he estado llorando  
Sí, la mayor parte del tiempo  
Sí, bastante a menudo  
Sólo en alguna ocasión  
No, en ningún momento
- (10) He tenido pensamientos de hacerme daño  
Sí, bastante a menudo  
A veces  
Casi nunca  
En ningún momento

<b>AFI</b>	Auscultación fetal intermitente
<b>AGSNA</b>	Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería
<b>AH</b>	Atención Hospitalaria
<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>CC1T</b>	Cribado combinado del primer trimestre
<b>CTG</b>	Cardiotocografía
<b>DSE</b>	Documento de Salud de la Embarazada
<b>DSI</b>	Documento de Salud Infantil
<b>EGB</b>	Estreptococo Grupo B
<b>ESP</b>	Estrategia para la Seguridad del Paciente
<b>FCF</b>	Frecuencia cardíaca fetal
<b>FM</b>	Fórmula menstrual
<b>FO</b>	Fórmula obstétrica
<b>FPP</b>	Fecha probable del parto
<b>FUR</b>	Fecha última regla
<b>HS</b>	Historia de Salud
<b>IHAN</b>	Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia
<b>IMC</b>	Índice de Masa Corporal
<b>MEFC</b>	Monitorización electrónica fetal continua
<b>MEFI</b>	Monitorización electrónica fetal intermitente
<b>NOC</b>	Clasificación de Resultados de Enfermería Nursing Outcomes Classification
<b>OEA</b>	Otoemisiones acústicas
<b>RN</b>	Recién nacido/a
<b>SAC</b>	Servicio de Atención a la Ciudadanía
<b>SCU</b>	Sangre de cordón umbilical
<b>SG</b>	Semana de Gestación
<b>SOG</b>	Sobrecarga oral de glucosa
<b>SSPA</b>	Sistema Sanitario Público de Andalucía
<b>Td</b>	Tétanos-difteria
<b>TENS</b>	Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea Transcutaneous electrical nerve stimulation
<b>UGC</b>	Unidad de Gestión Clínica
<b>VHB</b>	Virus de la Hepatitis B
<b>VHC</b>	Virus de la Hepatitis C
<b>VIH</b>	Virus de la Inmunodeficiencia Humana



# Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [Internet]. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [citado 27/06/2014]. URL: [goo.gl/7tQPT4](http://goo.gl/7tQPT4)
2. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre atención al parto normal. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010 [citado 03/03/2014]. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01. URL: [www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_472\\_Parto\\_Normal\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf)
3. Palacios-González J, Moreno-Rodríguez MC, Oliva-Delgado A, Román-Rodríguez M, Antolín-Suárez L, Estévez-Campos RM, et al. Evaluación y promoción de competencias parentales en el Sistema Sanitario Público Andaluz: embarazo, parto y puerperio [Internet]. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; Universidad de Sevilla; 2014 [citado 21/02/2014]. URL: [www.repositoriosalud.es/handle/10668/1465](http://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1465)
4. González-Sanz JD, Barquero-González A, González-Losada S, Higuero-Macías JC, Lagares-Rojas FM, Caballero-Pérez I et al. Guía orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía. [Sevilla]: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; Universidad de Huelva; Universidad de Sevilla; En prensa.
5. Dotor-Gracia M, Fernández-García E, (Coord). Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados [Internet]. 2ª Ed. [Sevilla]: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2009 [citado 20/02/2014]. URL: [goo.gl/VolBwy](http://goo.gl/VolBwy)
6. Grupo NIDCAP, Grupo PrevInfad/AEPap. Cuidados desde el nacimiento: recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [citado 18/02/2014]. URL: [www.sergas.es/gal/muller/docs/cuidados\\_desde\\_el\\_nacimiento.pdf](http://www.sergas.es/gal/muller/docs/cuidados_desde_el_nacimiento.pdf)
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50: a guideline developer's handbook [Internet]. Edinburgh: Healthcare Improvement Scotland; c2001-2013 [citado 18/02/2014]. URL: [goo.gl/btbLsS](http://goo.gl/btbLsS)
8. GRADE working group. Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations [Internet]. [s.l.]: GRADE; c2005-2013 [citado 18/02/2014]. URL: [goo.gl/3cH4w](http://goo.gl/3cH4w)
9. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman [Internet]. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008 [citado 18/02/2014]. NICE Clinical Guidelines; 62. URL: [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK51886](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK51886)
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nueve soluciones para la seguridad del paciente [Internet]. Washington: Ginebra: OMS; 2007 [citado 20/02/2014]. URL: [goo.gl/CTh6Vc](http://goo.gl/CTh6Vc)
11. Barrera-Becerra C, Bejarano-Rojas MD, Cortes-Martínez C, Fernández-de la Mota E, Fernández-Santiago E, Lacida-Baro M, et al. Estrategia para la seguridad del paciente [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2006 [citado 20/02/2014]. URL: [goo.gl/3PTZ9o](http://goo.gl/3PTZ9o)
12. Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado nº 274, (15-11-2002) [citado 03/03/2014]. URL: [goo.gl/fiJyMC](http://goo.gl/fiJyMC)

13. Orden de 8 de julio de 2009 por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado [Internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 152, (06-08-2009) [citado 03/03/2014]. URL: <http://juntadeandalucia.es/boja/2009/152/boletin.152.pdf>
14. Simón-Lorda P, Esteban-López S, (Coord). Estrategia de bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía: 2011-2014[Internet]. [Sevilla]: Junta de Andalucía, Consejería Salud; 2011[citado 24/02/2014]. URL: [goo.gl/ayCXuZ](http://goo.gl/ayCXuZ)
15. Comité de Evaluación y Seguimiento del Consentimiento Informado (CESCI), Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Catálogo de formularios de consentimiento informado escrito del SSPA [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; [actualizado 21/02/2014; citado 27/02/2014]. URL: [goo.gl/15URe5](http://goo.gl/15URe5)
16. Moorhead S, Johnson M, Mas M, Swanson E, (eds). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª Ed. Madrid: Elsevier; 2005.
17. Department of Veterans Affairs. VA/DoD clinical practice guideline for management of pregnancy [Internet]. Washington (DC): Department of Defense, Department of Veterans Affairs; 2009 [citado 29/07/2014]. URL: [www.healthquality.va.gov/guidelines/WH/up/mpg\\_v2\\_1\\_full.pdf](http://www.healthquality.va.gov/guidelines/WH/up/mpg_v2_1_full.pdf)
18. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Vacunación adultos [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; [actualizado 28/01/2014; citado 20/02/2014]. URL: [goo.gl/HbfJNE](http://goo.gl/HbfJNE)
19. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Recomendaciones oficiales de vacunación [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [actualizado 15/01/2013; citado 20/02/2014]. URL: [www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/vacunas/recomendacionesOficiales-Vacun/home.htm](http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/vacunas/recomendacionesOficiales-Vacun/home.htm)
20. Antiñolo-Gil G, Sánchez-García J, Sainz-Bueno JA, Guerrero-Montávez JM. Programa Andaluz para el Cribado de Anomalías Congénitas (PACAC). Plan de genética de Andalucía-Sistema Sanitario Público de Andalucía [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud; 2009 [citado 20/02/2014]. URL: [goo.gl/fmdBGY](http://goo.gl/fmdBGY)
21. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Parasites - American Trypanosomiasis (also known as Chagas Disease) [Internet]. Atlanta: CDC; 2013 [citado 17/02/2014]. URL: [www.cdc.gov/parasites/chagas/epi.html](http://www.cdc.gov/parasites/chagas/epi.html)
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). La enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana)[Internet]. [s.l]: OMS; 2012 [citado 17/02/2014]. URL: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/en/index.html)
23. Aguilar-Diosdado M, (Coord). Proceso asistencial integrado diabetes mellitus (PAI DM) [Internet]. 1ª Ed. [Sevilla]: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2011 [actualizado 2014; citado 12/05/2014]. URL:[goo.gl/yU5eT](http://goo.gl/yU5eT)
24. Dueñas-Díez JL, Bailón-Muñoz E, Dotor-García MI, Granados-García C, Rodríguez-Gómez RM, Rufo-Romero A. Proceso de atención integrado embarazo, parto y puerperio [Internet]. 2ª Ed. [Sevilla]: Consejería de Salud; 2005 [citado 21/02/2014]. URL: [goo.gl/sJloYm](http://goo.gl/sJloYm)
25. Roti E, Gnudi A, Braverman LE. The placental transport, synthesis and metabolism of hormones and drugs which affect thyroid function. *Endocr Rev* [Internet]. 1983 [citado 21/02/2014];4:131-49. URL: <http://dx.doi.org/10.1210/edrv-4-2-131>
26. Lacour JP, Castanet J, Boutté P, Ortonne JP. [Antiseptic treatment of the umbilical cord in newborns: survey and recommendations]. *Arch Pediatr* [Internet]. 1999 [citado 21/02/2014];6:631-4. URL: [www.science-direct.com/science/article/pii/S0929693X99802930](http://www.science-direct.com/science/article/pii/S0929693X99802930)

27. Smerdely P, Lim A, Boyages SC, Waite K, Wu D, Roberts V, et al. Topical iodine-containing antiseptics and neonatal hypothyroidism in very-low-birthweight infants. *Lancet* [Internet]. 1989 [citado 21/02/2014];2:661-4. URL: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(89\)90903-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(89)90903-3)
28. Akkerman D, Cleland L, Croft G, Eskuchen K, Heim C, Levine A, et al. Routine Prenatal care [Internet]. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2012 [citado 21/02/2014]. URL: [www.icsi.org/\\_asset/13n9y4/Prenatal.pdf](http://www.icsi.org/_asset/13n9y4/Prenatal.pdf)
29. Grupo de expertos del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). [Actividades preventivas en la mujer]. *Aten Prim* [Internet]. 2012 [citado 21/02/2014];44(Supl 1):65-80. URL: [www.papps.org/upload/file/Grupo\\_Expertos\\_PAPPS\\_7.pdf](http://www.papps.org/upload/file/Grupo_Expertos_PAPPS_7.pdf)
30. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Control prenatal del embarazo normal [Internet]. Madrid: SEGO;2010 [citado 21/02/2014]. Protocolos Asistenciales. URL: [http://xa.yimg.com/kq/groups/27500701/1330132666/name/PDF\\_Control\\_prenatal\\_embarazo.pdf](http://xa.yimg.com/kq/groups/27500701/1330132666/name/PDF_Control_prenatal_embarazo.pdf)
31. Decreto 101/1995, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento [Internet]. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, nº 72, (17-05-1995) [citado 03/03/2014]. URL: <http://juntadeandalucia.es/boja/1995/72/boletin.72.pdf>
32. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Programa de detección precoz de errores congénitos del metabolismo: Instrucciones para profesionales 2013 [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; [actualizado 05/03/2013; citado 23/04/2014]. URL: [goo.gl/ioZJlc](http://goo.gl/ioZJlc)
33. Organización nacional de trasplantes (ONT). Plan nacional de sangre de cordón umbilical. Marzo 2008. Versión aprobada por la Subcomisión de TPH y por la Comisión de Trasplantes del Consejo Interterritorial [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ONT; [citado 29/04/2014]. URL: [www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/plannscu.pdf](http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/plannscu.pdf)
34. Aguayo-Maldonado J, Escalera-de Andrés C, García-Calvente MM, García-Gonzalez R, Guerra-Moriconi C, Maroto-Navarro G, et al. Buenas prácticas en atención perinatal. Proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía [Internet]. [Sevilla]: Consejería de Salud; [2008] [citado 21/02/2014]. URL: [www.perinatalandalucia.es/file.php/1/BBPP\\_Atencion\\_Perinatal.pdf](http://www.perinatalandalucia.es/file.php/1/BBPP_Atencion_Perinatal.pdf)
35. Plan de parto y nacimiento: Servicio Sanitario Público de Andalucía [Internet]. [Sevilla]: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; [2009] [citado 21/02/2014]. URL: [www.perinatalandalucia.es/file.php/1/PLan\\_partos\\_espanol\\_baja.pdf](http://www.perinatalandalucia.es/file.php/1/PLan_partos_espanol_baja.pdf)
36. Grupo de trabajo creado en el seno de los Comités Institucional y Técnico de la estrategia de atención al parto normal y de salud reproductiva. Plan de parto y nacimiento [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Observatorio de Salud de las Mujeres; [2012] [citado 21/02/2014]. URL: [www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf)
37. Consejería de Salud. Formulario de información y consentimiento informado escrito. Analgesia epidural [Internet]. [Sevilla]: Junta de Andalucía; [citado 24/02/2014]. URL: [goo.gl/3vFle3](http://goo.gl/3vFle3)
38. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Embarazo cronológicamente prolongado [Internet]. Madrid: SEGO; 2010 [citado 21/02/2014]. URL: <http://xa.yimg.com/kq/groups/17358357/1737992276/name/Embarazo>
39. Delaney M, Roggensack A, Leduc D, Ballermann C, Biringer A, Delaney M, et al. Guidelines for the management of pregnancy at 41+0 to 42+0 weeks. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2008 [citado 21/02/2014];30:800-23. URL: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18845050](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18845050)

40. Nabhan AF, Abdelmoula YA. Amniotic fluid index versus single deepest vertical pocket as a screening test for preventing adverse pregnancy outcome. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2008 [citado 21/02/2014];3:CD006593. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006593.pub2/abstract> DOI: 10.1002/14651858.CD006593.pub2.
41. Consejería de Salud. Formulario de información y consentimiento informado escrito. Inducción al parto [Internet]. [Sevilla]: Junta de Andalucía; [citado 24/02/2014]. URL: [goo.gl/N9kl97](http://goo.gl/N9kl97)
42. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Recomendaciones sobre la asistencia al parto [Internet]. Madrid: SEGO; 2008 [citado 21/02/2014]. URL: [www.sego.es/Content/pdf/20080117\\_recomendacion\\_al\\_parto.pdf](http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf)
43. Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad [Internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 244, (16-12-2005) [citado 03/03/2014]. URL: <http://juntadeandalucia.es/boja/2005/244/boletin.244.pdf>
44. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2000 [citado 21/02/2014];4:CD001236. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001236/abstract> DOI: 10.1002/14651858.CD001236
45. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [citado 21/02/2014];7:CD004074. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004074.pub3/abstract> DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.
46. Deneux-Tharoux C, Sentilhes L, Maillard F, Closset E, Vardon D, Lepercq J, et al. Effect of routine controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour on postpartum haemorrhage: multicentre randomised controlled trial (TRACOR). *BMJ* [Internet]. 2013 [citado 21/02/2014];346:f1541. URL: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610557/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610557/)
47. Luna MS, Alonso CR, Mussons FB, Urcelay IE, Conde JR, Narbona E. [Recommendations for the care of the healthy normal newborn at delivery and during the first postnatal hours]. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2009 [citado 21/02/2014];71:349-61. URL: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19766069](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19766069)
48. Executive Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and approved by its Council (SOGC), College of Family Physicians of Canada (CFPC) and Society of Rural Physicians of Canada (SRPC). Attendance at labour and delivery guidelines for obstetrical care. *J SOGC* [Internet]. 2000 [citado 21/02/2014];(89):1-3. URL: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/89E-PS-May2000.pdf>
49. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Puerperio normal y patológico. Madrid: SEGO; 2008
50. Decreto 330/2010, de 13 de julio, por el que se crea y regula el Registro Único de Partos y Nacimientos de Andalucía [Internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía no 145, (26-07-2010) [citado 03/03/2014]. URL: <http://juntadeandalucia.es/boja/2010/145/boletin.145.pdf>
51. Documento de salud infantil [Internet]. [Sevilla]: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2010 [citado 24/02/2014]. URL: [goo.gl/kytR27](http://goo.gl/kytR27)
52. Orden de la Consejería de Salud de 10 de septiembre de 2008, por la que se introduce la vacunación frente al virus del papiloma humano en el calendario de vacunaciones de Andalucía y se define el mismo [Internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía nº185, (17-09-2008) [citado 03/03/2014]. URL: <http://juntadeandalucia.es/boja/2008/185/d1.pdf>
53. Sánchez Ruiz-Cabello J. Prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante [Internet]. Madrid: Aso-

- ciación Española de Pediatría de Atención Primaria; 2013 [citado 16/07/2014]. Recomendaciones PrevInfad / PAPPS. URL: [www.aepap.org/previnfad/muer-tesubita.htm](http://www.aepap.org/previnfad/muer-tesubita.htm)
54. Programa de detección de hipoacusias en recién nacidos [Internet]. [s.l.]: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; [s.a.] [citado 24/02/2014]. URL: [goo.gl/QKGmOn](http://goo.gl/QKGmOn)
55. Pallás-Alonso CR. Suplemento de 400 UI de Vit D. Vitamina D profiláctica [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; 2009 [citado 16/07/2014]. Recomendaciones PrevInfad / PAPPS. URL: [www.aepap.org/previnfad/rec\\_vitamina\\_d.htm](http://www.aepap.org/previnfad/rec_vitamina_d.htm)
56. Portal de Igualdad, Salud y Políticas Sociales [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; [s.a]. Salud Pública; [citado 24/02/2014]. URL: [goo.gl/HI3Rmp](http://goo.gl/HI3Rmp)
57. Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN). Los pasos para ser IHAN [Internet]. Madrid: IHAN; UNICEF; 2008 [actualizado 2014; citado 17/02/2014]. URL: [www.ihan.es/index13.asp](http://www.ihan.es/index13.asp)
58. Garcia-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. J Affect Disord [Internet]. 2003 [citado 24/02/2014];75:71-6. URL: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032702000204](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032702000204)

