

Proceso Asistencial

Atención sanitaria

ciudadanía

Calidad

SSPA

Atención sanitaria

Organización

Ciudadanía

Profesionales

Embarazo, parto y puerperio

Proceso Asistencial

SSPA

Ciudadanía

PROCESO ASISTENCIAL

CIUDADANÍA

Atención sanitaria

Procesos Asistenciales

Profesionales

Ciudadanía

Profesionales

PROCESOS ASISTENCIALES

Proceso Asistencial

Atención sanitaria

Embarazo, parto y puerperio,

Proceso Asistencial

EMBARAZO, parto y puerperio [Recurso electrónico] :
proceso asistencial / [autores/as: Cerrillos González,
Lucas (coordinador) ...et al.]. -- 4ª ed. -- [Sevilla] : Consejería
de Salud y Consumo, 2024.

Texto electrónico (pdf), 131 p.

1. Embarazo. 2. Parto. 3. Periodo posparto. 4. Calidad de la
atención en salud. 5. Guía de práctica clínica. 6. Andalucía.
I. Cerrillos González, Lucas. II. Andalucía. Consejería de Salud
y Consumo.

WQ 200

WQ 300

WQ 500

1ª edición 2002

2ª edición 2005

3ª edición 2014

4ª edición 2024



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

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

PROCESO ASISTENCIAL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Edita: **Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo, 2024.**

Maquetación: **Kastaluna.**

Consejería de Salud: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: <https://repositoriosalud.es/>

Autores/as: **Cerrillos González, Lucas (coordinador científico)**

Médico. Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Gallardo Avilés, Raquel (coordinadora metodológica)

Farmacéutica Atención Primaria. Servicio de Calidad y Procesos. Secretaría General de Planificación Asistencial y Consumo. Consejería de Salud y Consumo. Sevilla.

Arribas Mir, Lorenzo

Médico. Especialista en Medicina de Familia. Centro de Salud La Chana. Distrito Sanitario de Atención Primaria Granada Metropolitano.

Baeyens Fernández, Jose Antonio

Médico. Especialista en Medicina de Familia. Centro de Salud del Marquesado, Consultorio Jérez del Marquesado. Área de Gestión Sanitaria Granada Nordeste. Granada.

Cedeño Benavides, Tania

Médica. Especialista en Medicina de Familia. Centro de Salud Armilla. Distrito Sanitario de Atención Primaria Granada Metropolitano.

Peña Caballero, Manuela

Médica. Especialista en Pediatría. Hospital Universitario Materno-infantil Virgen de las Nieves. Granada.

Rodríguez Soto, Carmen

Matrona. Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla. Sevilla.

Urbano Priego, Manuela

Enfermera de familia. Centro de Salud Occidente. Distrito Sanitario de Atención Primaria Córdoba-Guadalquivir. Córdoba.

Forcada Falcón, Mercedes

Médica. Especialista en Medicina de Familia y Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefa de Servicio de Calidad y Procesos. Secretaría General de Planificación Asistencial y Consumo. Consejería de Salud y Consumo. Sevilla.

Colaboraciones: Albendín García, Luis.

Enfermero. Centro de Salud Casería de Montijo. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Granada.

Baena Antequera, Francisca

Matrona. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

León Larios, Fátima

Matrona. Hospital Universitario Virgen del Rocío y Virgen de Valme. Sevilla.

García Pintor, Sandra

Matrona. Hospital Universitario Poniente. Almería.

Reyes Morillas, María

Matrona. Hospital Universitario Poniente. Almería.

Fernández Peralta, Irene

Médica. Especialista en Medicina de Familia. Centro de Salud de Guadix. Distrito Sanitario de Atención Primaria Nordeste de Granada. Granada.

Declaración de intereses:

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

Revisión interna: Consejería de Salud y Consumo.**Servicio Andaluz de Salud.****Revisión externa:** De las sociedades científicas y asociaciones de pacientes consultadas, se han recibido aportaciones de:

- Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia (SAGO)
- Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC)
- Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía (ASENHOA)
- Asociación Andaluza de Pediatras de Atención Primaria (APAP Andalucía)
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía)
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG Andalucía)
- Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA)

Presentación

Desde hace más de una década, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) puso en marcha un plan para la gestión del conjunto de actuaciones que nos permiten desarrollar una asistencia sanitaria de calidad.

El Proceso Asistencial se ha reafirmado como una herramienta de mejora continua, ordenando los diferentes flujos de trabajo, integrando el conocimiento actualizado y mejorando los resultados en salud, todo ello gracias a la implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua en la calidad de sus procesos.

En estos años, se ha tratado de depurar la descripción del Proceso Asistencial incorporando en las actividades las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos consolidados en el SSPA, la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información que han de recibir las personas y sus familiares, la toma de decisiones compartida, la mejora en la aplicación del consentimiento informado, la humanización de la atención sanitaria, el uso adecuado de medicamentos y aspectos como la metodología enfermera basada en NOC (*Nursing Outcomes Classification*), intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud y mejorando la coordinación de las mismas.

En los últimos años se ha estado trabajando para que los Procesos Asistenciales que se publiquen, junto a los Documentos de Apoyo que se han elaborado para completarlos, respondan a las necesidades de los profesionales, de los pacientes y de las personas que afrontan la gestión, haciéndolos más prácticos y útiles e incluyendo aspectos que aporten valor, como el uso adecuado de las tecnologías y la participación de las personas afectadas a través de la colaboración con las asociaciones, favoreciendo la incorporación de la humanización y la ética en todas las etapas de los procesos.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o revisadas, surgen de la priorización, en base al análisis de cómo se abordan las distintas patologías, la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y creando una propuesta razonable y coherente con dicha evidencia y los recursos disponibles en el Servicio Andaluz de Salud, que recoja las recomendaciones clave, para mejorar la atención sanitaria y los resultados en salud.

Mi agradecimiento a todos los profesionales que integran el SSPA por su contribución a una atención sanitaria humanizada y de calidad.

Ismael Muñoz Martínez
Secretario General de Planificación Asistencial y Consumo

Recomendaciones clave / 9

Introducción / 11

Definición / 19

Descripción general / 21

Componentes: profesionales, actividades, características de calidad / 23

Indicadores / 88

Anexos / 94

Acrónimos / 123

Bibliografía / 127

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.

Recomendaciones clave	Grado
El primer contacto con el sistema de salud se realizará lo antes posible, una vez se disponga del test positivo de gestación para no retrasar la atención, preferiblemente en el transcurso de las 8 primeras semanas de gestación (SG) .	AG
Se recomendará la suplementación con ácido fólico (400 mcg/día) durante los tres primeros meses de gestación para reducir el riesgo de defectos del tubo neural.	Grado EBR ¹
Se recomienda realizar ecografía en el 1^{er} trimestre para determinar la edad gestacional, estimar la fecha de parto, identificar si es embarazo múltiple y confirmar la presencia de actividad cardíaca.	Recomendación fuerte ²
Se realizará exploración ecográfica del 2º trimestre entre la 18 ⁺⁰ -20 ⁺⁶ para detección de malformaciones estructurales .	Recomendación NICE ³ Grado B ⁴
Se solicitará cribado de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) (test de O´ Sullivan) entre las 24-28 SG: - A todas las gestantes como prueba de cribado universal. - A las gestantes con factores de riesgo de DMG en las que se realizó el test de O´ Sullivan en el primer trimestre y cuyo resultado fue negativo .	Grado CBR ⁵ Recomendación consenso ¹
En mujeres con Rh (-) no sensibilizadas (Test Coombs indirecto negativo) se administrará, en la 28 SG, profilaxis con gammaglobulina anti-D, 300 µg (1500 UI) para reducir el riesgo de sensibilización.	Recomendación NICE ³
Se solicitará determinación de colonización de <i>Streptococcus</i> grupo B (EGB) entre la 35-37 SG .	Grado B ¹
La profilaxis con uterotónicos debe realizarse tras el nacimiento del bebé.	Grado IA ⁶ Recomendación OMS ⁷
No clampar el cordón antes de 1 minuto salvo que haya riesgo de la integridad del bebé o si tiene el pulso por debajo de 60 latidos/min y no aumenta.	Recomendación OMS ⁷ Grado IB ⁸ Recomendación NICE ⁹
Se informará del procedimiento de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas , que debe realizarse entre las 36-48 horas preferiblemente antes del alta hospitalaria.	Consenso ^{8,10}
Se recomienda realizar cribado neonatal de hipoacusia con un aparato de otoemisiones acústicas transitorias (OEAt) o de potenciales evocados auditivos de tronco cerebral automáticos (PEATCa), según los factores de riesgo del RN, para detección precoz de hipoacusia.	Recomendación OMS ¹¹

Recomendaciones de no hacer	Grado
No se recomienda la utilización rutinaria de polivitamínicos y multinutrientes.	<i>Recomendación fuerte en contra OMS¹²</i>
No se recomienda el uso rutinario de cardiotocografía para el control del bienestar fetal en mujeres con embarazos no complicados.	<i>Recomendación NICE⁹</i>
No se recomienda realizar episiotomía de manera rutinaria en el parto vaginal espontáneo.	<i>Recomendación fuerte en contra OMS⁷</i>

Introducción

Desde la década de los años 80, la atención al embarazo en nuestra Comunidad Autónoma se realiza de forma conjunta entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

En el año 2002 se publicó el primer Proceso Asistencial Integrado (PAI) Embarazo, Parto y Puerperio en el que se consolidó este modelo de atención compartida. Posteriormente, en el año 2005, se publicó la 2ª edición, donde se incorporaron nuevas evidencias y recomendaciones y se afrontó el reto de brindar una atención integral para garantizar la continuidad asistencial, superando obstáculos relacionados con la complejidad de la organización sanitaria, la excesiva especialización de tareas, la variabilidad en la práctica clínica y la escasa coordinación entre niveles asistenciales.

En el 2006 se inició el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía, cuyo objetivo prioritario sería conseguir conciliar los avances tecnológicos que garantizan 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.

En el año 2014 se realizó la tercera edición del Proceso Asistencial en la que además de actualizar las recomendaciones, se hizo especial énfasis en evitar el excesivo intervencionismo que todavía se seguía realizando en la atención al embarazo y al parto en nuestra Comunidad Autónoma. También se incorporaron otras estrategias y derechos en el SSPA como las recomendaciones sobre seguridad del paciente, bioética, uso racional del medicamento y cuidados de enfermería.

Durante el año 2018 se inició el proceso de actualización de este Proceso Asistencial y comenzaron los trabajos de búsqueda bibliográfica para la incorporación de la mejor evidencia disponible hasta el momento. Con la declaración del estado de alarma debido a la pandemia de COVID-19 en 2020 y la necesidad de atender las demandas asistenciales de aquellos momentos, la actualización de este documento se paralizó.

En esta cuarta edición se han respetado las iniciativas y el espíritu de las versiones anteriores y se han incorporado nuevas recomendaciones de buenas prácticas, tales como estrategias para la prevención de la preeclampsia y del parto prematuro, la indicación de la vacuna dTpa en cada una de las gestaciones o la incorporación del proyecto “Evaluación y promoción de competencias parentales en el Sistema Sanitario Público Andaluz”¹³. También se han revisado recomendaciones para incorporar propuestas de cribado del retraso de crecimiento intrauterino precoz, directrices para la estratificación del riesgo de trombosis venosa profunda en el embarazo y en el puerperio, y recomendaciones en la cronología de las exploraciones ecográficas en el tercer trimestre y la

asistencia a las gestantes en las últimas semanas de embarazo. Asimismo, se ha actualizado la atención que se debe dar al recién nacido durante sus primeros días de vida con la realización del cribado de hipoacusia y de enfermedades endocrino-metabólicas preferentemente antes del alta hospitalaria.

Sin duda, con el Proceso Asistencial se facilita el trabajo en equipo al definir las responsabilidades de cada profesional y cuándo hay que realizar los procedimientos que estén indicados. También ayuda a disminuir la incertidumbre existente en la práctica clínica diaria y la variabilidad innecesaria. Todo ello en beneficio de una asistencia de calidad que garantice la continuidad asistencial en embarazadas y recién nacidos. La atención del embarazo de bajo riesgo debe ser seguido, principalmente, por los profesionales de atención primaria, siendo la atención hospitalaria puntual en las citas indicadas en el Proceso Asistencial y en el momento del parto.

Por último, recordar que los verdaderos protagonistas de este proceso son la gestante y su recién nacido.

Deseamos con esta actualización seguir contribuyendo a la mejora de la calidad asistencial que se da a las gestantes y recién nacidos en el SSPA y a que el proceso de nacimiento sea una experiencia muy satisfactoria para las mujeres y sus parejas.

Aspectos metodológicos

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

Identificación de guías de práctica clínica

Se realizó una búsqueda sistemática no exhaustiva 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.

En el año 2018 se inició la elaboración de este Proceso Asistencial y las búsquedas se limitaron por tipo de estudio a GPC cuyo año de publicación fuera posterior a 2013 (inclusive) y por idioma (español e inglés). Como consecuencia de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, se paralizó la finalización del documento hasta 2022 y, al retomarlo, se revisó la publicación de nuevas GPC sobre embarazo, parto y puerperio entre el 1 enero 2018 y el 30 enero 2022 siguiendo la propuesta de metodología de búsqueda del [Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias \(AETSA\)](#) y teniendo en cuenta los mismos criterios de inclusión, salvo la fecha de publicación. Para ello, se buscaron GPC

que respondieran a la pregunta de investigación, así como actualizaciones de las ya consideradas.

El desarrollo de ambas estrategias de búsqueda (en 2018 y en 2022) fue específico para cada una de las bases de datos y sitios web consultados.

En primer lugar, se realizó una consulta en lenguaje natural de Tripdatabase para orientarnos sobre los países e instituciones que están produciendo guías sobre embarazo, parto y puerperio. Posteriormente, se buscaron GPC en GuíaSalud (España) y en otros sitios web desarrollando estrategias de búsqueda específicas para cada uno. Las organizaciones consultadas fueron: *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN), *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH), *Canadian Medical Association* (CMA) *Infobase*, *Australia's Clinical Practice Guidelines Portal*, *Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), *British Columbia Guidelines*, *Guidelines International Network* (G-I-N), *National Guideline Clearinghouse* (NGC).

Una vez localizados los documentos, se excluyeron las guías encontradas en la búsqueda que abordaban aspectos muy específicos relacionados con el embarazo, parto y puerperio, así como las que respondían a patologías o aspectos descritos en la definición del Proceso Asistencial que no se van a abordar en el mismo. Durante el proceso de elaboración del documento se monitorizó la publicación de nuevas actualizaciones o publicaciones recientes.

Resultados de la búsqueda

Como resultado de la búsqueda de 2018 se obtuvieron un total de 286 referencias relacionadas con el manejo de gestantes, o mujeres en el momento de parto o durante el puerperio. De ellos, nueve fueron duplicados, 38 se eliminaron por idioma, 50 por ser documentos distintos a GPC y de las 189 restantes, en base al título y el resumen, se eliminaron 177 referencias por no estar relacionadas directamente con el objeto de estudio del presente trabajo o cumplir alguno de los criterios de exclusión.

Por tanto, cumplían criterios de inclusión 12 GPC, dos de ellas de origen nacional (elaboradas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de 2014 y la SEGO) y el resto de ámbito internacional elaboradas por la *Canadian Medical Association* (CMA), tres GPC; la *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), dos GPC; el *Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI), una GPC; *Australian Clinical Practice Guidelines*, una GPC; *University of Michigan Health System*, una GPC; *British Columbia Guidelines*, una GPC; y la Organización Mundial de la Salud (OMS), una GPC.

La guía elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de 2014 (“GPC de Atención en el Embarazo y Puerperio”, 2014) fue utilizada como documento

de referencia en el último PAI Embarazo, Parto y Puerperio publicado ese mismo año. Por tanto, consideramos redundante revisar la información contenida en el mismo así como volver a valorar su calidad metodológica, por lo que fue excluida.

Tras la búsqueda realizada en 2022, se localizaron actualizaciones de las guías NICE, de la guía australiana y de la guía de la OMS. Además se localizaron dos guías adicionales de *Queensland Clinical Guidelines*, una de *Department of Veterans Affairs. Department of Defense* (VA/DoD) y otra de la OMS. Tras esta actualización de documentos se consideró pertinente continuar trabajando sobre las GPC localizadas y las actualizaciones de las guías seleccionadas en 2018. En total, 15 GPC.

Evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica identificadas

Todas las guías seleccionadas fueron evaluadas con el instrumento AGREE II¹⁴ obteniéndose una valoración para cada una de ellas. La descripción detallada de la evaluación facilita la adaptación de las guías, ya que permite identificar las fortalezas y debilidades metodológicas de las guías seleccionadas y los detalles relacionados con el contexto de aplicación.

Las guías del British Columbia (“*Population and public health prenatal care pathway*”), las guías del CMA (“*Maternity leave in normal pregnancy*” y “*Rural maternity care*”), junto a la guía SEGO (“Control Prenatal del Embarazo normal”) presentaron baja calidad metodológica y se excluyeron como documentos para la actualización del Proceso Asistencial, siendo su puntuación especialmente baja en los aspectos relacionados con la independencia editorial, rigor de elaboración y aplicabilidad. Igualmente se excluyó para la actualización a la guía de CMA de 2016 (*Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women*) por no estar explícitos los conflictos de intereses de los miembros y falta de aplicabilidad.

La guía elaborada por la *University of Michigan Health System* de 2013 resultó valorada como “recomendable con modificaciones” y al estar basada su metodología en la GPC VA/DoD de 2009 se excluyó para la actualización.

En conclusión, las guías seleccionadas para la actualización y valoradas como recomendables fueron nueve: una de *Australian Living Evidence Collaboration*⁴ (ALEC- basada en la *Australian Clinical Practice guidelines: pregnancy care*), dos de *Queensland Clinical Guidelines*^{6,8}, dos guías de NICE^{3,9}, dos guías de la OMS^{7,12}, una de la VA/DoD² y otra del ICSI. Esta última se excluyó tras la actualización de la búsqueda al tener más de 5 años desde su publicación y no disponer de actualización quedando en total ocho GPC.

Por último, se localizaron documentos adicionales para actualizar aspectos relacionados con la atención al recién nacido que no estaban contemplados en las guías anteriores. En este sentido, se consideró una guía NICE (*Postnatal care*¹⁵, 2021) que, en un principio, fue descartada por tratar un periodo muy específico del proceso; hasta 8 semanas tras

el nacimiento, pero que el grupo elaborador consideró necesario incluir en la actualización. Igualmente se incluyó la guía de la OMS (*WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience, 2022*¹¹). Ambas guías fueron valoradas mediante la herramienta AGREE II¹⁴, siendo su resultado “recomendable”. Por tanto, el total de guías seleccionadas para la actualización del Proceso Asistencial EPP fue de 10 GPC. En la [tabla 1](#) se puede ver la valoración de todas ellas mediante la herramienta AGREE II. Se incluye también la valoración AGREE II de la actualización de la GPC ALEC de 2024¹.

Tabla 1. GPC seleccionadas tras valoración mediante la herramienta AGREE II

Organismo y año	Alcance y objetivo	Participación de los implicados	Rigor en la elaboración	Claridad y presentación	Aplicabilidad	Independencia editorial
OMS ¹² <i>Antenatal</i> 2016/ 2022	97 %	94 %	88 %	86 %	90 %	92 %
OMS ⁷ <i>Intrapartum</i> 2018	100 %	92 %	94 %	86 %	88 %	96 %
OMS ¹¹ <i>Maternal and newborn</i> 2022	97 %	94 %	88 %	86 %	90 %	92 %
VA/DoD ² 2018	97 %	92 %	98 %	89 %	71 %	100 %
ALEC ⁴ 2020	97 %	92 %	88 %	92 %	58 %	100 %
ALEC ¹ 2024	97 %	100 %	100 %	100 %	75 %	100 %
NICE ¹⁵ <i>Postnatal</i> NG 194 2021	97 %	94 %	98 %	83 %	90 %	100 %
NICE ³ <i>Antenatal</i> NG 201 2021	97 %	94 %	98 %	83 %	90 %	100 %
NICE ⁹ <i>Intrapartum</i> NG 235 2023	92 %	92 %	94 %	78 %	81 %	100 %
Queensland ⁶ <i>Normal birth</i> 2022	92 %	83 %	74 %	58 %	90 %	100%
Queensland ⁸ <i>Newborn baby</i> 2021	92 %	83 %	74 %	58 %	90 %	100%

Sistema de gradación de recomendaciones de las GPC seleccionadas

Para la adopción de las recomendaciones, se ha mantenido el sistema de gradación específico que cada GPC seleccionada emplea (Tabla 2). Todas las guías utilizan la metodología GRADE¹⁶ para evaluar la calidad de la evidencia y hacer las recomendaciones, salvo la australiana de ALEC que, además, utiliza el sistema *NHMRC levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines* (para las recomendaciones elaboradas antes de 2013) y una de las guías *Queensland* que utiliza el sistema de *Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologist* (RANZCOG) y *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (SOGC), ambos basados en los criterios de evaluación de la evidencia y clasificación de recomendaciones de la *Canadian Task Force on Preventive Health Care*. Las siglas **AG** (acuerdo de grupo) corresponden a las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del proceso asistencial en ausencia de recomendaciones graduadas en las guías o ausencia de evidencia.

Tabla 2. Grados de recomendación de las GPC seleccionadas

GPC	Sistema de recomendaciones	Grados de recomendación
OMS <i>Intrapartum</i> ⁷ <i>Maternal and newborn</i> ¹¹ <i>Antenatal</i> ¹² VA/DoD ²	GRADE La fuerza de la recomendación es el nivel de confianza que se tiene en que, si se sigue la recomendación, se hará más beneficio que daño	FUERTE A FAVOR (se recomienda): La mayoría de los pacientes se beneficiarán; > 90% lo elegirían si fueran informados. Poca variabilidad esperada en la práctica clínica. DÉBIL A FAVOR (se sugiere): 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)
NICE <i>Antenatal</i> ³ <i>Intrapartum</i> ⁹ , <i>Postnatal</i> ¹⁵		La forma de expresión de la recomendación es la que denota la fuerza de la misma. Utilizamos la expresión <i>Recomendación NICE</i> para referirnos a las propuestas de este grupo de trabajo.
Queensland, Newborn baby ⁸		Emplea el sistema GRADE y añade el nivel de evidencia <i>Consenso</i> , definido como el acuerdo entre líderes clínicos, grupos de trabajo y expertos.
ALEC ^{1,4}	NHMRC <i>levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines</i> (2010- 2013)	Distingue dos periodos: <u>Hasta 2013:</u> A: Evidencia confiable para guiar la práctica clínica. B: Evidencia confiable para guiar la práctica clínica en la mayoría de las situaciones. C: Evidencia apoya la recomendación pero tener cuidado con su aplicación. D: Evidencia débil. Precaución con la aplicación de la recomendación. CBR: Recomendación formulada en ausencia de evidencia de calidad. PP: Área más allá del alcance de la revisión sistemática. Recomendación realizada por el comité de expertos.



GPC	Sistema de recomendaciones	Grados de recomendación																			
ALEC ^{1, 4}	GRADE: La fuerza de la recomendación es el nivel de confianza que se tiene en que, si se sigue la recomendación, se hará más beneficio que daño (2016 en adelante).	<u>De 2016 a 2020:</u> EBR: Evidencia confiable para guiar la práctica clínica. QEBR: Evidencia confiable para guiar la práctica clínica en la mayoría de las situaciones. CBR: Recomendación formulada en ausencia de evidencia de calidad. PP: Área más allá del alcance de la revisión sistemática. Recomendación realizada por el comité de expertos. <u>A partir de 2021:</u> Fuerte a favor: hay alta evidencia de que los beneficios de la intervención son claramente superiores a las desventajas. Fuerte en contra: hay alta evidencia de que las desventajas de la intervención son claramente superiores a los beneficios. Condicional/débil a favor: los beneficios superan las desventajas pero la evidencia no lo respalda de forma significativa. Condicional/débil en contra: las desventajas superan los beneficios pero la evidencia no lo respalda de forma significativa. También si hay alta evidencia tanto a nivel de beneficios como de daños. Recomendación por consenso (<i>Consenso</i>): no hay suficiente evidencia pero el grupo de trabajo considera que igualmente se debe emitir la recomendación. Puede ser a favor o en contra. Declaración de buenas prácticas (<i>Buena práctica</i>): no se ha realizado una revisión de la evidencia. Estas recomendaciones suelen abordar como proveer la asistencia sanitaria o información adicional de utilidad para los profesionales. Por otra parte, la evidencia la categoriza en: alta, moderada, baja y muy baja																			
Queensland, Normal birth ⁶	RANZCOG (Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologist)	<table><tr><th colspan="2">Recomendación</th><th>Descripción</th></tr><tr><td rowspan="4">Recomendación basada en evidencia</td><td>A</td><td>Hay confianza en la evidencia para recomendar la acción</td></tr><tr><td>B</td><td>Hay confianza en la evidencia para recomendar la acción en la mayoría de las ocasiones</td></tr><tr><td>C</td><td>Existe alguna evidencia para recomendar la acción pero se debe tener cuidado con su aplicación</td></tr><tr><td>D</td><td>La evidencia es débil y se debe tener precaución para su aplicación</td></tr><tr><td colspan="2">Recomendación basada en consenso (<i>Consenso</i>)</td><td>Recomendaciones de consenso de expertos cuando la evidencia era inadecuada o no podía aplicarse al contexto</td></tr><tr><td colspan="2">Buena práctica (<i>Buena práctica</i>)</td><td>Consejo basado en la opinión de un experto para la implementación de una recomendación</td></tr></table>	Recomendación		Descripción	Recomendación basada en evidencia	A	Hay confianza en la evidencia para recomendar la acción	B	Hay confianza en la evidencia para recomendar la acción en la mayoría de las ocasiones	C	Existe alguna evidencia para recomendar la acción pero se debe tener cuidado con su aplicación	D	La evidencia es débil y se debe tener precaución para su aplicación	Recomendación basada en consenso (<i>Consenso</i>)		Recomendaciones de consenso de expertos cuando la evidencia era inadecuada o no podía aplicarse al contexto	Buena práctica (<i>Buena práctica</i>)		Consejo basado en la opinión de un experto para la implementación de una recomendación	
Recomendación		Descripción																			
Recomendación basada en evidencia	A	Hay confianza en la evidencia para recomendar la acción																			
	B	Hay confianza en la evidencia para recomendar la acción en la mayoría de las ocasiones																			
	C	Existe alguna evidencia para recomendar la acción pero se debe tener cuidado con su aplicación																			
	D	La evidencia es débil y se debe tener precaución para su aplicación																			
Recomendación basada en consenso (<i>Consenso</i>)		Recomendaciones de consenso de expertos cuando la evidencia era inadecuada o no podía aplicarse al contexto																			
Buena práctica (<i>Buena práctica</i>)		Consejo basado en la opinión de un experto para la implementación de una recomendación																			

GPC	Sistema de recomendaciones	Grado de recomendación			
		Calidad de la evidencia		Grado de recomendación	
Queensland, Normal birth ⁶	SOGC (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada)	I	Evidencia obtenida al menos de un ensayo clínico randomizado.	A	Hay suficiente evidencia para recomendar la acción clínica preventiva.
		II-1	Evidencia de un ensayo bien diseñado, controlado sin randomización.	B	Hay poca evidencia para recomendar la acción clínica preventiva.
		II-2	Evidencia de un estudio bien diseñado de cohortes (prospectivo o retrospectivo) o caso-control, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.	C	La evidencia existente es controvertida y no permite hacer una recomendación a favor o en contra del uso de una acción clínica preventiva, sin embargo hay factores que pueden influir en la toma de decisión.
		II-3	Evidencia obtenida de comparaciones en el tiempo o lugares con o sin intervención. Resultados de investigación no controlada también puede incluirse en este apartado.	D	Hay poca evidencia para no recomendar la acción clínica preventiva.
		III	Opinión de autoridades, según experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comité de expertos.	E	Hay suficiente evidencia para no recomendar la acción clínica preventiva.
				L	No hay suficiente evidencia (calidad y cantidad) para hacer una recomendación, sin embargo otros factores pueden influir en la toma de decisiones.

Definición funcional:

Conjunto de actuaciones realizadas por el equipo multidisciplinar de distintos ámbitos de actuación dirigido 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).
- Embarazo ectópico.
- Enfermedad trofoblástica.
- Parto prematuro.
- Finalización del puerperio.

Límites marginales:

- Atención a los cuidados adicionales*.
- Detección de anomalías congénitas.
- Atención a la cesárea y al parto instrumental en general.
- Atención al parto con complicaciones.

*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 Proceso Asistencial Embarazo, Parto y Puerperio (EPP).



Gestante con Necesidad de Cuidados Adicionales³:

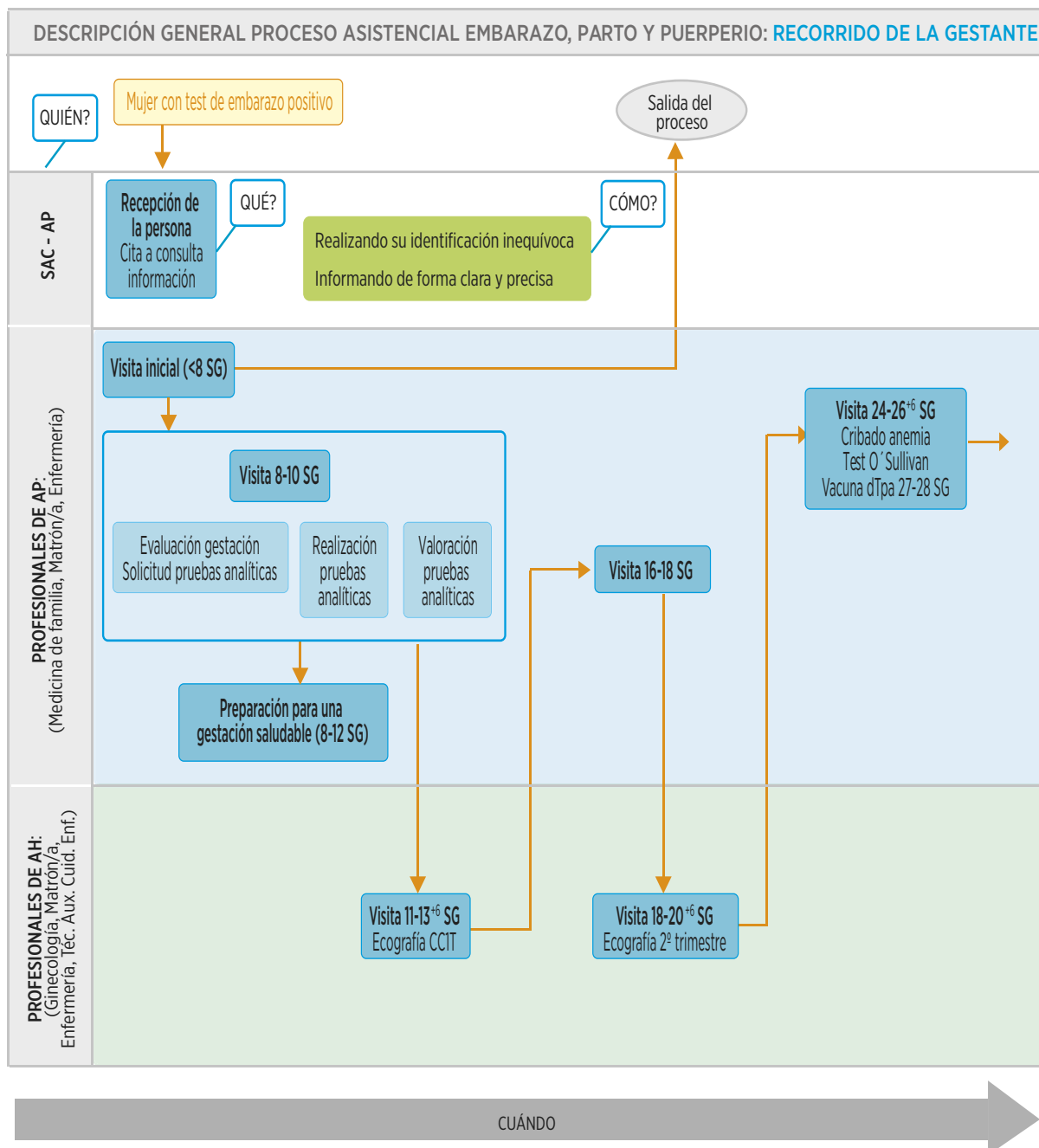
- Enfermedad cardíaca, incluyendo la hipertensión arterial.
- Enfermedad renal.
- Enfermedad hepática.
- Enfermedad endocrina o diabetes mellitus.
- Patología psiquiátrica que precise medicación.
- Patología hematológica. incluyendo células falciformes o talasemia, enfermedad tromboembólica, enfermedades autoinmunes como el síndrome antifosfolípidos.
- Epilepsia que requiere medicación.
- Patología oncológica.
- Asma grave en tratamiento.
- Consumo de drogas, tales como heroína o cocaína.
- Infección por VIH, VHB.
- Fibrosis quística.
- Enfermedades autoinmunes.
- Obesidad ($IMC \geq 35$) o bajo peso ($IMC < 18$) en la primera visita.
- Mujeres con alto riesgo de desarrollar complicaciones (fumadoras, mujeres ≥ 40 años).
- Mujeres particularmente vulnerables; tales como ≤ 18 años.
- Mujeres sin apoyo social (como mujeres inmigrantes que no hablan español (AG)).
- Historia familiar de problema genético.
- Embarazo múltiple.

Además, aquellas mujeres que hayan presentado algunas de las siguientes patologías en la gestación previa, también pueden requerir cuidados adicionales³:

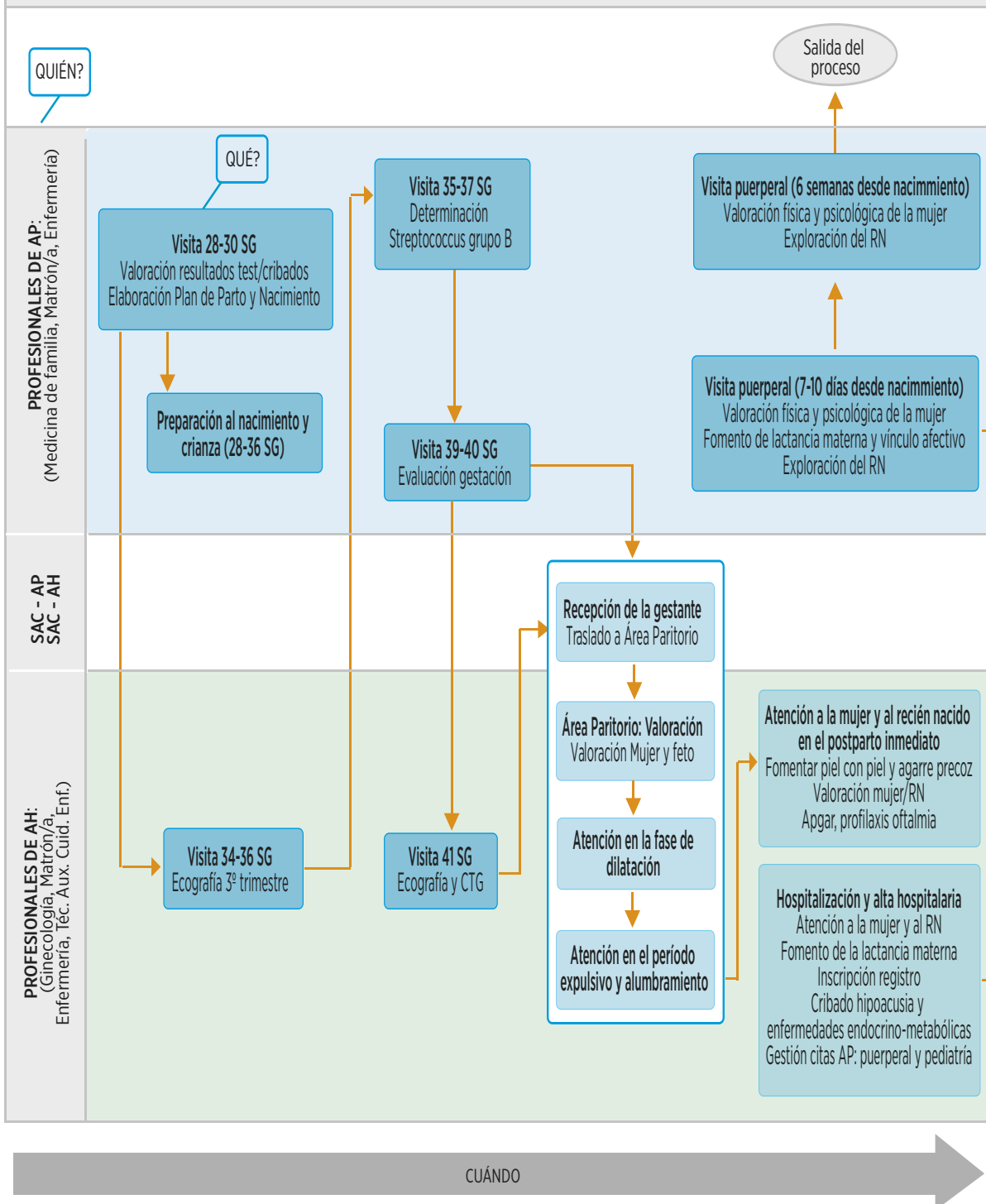
- Abortos recurrentes (tres o más) o aborto en el segundo trimestre.
- Preeclampsia grave.
- Isoinmunización Rh o presencia significativa de otros anticuerpos antieritrocitarios.
- Cirugía uterina: incluyendo miomectomía previa, cesárea o conización.
- Placenta retenida en dos ocasiones.
- Hemorragia antenatal o postparto en dos ocasiones.
- Psicosis puerperal.
- Gran multiparidad (cuatro o más).
- Parto pretérmino (AG).
- Muerte fetal o neonatal.
- Antecedente de recién nacido pequeño para su edad gestacional (percentil menor 5) o grande para su edad gestacional (percentil mayor 95).
- Neonato con anomalías congénitas importantes, cromosómicas o estructurales.

Descripción general

La descripción general del Proceso Asistencial 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).



DESCRIPCIÓN GENERAL PROCESO ASISTENCIAL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO: **RECORRIDO DE LA GESTANTE**



Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del Proceso Asistencial se basa en la identificación para las distintas fases (CUÁNDO), de los profesionales que intervienen (QUIÉN), las actividades que deben realizarse (QUÉ), las principales características de calidad que han de tener estas actividades (CÓMO) y el ámbito DÓNDE se realizan. Se trata de incorporar sólo aquellas características que aportan valor, que son “puntos críticos de buena práctica”, integrando las dimensiones oportunas de la calidad:

- **La efectividad clínica:** Se incorporan las recomendaciones basadas en GPC junto al nivel de evidencia y/ o grado de recomendación referenciado en dichas guías. Las recomendaciones del grupo de trabajo del Proceso Asistencial 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  las buenas prácticas de la **Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA**¹⁷ que se refieren a identificación inequívoca del paciente, higiene de manos, seguridad en la asistencia y uso seguro de medicamentos, pruebas diagnósticas in vitro y radiaciones ionizantes.
- **La información:** Se identifica con  tanto el momento como el contenido mínimo que debe recibir la persona, familia y/o representante legal según la **normativa**^{18, 19}. También se identificarán con  las buenas prácticas recomendadas en la **Estrategia de Bioética de Andalucía**²⁰, que se refieren al uso de formularios de consentimiento informado escrito del **Catálogo de Formularios del SSPA**²¹; el **proceso de planificación anticipada de decisiones**²² y la consulta al **Registro de Voluntades Vitales Anticipadas**²³.
- **El uso adecuado de medicamentos:** Se identifican con los mismos criterios que los especificados para la efectividad clínica. No siempre las GPC que se utilizan como base en la elaboración de los Procesos Asistenciales incluyen un análisis de evaluación económica que compare distintas opciones (coste- efectividad, coste beneficio o coste-utilidad). Por este motivo, es importante tener en cuenta las recomendaciones actualizadas que existan en el SSPA, tales como informes de Posicionamiento Terapéutico, Informes de Evaluación de AETSA, guías farmacoterapéuticas o documentos de uso racional del medicamento del SSPA²⁴.

- **Uso adecuado de tecnologías:** Se identifican con los mismos criterios que los especificados para la efectividad clínica y teniendo en cuenta las recomendaciones actualizadas que existan en el SSPA .
- **Los cuidados de enfermería** se describen de forma estandarizada mediante la identificación de los resultados a conseguir en cada proceso (NOC: *Nursing Outcomes Classification*)²⁵ y las principales intervenciones (NIC: *Nursing Interventions Classification*)²⁶ una vez evaluada la respuesta individual del paciente a la condición médica y realizado el diagnóstico de enfermería (NANDA). No se describen en el proceso estos diagnósticos porque son el reflejo de la situación particular de cada paciente y su familia, aunque deben reflejarse en el plan de cuidados.

Las actividades se representan gráficamente mediante tablas diferenciadas:

- **Tablas de fondo blanco:** actividad desarrollada por el/la profesional sin presencia de la persona que recibe la atención sanitaria.
- **Tablas de fondo gris:** actividad desarrollada con presencia de la persona que recibe la atención sanitaria.

PROFESIONALES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA (SAC) DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

Actividades	Características de calidad
1º RECEPCIÓN DE LA PERSONA	1.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA, tanto de forma verbal como documental (Documento Nacional de Identidad (DNI), Número de Identidad Extranjero (NIE) o pasaporte).

PROFESIONALES DE MEDICINA DE FAMILIA, MATRÓN/A

Actividades	Características de calidad
2º VISITA INICIAL	2.1 El primer contacto con el sistema de salud se realizará lo antes posible, una vez se disponga del test positivo de gestación para no retrasar la atención, preferiblemente en el transcurso de las 8 primeras semanas de gestación (SG) (AG). 2.2  Se recomienda explorar, inicialmente, la aceptación de la gestación y ofrecer, en caso de que sea procedente, información relativa a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y consentimiento informado²⁷. 2.3 Se recomendará la suplementación con ácido fólico (400 mcg/día) durante los tres primeros meses de gestación para reducir el riesgo de defectos del tubo neural (Grado EBR)¹. 2.3.1 En mujeres de alto riesgo de defectos del tubo neural (DTN) (hijo previo con DTN, diabéticas o en tratamiento con antiepilépticos) la dosis será de 4 mg/día. (En el mercado español solo hay disponibilidad de 5 mg) (AG). 2.4 Se sugiere la suplementación farmacológica durante la gestación con yoduro potásico a dosis de 200 µg/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 + 2 g de sal yodada)²⁸. 2.5 No se recomienda la suplementación rutinaria de vitamina D a todas las embarazadas (Recomendación OMS)¹². 2.6 No se recomienda la utilización rutinaria de polivitamínicos y multinutrientes (Recomendación OMS)¹². 2.7 Se darán recomendaciones específicas sobre estilo de vida saludable, medidas higiénicas y relaciones sexuales (Anexo 1). 2.8  Se realizará la conciliación de la medicación, incluyendo suplementos, productos de herbolario, etc. 2.9 Se atenderá, en su caso, la sintomatología que presente la gestante (Anexo 2).



Actividades	Características de calidad
2º VISITA INICIAL	2.10  Se informará a la gestante y pareja/acompañante del resultado de las actividades realizadas dejando constancia documental en la HS y en el DSE²⁹ para facilitar la transferencia de información y la coordinación asistencial. 2.11 Se gestionará una visita prenatal preferiblemente entre las 8⁺⁰-10 SG (AG)^{1,3}.

PROFESIONALES DE: MEDICINA DE FAMILIA, MATRÓN/A, ENFERMERÍA, ODONTOLOGÍA

Actividades	Características de calidad
3º VISITA 1 Semana 9 (8-10 SG)	3.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA). 3.2 Se realizará una historia clínica estructurada con la finalidad de valorar el estado general de la mujer e identificar la necesidad de cuidados adicionales descritos en la definición (AG)³. 3.3 En la primera visita se preguntará sobre (<i>Recomendación NICE</i>)³: • Historia médica, obstétrica y familiar (ambos progenitores) • Problemas de salud mental previos o actuales incluyendo depresión, ansiedad, enfermedad mental grave, trauma psicológico o tratamiento psiquiátrico. • Medicación actual, incluyendo medicamentos sin recetas, suplementos o de herboristería. • Alergias. • Profesión, para evaluar riesgos y preocupaciones. • Su situación familiar, red de apoyo y otros problemas que afecten a su pareja o familia importantes para su salud y bienestar. • Otras personas involucradas en el cuidado del bebé. • Detalles de contacto de su pareja o familiar. • Aspectos relacionados con la alimentación, ejercicio, hábito tabáquico, consumo de alcohol y otras sustancias. • Las necesidades y preferencias de la mujer embarazada. 3.3.1 Se podrá valorar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias mediante el cuestionario ASSIST (AG). 3.3.2 Se considerará valorar la situación de vulnerabilidad (social, económica, emocional) que puedan influir negativamente en la evolución del embarazo y en el bienestar de la persona gestante y el feto (AG).

Actividades	Características de calidad
3º VISITA 1 Semana 9 (8-10 SG)	3.3.3 Se explorarán y se informará de aspectos relacionados con la parentalidad¹³. 3.3.4 Además se valorarán (AG): • Aspectos gineco-obstétricos: FM (fórmula menstrual), FO (fórmula obstétrica), FUR (fecha última regla), FPP (fecha probable del parto). • Aspectos de multiculturalidad, valores y aspectos sociales. • Se revisará el estado vacunal según el calendario vigente³⁰ y el estado de inmunización frente a hepatitis B, varicela, rubeola y tétanos-difteria³¹. 3.4  Se realizarán las medidas generales de higiene de manos previas a la exploración. 3.5 Se realizará exploración incluyendo: • Medición de la presión arterial para identificar la presión arterial alta existente (Grado B)¹. • Talla y peso de la gestante, previo consentimiento verbal, y cálculo del índice de masa corporal (IMC) incluyendo consejos sobre los beneficios de cumplir con el aumento de peso saludable recomendado para su IMC antes del embarazo (Consenso)¹. 3.6 Se valorarán los factores de riesgo de diabetes mellitus gestacional (Recomendación NICE)³ que se reflejan en la recomendación 3.14. 3.7 Se evaluarán los factores riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) en la 1ª visita (Tabla 3), así como tras admisión en el hospital o evento importante de salud durante embarazo (Recomendación NICE)³. 3.7.1 En las mujeres que presenten ≥ 4 factores de riesgo se considerará el uso profiláctico de HBPM durante el periodo antenatal desde el primer trimestre (AG)³². 3.7.2 Si la mujer presenta 3 factores de riesgo se considerará profilaxis a partir de la semana 28 (AG)³². 3.7.3 Si presenta menos de 3 factores de riesgo se considerará bajo riesgo y se indicará movilización y evitar deshidratación (AG)³².



Actividades	Características de calidad
3º VISITA 1 Semana 9 (8-10 SG)	Tabla 3: Factores de riesgo de TVP a valorar en el primer trimestre (AG) • Obesidad (IMC ≥ 30 Kg/m²) antes del embarazo o al inicio del embarazo. • >35 años. • Paridad ≥ 3. • Fumadora. • Cordón varicoso sintomático o por encima de la rodilla o asociado a flebitis, edema o cambios en piel. • Preeclampsia. • Inmovilización; por ejemplo, paraplejia o dolor en la faja pélvica que reduce la movilidad. • Historia familiar de 1º grado de TEV relacionado con estrógenos. • Trombofilia de bajo riesgo. • Embarazo múltiple. • Técnicas de reproducción asistida. Otros riesgos transitorios: • Infección sistémica. • Deshidratación o hiperémesis. • Viajes de larga distancia. Fuente: Adaptado de <i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium. Green-top Guideline Nº.37a.</i> Abril 2015. 3.8 Llevar a cabo un cribado de trastorno depresivo tan pronto como sea posible y repetirlo al menos una vez durante el embarazo (<i>Consenso</i>)¹. 3.8.1 Emplear una escala de depresión como la <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS) para valorar situación de posible trastorno depresivo en el embarazo (<i>Grado EBR</i>)¹ (<i>Anexo 3</i>). Una puntuación ≥ 13 puntos en la escala EPDS tiene sensibilidad moderada y alta especificidad para detectar mujeres embarazadas con depresión y una puntuación de ≥ 10 presenta una sensibilidad y especificidad moderada⁵. 3.9 Preguntar a la mujer sobre violencia de género de un modo amable y sensible en la primera visita o la más próxima cuando se dé la oportunidad de hablar en privado (<i>Recomendación NICE</i>)³. 3.10 Evaluar el riesgo de mutilación genital femenina de un modo amable y sensible (<i>Recomendación NICE</i>)³.

Actividades	Características de calidad
3º VISITA 1 Semana 9 (8-10 SG)	3.11 Tanto para el cribado de violencia de género como el de riesgo de mutilación genital femenina, conviene garantizar un ambiente de intimidad durante las entrevistas, sin la presencia de familiares o personas de su entorno (AG)³³. 3.11.1 En caso de respuesta positiva en el cribado, se seguirán las actuaciones recogidas en el protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género vigente (AG)³³. 3.11.2 Se realizará el registro del resultado del cribado en el apartado de la Historia de Salud (HS) correspondiente, siendo consciente de la finalidad de la información que se registra, valorando cuidadosamente el contenido y la forma en que queda registrado y garantizando que no aparezca maltrato como antecedente en caso de emitir un parte de interconsulta (AG)³³. 3.12 (i) Se informará a la mujer en la 1ª visita de la importancia de realizar revisiones de salud bucodental, así como de realizar los tratamientos que requiera, pues una buena salud oral es importante y el tratamiento es seguro durante el embarazo (Grado B)¹. 3.12.1 Se realizará al menos una visita odontológica durante el primer trimestre para exploración clínica valorando el estado de salud oral y el riesgo de caries y enfermedad periodontal y proporcionando información de higiene dental y dieta no cariogénica³⁴. 3.13 (i) Se ofrecerá información a la mujer y pareja sobre el objetivo y las implicaciones del cribado de cromosomopatías (cribado combinado del primer trimestre, CCIT) para facilitar la toma de decisión (Grado CBR)⁴ (Recomendación NICE)³ (Recomendación fuerte)² y se facilitará el consentimiento informado (i). 3.13.1 El CCIT calcula el riesgo de cromosomopatías mediante la combinación de resultados de los marcadores bioquímicos (PAPP-A -proteína A plasmática asociada al embarazo- y fracción libre de βhCG -fracción beta libre de la gonadotropina coriónica humana-) y ecográficos (translucencia nucal -TN-) junto con la edad materna³⁵. 3.14 Se solicitarán las siguientes pruebas de laboratorio que deberán ser realizadas preferiblemente entre la 9-11 SG (AG)³⁵: • Bioquímica: glucemia (AG). • Hemograma: cribado de anemia (Recomendación NICE)³. • Grupo sanguíneo, factor Rh e investigación de anticuerpos antiRh (prueba Coombs indirecto) (Recomendación NICE)³. • Análisis de orina: se determinará proteinuria en la primera visita prenatal (Consenso)¹.

Actividades	Características de calidad
3º VISITA 1 Semana 9 (8-10 SG)	• Urocultivo: para detección de bacteriuria asintomática, ya que el tratamiento resulta ser efectivo y reduce el riesgo de pielonefritis (<i>Grado A</i>)¹. • En caso de haber aceptado el CCIT se incluirán en dicha analítica los marcadores correspondientes (PAPP-A y βhCG)³⁵. • Diabetes mellitus gestacional (DMG) mediante test de sobrecarga oral de glucosa (Test de O´ Sullivan) cuando existan uno o más factores de riesgo: IMC $\geq$ 30 Kg/m², antecedentes de recién nacidos macrosómicos ($\geq$4,5Kg), antecedentes de diabetes mellitus gestacional en embarazos previos, antecedentes de diabetes mellitus (DM) en familiares de primer grado y minorías étnicas de alta prevalencia de DM (Sudeste asiático: India, Pakistán o Bangladesh; caribeños de raza negra; Oriente Medio: Arabia Saudí, Emiratos Árabes, Irak, Jordania, Siria, Omán, Qatar, Kuwait, Líbano y Egipto; población de origen latinoamericano)⁵. Esta prueba no requiere estar en ayunas ni modificar la dieta habitual en los días previos⁵. • Serología de: - VIH a todas las embarazadas³⁶ (<i>Recomendación NICE</i>)³: Existen intervenciones efectivas para reducir el riesgo de transmisión madre-hijo (<i>Grado B</i>)¹. - Sífilis a todas las embarazadas³⁶ (<i>Grado EBR</i>)¹, (<i>Recomendación NICE</i>)³. - VHB (Antígeno de superficie de Hepatitis B) a todas las embarazadas³⁶ (<i>Recomendación NICE</i>)³: una intervención postnatal eficaz puede reducir el riesgo de transmisión madre-hijo (<i>Grado A</i>)¹. - Rubeola (<i>Grado B</i>)¹: sólo en aquellas mujeres que carezcan de evidencia contrastada de vacunación³⁶ para valorar el estado de inmunización y detectar mujeres en riesgo. - Varicela: sólo en aquellas mujeres que carezcan de evidencia contrastada de vacunación y sin antecedentes de padecimiento de varicela o herpes zóster³⁶, para valorar el estado de inmunización y detectar mujeres en riesgo. - VHC: no tendrá carácter rutinario³⁶ y se realizará en la siguiente población de riesgo: - Si existen antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral o inhalada³⁷. - Tatuajes, piercings o procedimientos estéticos y/o similares realizados con instrumental punzante sin precauciones de seguridad³⁷. - Exposición laboral al VHC³⁷. - Infección por VIH o VHB³⁷. - Pareja sexual con infección activa por el VHC o consumo activo de drogas inyectadas³⁷.

Actividades	Características de calidad
3º VISITA 1 Semana 9 (8-10 SG)	- Relación sexual de riesgo, especialmente con riesgo de sangrado³⁷. - Internamiento en centro penitenciario³⁷. - En gestantes receptoras de productos sanguíneo o hemoderivados antes de 1990³⁷. - Hipertransaminasemia de origen desconocido (AG). - En trasplantadas (AG)²⁸. - Migrantes procedentes de países con media o alta prevalencia de hepatitis C, principalmente Europa Oriental (Rumanía, Ucrania), Rusia, Asia del Sur y Central (Pakistán), África Occidental y Central (Nigeria, Senegal) (AG). - Enfermedad de Chagas, no tendrá carácter rutinario y se ofertará a embarazadas que pertenezcan a grupos de riesgo^{38, 39}: - A todas aquellas mujeres originarias o que han permanecido en una zona endémica con presencia vectorial durante un tiempo superior a un mes en áreas rurales y áreas donde no haya control vectorial. - Mujeres procedentes de zonas endémicas de Enfermedad de Chagas. Toda Latinoamérica, exceptuando las islas del Caribe. Aunque los países de la zona del Caribe (Cuba, Haití, República Dominicana, etc.) no son endémicos, hay que preguntar a las mujeres procedentes de estos lugares si han vivido en algún otro país latinoamericano que sí sea endémico o si se han expuesto a algún otro factor de riesgo. - Hijas de mujeres procedentes de zonas endémicas, aunque ellas ya hayan nacido en países no endémicos (salvo que su madre hubiera sido cribada y fuera negativa). - Receptoras de trasplante o transfusión de sangre en alguno de los países endémicos. - Mujeres que han viajado o hecho estancias en zonas endémicas, especialmente si hay riesgo de exposición a las heces del vector. Por lo general se consideran de riesgo estancias de más de un mes en países endémicos, aunque se puede considerar de riesgo una mujer con una estancia más corta en país endémico si ha habido una exposición importante a las heces del vector. - Mujeres con síntomas compatibles con la Enfermedad de Chagas con algún factor de riesgo epidemiológico. - Virus Zika³⁶ no tendrá carácter rutinario y se ofertará a embarazadas que pertenezcan a grupos de riesgo⁴⁰: - Mujeres que hayan viajado recientemente a zonas endémicas o lo haya



Actividades	Características de calidad
3º VISITA 1 Semana 9 (8-10 SG)	hecho su pareja/conviviente. Para conocer las zonas de riesgo de Zika consultar el siguiente link: https://www.cdc.gov/zika/geo/index.html. - Embarazadas que han viajado o permanecido en zona con transmisión local de virus Zika. - Embarazadas que han mantenido relaciones sexuales sin protección con hombres procedentes o que regresen de áreas con transmisión local de virus Zika. 3.15 No se ofrecerá la serología de toxoplasmosis de forma rutinaria (<i>Grado C</i>)¹. Se recomendarán medidas higiénicas para reducir el riesgo³⁶. 3.16 No se ofrecerá cribado rutinario de citomegalovirus. Se recomendarán medidas higiénicas para reducir el riesgo³⁶. 3.16.1 Se ofrecerá serología de <i>citomegalovirus</i> (CMV) a las gestantes que tengan contactos frecuentes con población infantil de corta edad (<i>Consenso</i>)¹. 3.17 No se ofrecerá cribado rutinario de clamidia, gonorrea ni tricomoniasis³⁶, salvo: • Se ofrecerá el cribado de <i>Chlamydia</i> en mujeres embarazadas <30 años (<i>Consenso</i>)¹. • Se ofrecerá el cribado de gonorrea en mujeres embarazadas con factores de riesgo o que vivan en zonas o áreas de alta prevalencia (<i>Consenso</i>)¹. • Se ofrecerá el cribado de <i>Trichomonas</i> en mujeres embarazadas con síntomas de tricomoniasis pero no en asintomáticas (<i>Grado B</i>)⁴. 3.18 No se recomienda el cribado de disfunción tiroidea de manera rutinaria a todas las gestantes (<i>Grado EBR</i>)¹, salvo en las que tengan algún factor de riesgo: • Mujeres con historia familiar de enfermedad tiroidea autoinmune. • Mujeres con antecedentes personales de enfermedad tiroidea. • Mujeres con diabetes mellitus (tipo 1) u otros trastornos autoinmunes. • Mujeres con antecedentes de abortos de repetición (3 o más)²⁸. • Irradiación de cabeza o cuello. 3.19 (I) Se informará a la gestante que se realizará la inmunización durante el embarazo frente a la gripe, tosferina y otras infecciones (por ejemplo, COVID-19) (<i>AG</i>)³ según los protocolos vigentes^{30, 31}. 3.20 Se tendrán en cuenta las recomendaciones generales 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8 y 2.9 de la visita inicial. 3.21 Se procederá a la apertura y cumplimentación del Documento de Salud de la Embarazada (DSE)²⁹.

Actividades	Características de calidad
3º VISITA 1 Semana 9 (8-10 SG)	3.22 Una vez se realicen las pruebas analíticas especificadas, se gestionará una cita (telemática o presencial) para valorar las pruebas solicitadas: 3.22.1 Se establecerá diagnóstico de anemia si la hemoglobina es inferior a 11 g/dL¹². Se recomienda la determinación del nivel de ferritina en suero para confirmar un diagnóstico dudoso de anemia ferropénica²⁸. 3.22.1.1 Se suplementará con hierro en mujeres que presenten anemia (<i>Grado B</i>)¹. 3.22.1.2 Se informará que las dosis bajas son tan efectivas como las dosis altas de hierro y que presentan menos efectos adversos (<i>Grado B</i>)¹. 3.22.2 Se ofrecerá inmunoglobulina anti-D a las mujeres que presenten sangrado vaginal tras 13 SG si son Rh negativas y en riesgo de isoinmunización (<i>Recomendación NICE</i>)³. 3.22.3 Bacteriuria. Si el resultado del cultivo de orina es positivo (≥ 100.000 UFC/mL), se tratará con pautas de antibióticos según antibiograma/mapa resistencias locales y contraindicaciones/alergias/teratogenicidad⁴¹. Se realizará urocultivo posterior al tratamiento⁴¹. <i>*La presencia de bacteriuria asintomática se ha asociado con riesgo de sufrir pielonefritis al final del embarazo y otras complicaciones para la madre y el feto, por lo que se debe solicitar urocultivo de rutina, al menos en una ocasión, entre la 12-16 SG a toda mujer embarazada y tratar con antibióticos si el resultado es positivo, realizando urocultivo posterior al tratamiento.</i> 3.22.4 En la valoración de los resultados del Test de O ´ Sullivan deberá tenerse en cuenta que⁵: • Un valor <140 mg/dL se considera negativa y se procederá a nuevo cribado entre la semana 24-28 SG. • Un valor ≥ 140 mg/dL se considera positiva y deberá realizarse prueba diagnóstica de sobrecarga oral de glucosa (SOG) que se realizará en ayunas y sin restricción de carbohidratos. En la valoración de la prueba diagnóstica de SOG se tendrá en cuenta que⁵: - Si resulta normal (basal en ayunas <105 mg/dL, 1ª hora <190 mg/dL, 2ª hora <165 mg/dL, 3ª hora <145 mg/dL) se realizará DIRECTAMENTE (sin realizar O ´ Sullivan) nueva prueba de SOG diagnóstica entre la 24-28 SG. - Si dos o más valores son iguales o superiores a los valores especificados para la situación basal, 1ª hora, 2ª hora, 3ª hora, se establecerá el diagnóstico de DMG. - En caso de que solo uno de los valores sea igual o superior a los valores considerados normales, se realizará nueva prueba diagnóstica de SOG a las 4 semanas o antes si se detectan complicaciones fetales relacionadas con DMG.

Actividades	Características de calidad
3º VISITA 1 Semana 9 (8-10 SG)	3.22.5 Se actuará, según la evidencia y protocolos disponibles, en función de los resultados de la serología (sífilis, VHB, VIH y otras posibles solicitadas como rubeola, varicela). 3.22.5.1 En aquellas mujeres en las que se confirme una infección reciente por sífilis se recomienda administrar una dosis intramuscular de 2.400.000 U de penicilina benzatina (administrada en dos inyecciones de 1.200.000 U en cada nalga) tan pronto como sea posible, asegurándose que reciben el tratamiento al menos 30 días antes de la FPP para garantizar un tratamiento adecuado antes del parto (<i>Grado EBR</i>)¹. 3.22.5.2 (I) En caso de vacunación incompleta o no inmunización frente a rubeola y varicela, se informará a la gestante sobre la necesidad de vacunación tras el parto y se quedará registrado en su historia clínica. 3.23 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería en esta visita del embarazo (<i>Anexo 4</i>). 3.24 (I) Se informará a la gestante de las actividades y de los resultados obtenidos, comprobándose que ha comprendido la información y dejando registro documental en la historia clínica y en el DSE²⁹. 3.24.1 (I) Se informará de las fechas de las sesiones de preparación para una gestación saludable del primer trimestre (8-12 SG). 3.24.2 (I) Se informará sobre la necesidad de contactar con el servicio de prevención de riesgos laborales de la empresa en la que trabaje para informar de su situación (<i>AG</i>). 3.25 Se gestionarán las siguientes citas: • Consulta con el obstetra (11-13 SG). • Próxima cita en Atención Primaria (AP) entre la 16-18 SG. • Próxima cita para Preparación para una gestación saludable (8-12 SG).

MATRÓN/A/, PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Actividades	Características de calidad
PREPARACIÓN PARA UNA GESTACIÓN SALUDABLE (8-12 SG)	4.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona. 4.2 Se facilitará la asistencia de la pareja/persona de confianza (AG)²⁸. 4.3 Se tratarán los siguientes temas: • Cuidados, dudas y temores en el embarazo (AG)²⁸. • Cambios fisiológicos, incluidos los cambios emocionales (AG)²⁸. • Consejos sobre hábitos de vida saludable (AG)²⁸. • Beneficios de la lactancia materna y se explorarán las expectativas sobre la misma (AG)²⁸. • Riesgos para el feto y recién nacido de determinadas enfermedades inmunoprevenibles y la administración de vacunas (AG)²⁸. • Apoyo de la pareja o acompañante durante el embarazo y tras el nacimiento (AG)³. 4.3.1 Se incluirá la preparación psicológica de parentalidad como parte del cuidado prenatal ya que tiene un efecto positivo en la salud mental postnatal (Grado B)^{1,13}. 4.4 (i) Se hablará de los posibles beneficios del apoyo entre iguales (familias en su misma situación) tanto a la mujer como a su pareja, explicando cómo puede proporcionar apoyo práctico, ayudar a crear confianza y reducir los sentimientos de soledad (Recomendación NICE)³. (ii) Se ofrecerá información sobre las redes de apoyo local y nacional³. 4.5 (i) Se informará a los padres de que los programas de educación prenatal son efectivos para proveer información sobre embarazo, nacimiento y parentalidad pero no influyen en el modo del parto (Grado B)¹. 4.6 Para mujeres multíparas (y su pareja/persona acompañante), se considerará el beneficio de asistir a las clases de preparación al parto si ha transcurrido un tiempo largo entre embarazos o no ha asistido previamente (Recomendación NICE)³. 4.7 Se tendrán en cuenta las recomendaciones generales 2.6, 2.7 y 2.9 de la visita inicial. 4.8 Se registrará la asistencia o no a esta visita en la historia clínica de la gestante y en el DSE²⁹. 4.9 (i) Se informará de las actividades grupales para la preparación al nacimiento y crianza del tercer trimestre (>28 SG).

PROFESIONAL DE OBSTETRICIA, TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

Actividades	Características de calidad
VISITA Semana 12 (11-13 ⁺⁶ SG)	5.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona. 5.2  Se realizarán las medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. 5.3 Se actualizará la anamnesis teniendo en cuenta la valoración realizada en Atención Primaria (AP) y registrada en el DSE²⁹. 5.3.1 Se evaluarán los riesgos (<i>Recomendación NICE</i>)³ y para ello: • Se preguntará sobre su estado general de salud y sobre cualquier preocupación que pudiera tener, tanto a la mujer como a su acompañante si está presente. • Se facilitará el entorno para poder hablar de problemas de violencia doméstica o preocupaciones sobre el nacimiento (por ejemplo, si previamente ha tenido situación traumática) o problemas de salud mental. • Se revisará y reevaluará el plan de cuidados de la embarazada. • Se identificará cualquier necesidad adicional. 5.3.2 Se asegurará en cada visita si se ha valorado y registrado previamente el cribado de violencia de género, siguiendo el protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género vigente, así como posibles incidencias en la hoja de seguimiento (<i>AG</i>)³³. 5.3.3 En caso de proceder a realizar dicho cribado, se tendrán en cuenta las recomendaciones 3.11, 3.11.1 y 3.11.2. 5.3.4 Se considerará valorar la situación de vulnerabilidad (social, económica, emocional) que puedan influir negativamente en la evolución del embarazo y en el bienestar de la persona gestante y el feto (<i>AG</i>)³³. 5.4 Durante la exploración clínica: 5.4.1 Se tomará la tensión arterial con un dispositivo validado y se registrará en la HS (<i>Recomendación NICE</i>)³. 5.4.2 Se ofrecerá la oportunidad de pesarse para identificar la ganancia de peso gestacional y se pueda monitorizar el riesgo asociado (<i>Consenso</i>)¹. 5.5 Se recomienda realizar ecografía en el 1^{er} trimestre para determinar la edad gestacional, estimar la fecha de parto, identificar si es embarazo múltiple y confirmar la presencia de actividad cardíaca (<i>Recomendación fuerte</i>)². 5.5.1 Se empleará la medición de la longitud craneocaudal (LCC o CRL -<i>crown-rump length</i>-) para estimar la edad gestacional en el primer trimestre hasta

Actividades	Características de calidad				
VISITA Semana 12 (11-13 ⁺⁶ SG)	los 84 mm. Por encima de este valor, se empleará la medición de la circunferencia cefálica (CC) (<i>Grado B</i>)¹. 5.5.2  Se valorará la aceptación del diagnóstico prenatal recogiendo el formulario de CI entregado en la visita anterior o  se informará y entregará consentimiento informado si no dispone de él. 5.5.3 En caso de aceptación del diagnóstico prenatal, se realizará el Cribado Combinado del Primer Trimestre (CC1T) para el cálculo del riesgo de cromosomopatías mediante ecografía (entre la semana 11-13⁺⁶) con medición de la translucencia nucal (TN) y el resultado de los marcadores bioquímicos junto a la edad materna³⁵. 5.5.4 En caso de no aceptación del cribado de diagnóstico prenatal, se dejará constancia en la HS. 5.6 Si el cribado combinado del primer trimestre (CC1T) indica riesgo elevado, se podrá realizar un test de ADN fetal libre circulante en sangre materna (ADN-FLC)³⁵ tras  informar a la mujer y  entregarle el formulario de consentimiento informado. 5.6.1 En caso de test de ADN-FLC negativo: se informará a AP y se seguirá el control normal del embarazo. 5.6.2 En caso de test de ADN-FLC positivo: se derivará a la Unidad de Diagnóstico Prenatal y  se informará a la mujer. 5.7 Se valorará la necesidad de pruebas adicionales en caso de que la ecografía del primer trimestre no cumpla criterios de normalidad (<i>AG</i>)³. 5.8 Se valorará el riesgo de preeclampsia (<i>Grado EBR</i>)¹ (<i>Recomendación NICE</i>)³ (Tabla 4). Tabla 4: Factores de riesgo alto y moderado de preeclampsia <table> <tr> <th>Alto riesgo preeclampsia (Una sola condición es suficiente)</th><th>Moderado riesgo preeclampsia (Más de un factor de riesgo)</th></tr> <tr> <td> • Hipertensión en embarazos previos • Enfermedad renal crónica • Enfermedad autoinmune (lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido, etc.) • DM tipo 1 o 2. • Hipertensión crónica • Embarazo múltiple </td><td> • Nulíparas • ≥40 años • Intervalo entre embarazos de >10 años • IMC ≥35 Kg/m2 en la primera visita • Historia de preeclampsia familiar • Técnica de reproducción asistida • Presión arterial sistólica > 130 mmHg y/o diastólica > 80 mmHg </td></tr> </table> Australian Living Evidence Collaboration (ALEC) Australian Pregnancy Care Guidelines. v.4.2. 4 nov 2024¹. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hypertension in pregnancy: Diagnosis and management. Publicado: 25 jun 2019. Actualizado 17 abril 2023⁴².	Alto riesgo preeclampsia (Una sola condición es suficiente)	Moderado riesgo preeclampsia (Más de un factor de riesgo)	• Hipertensión en embarazos previos • Enfermedad renal crónica • Enfermedad autoinmune (lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido, etc.) • DM tipo 1 o 2. • Hipertensión crónica • Embarazo múltiple	• Nulíparas • ≥40 años • Intervalo entre embarazos de >10 años • IMC ≥35 Kg/m2 en la primera visita • Historia de preeclampsia familiar • Técnica de reproducción asistida • Presión arterial sistólica > 130 mmHg y/o diastólica > 80 mmHg
Alto riesgo preeclampsia (Una sola condición es suficiente)	Moderado riesgo preeclampsia (Más de un factor de riesgo)				
• Hipertensión en embarazos previos • Enfermedad renal crónica • Enfermedad autoinmune (lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido, etc.) • DM tipo 1 o 2. • Hipertensión crónica • Embarazo múltiple	• Nulíparas • ≥40 años • Intervalo entre embarazos de >10 años • IMC ≥35 Kg/m2 en la primera visita • Historia de preeclampsia familiar • Técnica de reproducción asistida • Presión arterial sistólica > 130 mmHg y/o diastólica > 80 mmHg				

Actividades	Características de calidad
VISITA Semana 12 (11-13⁺⁶ SG)	5.9 Según la disponibilidad local, se sugiere el uso de una prueba combinada (características maternas, biomarcadores y ecografía) para identificar a las gestantes en riesgo de desarrollar preeclampsia (<i>Recomendación débil</i>)¹. 5.9.1 Se recomienda seguir las directrices del Programa Andaluz para el Cribado de Anomalías Congénitas y Complicaciones del Embarazo (PACACCE). 5.10 Según el riesgo de preeclampsia se procederá de la siguiente manera: 5.10.1 Se considerará riesgo moderado si la embarazada presenta más de una de las condiciones identificadas como riesgo moderado recogidas en la tabla 4 (AG)¹. 5.10.2 Se considerará alto riesgo si la embarazada presenta al menos una de las condiciones identificadas como alto riesgo recogidas en la tabla 4 (AG)¹. 5.10.3 A las mujeres con riesgo moderado o alto de preeclampsia se les aconsejará la administración de ácido acetilsalicílico a baja dosis al inicio del embarazo como prevención (<i>Grado B</i>)¹. 5.10.4 Para aquellas mujeres con alto riesgo de desarrollar preeclampsia, a menos que esté contraindicado, se indicarán 150 mg/día de ácido acetilsalicílico antes de las 16 SG, pero después de la 12 SG (<i>Recomendación fuerte</i>)¹. 5.10.4.1 La administración de ácido acetilsalicílico se realizará preferentemente por la noche (<i>Recomendación débil</i>)¹. 5.10.4.2 Se recomienda seguir las directrices del Programa Andaluz para el Cribado de Anomalías Congénitas y Complicaciones del Embarazo (PACACCE). 5.11 Al inicio del embarazo se evaluarán los factores de riesgo de presentar feto pequeño para la edad gestacional (<i>Grado PP</i>)¹, (<i>Recomendación NICE</i>)³ (Tabla 5). 5.11.1 A las gestantes con un factor de riesgo mayor o múltiples de otros factores de riesgo (3 factores o más) asociados a presentar un feto pequeño para la edad gestacional, se les realizará ecografía para biometría fetal en la semana 28-30 y a la 34-36 (<i>Consenso</i>)¹.

Actividades	Características de calidad				
VISITA Semana 12 (11-13 ⁺⁶ SG)	Tabla 5: Factores de riesgo para desarrollar un feto/neonato de bajo peso para su edad gestacional. <table> <tr> <th>Factores de riesgo mayores (un solo factor)</th><th>Otros factores de riesgo (≥ 3 factores)</th></tr> <tr> <td> • Diabetes materna con enfermedad vascular • Insuficiencia renal • Hipertensión crónica • Síndrome antifosfolípido • Haber tenido previamente un RN con bajo peso para su edad gestacional o feto muerto intraútero • Edad > 40 años • PAPP-A <0,4 MoM • Consumo de cocaína durante el embarazo • Fumadora de ≥11 cigarrillos/día durante el embarazo • Historia materna o paterna de haber sido neonato de bajo peso para su edad gestacional </td><td> • Nulíparas • Fertilización in vitro de un solo feto • IMC ≥30 Kg/m² • Fumadora de hasta 10 cigarrillos/día • Historia de preeclampsia • Intervalos entre embarazos de <6 meses o ≥ 60 meses. </td></tr> </table> MoM: Múltiplos de la Mediana. Fuente: <i>Australian Living Evidence Collaboration (ALEC) Australian Pregnancy Care Guidelines</i>. v.4.2. 4 nov 2024¹. 5.12 Se tendrán en cuenta las recomendaciones generales 2.3, 2.4, 2.7, 2.8 y 2.9 de la visita inicial. 5.13 (i) Se dará información y se reforzarán las recomendaciones específicas sobre los efectos beneficiosos de la lactancia materna (Anexo 5). 5.14 Se fomentará la participación en los grupos de preparación al nacimiento y crianza. 5.15 (i) Se informará a la gestante de las actividades y de los resultados obtenidos dejando constancia documental en la HS y en el DSE²⁹ para facilitar la transferencia de información y la coordinación asistencial. Se reforzará la información sobre resultados del CCIT. 5.16 (i) (bc) Se informará y entregará consentimiento informado de la ecografía 20 SG. 5.17 (bc) Se gestionará la próxima consulta de obstetricia entre la 18-20⁺⁶ SG.	Factores de riesgo mayores (un solo factor)	Otros factores de riesgo (≥ 3 factores)	• Diabetes materna con enfermedad vascular • Insuficiencia renal • Hipertensión crónica • Síndrome antifosfolípido • Haber tenido previamente un RN con bajo peso para su edad gestacional o feto muerto intraútero • Edad > 40 años • PAPP-A <0,4 MoM • Consumo de cocaína durante el embarazo • Fumadora de ≥11 cigarrillos/día durante el embarazo • Historia materna o paterna de haber sido neonato de bajo peso para su edad gestacional	• Nulíparas • Fertilización in vitro de un solo feto • IMC ≥30 Kg/m² • Fumadora de hasta 10 cigarrillos/día • Historia de preeclampsia • Intervalos entre embarazos de <6 meses o ≥ 60 meses.
Factores de riesgo mayores (un solo factor)	Otros factores de riesgo (≥ 3 factores)				
• Diabetes materna con enfermedad vascular • Insuficiencia renal • Hipertensión crónica • Síndrome antifosfolípido • Haber tenido previamente un RN con bajo peso para su edad gestacional o feto muerto intraútero • Edad > 40 años • PAPP-A <0,4 MoM • Consumo de cocaína durante el embarazo • Fumadora de ≥11 cigarrillos/día durante el embarazo • Historia materna o paterna de haber sido neonato de bajo peso para su edad gestacional	• Nulíparas • Fertilización in vitro de un solo feto • IMC ≥30 Kg/m² • Fumadora de hasta 10 cigarrillos/día • Historia de preeclampsia • Intervalos entre embarazos de <6 meses o ≥ 60 meses.				

PROFESIONALES DE MEDICINA DE FAMILIA, MATRON/A, ENFERMERÍA

Actividades	Características de calidad
VISITA Semana 16 (16-18 SG)	6.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona. 6.2 Se actualizará la anamnesis con los datos de evolución de la gestación. 6.3  Se aplicarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. 6.4 Se evaluarán los riesgos según la recomendación 5.3.1, así como el cribado de violencia de género según las recomendaciones 5.3.2 y 5.3.3. 6.5 Se realizará la exploración clínica según las recomendaciones 5.4.1 y 5.4.2. Además, se realizará auscultación fetal (AG)²⁸. 6.6 Se valorarán de nuevo los factores de riesgo de preeclampsia en el segundo trimestre de embarazo y se aconsejará, si procede, la administración de ácido acetilsalicílico (<i>Recomendación NICE</i>)³. Para ello se tendrán en cuenta las recomendaciones 5.8, 5.9 y 5.10. 6.7 A las gestantes que no se les pudo realizar previamente el cribado combinado del primer trimestre (CC1T) para diagnóstico prenatal se les propondrá el cribado bioquímico del segundo trimestre hasta la 17+6 SG,   informando y entregando el consentimiento informado correspondiente (AG)³⁵. 6.8 Se reforzarán las recomendaciones específicas sobre: • Hábitos de vida saludable, medidas higiénicas y relaciones sexuales (<i>Anexo 2</i>). • Los efectos beneficiosos de la lactancia materna (<i>Anexo 3</i>). 6.9  Se dará información sobre (<i>Recomendación NICE</i>)^{3,13}: • cambios físicos y emocionales que ocurren durante el embarazo, • cambios de las relaciones con la pareja durante el embarazo, • cómo pueden apoyarse la mujer y su pareja durante el embarazo, • recursos y apoyo para padres, • cómo pueden establecer el vínculo con su hijo y la importancia del vínculo emocional. 6.10  Se informará de los movimientos fetales normales incluyendo descripción de los cambios de patrón de movimiento según se vaya desarrollando el feto, ciclos despierto/dormido normales y factores que pueden afectar a la percepción de dichos movimientos (<i>Consenso</i>)¹. 6.11 Se seguirán las recomendaciones 2.8 y 2.9 de la visita inicial.



Actividades	Características de calidad
VISITA Semana 16 (16-18 SG)	6.12 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería en esta visita del embarazo (Anexo 4). 6.13  Se informará a la gestante y pareja/acompañante del resultado de las actividades realizadas  dejando constancia documental en la HS y en el DSE²⁹ para facilitar la transferencia de información y la coordinación asistencial. 6.14  Se gestionará o confirmará la próxima cita de AP entre la 24 y 26 SG.

PROFESIONAL DE OBSTETRICIA, TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Actividades	Características de calidad
VISITA Semana 20 (18 ⁺⁰ -20 ⁺⁶ SG)	7.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona. 7.2 Se actualizará la anamnesis con los datos de evolución de la gestación. 7.3  Se aplicarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. 7.4 Se evaluarán los riesgos según la recomendación 5.3.1, así como el cribado de violencia de género según las recomendaciones 5.3.2 y 5.3.3. 7.5 Se realizará la exploración clínica según las recomendaciones 5.4.1 y 5.4.2. 7.6 Se realizará exploración ecográfica del 2º trimestre entre la 18⁺⁰-20⁺⁶, para detección de malformaciones estructurales (Recomendación NICE)³, (Grado B)¹. 7.6.1 Previamente se informará  y se recabará el consentimiento informado . 7.6.2 Se incluirá la localización de la placenta (Recomendación NICE)³ y la valoración de la cantidad de líquido amniótico (AG)³⁵. 7.6.3 Se considerará ofertar la posibilidad de realizar una exploración de la longitud cervical por vía transabdominal y/o transvaginal (Declaración de buena práctica)¹: 7.6.3.1 Si en la ecografía abdominal se detecta un cérvix de menos de 35 mm o no se visualiza bien, se realizará una ecografía transvaginal (Consenso)¹. 7.6.3.2 Si en la ecografía transvaginal se detecta un cérvix de menos de 25 mm, se recomendará suplementación con progesterona vaginal (Recomendación fuerte)¹.



Actividades	Características de calidad
VISITA Semana 20 (18 ⁺⁰ -20 ⁺⁶ SG)	7.7 Según el resultado de la ecografía se recomienda²⁸: - Continuar el control normal del embarazo si no se sospechan anomalías estructurales. - Derivar a la Unidad de Diagnóstico Prenatal cuando exista sospecha de algún tipo de anomalía. 7.8  Se seguirán las recomendaciones 2.8, 2.9 y 6.8. 7.9  Se informará a la gestante y pareja/acompañante del resultado de las actividades realizadas  dejando constancia documental en la HS y en el DSE²⁹ para facilitar la transferencia de información y la coordinación asistencial. 7.10  Se gestionará la próxima cita con obstetricia entre la 34-36 SG.

PROFESIONALES DE MEDICINA DE FAMILIA, MATRON/A, ENFERMERÍA

Actividades	Características de calidad
VISITA Semana 24 (24-26 SG)	8.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona. 8.2 Se actualizará la anamnesis con los datos de evolución de la gestación. 8.3 Se evaluarán los riesgos según la recomendación 5.3.1, así como el cribado de violencia de género según las recomendaciones 5.3.2 y 5.3.3. 8.3.1 Se repetirá el cribado de depresión (AG)¹: Emplear una escala de depresión como la <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (EPDS) para valorar situación de posible trastorno depresivo en el embarazo (Grado EBR)¹ (Anexo 3). 8.4  Se aplicarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. 8.5 Se realizará la exploración clínica según las recomendaciones 5.4.1 y 5.4.2. 8.5.1 Se realizará auscultación fetal (AG)²⁸. 8.5.2 Se ofrecerá medir la altura uterina tras 24 SG (cada 2 semanas o más) en las gestantes de embarazo simple a menos que tenga ecografías frecuentes (Recomendación NICE)³. 8.5.3 Se valorará la percepción de movimientos fetales (AG)¹. 8.6 Se solicitarán los siguientes tests o cribados cuyos resultados serán valorados en la visita 28-30 SG: 8.6.1 Cribado de anemia a las 28 SG (Grado CBR)¹.



Actividades	Características de calidad
VISITA Semana 24 (24-26 SG)	8.6.2 Cribado DMG (test de O´ Sullivan) entre las 24-28 SG (<i>Consenso</i>)¹: • A todas las gestantes como prueba de cribado universal (<i>Consenso</i>)^{1,5}. • A las gestantes con factores de riesgo de DMG en las que se realizó el test de O´Sullivan en el primer trimestre y cuyo resultado fue negativo (<i>Consenso</i>)^{1,5}. 8.6.3 A las gestantes a las que se les realizó test de O´Sullivan en el primer trimestre por presentar factores de riesgo de DMG y resultó positivo pero la prueba diagnóstica de SOG fue negativa, se les repetirá directamente la prueba diagnóstica de SOG (<i>AG</i>)⁵. 8.6.3.1 (i) No se requiere estar en ayunas para el test O´Sullivan pero sí para la prueba diagnóstica de SOG (<i>AG</i>)⁵. 8.6.4 Se recomienda la repetición del Test de Coombs indirecto en la 28 SG a todas las gestantes (<i>Recomendación NICE</i>)³. 8.7 Se recomienda vacunación frente a tosferina, gripe y otras infecciones (ej. covid) (<i>Recomendación NICE</i>)³. Se seguirán las recomendaciones según protocolos actualizados^{30,31}. 8.7.1 La vacunación de la gripe se realizará durante la campaña antigripal anual en cualquier trimestre de la gestación³⁰. 8.7.2 Administrar una dosis de dTpa en cada nuevo embarazo, independientemente del historial previo de inmunización de la gestante, preferiblemente entre la 27 o 28 SG, aunque pasada la 28 SG se sigue recomendando, incluida la última semana de gestación³⁰, si no se ha administrado antes. 8.8 (i)  Se seguirán las recomendaciones 2.8, 2.9 y 6.8. 8.9 (i) Se informará a la gestante que evite dormir sobre la espalda después de las 28 SG y use almohadas para facilitar la posición durante el sueño (<i>Recomendación NICE</i>)³. 8.10 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería en esta visita del embarazo (<i>Anexo 4</i>). 8.11 (i) Se informará a la gestante y pareja/acompañante de los resultados de las actividades realizadas  dejando constancia documental en la HS y en el DSE²⁹ para facilitar la transferencia de información y la coordinación asistencial. 8.12 (i) Se informará de las fechas de las sesiones grupales de preparación al nacimiento y crianza entre 28-36 SG. 8.13  Se gestionará la próxima cita en AP entre la 28-30 SG. 8.14  Se gestionará cita para vacunación dTpa (y gamma anti D si procede).

PROFESIONAL DE MEDICINA DE FAMILIA, MATRON/A, ENFERMERÍA

Actividades	Características de calidad
VISITA Semana 28 (28-30 SG)	9.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona. 9.2 Se actualizará la anamnesis con los datos de evolución de la gestación. 9.3 Se evaluarán los riesgos según la recomendación 5.3.1, así como el cribado de violencia de género según las recomendaciones 5.3.2 y 5.3.3. 9.4 Si la mujer presentó en la primera visita de embarazo 3 factores de riesgo de tromboembolismo (Tabla 3), se considerará la profilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) a partir de la 28 SG (AG)³². 9.5  Se aplicarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. 9.6 Se realizará la exploración clínica según las recomendaciones 5.4.1, 5.4.2, 8.5.1, 8.5.2 y 8.5.3. 9.7 Se valorarán los resultados de los test/cribados solicitados en la visita 24-26 SG: 9.7.1 Se establecerá diagnóstico de anemia si el valor de hemoglobina es inferior a 10,5 g/dL². 9.7.1.1 Se administrará suplementación de hierro en las gestantes que presenten anemia en la 28 SG (Grado EBR)¹. 9.7.1.2 Se informará a la mujer que la suplementación de hierro semanal es igual de efectiva que la diaria y presenta menos efectos adversos (Grado EBR)¹. 9.7.2 DMG: 9.7.2.1 El test de cribado de DMG (Test O'Sullivan) se considera positivo cuando la cifra de glucemia en plasma venoso a la hora de la administración es ≥ 140 mg/dL (AG)⁵. 9.7.2.2 Se establecerá el diagnóstico de DMG cuando la prueba de SOG presente dos o más valores iguales o superiores a los valores especificados para la situación basal: ≥ 105 mg/dL, 1ª hora ≥ 190 mg/dL, 2ª hora ≥ 165 mg/dL, 3ª hora ≥ 145 mg/dL (AG)⁵. 9.7.3 Test Coombs indirecto: En mujeres con Rh (-) no sensibilizadas (Test Coombs indirecto negativo) se administrará, en la 28 SG, profilaxis con gammaglobulina anti-D (Recomendación NICE)³, 300 µg (1500 UI) para reducir el riesgo de sensibilización (AG)²⁸. 9.8 Se seguirán las recomendaciones 8.7, 8.7.1 y 8.7.2 sobre vacunación, si no se ha valorado previamente.



Actividades	Características de calidad
VISITA Semana 28 (28-30 SG)	9.9 (I) A partir de la 28 SG se informará y se hablarán de las preferencias de parto de la gestante discutiendo implicaciones, beneficios y riesgos de las diferentes opciones (<i>Recomendación NICE</i>)³. 9.9.1 (I) Se le proporcionará información de las opciones de analgesia antes del inicio del parto y se ofrecerá la posibilidad de hablar de los riesgos y beneficios de cada una de las opciones (<i>Grado IIIA</i>)⁶. 9.9.2 Se ofrecerá a las gestantes la posibilidad de elaborar un Plan de Parto y Nacimiento, que permita conocer sus preferencias y planificarlas conjuntamente conforme al documento de “Buenas Prácticas” (<i>AG</i>)^{43, 44}. 9.10 Se seguirán las recomendaciones 2.8, 2.9, 6.8 y 8.14. 9.11 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería en esta visita del embarazo (<i>Anexo 4</i>). 9.12 (I) Se informará a la gestante y pareja/acompañante y  se dejará constancia documental en la HS y en el DSE²⁹, para facilitar la transferencia de información y la coordinación asistencial, en lo relativo a (<i>AG</i>): • Resultados de pruebas y actividades realizadas. • El trabajo de parto y métodos para el alivio del dolor (I)  informando y facilitando los diferentes consentimientos informados (analgesia epidural)⁴⁵. 9.13  Se gestionará próxima cita en AP entre la 35-37 SG considerando la fecha de obstetricia previa para no coincidir.

MATRÓN/A, PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Actividades	Características de calidad
PREPARACIÓN AL NACIMIENTO Y CRIANZA (28-36 SG)	10.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona. 10.2 Se ofertará a todas las gestantes un mínimo de 3 sesiones a partir de la 28 SG, con los siguientes contenidos (AG)^{13, 28, 46}: • Entrenamiento en técnicas de relajación, respiración y ejercicio. • Facilitación para la expresión de dudas y temores. • Fomento de la lactancia materna para favorecer la creación del vínculo de apego, se informará sobre principales dificultades de la lactancia materna y cómo resolverlas, se informará sobre los bancos de leche y se ofrecerá información sobre grupos de apoyo locales. • Refuerzo del protagonismo de la pareja/persona de su confianza en todo el proceso. • Consejo sobre hábitos de vida saludable. • Se propondrán visitas grupales virtuales o presenciales por los paritorios tanto para las gestantes como para sus parejas/acompañantes⁴⁷. • Uso de sistemas de retención infantil⁴⁸. 10.3 Después de las 28 SG se informará sobre (<i>Recomendación NICE</i>)³: • Preparación al parto y nacimiento, incluyendo información de cómo afrontar el parto y crear el plan de nacimiento. • Cómo reconocer el parto activo. • Profilaxis con vitamina K. • Cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas¹⁰. • Periodo postnatal, incluyendo cuidados del recién nacido. • Alimentación del recién nacido. • Cuidado postnatal, incluyendo ejercicios de suelo pélvico. • Atención a cambios de humor y problemas de salud mental en el periodo postnatal. 10.3.1 Se incluirá también información sobre el cribado neonatal de hipoacusia. 10.4 (i) Se informará y tendrán en cuenta los valores de la embarazada y su pareja o acompañante en relación a (AG): • Las distintas opciones de analgesia para el parto y entrega de consentimientos informados correspondientes (analgesia epidural)⁴⁵. • Los derechos, deberes y obligaciones de los padres y derechos de los recién nacidos⁴⁹.

Actividades	Características de calidad
PREPARACIÓN AL NACIMIENTO Y CRIANZA (28-36 SG)	• El derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria acorde a sus necesidades⁵⁰. • Los riesgos para el feto y recién nacido de determinadas enfermedades inmunoprevenibles²⁸ y del beneficio de las vacunas administradas tanto a la madre (durante la gestación) como al recién nacido (al nacer o posteriormente). • La visita puerperal tanto de la madre como del recién nacido, preferiblemente entre 3º -4º día vida. 10.4 Se registrará la asistencia/no asistencia a estas visitas de preparación al nacimiento y crianza en la HS y DSE²⁹.

PROFESIONAL DE OBSTETRICIA, TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Actividades	Características de calidad
VISITA Semana 34 (34-36 SG)	11.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona. 11.2 Se actualizará la anamnesis con los datos de evolución de la gestación. 11.3 Se evaluarán los riesgos según la recomendación 5.3.1, así como el cribado de violencia de género según las recomendaciones 5.3.2 y 5.3.3. 11.4  Se aplicarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. 11.5 Se realizará la exploración clínica según las recomendaciones 5.4.1 y 5.4.2. 11.6 Se realizará la exploración ecográfica del 3º trimestre (34-36 SG) (AG). Para valoración de la vitalidad y estática fetal, crecimiento fetal, localización placentaria, volumen de líquido amniótico y estudio de flujo fetoplacentario si está indicado. 11.7 En las gestantes no diagnosticadas previamente de DMG y con diagnóstico de macrosomía fetal o polihidramnios durante el tercer trimestre, se recomienda realizar directamente la prueba de SOG⁵. 11.8  Se informará y se hablará de las preferencias de parto con la gestante discutiendo implicaciones, beneficios y riesgos de las diferentes opciones (<i>Recomendación NICE</i>)³. 11.8.1  Se le proporcionará información de las opciones de analgesia antes del inicio del parto y se ofrecerá la posibilidad de hablar de los riesgos y beneficios de cada una de las opciones (<i>Grado IIIA</i>)⁶.  Se dejará constancia en la HS de los diferentes consentimientos informados (analgesia epidural)⁴⁵.



Actividades	Características de calidad
VISITA Semana 34 (34-36 SG)	11.9 Se reforzarán las recomendaciones específicas sobre: • Hábitos de vida saludable, medidas higiénicas y relaciones sexuales (Anexo 1). • Los efectos beneficiosos de la lactancia materna (Anexo 5). • Preparación al nacimiento y crianza^{13, 51}. 11.10 Se seguirán las recomendaciones 2.8 y 2.9. 11.11 Se confirmará si ha recibido (AG): • Vacunación con dTpa • Administración de gamma anti-D, si procede. • Otras vacunas según protocolos actualizados (ej. gripe, covid)^{30, 31}. 11.12  Se informará a la gestante y pareja/acompañante,  dejando constancia documental en la HS y en el DSE²⁹ acerca de (AG) los resultados de pruebas y actividades realizadas. 11.13 Se gestionará la siguiente cita con obstetricia para la 41 SG tanto en nulíparas como en multíparas.

MATRÓN/A, PROFESIONAL DE MEDICINA DE FAMILIA, DE ENFERMERÍA

Actividades	Características de calidad
VISITA Semana 36 (35-37 SG)	12.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona. 12.2 Se actualizará la anamnesis con los datos de evolución de la gestación. 12.3 Se evaluarán los riesgos según la recomendación 5.3.1, así como el cribado de violencia de género según las recomendaciones 5.3.2 y 5.3.3. 12.4  Se aplicarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. 12.5 Se realizará la exploración clínica según las recomendaciones 5.4.1, 5.4.2, 8.5.1, 8.5.2 y 8.5.3. 12.5.1 Se valorará la presentación fetal mediante palpación abdominal a las 36 SG o posteriormente pues puede influir en los planes de parto (Grado C)¹. 12.5.1.1 En las gestantes con embarazos únicos no complicados con presentación de nalgas confirmada tras la 36 SG se discutirán las opciones disponibles y sus riesgos/beneficios e implicaciones incluyendo (Recomendación NICE)³: versión cefálica externa (cambiar posición del feto a presentación cefálica), parto vaginal de nalgas o cesárea electiva.

Actividades	Características de calidad
VISITA Semana 36 (35-37 SG)	• Se ofrecerá versión cefálica externa a las mujeres con embarazos únicos no complicados tras la 37 SG (<i>Grado B</i>)¹, (II) informando y entregando el correspondiente consentimiento informado²⁷. • Si se decide parto vaginal de nalgas o cesárea, (II) se informará y entregará el correspondiente formulario de consentimiento informado²⁷. 12.6 Se solicitará determinación de colonización de <i>Streptococcus</i> grupo B (EGB) entre la 35-37 SG³⁶ (<i>Grado B</i>)¹. 12.6.1 No será necesario solicitarlo en caso de haber sido aislado previamente en orina o en caso de haber tenido un hijo anterior afecto de una infección neonatal por EGB pues en ambos casos será necesario realizar profilaxis durante el parto o ante cesárea electiva con bolsa íntegra³⁶. 12.6.2 Se repetirá la determinación si han pasado más de 5 semanas desde la última determinación y aún no se ha producido el parto (<i>AG</i>)³⁶. 12.6.3 En pacientes con alergias a penicilina, se tendrá en cuenta que habrá que solicitar antibiograma en el cultivo del cribado de EGB (<i>AG</i>)⁵². 12.7 No se recomienda realizar estudio de coagulación rutinario previo a la analgesia neuroaxial en gestantes sanas (<i>AG</i>)²⁸. 12.8 Se reforzarán las recomendaciones específicas sobre: • Hábitos de vida saludable, medidas higiénicas y relaciones sexuales (<i>Anexo 1</i>). • Efectos beneficiosos de la lactancia materna (<i>Anexo 5</i>). • Preparación al nacimiento y crianza^{13, 51} incluyendo: - Signos y síntomas de parto y de trabajo de parto, signos y síntomas de alarma. - Cuidados del RN, contacto piel con piel entre madre y recién nacido. - Cuidados de la madre en el posparto y asesoramiento sobre los cambios emocionales. - Visita puerperal (madre y recién nacido). - Sistemas de retención infantil. 12.9 Se seguirán las recomendaciones 2.8 y 2.9. 12.10 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería en esta visita del embarazo (<i>Anexo 4</i>).

Actividades	Características de calidad
VISITA Semana 36 (35-37 SG)	12.11  Se informará a la gestante y pareja/acompañante de los resultados de las actividades realizadas y  se dejará constancia escrita en la HS y el DSE²⁹ para facilitar la transferencia de información y la coordinación asistencial. 12.12  Se gestionará la próxima cita en A Primaria para la 39-40 SG.

MATRÓN/A, PROFESIONAL DE MEDICINA DE FAMILIA, DE ENFERMERÍA

Actividades	Características de calidad
VISITA Semana 39-40	13.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona. 13.2 Se actualizará la anamnesis con los datos de evolución de la gestación. 13.3  Se aplicarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. 13.4 Se realizará la exploración clínica según las recomendaciones 5.4.1, 5.4.2, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3 y 12.5.1. 13.4.1 Se valorará el estado portador de <i>Estreptococo</i> grupo B así como la necesidad de repetición³⁶ (ver recomendación 12.6). 13.5 En mujeres con bajo riesgo de complicaciones en el embarazo, no hay suficiente evidencia para recomendar cardiotocografía como valoración inicial en comparación con la auscultación fetal (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 13.6 Se hablará de las opciones de inducción al parto en gestantes en situación próxima a considerarse embarazo prolongado (<i>Grado EBR</i>)¹, que se establece a partir de las 41⁺⁰ SG (<i>AG</i>)¹. 13.6.1  Se informará que la mayoría de las mujeres se ponen de parto de forma espontánea antes de las 42 SG y que existen riesgos si el embarazo se prolonga más de 41 SG (<i>AG</i>)¹. 13.7 Se reforzarán las actividades descritas en la recomendación 12.8. 13.8 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería en esta visita del embarazo (<i>Anexo 4</i>). 13.9  Se informará a la gestante y pareja/acompañante de los resultados de las actividades realizadas y  se dejará constancia escrita en la HS y el DSE²⁹ para facilitar la transferencia de información y la coordinación asistencial. 13.10  Se informará y recomendará la realización de las visitas puerperales tanto para la mujer como para el RN tras el parto.

PROFESIONAL DE OBSTETRICIA, TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Actividades Características de calidad

VISITA Semana 41

- 14.1**  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona.
- 14.2** Se actualizará la anamnesis con los datos de evolución de la gestación.
- 14.3**  Se aplicarán medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes.
- 14.4** Se realizará la exploración clínica según las recomendaciones 5.4.1 y 5.4.2.
- 14.5** A partir de la 41⁺⁰ SG se realizará monitorización fetal periódica (registro cardiotocográfico y ecografía) hasta que se produzca el parto o se induzca finalmente (AG)^{1,2}.
- 14.6** (II) Se informará que la mayoría de las mujeres se ponen de parto de forma espontánea antes de las 42 SG y que existen riesgos si el embarazo se prolonga más de 42 SG¹.
- 14.7** (II) 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 teniendo en cuenta la edad gestacional, el resultado de la monitorización fetal, la puntuación del test de Bishop (Tabla 6), así como las preferencias de la mujer (AG)^{1,2}.
- 14.7.1**  Para los diferentes procedimientos de inducción al parto se entregarán y firmarán previamente los formularios de consentimiento informado correspondientes²⁷.

Tabla 6. Test de Bishop

Parámetros	Puntuación				Total
	0	1	2	3	
Dilatación	0	1-2	3-4	5-6	
Borramiento (%)	0-30	40-50	60-70	> 80	
Consistencia	Dura	Media	Blanda		
Posición	Posterior	Media	Centrado		
Presentación	Libre	I	II	III	
Total					

Fuente: adaptado de: Bishop EH. *Pelvic scoring for elective induction*. *Obstet Gynecol*. 1964;24:266-8.

- 14.8** Se podrá ofrecer la separación de membranas (maniobra de Hamilton) para desencadenar el parto en mujeres a partir de la 41 SG (AG)¹. (II) Para ello se informará del procedimiento y se registrará en la HS la aceptación mediante  consentimiento verbal de la gestante.

Actividades	Características de calidad
VISITA Semana 41	14.9 Se reforzarán las recomendaciones descritas en la recomendación 12.8. 14.10  Se informará a la gestante y pareja/acompañante de los resultados de las actividades realizadas y  se dejará constancia escrita en la HS y el DSE²⁹ para facilitar la transferencia de información y la coordinación asistencial. 14.10.1 Se revisará la información dada en la recomendación 11.8.1 sobre las opciones de analgesia para el parto y se ofrecerá la posibilidad de hablar de los riesgos y beneficios de cada una de las opciones (<i>Grado IIIA</i>)⁶.  También se informará de los diferentes consentimientos informados (analgesia epidural)⁴⁵ y se dejará constancia en la HS y DSE²⁹.

PROFESIONALES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA (SAC) – AH

Actividades	Características de calidad
RECEPCIÓN DE LA GESTANTE EN EL HOSPITAL (Urgencias)	15.1  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 y NUHSA), tanto de forma verbal como documental (Documento Nacional de Identidad (DNI), Número de Identidad Extranjero (NIE) o pasaporte). 15.2  Se trasladará al Área de Paritorio identificando los factores intrínsecos (factores relacionados con la propia gestante, o su tratamiento) y extrínsecos (aquellos que dependen del entorno) que puedan incidir en la seguridad de la gestante.  También se tendrán en cuenta los riesgos de seguridad en la transferencia de la mujer.

MATRÓN/A, TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Actividades	Características de calidad
ÁREA DE PARITORIO VALORACIÓN	16.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la mujer. 16.2 Se revisará la documentación aportada en el DSE²⁹ y los diferentes  consentimientos informados. 16.3 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, deberán ser realizadas lo antes posible (<i>AG</i>). 16.3.1 La situación de portadora de Streptococo (cultivo positivo o desconocido) se valorará para determinar los escenarios que requieran profilaxis según los protocolos actualizados (<i>AG</i>)³⁶. 16.4  Se aplicarán las medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes.

Actividades	Características de calidad
ÁREA DE PARITORIO VALORACIÓN	16.5 La evaluación inicial incluirá (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: - Observación de la mujer: • Preguntar sobre duración, intensidad y frecuencia de las contracciones. • Preguntar sobre el dolor y cómo aliviarlo. • Registrar tensión arterial, pulso y temperatura. • Registrar si ha presentado sangrado vaginal o rotura de bolsa. - Observación del feto: • Preguntar a la mujer sobre la percepción de movimientos en las últimas 24h. • Palpar el abdomen para determinar altura uterina, presentación, situación y posición fetal, frecuencia y duración de contracciones. • Se realizará auscultación fetal durante al menos un minuto después de una contracción. Se palpará el pulso de la mujer para diferenciarlo de los latidos del feto. 16.5.1 Si tras la valoración inicial, no está claro el inicio del trabajo de parto, la exploración vaginal puede ayudar a determinarla, pero no siempre es necesaria. 16.5.2 Si se sospecha que la mujer ha iniciado el trabajo de parto, se ofrecerá exploración vaginal. 16.6 Cuando se realice una exploración vaginal se considerará (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: • Asegurar que es necesario y que añadirá información importante para la toma de decisiones. • Que puede ser un proceso estresante en la mujer, especialmente si está con dolor, muy ansiosa y en un entorno no familiar. • Explicar el motivo del examen y qué supone. • Asegurarse que la mujer ha sido informada y ha dado su consentimiento. Asegurar la intimidad, privacidad y confort. • Explicar los resultados del examen y cómo afecta al plan de parto-nacimiento tanto a la mujer como a su pareja/acompañante. 16.7 Se considerará (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: • Parto latente: período de tiempo no continuo en el que hay contracciones dolorosas y algún cambio cervical, incluyendo borramiento del cérvix y dilatación hasta los 4 cm. • Parto establecido: cuando las contracciones sean regulares y dolorosas y la dilatación cervical progresa a partir de los 4 cm.

Actividades	Características de calidad
ÁREA DE PARITORIO VALORACIÓN	16.7.1 No se considerará el ingreso de la mujer en paritorio hasta que se encuentre en situación de parto establecido (<i>AG</i>). 16.8 No se realizará examen con espéculo si se está seguro de que hay rotura de membranas (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 16.8.1 Se informará a la mujer con rotura de membranas antes del inicio del parto (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: • De los riesgos de infección neonatal. • De que el 60% de las mujeres con rotura de membranas estarán de parto dentro de las siguientes 24h. • De la inducción del parto a partir de las 24h tras la rotura de las membranas. 16.8.2 Si no está clara la rotura de membranas, se ofrecerá examen con espéculo para determinarlo. Evitar el examen vaginal si no hay contracciones (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 16.8.3 Si hay progresión normal de la dilatación, no se realizará rotura de membranas (amniorrexis) artificial de rutina (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 16.9 Se tendrá en cuenta que en mujeres con bajo riesgo de complicaciones no hay suficiente evidencia para indicar cardiotocografía como evaluación inicial en el parto (<i>Consenso</i>)¹ pues no mejora los resultados ni en mujeres ni en RN en comparación con la auscultación intermitente (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 16.10 En caso de que la mujer solicite analgesia regional, se atenderá su petición, incluyendo aquellas mujeres que presenten dolor severo en la fase de parto latente (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 16.11 (ii) Asegurar que la mujer se implica y controla lo que le está ocurriendo y reconoce que los cuidados proporcionados son claves en esta situación. Para facilitar esto, se establecerá una buena relación con la mujer y se preguntará sobre sus preferencias y expectativas en el parto, teniendo en cuenta el tono de voz, así como el comportamiento y las palabras empleadas. Se usará esta información para apoyarla y guiarla a lo largo del parto (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 16.11.1 Se atenderán las expectativas y preferencias expresadas y acordadas con la gestante en su Plan de Parto y Nacimiento (<i>AG</i>)⁴⁴. 16.12 No se recomienda el rasurado de pubis ni de la zona perineal previo al nacimiento vaginal (<i>Recomendación OMS</i>)⁷. 16.13 No se recomienda la administración de enemas en admisión (<i>Recomendación OMS</i>)⁷. 16.14 Se promoverá la deambulación y la realización de cambios de posición según se encuentre más cómoda durante el parto (<i>Recomendación NICE</i>)⁹.

Actividades	Características de calidad
ÁREA DE PARITORIO VALORACIÓN	16.15 Se promoverá que la mujer tenga una persona de apoyo que ella elija para el nacimiento (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 16.16 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería en esta visita del embarazo (<i>Anexo 4</i>). 16.17 (i) Se facilitará información a la gestante y pareja/ acompañante, sobre la evolución del parto, sobre los derechos de la madre y el RN^{49, 50} y sobre las normas de la unidad asistencial (<i>AG</i>). 16.18 (i) Se le facilitará información y (b) entregarán consentimientos informados que se requieran^{27, 45}.

MATRÓN/A, TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, PROFESIONAL DE OBSTETRICIA, PROFESIONAL DE ANESTESIOLOGÍA.

Actividades	Características de calidad
ASISTENCIA EN PARITORIO (Atención en la Fase de Dilatación)	17.1  Se verificará la identidad inequívoca de la mujer. 17.2 Los equipos de atención al parto hospitalario promoverán la atención al parto de bajo riesgo preferiblemente por parte del matrán/a, siempre y cuando éste se mantenga dentro de los límites de la normalidad (<i>AG</i>)²⁸. 17.3 Se promoverá que la mujer tenga una persona de apoyo que ella elija para el nacimiento (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 17.4 Las mujeres que tengan bajo riesgo de requerir anestesia general, tendrán la opción de comer y beber según deseen y toleren durante el parto (<i>Grado IA</i>)⁶, (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 17.4.1 Se informará a la mujer que las bebidas isotónicas pueden ser más beneficiosas durante el parto que el agua (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 17.5 Se promoverá y ayudará a la mujer a la deambulación y la realización de cambios de posición según se encuentre más cómoda durante el parto (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 17.6 Se recomienda apoyo continuo a todas las mujeres en situación de parto activo, por lo que cada unidad de paritorio deberá facilitar la posibilidad de recibirlo (<i>Grado IA</i>)⁶. 17.6.1 Facilitar a la mujer en parto activo cuidados individualizados (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 17.6.2 No dejar a la mujer en situación de parto activo sola excepto por periodos cortos de tiempo o si lo solicita (<i>Recomendación NICE</i>)⁹.

Actividades	Características de calidad
ASISTENCIA EN PARITORIO (Atención en la Fase de Dilatación)	17.7 (II) Durante la primera fase de dilatación se le informará a la mujer (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: • Las nulíparas suelen tardar una media de 8 h pero no más de 18 h. • Las multíparas suelen tardar una media de 5 h pero no más de 12 h.
	17.8 Se usará el registro gráfico del parto (partograma) una vez el parto está establecido (<i>Recomendación NICE</i>)⁹.
	17.9 (II) Se le informará a la mujer de los beneficios de la postura vertical durante el parto y se asistirá en la posición que considere más cómoda (<i>Grado IB</i>)⁶.
	17.10  Se aplicarán las medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes.
	17.11 Se registrará durante la evolución de la primera fase del parto establecido (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: • Frecuencia de contracciones cada 30 min. • Pulso cada hora. • Temperatura y tensión arterial cada 4 horas. • Frecuencia urinaria. • Como parte de la evaluación continua, se registrará en la HS la presencia o ausencia de meconio. • Ofrecer exploración vaginal cada 4 horas o si existe preocupación por el progreso o en respuesta a los deseos de la mujer (tras palpación abdominal y evaluación de pérdida vaginal).
	17.12 Se animará a la mujer a que comunique sus necesidades de analgesia durante cualquier momento del parto (<i>Recomendación NICE</i>)⁹.
	17.12.1 Para aliviar el dolor durante el parto se proponen las siguientes estrategias y se apoyará a la mujer en la que elija (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: • técnicas de respiración y relajación • técnicas de masajes que se les han enseñado a los acompañantes • escuchar música
	17.12.2 Se ofrecerá ducha/inmersión en agua para aliviar el dolor durante la primera etapa del parto (<i>AG</i>)⁹.
	17.12.2.1 (II) Se informará a la mujer de que no hay suficiente evidencia de alta calidad para recomendar dar a luz en el agua (<i>Recomendación NICE</i>)⁹.

Actividades	Características de calidad
ASISTENCIA EN PARITORIO (Atención en la Fase de Dilatación)	17.12.3 Otras medidas que se podrán ofrecer para el alivio del dolor incluye las pelotas de goma para encontrar posturas más confortables (AG)^{28, 53}. 17.12.4 Se ofrecerá analgesia inhalada con mezcla de óxido nitroso y oxígeno 50:50 para reducir el dolor. (II) Se informará a la mujer que puede ocasionar náuseas y mareos (Recomendación NICE)⁹. 17.12.5 Asegurar que existen opioides para administración intravenosa o intramuscular en las áreas de paritorio. (II) Se informará a la mujer que proporcionan alivio del dolor limitado durante el parto y pueden tener efectos adversos tanto en la mujer (somnolencia, náuseas y vómitos) como en el feto (depresión respiratoria y somnolencia que pueden durar días) (Recomendación NICE)⁹. 17.12.5.1 (II) Se informará a la mujer que la administración de opioides puede afectar a la lactancia (Recomendación NICE)⁹. 17.12.5.2 Se administrará un antiemético en caso de empleo de opioides intravenoso o intramuscular (Recomendación NICE)⁹. 17.12.5.3 Se considerarán antagonistas H2 o antiácidos para las mujeres que reciban opioides o que desarrollen factores de riesgo que pudieran hacer más probable la necesidad de anestesia general (Recomendación NICE)⁹. 17.12.5.4 No se ofrecerán antagonistas H2 o antiácidos de forma rutinaria a mujeres de bajo riesgo (Recomendación NICE)⁹. 17.13 A las mujeres con bajo riesgo de complicaciones y en fase de parto establecido, se les ofrecerá auscultación fetal intermitente (AFI) (Recomendación NICE)⁹: • Utilizar un estetoscopio o <i>doppler</i> de ultrasonidos. • Realizar auscultación intermitente al menos cada 15 min, tras una contracción y al menos durante un minuto. • Registrar aceleraciones y desaceleraciones. • Tomar el pulso de la mujer cada hora o más frecuentemente si hay alguna preocupación, para diferenciar el pulso fetal del materno. 17.14 No se ofrecerá cardiotocografía a las mujeres con bajo riesgo de complicaciones en fase de parto establecido (Recomendación NICE)⁹. 17.14.1 Se ofrecerá cardiotocografía en caso de que la AFI indique posibles anomalías en la frecuencia cardiaca fetal y se explicará a la mujer el motivo por el que se le ofrece. Si el registro es normal tras 20 min, se volverá a la AFI a menos que la mujer solicite mantener la cardiotocografía continua (Recomendación NICE)⁹.

Actividades	Características de calidad
ASISTENCIA EN PARITORIO (Atención en la Fase de Dilatación)	17.15 (ii) Se ofrecerá cardiotocografía continua en caso de que existan factores de riesgo en la evaluación inicial y se explicará a la mujer por qué se ofrece (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 17.15.1 Se recomendará cardiotocografía continua si alguno de los siguientes factores de riesgo aparecen en la evaluación inicial o durante el parto (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: - Relacionados con la mujer: • Pulso materno >120 pulsaciones/min medido en 2 ocasiones en un período de 30 min. • Temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ en una ocasión o $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ en dos ocasiones en el espacio de una hora. • Sospecha de corioamnionitis o sepsis. • Dolor indicado por la mujer diferente al de las contracciones. • Presencia de meconio. • Sangrado vaginal. • Hipertensión severa: una lectura TAS ≥ 160 mmHg o TAD ≥ 110 mmHg medida entre contracciones. • Hipertensión: TAS ≥ 140 mmHg o TAD ≥ 90 mmHg en dos lecturas consecutivas tomadas con una diferencia de 30 min y entre contracciones. • Retraso confirmado de la fase primera o segunda del parto. • Contracciones que duran más de 60 seg o más de 5 contracciones en 10 min. • Uso de oxitocina. • Rotura de membranas de más de 24h. • Presencia de líquido amniótico teñido (AG)²⁸. • Presencia de Diabetes (tipo 1 o 2) y DMG que requiera medicación⁵⁴. - Relacionados con el feto (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: • Presentación anormal, transverso u oblicuo. • Presentación sobre estrecho superior en nulíparas. • Sospecha de macrosomía o restricción del crecimiento. • Sospecha oligoamnios o polihidramnios. • Pulsación fetal <110 o >160 pulsaciones/min. • Desaceleración del pulso fetal durante la auscultación fetal intermitente • Reducción de movimientos fetales dentro de las últimas 24h. • En caso de analgesia epidural (AG).

Actividades	Características de calidad
ASISTENCIA EN PARITORIO (Atención en la Fase de Dilatación)	17.16 Para la interpretación del registro cardiotocográfico se seguirán las definiciones e interpretaciones descritas en el Anexo 6 para guiar el manejo del parto (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 17.17 Durante la cardiotocografía continua (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: • Se asegurará mantener la atención en la mujer más que del trazado cardiotocográfico. • Se permanecerá con la mujer para proveer atención persona-persona. • Promover y ayudar a la movilización de la mujer y el cambio de posición. • Monitorizar tanto a la mujer como al feto para actuar rápidamente si se requiere. • Diferenciar entre latidos maternos y fetales cada hora o más frecuentemente si se necesita. 17.18 Si hay progresión normal de la dilatación, no se realizará rotura de membranas (amniorrexix) artificial de rutina (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 17.19 No se combinará de forma rutinaria amniorrexix artificial con oxitocina (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 17.20 Si se sospecha retraso en la primera fase del parto (dilatación), se evaluarán los siguientes aspectos para confirmarlo (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: • En nulíparas, dilatación cervical de menos de 2 cm en un periodo de 4h. • En multíparas, dilatación cervical de menos de 2 cm en un periodo de 4h o una desaceleración en el progreso del trabajo del parto. • Descenso y rotación de la cabeza del feto. • Cambios en la intensidad, duración y frecuencia de contracciones. 17.20.1 Si se sospecha retraso en la primera fase del parto, (i) se considerará realizar amniorrexix artificial en las mujeres que presenten membranas intactas tras informar del procedimiento y advertir que acortará el tiempo de parto en una hora aproximadamente pudiendo incrementar la intensidad y el dolor de las contracciones (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. (ii) Se solicitará el consentimiento verbal y registrará en la HS (AG). 17.20.2 Ante la sospecha de retraso en la primera fase del parto e independientemente de si la mujer acepta la realización de amniorrexix o no, se le informará de que se realizará un examen vaginal cada 2h, confirmándose el retraso de la dilatación si la progresión es de menos de 1 cm (<i>Recomendación NICE</i>)⁹.

Actividades	Características de calidad
ASISTENCIA EN PARITORIO (Atención en la Fase de Dilatación)	17.21 En caso de confirmación de retraso de la primera fase del parto (dilatación), se volverá a ofrecer la realización de amniorrexis artificial a las mujeres con las membranas intactas, repitiendo el examen vaginal cada 2h (<i>Recomendación NICE</i>)⁹ facilitando (i) información y (bc) solicitando consentimiento verbal. 17.21.1 (i) En caso de confirmación de retraso de la primera fase del parto se valorará el uso de oxitocina tras rotura espontánea o artificial de membranas, informando que adelantará el nacimiento pero no afectará al modo del mismo (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 17.21.2 (i) Se informará a la mujer de que la oxitocina aumentará la frecuencia e intensidad de las contracciones y que su uso supondrá la necesidad de monitorización continua del feto. Se ofrecerá analgesia epidural antes de la administración de oxitocina (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 17.21.3 (i) Se solicitará consentimiento verbal previo a la administración y registro en la HS. 17.21.4 En caso de administración de oxitocina, se asegurará que el tiempo entre modificaciones de dosis no sea inferior a 30 min. Se aumentará la dosis de oxitocina hasta presentar 3-4 contracciones cada 10 min (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 17.21.5 Tras el inicio de la administración de oxitocina se informará a la mujer de que se realizará examen vaginal cada 4h (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: • Si la dilatación es <2cm en 4h, se revisará por el ginecólogo para valorar la necesidad de cesárea. • Si ha dilatado ≥2 cm tras 4h, se seguirá con examen vaginal a las 4h. 17.22 (i) Se informará a la mujer de la analgesia regional explicando los riesgos y beneficios (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 17.22.1 (i) Se informará que la analgesia epidural ofrece alivio del dolor más efectivo que los opioides, no se asocia con dolor de espalda a largo plazo, no se asocia con mayor duración de la primera fase de parto o aumento de la posibilidad de cesárea, se asocia con duración mayor de la segunda fase del parto y aumento de la posibilidad de parto instrumental vaginal, requiere monitorización intensiva y acceso intravenoso por lo que la movilidad se verá reducida (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 17.23 En caso de recibir analgesia epidural, asegurar el acceso intravenoso (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 17.24 En caso de analgesia epidural, se recomienda cualquiera de las técnicas para analgesia neuroaxial a bajas dosis: epidural o combinada (epidural-intradural) (AG)²⁸.

Actividades	Características de calidad
ASISTENCIA EN PARITORIO (Atención en la Fase de Dilatación)	17.24.1 Si se precisa un rápido establecimiento de la analgesia, se recomienda la utilización de epidural combinada (AG)²⁸. 17.24.2 Se utilizarán bajas dosis de anestésico local junto con opioides para la analgesia epidural (AG)²⁸. 17.25 Se tendrán en cuenta las siguientes observaciones en la mujer con analgesia regional (Recomendación NICE)⁹: • Durante el establecimiento de la analgesia regional y tras bolos adicionales (≥ 10 mL) se medirá la presión arterial cada 5 min durante 15 minutos. • Si a los 30 min tras la administración de anestesia sigue con dolor, se avisará al anestesista. • Se evaluará el nivel de bloqueo sensorial cada hora. 17.26 Se realizará cardiotocografía continua al menos durante 30 min mientras se establece la analgesia regional y tras la administración de cada bolo de 10 mL o más (Recomendación NICE)⁹. 17.27 Una vez establecida la analgesia regional, se continuará hasta el final de la tercera fase del parto (alumbramiento) y si se requiere reparación perineal (Recomendación NICE)⁹. 17.27.1 Tras confirmar dilatación completa en una mujer con analgesia regional, se acordará asegurar el nacimiento del feto en un período de no más de 4h, independientemente de si es nulípara o multipara (Recomendación NICE)⁹. 17.27.2 No se empleará oxitocina de forma rutinaria en la segunda fase del parto (Expulsivo) en una mujer con analgesia regional (Recomendación NICE)⁹. 17.28 No se recomienda la utilización rutinaria del análisis del segmento ST del electrocardiograma (ECG) fetal en el parto normal (AG)²⁸. 17.29 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería en esta visita del embarazo (Anexo 4). 17.30 Se informará a la gestante y pareja/acompañante del estado del feto y de la evolución del trabajo de parto.

MATRÓN/A, PROFESIONAL DE OBSTETRICIA, TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Actividades	Características de calidad
ASISTENCIA PARITORIO (Atención en el Período Expulsivo y Alumbramiento)	18.1  Se verificará la identidad inequívoca de la persona. Atención en el Período Expulsivo (2ª fase del parto). 18.2 La segunda fase del parto es el período de tiempo entre la dilatación cervical máxima y el nacimiento del bebé, durante el cual la mujer presenta una urgencia involuntaria a empujar a consecuencia de las contracciones uterinas expulsivas (<i>Recomendación OMS</i>)⁷. 18.2.1 Durante la fase pasiva de la segunda fase del parto existe dilatación máxima del cérvix y ausencia de pujos involuntarios (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.2.2 Durante la fase activa de la segunda fase del parto, el feto es visible o existen pujos involuntarios con dilatación total del cérvix (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.3 (II) Se les informará a las mujeres que esta fase puede durar 3 h para nulíparas y 2 h en multíparas (<i>Recomendación OMS</i>)⁷. 18.4 (II) Se promoverá que la mujer tenga una persona de apoyo que ella elija para el nacimiento (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.5 (II) Se les recomendará, tanto a las mujeres que reciben analgesia epidural como a las que no, adoptar la postura más cómoda que ellas elijan para el nacimiento incluyendo la posición vertical (<i>Recomendación OMS</i>)⁷. 18.6  Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. 18.7 Durante la segunda fase del parto se valorará y se registrará en el partograma (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: • Frecuencia de contracciones cada 30 min. • Presión arterial cada hora. • Registro de temperatura. • Repleción vesical. • Examen vaginal cada hora en la fase activa de la segunda fase del parto o si la mujer lo solicita (tras palpación abdominal y evaluación de pérdidas vaginales). • Considerar las necesidades emocionales y psicológicas de la mujer.



Actividades	Características de calidad
ASISTENCIA PARITORIO (Atención en el Período Expulsivo y Alumbramiento)	• Evaluar la progresión, el comportamiento de la mujer, la efectividad de los pujos, el bienestar del feto considerando la posición, valorando la necesidad de examen vaginal adicional más frecuente. • Realizar AFI tras cada contracción durante un minuto y, al menos, cada 5 minutos. Palpar el pulso de la mujer cada 15 min para diferenciarlo del pulso del feto. • Considerar la posición de la mujer, la hidratación y ayudar con el alivio del dolor. 18.8 A las mujeres en la fase segunda fase del parto se les animará y apoyará a seguir su propia urgencia de pujar (<i>Recomendación OMS</i>)⁷, (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.8.1 Se retrasarán los pujos (fase pasiva de la segunda fase del parto) si la mujer no presenta urgencia para pujar, especialmente si la presentación está en la parte superior de la pelvis (+2) y /o en posición distinta a occipito-anterior, asumiendo que el feto presenta una monitorización normal y el estado de la mujer es apropiado (<i>Grado IA</i>)⁶. 18.8.2 Se evitarán los pujos precoces (cuando no presente sensación de pujo) así como los sostenidos (maniobra de Valsalva) (<i>AG</i>)²⁸. 18.8.3 Si los pujos no son efectivos o si la mujer lo solicita, se le ofrecerán estrategias para ayudarla en el nacimiento como apoyo, cambio de posición, vaciado de la vejiga y ánimos (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.8.4 Si existe dilatación máxima del cérvix y la mujer con analgesia regional no presenta urgencia para pujar, volver a evaluar a la hora (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.9 En las multíparas con sospecha de retraso en la progresión a los 30 min del inicio de la fase activa de la segunda fase del parto, se le ofrecerá examen vaginal y rotura de membranas si están intactas (<i>Recomendación NICE</i>)⁹, (II) previa información del procedimiento y (I) obtención del consentimiento verbal. 18.10 En las nulíparas con sospecha de retraso en la progresión tras una hora del inicio de la fase activa de la segunda fase del parto, se le ofrecerá examen vaginal y rotura de membranas si están intactas (<i>Recomendación NICE</i>)⁹, (II) previa información del procedimiento y (I) obtención del consentimiento verbal. 18.11 En caso de nulíparas con analgesia regional y con contracciones inadecuadas al inicio de la segunda fase del parto, se considerará el empleo de oxitocina (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.12 No se recomienda la presión manual sobre el fondo uterino (maniobra Kristeller) para facilitar el nacimiento durante la segunda etapa del parto (<i>Recomendación OMS</i>)⁷.

Actividades	Características de calidad
ASISTENCIA PARITORIO (Atención en el Período Expulsivo y Alumbramiento)	18.13 En la segunda fase del parto se recomiendan técnicas para reducir el trauma perineal y facilitar el nacimiento espontáneo como: • El empleo de compresas calientes (<i>Recomendación OMS</i>)⁷. • “Manos sobre” (protegiendo el perineo y flexionando la cabeza del bebé) (<i>Recomendación OMS</i>)⁷, (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. • “Manos en equilibrio” (con las manos fuera del perineo y la cabeza del bebé pero preparada) para facilitar el parto espontáneo (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.14 No se realizará masaje perineal durante la segunda fase del parto (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.15 No se ofrecerá spray de lidocaína para reducir el dolor durante la segunda fase del parto (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.16 No se realizará episiotomía de rutina durante el nacimiento vaginal espontáneo (<i>Recomendación NICE</i>)⁹, (<i>Recomendación OMS</i>)⁷. 18.16.1 Se considerará realizar episiotomía si existe una necesidad clínica como la instrumentación del nacimiento o sospecha de compromiso fetal (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.16.2 Comprobar analgesia efectiva previamente a la realización de episiotomía, a menos que se trate de una emergencia por compromiso fetal agudo (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. Atención durante el Alumbramiento (3ª fase parto). 18.17 Se reconocerá que el momento justo después del nacimiento es cuando la mujer y su pareja/acompañante conocen al bebé y se encuentran por primera vez. Se asegurará que los cuidados e intervenciones sean sensibles a esta situación y se minimice en lo posible la separación el tiempo justo (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.18 La tercera fase del parto (alumbramiento) se considera desde el nacimiento del bebé hasta la expulsión de la placenta y membranas (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.19 Se realizarán las siguientes valoraciones a la mujer durante la tercera fase del parto (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: • Condición física general, incluyendo color, respiración y la información que proporcione sobre cómo se encuentra. • Sangrado vaginal. 18.20 La tercera fase del parto puede desarrollarse mediante manejo activo o fisiológico.



Actividades	Características de calidad
ASISTENCIA PARITORIO (Atención en el Período Expulsivo y Alumbramiento)	18.20.1 El manejo activo de la tercera fase del parto incluye (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: • Uso de fármacos uterotónicos. • Clampar y cortar el cordón de forma retardada. • Controlar la tracción del cordón tras los signos de separación de la placenta. 18.20.2 El manejo fisiológico de la tercera fase del parto incluye (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: • No usar fármacos uterotónicos. • No clampar el cordón hasta la parada de las pulsaciones. • Expulsión de la placenta con esfuerzo de la mujer. 18.21 (i) Se aconsejará e informará a la mujer sobre seguir el manejo activo para la tercera fase del parto porque se asocia con menor riesgo de hemorragia postparto y/o de transfusión sanguínea (<i>Recomendación NICE</i>)⁹ que el manejo fisiológico y acorta la tercera fase del parto, aunque aumenta el riesgo de náuseas y vómitos respecto al manejo fisiológico (<i>AG</i>)⁹. 18.21.1 Si la mujer presenta bajo riesgo de hemorragia y solicita manejo fisiológico en la tercera fase del parto, se apoyará su elección (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.21.2 (i)  Se dejará registro en la historia de la decisión acordada con la mujer sobre el manejo de la tercera fase del parto (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.22 Se diagnosticará duración prolongada de la tercera fase del parto si no se completa en 30 min en caso de manejo activo o en 60 min en caso de manejo fisiológico (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.23 La profilaxis con uterotónicos debe realizarse tras el nacimiento del bebé (<i>Grado IA</i>)⁶, (<i>Recomendación OMS</i>)⁷. 18.23.1 Para el manejo activo se administrarán 10 UI de oxitocina intramuscular (<i>Recomendación NICE</i>)⁹, (<i>Recomendación OMS</i>)⁷. La administración se realizará en el momento de la salida del hombro anterior o tras el nacimiento del bebé, y antes de clampar y cortar el cordón (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.23.2 También se podrá administrar de forma intravenosa (<i>Recomendación OMS</i>)⁷ en bolo lento (10 UI) ya que en bolo rápido puede presentar efectos adversos cardiovasculares y retención de placenta desprendida (<i>AG</i>)²⁸.

Actividades	Características de calidad
ASISTENCIA PARITORIO (Atención en el Período Expulsivo y Alumbramiento)	18.24 Después de administrar oxitocina, clampar y cortar el cordón: 18.24.1 No clampar el cordón antes de 1 minuto (<i>Recomendación OMS</i>)⁷ (<i>Grado IB</i>)⁸ salvo que haya riesgo de la integridad del bebé o si tiene el pulso por debajo de 60 latidos/min y no aumenta (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.24.2 Clampar el cordón antes de los 5 minutos y realizar la tracción controlada del mismo como parte del manejo activo (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.24.3 Se realizará tracción del cordón como parte del manejo activo sólo tras la administración de oxitocina y signos de separación de la placenta (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.24.4 (I) Si la mujer solicita clampar y cortar el cordón posterior a los 5 min, apoyar su elección (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.25 Se registrará el tiempo del clampado del cordón, tanto en caso de manejo activo como fisiológico (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.26 Se informará del cambio de manejo fisiológico a activo en caso de (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: • Hemorragia. • La placenta no se haya liberado dentro de la hora siguiente al nacimiento del bebé. 18.27 El masaje uterino constante no se recomienda como intervención para prevenir la hemorragia postparto en mujeres que hayan recibido oxitocina profiláctica (<i>Recomendación OMS</i>)⁷. 18.28 Si la placenta está retenida y hay preocupación sobre el estado general de la mujer (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: • (I) Se ofrecerá examen vaginal para evaluar la necesidad de retirada manual de la placenta. • (I) Explicar que esta evaluación puede ser dolorosa y aconsejar analgesia a la mujer. 18.29 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería en esta visita del embarazo (<i>Anexo 4</i>). 18.30 Si se detecta un desgarro perineal, se asegurará que el tiempo para la valoración del mismo no interfiere con el vínculo madre-recién nacido (RN) a menos que la mujer presente un sangrado que requiera atención urgente (<i>Recomendación NICE</i>)⁹.

Actividades	Características de calidad
ASISTENCIA PARITORIO (Atención en el Período Expulsivo y Alumbramiento)	18.31 Se llevará a cabo la reparación del perineo tan pronto como sea posible para minimizar los riesgos de infección y sangrado (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.32 En la evaluación sistemática de los desgarros perineales se incluirá (<i>Recomendación NICE</i>)⁹: • Explicación de lo que se va a realizar y por qué. • Confirmación con la mujer de que la analgesia local o regional es efectiva. • Evaluación visual de la extensión del desgarro perineal, incluyendo estructuras afectadas en los extremos, y del sangrado. • Evaluación de la zona rectal valorando afectación externa o interna del esfínter anal si se sospecha de daño en los músculos perineales. 18.33 (i) Se informará a la mujer que, en caso de desgarro de primer grado, la herida debe suturarse para favorecer la cicatrización a menos que los bordes estén bien aproximados (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.34 (i) Se informará a la mujer que, en caso de desgarro de segundo grado, el músculo ha de suturarse para favorecer la cicatrización (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.34.1 Si después de la sutura muscular de un desgarro de segundo grado la piel está bien aproximada, no es necesario suturarla (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.34.2 Si la piel requiere aproximación, se recomienda realizarla con una técnica intradérmica continua (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.35 Se empleará un material de sutura sintético absorbible para la sutura del perineo (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.36 Se ofrecerán antiinflamatorios no esteroideos por vía rectal tras la reparación perineal de primer y segundo grado, siempre que no haya contraindicación (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 18.37 (i) Se informará a la mujer y acompañante del estado del RN y de la evolución del trabajo de parto. 18.38 (i)  Se registrará en la historia la evolución de la fase 2ª (expulsivo) y 3ª (alumbramiento).

MATRÓN/A, PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, PROFESIONAL DE PEDIATRÍA, DE OBSTETRICIA

Actividades	Características de calidad
ATENCIÓN A LA MUJER Y AL RECIÉN NACIDO EN EL POSPARTO INMEDIATO	19.1  Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes.
	19.2  Se realizará la identificación inequívoca del RN sin separarlo de la madre y siguiendo el procedimiento normalizado establecido (dos pulseras para el RN y una para la madre, códigos de barras secuenciados -madre-RN-partograma y soporte-, soporte con muestra de sangre materna y muestra de sangre del RN tomada durante el pinzamiento del cordón).
	19.3 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/as (AG).
	Atención a la mujer
	19.4 Tras el nacimiento se observarán en la mujer los siguientes parámetros: • Registro de temperatura, pulso y tensión arterial (<i>Recomendación NICE</i>)⁹ durante las primeras 24h, de forma periódica iniciando a la hora del nacimiento (<i>Recomendación OMS</i>)¹¹. La TA se tomará al poco tiempo del nacimiento y, si resulta normal, la segunda toma se realizará a las 6 h (<i>Recomendación OMS</i>)¹¹. • Contracciones uterinas y loquios (<i>Recomendación NICE</i>)⁹, (<i>Recomendación OMS</i>)¹¹. • Altura uterina (<i>Recomendación OMS</i>)¹¹. • Evaluación de la placenta y membranas: evaluar condiciones, estructura, vasos sanguíneos del cordón, integridad. Si la placenta no está completa valorar por obstetra (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. • Evaluación temprana de la situación emocional y psicológica tras el parto y nacimiento (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. • Vaciado de vejiga cada 6 horas (<i>Recomendación OMS</i>)¹¹. Si no consigue vaciar la vejiga tras 6h, se valorará por obstetra (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 19.4.1 Se recomienda valoración del tono uterino abdominal tras el parto para identificación temprana de atonía uterina (<i>Recomendación OMS</i>)⁷.
	19.5 No se recomienda tomar muestras de sangre del cordón para análisis de gases sanguíneos de forma rutinaria (<i>Recomendación NICE</i>)⁹.



Actividades	Características de calidad
ATENCIÓN A LA MUJER Y AL RECIÉN NACIDO EN EL POSPARTO INMEDIATO	19.6 En caso de madre con Rh (-) o grupo sanguíneo O, se tomará muestra sanguínea del cordón umbilical para determinar el grupo y Rh del RN por posible riesgo de enfermedad hemolítica del RN. 19.7 Revisar el estado de portadora para Estreptococo del Grupo B. En caso de madre portadora, revisar la profilaxis antibiótica intraparto recibida y proceder según protocolo (AG). 19.8 Se animará a la mujer a tener contacto piel con piel tan pronto como sea posible y al menos durante la primera hora tras el nacimiento, para evitar hipotermia y para que pueda iniciarse la lactancia materna cuando el RN y la madre estén preparados (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁵, (<i>Recomendación OMS</i>)⁷. 19.8.1 Para mantener al bebé caliente y seco se cubrirá con una toalla o sábana mientras permanece en contacto piel con piel (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 19.8.2 Evitar la separación de la madre y el bebé dentro de la primera hora del nacimiento para procedimientos de rutina como peso, medición y lavado a menos que la mujer lo solicite o sean necesarios para la atención del RN (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 19.8.3 El contacto piel con piel, hablar al RN, el contacto visual y la gesticulación a menos 20 cm favorecerán el establecimiento del vínculo afectivo con los padres/familiares (AG)^{46,13}. 19.9 El apoyo a la lactancia materna será respetuoso con el espacio, influencias culturales, preferencias y experiencias previas de alimentación infantil de la mujer (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁵: • Se tendrá en consideración y se establecerá un equilibrio entre la preferencia de la mujer a tener privacidad durante la lactancia y la extracción de leche en el hospital y la necesidad de realizar las observaciones de rutina de las tomas. • (II) Solicitar a la madre consentimiento verbal previo, para la observación, exploración y el apoyo en las tomas de lactancia materna. • Se valorará el impacto emocional de la lactancia materna. • Se dejará tiempo para que la mujer tome confianza con la lactancia materna. Atención al RN en el postparto inmediato 19.10 Se valorará el test de Apgar: al primer minuto, a los 5 min (<i>Recomendación NICE</i>)⁹ y a los 10 minutos de vida. Se considerará realizarla sin separar al RN de su madre, a menos que precise alguna maniobra de reanimación (AG)²⁸. 19.10.1 Los RN a término con respiración espontánea o llanto y con buen tono muscular no precisan ninguna maniobra de reanimación (AG)⁵⁵.

Actividades	Características de calidad
ATENCIÓN A LA MUJER Y AL RECIÉN NACIDO EN EL POSPARTO INMEDIATO	19.11 Asegurar que cualquier valoración o tratamiento realizado al RN se realiza con el consentimiento de los padres y bajo la presencia de alguno de ellos o, si no es posible, con su conocimiento (<i>Recomendación NICE</i>)⁹. 19.12 Se realizará un breve examen físico al RN dentro de los primeros minutos después del nacimiento (<i>AG</i>)⁸. 19.13 Se realizará valoración y registro de los signos vitales del RN respetando, en la medida de lo posible, el contacto piel con piel (<i>AG</i>)⁸. • Cada 15 minutos durante las dos horas después del nacimiento: color, posición (permeabilidad de las vías respiratorias), frecuencia respiratoria y cualquier dificultad respiratoria. • A la hora del nacimiento: frecuencia cardíaca, temperatura. 19.14 Se registrará tras la primera hora del nacimiento el peso del RN (<i>AG</i>)⁹. 19.15 Pasadas las 2 primeras horas de vida del RN se procederá a (i) informar y solicitar consentimiento informado verbal a la mujer y/o acompañante para poder aplicar en el RN (<i>AG</i>)²⁸: 19.15.1 Profilaxis de oftalmia neonatal aplicando pomada de eritromicina al 0,5 % o pomada de tetraciclina al 1 % (<i>AG</i>)²⁸ siendo recomendable que se usen en formato unidosis para aumentar la seguridad. 19.15.2 Profilaxis para la enfermedad hemorrágica del RN: A todos los RN se les administrará 1 mg de vitamina K intramuscular (im) tras el nacimiento (<i>Recomendación OMS</i>)⁷. 19.15.2.1 En caso de rechazar la administración por vía im de vitamina K, se ofrecerá administración por vía oral repartida en 3 tomas (<i>AG</i>)⁵⁵: • 2 mg vitamina K vía oral al nacer, • 2 mg vitamina K vía oral entre 4^º-6^º día vida y, • 2 mg vitamina K oral entre la 4^a-6^a semana de vida. 19.15.2.2 (i) Se insistirá en la importancia de la administración de vitamina K, especialmente si tiene algún factor de riesgo, reflejando la información tanto en la historia clínica como en el documento de salud infantil (DSI)⁵⁶ asegurando la transmisión de la información a AP para el correcto seguimiento(<i>AG</i>). 19.15.3 En caso de que los padres no acepten la profilaxis, se informará de los riesgos asociados y se dejará registrado en la historia clínica (<i>AG</i>)⁵⁵.

Actividades	Características de calidad
ATENCIÓN A LA MUJER Y AL RECIÉN NACIDO EN EL POSPARTO INMEDIATO	19.16 Para la realización de procedimientos dolorosos en el RN de intensidad leve o moderada (como venopunción, prueba del talón, administraciones im, etc.), se podrán aplicar medidas de analgesia no farmacológicas como el amamantamiento. Si no es posible, se valorará la administración, dos minutos antes, de sacarosa al 24% vía oral con succión (sola o en combinación con otros métodos como el contacto piel con piel o la succión no nutritiva) (AG)⁵⁷. 19.17 La permanencia bajo vigilancia de la madre y del RN en el postparto inmediato se establecerá entre 1-2 horas como mínimo (AG)²⁸. 19.18 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería en esta visita del embarazo (Anexo 4). 19.19 (i) Se facilitará información a la mujer y a su pareja/ acompañante, y se dejará registro documental de las actividades realizadas tanto a la mujer como al RN y de la información facilitada en la HS y en los DSE²⁹ y DSI⁵⁶  para facilitar la transferencia de información y la coordinación asistencial. 19.20 El traslado de la madre y del RN a la planta de hospitalización, se realizará garantizando la intimidad y confortabilidad y evitando la separación madre-recién nacido.

PROFESIONAL DE OBSTETRICIA, DE PEDIATRÍA, DE ENFERMERÍA, MATRÓN/A, TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Actividades	Características de calidad
HOSPITALIZACIÓN y ALTA HOSPITALARIA (Atención a la mujer/ Atención al RN)	20.1  Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. 20.2  Se verificará la identidad inequívoca de la madre y del RN asegurándose que éste se encuentre siempre identificado con su pulsera. Atención a la mujer 20.3 Se seguirán realizando las siguientes observaciones a la mujer durante las primeras 24h postparto iniciando a la hora siguiente del nacimiento (Recomendación OMS)¹¹: • Loquios. • Tono uterino. • Altura uterina. • Temperatura. • Pulso.



Actividades	Características de calidad
HOSPITALIZACIÓN y ALTA HOSPITALARIA (Atención a la mujer/ Atención al RN)	• Tensión arterial tras 6h postparto, si la medición inicial fue normal • Valoración del vaciado de vejiga tras 6h postparto. 20.4 Tras las primeras 24h se evaluará (<i>Recomendación OMS</i>)¹¹: • Estado general (constantes). • Loquios. • Sensibilidad uterina. • Función urinaria (micción, incontinencia urinaria). • Hábito intestinal. • Herida perineal, dolor e higiene perineal. • Cefalea. • Cansancio. • Dolor lumbar. • Dolor en el pecho 20.5 A las mujeres Rh (-) y no sensibilizadas, se les administrará, durante las primeras 72 horas del postparto, profilaxis con 300 µg (1.500 UI) de inmunoglobulina anti-D cuando el RN sea Rh (+) (<i>AG</i>)²⁸ para reducir el riesgo de sensibilización. 20.6 Se valorará la administración de dTpa en caso de no haberla recibido durante el embarazo para proteger al RN mediante el traspaso de anticuerpos a través de la leche materna (<i>AG</i>)^{31, 58}. 20.7 Se valorará el riesgo de trombosis venosa profunda (TVP) según las siguientes recomendaciones: 20.7.1 En las mujeres que presentaron ≥3-4 factores de riesgo trombosis venosa profunda en el primer trimestre, se considerará la profilaxis con HBPM durante 6 semanas tras el parto. 20.7.2 Las mujeres que presenten tras el parto 2 o más factores de riesgo de los recogidos en la tabla 7, se considerarán en riesgo intermedio de desarrollar TVP y se considerará la administración de HBPM profiláctica postnatal durante 10 días (<i>AG</i>)³². 20.7.3 Las mujeres que presenten tras el parto <2 factores de riesgo de los recogidos en la tabla 4 (ver 5.3), se considerarán en riesgo bajo de desarrollar TEV y se aconsejará movilización temprana y evitar deshidratación (<i>AG</i>)³².



Actividades	Características de calidad
HOSPITALIZACIÓN y ALTA HOSPITALARIA (Atención a la mujer/ Atención al RN)	Tabla 7: Factores de riesgo de TVP a valorar en el postparto. Factores de riesgo de tromboembolismo: • Obesidad (IMC ≥ 30 Kg/m²) al inicio del embarazo. • >35 años. • Paridad ≥ 3 hijos. • Fumadora. • Cordón varicoso sintomático o por encima de la rodilla o asociada a flebitis, edema o cambios en la piel. • Preeclampsia. • Historia familiar de TVP. • Trombofilia de bajo riesgo. • Inmovilización (por ejemplo, paraplejia), dolor en la faja pélvica que reduce la movilidad, viaje de larga distancia. • Embarazo múltiple. • Cesárea electiva. • Infección sistémica. • Parto pretérmino (<37 SG). • Parto instrumentado medio rotador. • Parto prolongado (>24h). • Hemorragia postparto >1 L o con necesidad de transfusión. Fuente: Tomado de <i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium. Green-top Guideline NO.37a. Abril 2015.</i> 20.8 (i) Se informará sobre la importancia de la higiene perineal, con ducha perineal diaria, cambio frecuente de compresas y  lavado de manos antes y después del cambio (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁵. 20.9 Evaluación temprana de la situación emocional y psicológica tras parto y nacimiento (<i>Recomendación NICE</i>)^{9,13}. 20.10 Se observará cómo se está desarrollando la lactancia materna para poder detectar dificultades (AG). 20.10.1 (i) Se realizará la observación de, al menos, una toma de lactancia materna dentro de las primeras 24 horas después del nacimiento (AG)¹⁵. 20.10.2 Se llevarán a cabo actividades de información y apoyo a la lactancia materna (AG)²⁸ (Anexo 5). 20.11 (i) Para prevenir la mastitis en el postparto, se le apoyará y asesorará sobre llevar a cabo la lactancia materna a demanda, con buena posición y agarre del RN para mamar, extracción de la leche y el uso de paños templados o fríos según las preferencias de la mujer (<i>Recomendación OMS</i>)¹¹.

Actividades	Características de calidad
HOSPITALIZACIÓN y ALTA HOSPITALARIA (Atención a la mujer/ Atención al RN)	20.12 (i) Antes del alta informar a la mujer (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁵: • qué esperar del período postnatal. • la importancia de los ejercicios del suelo pélvico. • con quién contactar ante las preocupaciones que surjan. 20.13 (i) Asesorar a la mujer sobre qué sangrado vaginal esperar tras el parto (loquios) e informar en qué casos debe consultar a un médico (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁵: • sangrado vaginal repentino y muy abundante o sangrado que aumenta, • si hay coágulos, restos de placenta o membranas, • si hay síntomas de infección como dolor pélvico o perineal, escalofríos, sangrado o mal olor de secreciones, • si les preocupa el sangrado vaginal tras el parto. Atención al RN 20.14  Se realizará el registro del RN en la hoja obstétrica de la HS de la madre dentro de las primeras 24h. 20.15 Se revisará la historia clínica materna⁸ y se cumplimentará el DSI⁵⁶. 20.16 El examen físico del recién nacido se realizará en presencia de los padres, indicando el objetivo, los contenidos y resultados del mismo (<i>Consenso</i>)⁸. 20.17 Se registrará el perímetro cefálico y la temperatura corporal (<i>AG</i>)⁹. 20.18 El baño del RN deberá retrasarse hasta las 24h del nacimiento. Si no es posible por razones culturales, al menos, 6 horas tras el nacimiento. Se recomienda ropa adecuada para el RN para permanecer a temperatura ambiente. Esto supone una o dos capas de ropa más que los adultos y el uso de gorro. La madre y el niño no deben separarse y deben permanecer en la misma habitación durante las 24h del día (<i>Recomendación OMS</i>)^{7,11}. 20.19 Se recomienda para el cuidado del cordón umbilical mantenerlo limpio y seco (<i>Recomendación OMS</i>)¹¹. La limpieza del muñón se realizará con agua tibia y jabón neutro (<i>AG</i>)²⁸. 20.19.1 No es necesario el uso de soluciones alcohólicas ni desinfectantes en el cuidado del cordón (<i>AG</i>)²⁸. 20.20 La posición supina para dormir se recomienda durante el primer año para prevenir la muerte súbita del RN y muerte súbita en la infancia (<i>Recomendación OMS</i>)¹¹. 20.20.1 Se evitará (<i>AG</i>)¹⁵: - que haya colchas o almohadas cerca del RN cuando duerma, - quedarse dormido con el lactante en brazos en un sofá o silla, por riesgo de sofocación o caídas durante el sueño del adulto,

Actividades	Características de calidad
HOSPITALIZACIÓN y ALTA HOSPITALARIA (Atención a la mujer/ Atención al RN)	- que el lactante duerma en la misma cama que otros hermanos, personas que no sean su padre o madre y animales domésticos, - que el lactante permanezca sólo en la cama de un adulto, en un sofá o sillón. 20.21 Se administrará la primera dosis de vacuna de hepatitis B en RN de madres con hepatitis B (AgHBs+) dentro de las primeras 24 horas de vida (preferentemente en las primeras 12 horas) junto con la administración de inmunoglobulina anti-HB en lugares anatómicos diferentes. 20.21.1 En caso de madre con AgHBs desconocido, si no podemos disponer de los resultados en las primeras 24 horas de vida, el neonato también recibirá una dosis de vacuna de hepatitis B en las primeras 12 horas. Dependiendo del resultado de la serología de la madre, recibirá inmunoglobulina anti-HB o no. 20.21.2 Posteriormente, continuarán con el esquema del calendario de vacunación vigente³⁰. 20.22 Valorar si el RN ha expulsado el meconio dentro de las 24h. En caso contrario, podrá requerir valoración adicional (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁵. 20.23 Se les ofrecerá a todos los recién nacidos un examen de pulsioximetría para detectar cardiopatías congénitas (<i>Consenso</i>)⁸. Dicho examen se realizará entre las 24 y las 36 horas de vida. Si se produce alta precoz (a partir de 24h de vida del RN), se realizará antes de dicho alta (<i>AG</i>)⁸. 20.24 Se realizará una evaluación completa y detallada del RN en las primeras 72h (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁵ asegurando que se haya realizado antes del alta hospitalaria (<i>AG</i>). 20.24.1 Se realizará de forma sistemática de cabeza a pies y desde la parte frontal hacia la parte posterior (<i>Consenso</i>)⁸. 20.24.2 La valoración del RN incluirá (<i>AG</i>)¹⁵: • aspecto general, coloración, piel, actitud y actividad • examen detallado por órganos y aparatos: • cabeza (incluidas fontanelas y suturas craneales), cara, boca y paladar, ojos, orejas, cuello y clavículas, • tórax, tipo de respiración y auscultación respiratoria y cardíaca, abdomen, genitales, ano, • extremidades, columna vertebral, • exploración neurológica. 20.24.3 Sería recomendable ampliar el cribado de Chagas a RN de madres con criterios de riesgo para EC y que a pesar de ser parte de la población diana, no se ha realizado el cribado por diversos motivos³⁸.

Actividades	Características de calidad
HOSPITALIZACIÓN y ALTA HOSPITALARIA (Atención a la mujer/ Atención al RN)	20.25 Se recomienda realizar cribado neonatal de hipoacusia a todos los RN utilizando un aparato de otoemisiones acústicas transitorias (OEAt)^{59, 60} o de potenciales evocados auditivos de tronco cerebral automáticos (PEATCa) según los factores de riesgo del RN para la detección precoz de hipoacusia (<i>Recomendación OMS</i>)^{11, 60}. 20.25.1 (i) Se dará información previa y se obtendrá el consentimiento verbal por parte de la madre o responsable del RN. 20.25.2 Dicho cribado se realizará preferentemente antes del alta hospitalaria (AG)⁶⁰, recomendándose esperar a después de las 24 horas del nacimiento. Los recién nacidos dados de alta sin la prueba realizada deberán disponer de una cita para realizar la exploración preferiblemente sin superar las 48 horas de vida según lo recomendado en el documento de cribado de hipoacusia vigente (AG)⁶⁰. 20.25.3 El cribado irá acompañado del diagnóstico y manejo que proceda para los niños con pérdida auditiva detectada (<i>Recomendación OMS</i>)¹¹. 20.26 Se hará cribado universal de las anomalías de los ojos a todos los RN y deberá acompañarse de un diagnóstico y manejo por los servicios que procedan si se detecta anomalía (<i>Recomendación OMS</i>)¹¹. 20.27 Se valorará la presencia de signos clínicos de hiperbilirrubinemia como ictericia o presencia de palmas de las manos y plantas de los pies amarillentos antes del alta hospitalaria y, en caso de sospecha, se realizará cribado de hiperbilirrubinemia neonatal (AG)⁶¹. 20.28 Se considerará la suplementación con 400 UI/día de vitamina D durante el primer año de vida para los lactantes que estén tomando leche materna o ingieran menos de 1 L/día de leche de fórmula⁶². 20.29 Se promoverá la inmunización del RN según las últimas recomendaciones (<i>Recomendación OMS</i>)^{11, 30}. 20.30 Se sugiere evitar, siempre que sea posible, el uso del chupete durante el primer mes de vida para facilitar el buen inicio de la lactancia materna (AG). 20.31 Promover el establecimiento del vínculo entre el RN y sus padres (AG)^{15, 46}. 20.32 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería en esta visita (Anexo 4). 20.33 Tras un parto vaginal no complicado, si la mujer y el RN están sanos, podrán recibir el alta tras 24h del nacimiento (<i>Recomendación OMS</i>)⁷. 20.33.1 Antes de facilitar el alta precoz (tras 24 horas del nacimiento) debemos asegurar que:

Actividades	Características de calidad
HOSPITALIZACIÓN y ALTA HOSPITALARIA (Atención a la mujer/ Atención al RN)	• la mujer tenga el sangrado controlado y no presente signos de infección y • al RN se le haya realizado su exploración clínica completa, no presente signos de infección y esté amamantándose correctamente (AG)⁷ o con alimentación artificial correctamente instaurada. 20.33.2  Este alta precoz podrá realizarse siempre que se pueda garantizar una cita en Atención Primaria para la mujer y el RN a las 48-72h. 20.34 En caso de que el neonato deba prolongar su estancia hospitalaria, se facilitará la hospitalización conjunta de madre e hijo (AG). 20.35 En el momento del alta (AG): 20.35.1  Se realizará la verificación de la identidad inequívoca del RN. 20.35.2  Se entregarán los informes de alta tanto de la mujer como del RN: 20.35.3 El informe de alta hospitalaria de la mujer incluirá las características del embarazo, parto y hospitalización: • Incidencias durante el embarazo, haciendo especial hincapié en DMG, hipertensión y preeclampsia por su relevancia para el seguimiento². • Datos del parto (fecha, edad gestacional, forma de comienzo y terminación). • Realización o no de episiotomía o tipo de desgarro y cuidados de la herida. • Cuidados del pecho. • Evolución del puerperio. • Administración de gammaglobulina antiD postparto, si se ha realizado. • Profilaxis frente a <i>Estreptococo</i> del grupo B durante el parto, si lo ha requerido. • Conciliación y prescripción de la medicación, incluyendo analgésicos. • Hoja de Continuidad de Cuidados. 20.35.4 El informe de alta hospitalaria del RN incluirá la siguiente información: • Tipo de parto. • Grupo sanguíneo de la madre y RN (si se ha realizado). • Exploración del RN, test de Apgar, somatometría.

Actividades	Características de calidad
HOSPITALIZACIÓN y ALTA HOSPITALARIA (Atención a la mujer/ Atención al RN)	• La realización, o no, de la profilaxis ocular y la administración de la vitamina K. • Emisión de meconio y orina en las primeras 24 horas. • Administración de inmunoglobulina antihepatitis B y vacuna antihepatitis B en los RN de madres portadoras de HBsAg o de HBsAg de la madre desconocido. • Tipo de alimentación al alta (lactancia materna exclusiva, artificial o mixta). • La realización del cribado neonatal de hipoacusia o cita para su realización en caso de no haberse realizado. • Los resultados del examen de pulsioximetría. • Los resultados del cribado de hiperbilirrubinemia, si se hace. • Hoja de Continuidad de Cuidados. • Documento de Salud Infantil (DSI)⁵⁶ cumplimentado. 20.36 (i) Se informará tanto a la mujer como a su pareja/acompañante de (AG): • La documentación y procedimiento, telemático o presencial según disponibilidad, para la inscripción del RN en el registro civil así como inscripción en la seguridad social y solicitud de tarjeta sanitaria⁶³. • El procedimiento de gestión de la baja maternal/paternal⁶⁴. • De los contenidos del informe de alta hospitalaria tanto de la mujer como el RN, comprobando la comprensión de los mismos. • La visita puerperal a realizar tanto a la mujer como al RN entre 7-10 días tras el nacimiento y otra posterior a las 6 semanas. • Los programas de salud a los que tiene acceso tanto la mujer (salud sexual y reproductiva) como el RN (calendario vacunaciones, programa de salud infantil)⁶². • El uso de sistemas de retención infantil⁴⁸. 20.37 Se informará del procedimiento de cribado de enfermedades endocrino-metabólicas, que debe realizarse entre las 36 y 48 horas de vida del RN¹⁰ (Consenso)⁸. 20.37.1 (i) Se informará tanto verbal como por escrito a la madre y/o responsable del RN dejando constancia en la historia de su aceptación o rechazo (autorización firmada para la realización del cribado y almacenaje de la muestra)¹⁰. 20.38 (i) Se informará a la mujer y pareja o responsable del RN de los signos de alarma para su identificación y solicitar ayuda sanitaria temprana si aparece alguno de ellos (AG)¹¹:

Actividades	Características de calidad
HOSPITALIZACIÓN y ALTA HOSPITALARIA (Atención a la mujer/ Atención al RN)	• no alimentación correcta, • convulsiones, • respiración acelerada (frecuencia respiratoria >60 respiraciones/min), • tiraje torácico, • ausencia de movimientos espontáneos, • fiebre (>37,5°C) o baja temperatura (<35°C), • ictericia en 24h tras el nacimiento. 20.39  Se informará sobre las citas en AP: • La cita para el cribado neonatal de hipoacusia si no se ha realizado antes del alta hospitalaria. • La cita para el cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas si no se ha realizado antes del alta hospitalaria para realizarse entre las 36-48 horas de vida.¹⁰ • La cita para la visita puerperal en AP, que se gestionará tanto para la mujer como para el RN, entre los 7-10 días tras el nacimiento. 20.40  Comprobar que la mujer entiende la información que se le proporciona y que le afecta. Facilitar oportunidades para que pregunte y tener tiempo para discutir cualquier preocupación (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁵. 20.41 Asegurar que la comunicación entre profesionales de salud (AP y AH) es rápida y efectiva incluyendo información relevante sobre (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁵: • Embarazo, nacimiento, periodo postnatal y complicaciones. • Cuidados en el seguimiento, incluyendo aquellas circunstancias que requieren un seguimiento más prolongado. • Problemas durante el embarazo o embarazos anteriores que pudieran ser importantes en el cuidado. • Problemas actuales o previos de salud mental. • Mutilación genital femenina (mujer o niña anterior). • Responsabilidad parental. • Familiares cercanos. • Violencia de género. • Preocupaciones de la mujer sobre su salud o cuidados del RN o que informe su pareja/acompañante o profesional de salud. • La alimentación del RN.

MATRÓN/A, PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, DE MEDICINA DE FAMILIA, DE PEDIATRÍA

Actividades	Características de calidad
VISITA PUERPERAL (7-10 días desde el nacimiento) (Atención a la mujer /Atención al RN)	21.1  Se verificará la identificación inequívoca tanto de la madre como del RN. 21.2  Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. Atención a la mujer 21.3 Se valorará el estado general de la mujer y se revisarán (AG)²⁸: • Los datos del parto y vivencias. • El apoyo social y familiar del que dispone. • Estrategias de afrontamiento. 21.4 Se valorará la salud física de la mujer incluyendo (Recomendación NICE)¹⁵: • Síntomas y signos de infección. • Dolor. • Sangrado y secreciones vaginales. • Hábito miccional. • Hábito intestinal. • Problemas o síntomas de inflamación de pezones y mamas. • Síntomas y signos de tromboembolismo. • Síntomas y signos de anemia. • Síntomas y signos de preeclampsia. • Herida perineal (en mujeres con parto vaginal). 21.5 Se tendrá en cuenta que los problemas de ansiedad son muy frecuentes en el periodo perinatal y se deberán considerar en la valoración clínica (Consenso)¹. 21.5.1 Se recomienda cribado postparto de depresión y ansiedad mediante una herramienta validada y acompañado del diagnóstico y manejo por los servicios que correspondan si es positivo (Recomendación OMS)¹¹. 21.5.1.1 Se recomienda emplear una herramienta estandarizada como la EPDS de forma periódica durante el postparto (Recomendación fuerte)^{2,11} (Anexo 3). 21.5.2 Se recomiendan intervenciones psicosociales y/o psicológicas durante el período postnatal para prevenir la depresión y la ansiedad en el postparto (Recomendación OMS)¹¹.

Actividades	Características de calidad
VISITA PUERPERAL (7-10 días desde el nacimiento) (Atención a la mujer /Atención al RN)	21.6 Se valorará la herida perineal preguntando a la mujer sus preocupaciones y preguntándole sobre (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁵: • El dolor, si no se resuelve o empeora, empleando una escala validada del dolor para monitorizarlo. • La necesidad de aumento de analgesia. • Las secreciones, si presentan olor fuerte o desagradable. • La inflamación o hinchazón. • El desgarro. 21.7 (i) Se darán recomendaciones e información sobre (<i>AG</i>)²⁸: • Medidas de higiene en general, reforzando la higiene de manos. • Cuidados de la episiotomía o desgarro y tratamiento del dolor perineal. • Cuidado de las mamas e higiene de manos antes y después de las tomas. • Ejercicios del suelo pélvico. • Aspectos sobre parentalidad positiva¹³. • Descanso de la madre¹³. • Uso de sistemas de retención infantil⁴⁸. 21.8 Las mujeres en el postparto deben evitar el tiempo sedentario. Reemplazar el sedentarismo por actividad física de cualquier intensidad (incluyendo leve) pues proporciona beneficios en salud (<i>Recomendación OMS</i>)¹¹. 21.8.1 A todas las mujeres que no presenten contraindicaciones se les recomienda en el postparto realizar actividad física regular, al menos 150 min a la semana para beneficiar su salud e incorporar ejercicios de fortalecimiento muscular y físico incluyendo estiramientos suaves (<i>Recomendación OMS</i>)¹¹. 21.9 Se darán consejos dietéticos e información de factores asociados al estreñimiento para prevenirlo en el postparto (<i>Recomendación OMS</i>)¹¹. 21.10 (i) Se informará a la mujer de los signos y síntomas que requieren asistencia médica (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁵: • Sangrado vaginal abundante y repentino o persistente que pudiera relacionarse con tejido placentario retenido o endometritis. • Dolor abdominal, pélvico o perineal, fiebre, escalofríos o fluido vaginal con olor desagradable que pudiera indicar infección. • Hinchazón de piernas y sensibilidad o falta de aire que pudiera indicar tromboembolismo. 

Actividades	Características de calidad
VISITA PUERPERAL (7-10 días desde el nacimiento) (Atención a la mujer /Atención al RN)	• Dolor torácico que pudiera indicar tromboembolismo o problema cardíaco. • Dolor de cabeza persistente o severo que pudiera indicar hipertensión o pre-eclampsia. • Empeoramiento de enrojecimiento e hinchazón de pechos que persista más de 24h, a pesar del automanejo, que pudiera indicar mastitis. 21.11 Se sugiere que los profesionales sanitarios promuevan durante el puerperio espacios (talleres puerperales) 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 (AG)²⁸. Atención al RN 21.12 Se realizará la exploración del RN incluyendo (AG)²⁸: • Aspecto general. • Vitalidad. • Hidratación. • Coloración. • Reflejos. • Estado del ombligo. 21.13 Se confirmará la realización del cribado de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas e hipoacusia. 21.14 Se evaluará el estado nutricional del RN valorando como se está alimentando y reforzando la lactancia materna o repasando con la madre aspectos de la alimentación con leche artificial si procede (Anexo 5). 21.14.1 Se realizará la observación de al menos una toma de lactancia materna durante la primera semana de vida (AG)¹⁵. 21.14.2 Se recomendará que todos los RN reciban alimentación con lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida. Se apoyará a las madres y se dará asesoramiento sobre la lactancia materna exclusiva en cada visita postnatal (Recomendación OMS)¹¹. 21.14.3 (i) Las madres que decidan no amamantar a su RN o en los casos en los que la lactancia materna no sea posible o esté contraindicada, recibirán información y apoyo para una adecuada alimentación con leche de fórmula (AG)¹⁵. 21.15 Se informará a los padres de la posibilidad de realizar masaje corporal del RN a término y sano por sus beneficios en el crecimiento y desarrollo (Recomendación OMS)¹¹.

Actividades	Características de calidad
VISITA PUERPERAL (7-10 días desde el nacimiento) (Atención a la mujer /Atención al RN)	21.16 Se proporcionará información a los padres sobre (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁵: • Baño y cuidados de la piel del RN. • Cuidado del cordón umbilical. • Alimentación. • Vínculo afectivo y emocional^{13, 46}. • Cómo reconocer si el RN está bien y cómo buscar ayuda. • Recomendaciones seguras para dormir. • Mantenerse en entornos libres de humo. • Suplemento de vitamina D para el RN, si procede. • Seguir el calendario de vacunaciones para el RN³⁰. 21.17 Promover el tiempo que pasan los padres con los RN como forma de promoción del vínculo afectivo incluyendo¹³ (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁵: • Interacción cara a cara. • Contacto piel con piel. • Respuesta a las señales del RN. 21.17.1 Se discutirán aspectos que puedan afectar al vínculo emocional incluyendo (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁵: • Recuperación emocional y física de la mujer tras el parto. • Experiencia de parto traumático o complicaciones. • Cansancio y falta de sueño. • Preocupaciones sobre la alimentación. • Implicaciones y cambios que supone la maternidad/paternidad en la nueva situación personal. 21.18 (I) Se informará y asesorará a los padres sobre síntomas y signos en el RN, que precisan consulta médica: fiebre, rechazo de la alimentación, decaimiento, dificultad respiratoria, mala coloración, somnolencia y dificultad para despertar, llanto débil o excesivamente agudo o continuo, quejido, vómitos y diarrea (<i>AG</i>)¹⁵. 21.19 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería en esta visita del embarazo (<i>Anexo 4</i>).



Actividades	Características de calidad
VISITA PUERPERAL (7-10 días desde el nacimiento) (Atención a la mujer /Atención al RN)	21.20  Se informará a la madre y pareja/acompañante de los resultados de la exploración y  se dejará constancia escrita en la HS de la mujer, del RN y el DSI⁵⁶. • Se realizará conciliación de la medicación tanto de la mujer como del RN. • Se gestionará la siguiente visita puerperal a las 6 semanas tanto para la madre como para el RN. • Se gestionará, siempre que sea posible, la próxima cita de seguimiento según el programa de salud infantil y adolescente de Andalucía⁶² si aún no dispone de ella.

MATRÓN/A, PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, DE MEDICINA DE FAMILIA, DE PEDIATRÍA

Actividades	Características de calidad
VISITA PUERPERAL (6 semanas desde el nacimiento) (Atención a la mujer /Atención al RN)	22.1  Se verificará la identificación inequívoca tanto de la madre como del RN. 22.2  Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. Atención a la mujer 22.3 Se valorará el estado general de la mujer y se revisará (AG)²⁸ el apoyo social y familiar del que dispone y las estrategias de afrontamiento. 22.4 Se seguirán las actividades señaladas en las recomendaciones 21.4, 21.5, 21.5.1, 21.5.1.1, 21.5.2, 21.6, 21.7, 21.8, 21.8.1, 21.9 y 21.10. 22.5 Se preguntará sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias y se informará sobre los riesgos de su consumo durante la lactancia (AG). Se considerarán las recomendaciones de e-lactancia.org. 22.5.1  Se proporcionará información sobre los riesgos del consumo de alcohol durante la lactancia materna^{65, 66, 67}: • El consumo de alcohol durante la lactancia puede producir efectos en el bebé como sedación, retraso psicomotor, menor rendimiento cognitivo o académico entre otros. • El alcohol se excreta por leche materna y alcanza la misma concentración que en sangre. • La extracción de leche no acelera el proceso ni disminuye la concentración de alcohol. • El consumo de alcohol disminuye la secreción de la leche materna.

Actividades	Características de calidad
VISITA PUERPERAL (6 semanas desde el nacimiento) (Atención a la mujer /Atención al RN)	22.6 Se recomendará completar el calendario vacunal en aquellas mujeres en las que se detectó déficit de inmunización durante el embarazo (rubeola, varicela)³¹ tan pronto como sea posible después del parto y valorando los riesgos y beneficios (AG). 22.6.1 Se recomendará la vacunación de la gripe dentro de la campaña vacunal si no se hizo durante el embarazo y según las actualizaciones de la campaña vacunal³⁰. 22.7 En las mujeres que han tenido o presentan DMG, hipertensión o preeclampsia se documentará su historia reproductiva y se le advertirá de los riesgos de enfermedades cardiovasculares y diabetes (<i>Recomendación fuerte</i>)². 22.8 Se preguntará a la mujer sobre su salud general y sus preocupaciones, valorando su bienestar. Se discutirán aspectos de la vida diaria y se facilitará información, consuelo y cuidados según requiera. Entre los aspectos a discutir se incluirán (<i>Recomendación NICE</i>)¹⁵: • Qué esperar del periodo postnatal. • Síntomas y signos de problemas mentales postnatales y cómo buscar ayuda. • Síntomas y signos de problemas físicos y cómo buscar ayuda. • Importancia de ejercicios del suelo pélvico, cómo realizarlos y cuándo buscar ayuda. • Cansancio. • Factores como nutrición, dieta, ejercicio físico, hábito tabáquico, alcohol y uso de sustancias. • Medidas contraceptivas. • Relaciones sexuales y coito. • Aspectos de seguridad como violencia de género y violencia infantil. 22.8.1 Se recomienda proporcionar información sobre medidas contraceptivas durante el posparto (<i>Recomendación OMS</i>)¹¹. 22.9 Se revisará si se ha valorado y registrado previamente el cribado de violencia de género siguiendo el protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género vigente así como posibles incidencias en la hoja de seguimiento (AG)³³. 22.9.1 En caso de proceder a realizar dicho cribado se tendrá en cuenta garantizar un ambiente de intimidad durante las entrevistas, sin la presencia



Actividades	Características de calidad
VISITA PUERPERAL (6 semanas desde el nacimiento) (Atención a la mujer /Atención al RN)	de familiares o personas de su entorno y se realizará el registro en la HS del resultado (AG)³³. 22.9.2 Se procederá de igual modo a revisar si se ha valorado y registrado previamente el riesgo de mutilación genital femenina (AG)³³. Atención al RN 22.10 Se seguirán las actividades señaladas en las recomendaciones 21.12, 21.14, 21.14.2, 21.14.3, 21.15, 21.16, 21.17, 21.17.1 y 21.18. 22.11 Se realizará asesoramiento sobre lactancia materna (Anexo 5), evolución y resolución de dudas (AG). 22.12 Se valorarán las intervenciones (NIC) para los resultados deseados (NOC) según los diagnósticos NANDA en el marco de los cuidados de enfermería en esta visita del embarazo (Anexo 4). 22.13 (i) Se informará a la madre y pareja/acompañante de los resultados de la exploración y  se dejará constancia escrita en la HS de la mujer, del RN y el DSI⁵⁶. • Se realizará conciliación de la medicación tanto de la mujer como del RN. • Se garantizará la continuidad de los cuidados a la madre, al RN y a la familia. • Aprovechar esta visita para actualizar su situación respecto a los cribados que se estén realizando y pudieran corresponderle. • Se gestionará, siempre que sea posible, la próxima cita de seguimiento según el programa de salud infantil y adolescente de Andalucía⁶² si aún no dispone de ella.

DENOMINACIÓN	VISITA INICIAL (<8 SG)
FÓRMULA	Número de mujeres embarazadas a las que se les realiza primera consulta en el transcurso de las 8 primeras SG x 100 / Número de mujeres con diagnóstico de embarazo en el año en curso.
DEFINICIÓN	Mujeres embarazadas a las que se les realiza la primera visita prenatal dentro de las primeras 8 SG.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	La atención precoz a la mujer embarazada mejora los resultados finales del embarazo.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Mujeres con diagnóstico de embarazo.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	≥ 70 %

DENOMINACIÓN	PREVENCIÓN DE DEFECTOS DEL TUBO NEURAL (Profilaxis con ácido fólico)
FÓRMULA	Número de mujeres embarazadas con prescripción de ácido fólico durante las 12 primeras SG o dispensación de 3 envases x 100/ Total de mujeres embarazadas atendidas durante el primer trimestre de embarazo durante el año en curso.
DEFINICIÓN	Mujeres embarazadas a las que se les indica profilaxis de defectos del tubo neural con ácido fólico durante las primeras 12 SG.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	La prescripción de ácido fólico durante las 12 primeras SG previene los defectos del tubo neural del feto.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Mujeres embarazadas atendidas durante el primer trimestre de embarazo que están en seguimiento. Hay que excluir a las mujeres que rechacen la indicación o las que por otras comorbilidades tengan otra indicación.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud, prescripción receta XXI.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	≥ 95 %

DENOMINACIÓN	ECOGRAFÍA 1ª TRIMESTRE
FÓRMULA	Número de mujeres embarazadas a las que se les realiza ecografía 1º trimestre x 100/ Total de mujeres embarazadas durante el año en curso.
DEFINICIÓN	Ecografía del primer trimestre.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	Cribado de cromosomopatías, datación de la gestación y detección de anomalías estructurales precoces.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Mujeres embarazadas durante el año en curso.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	≥ 90 %

DENOMINACIÓN	VACUNACIÓN ANTIGRIpal
FÓRMULA	Número de mujeres embarazadas o puérperas a las que se les administra vacuna antigripal durante el período de la campaña de vacunación de la gripe x 100/ Total de mujeres embarazadas durante el periodo de campaña de vacunación frente a la gripe.
DEFINICIÓN	Mujeres embarazadas o puérperas a las que se les administra vacuna inactivada frente a la gripe durante el período de la campaña de vacunación de la gripe.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	La vacunación de la gripe a mujeres embarazadas o puérperas previene el contagio y disminuye el riesgo de complicaciones asociadas a la misma.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Mujeres embarazadas durante el periodo de campaña de vacunación de la gripe (octubre a marzo).
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud, módulo de vacunas.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	65%

DENOMINACIÓN	VACUNACIÓN dTpa
FÓRMULA	Número de mujeres embarazadas o puérperas a las que se le administra una nueva dosis de dTpa x 100/ Total de mujeres incluidas en el Proceso Asistencial Embarazo, Parto y Puerperio durante el año en curso.
DEFINICIÓN	Vacunación frente a tosferina, tétanos y difteria.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	Prevención de enfermedades transmisibles durante el embarazo, prevención de la tosferina en el recién nacido. Se recomienda administrar la vacuna preferiblemente entre la 27-28 SG pero también hasta final de la gestación o incluso después durante la lactancia si no pudo realizarse antes.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Mujeres embarazadas durante el año en curso.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud, módulo de vacunas.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	≥ 90 %

DENOMINACIÓN	ECOGRAFÍA DEL SEGUNDO TRIMESTRE
FÓRMULA	Número de mujeres embarazadas a las que se les realiza ecografía de segundo trimestre x 100/ Total de mujeres incluidas en el Proceso Asistencial Embarazo, Parto y Puerperio durante el año en curso.
DEFINICIÓN	Detección de malformaciones del segundo trimestre.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	Detección de anomalías estructurales fetales.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Mujeres embarazadas durante el año en curso.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	≥ 95 %

DENOMINACIÓN	CRIBADO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL (DMG)
FÓRMULA	Número de mujeres a las que se les realiza la prueba para detectar DMG entre las 24 y las 28 SG x 100/ Total de mujeres incluidas en el Proceso Asistencial Embarazo, Parto y Puerperio durante el año en curso.
DEFINICIÓN	Detección de DMG.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	Identificación de las gestantes con riesgo de desarrollar DMG para poder intervenir precozmente y evitar las complicaciones que la Diabetes provoca en el embarazo
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Mujeres embarazadas durante el año en curso.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	≥ 90 %

DENOMINACIÓN	CRIBADO DE ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B
FÓRMULA	Número de mujeres embarazadas a las que se les realiza cultivo vaginal-rectal para detección de Estreptococo del grupo B (EGB) entre la 35-37 SG x 100/Total de mujeres incluidas en el Proceso Asistencial Embarazo, Parto y Puerperio durante el año en curso.
DEFINICIÓN	Cribado de Estreptococo.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	Prevención de enfermedades transmisibles durante el embarazo, prevención de la infección por EGB en el recién nacido.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Mujeres embarazadas durante el año en curso.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud, módulo de vacunas.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	≥ 95 %

DENOMINACIÓN	CRIBADO NEONATAL DE HIPOACUSIA
FÓRMULA	Número de RN vivos a los que se les realiza el cribado neonatal de hipoacusia x 100/ Número de RN vivos en el SSPA.
DEFINICIÓN	Cribado neonatal de hipoacusia al RN.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	Identificación temprana de hipoacusia.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	RN vivos en el SSPA en el año.
FUENTE DE DATOS	Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	≥ 95 %

DENOMINACIÓN	CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES ENDOCRINO-METABÓLICAS
FÓRMULA	Número de RN vivos a los que se les realiza la prueba de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas x 100/ Número de RN vivos en el SSPA.
DEFINICIÓN	Cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	Identificación temprana de enfermedades endocrino-metabólicas en el RN.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	RN vivos en el SSPA en el año.
FUENTE DE DATOS	Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	≥ 95 %

DENOMINACIÓN	VISITA PUERPERAL
FÓRMULA	Número de puérperas y RN a los que se les realiza visita puerperal en un periodo máximo de 10 días posteriores al parto x 100/ Número de partos en el SSPA.
DEFINICIÓN	Visita puerperal.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Efectividad.
FUNDAMENTO/JUSTIFICACIÓN	Identificación y resolución de problemas en el periodo postnatal de la puérpera y el RN y fomento de actividades de promoción de la salud a través de la educación sanitaria.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Mujeres con diagnóstico de parto en el periodo evaluado.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.
ESTÁNDAR	≥ 75 %

Anexo 1: Recomendaciones generales sobre hábitos saludables y precauciones en el embarazo

1. Ejercicio físico.

- 1.1. Se aconsejará realizar ejercicio físico regular durante el embarazo por sus beneficios en la salud y considerarse seguro (*Grado EBR*)¹.
- 1.2. El ejercicio regular se recomienda durante el embarazo para prevenir problemas de lumbalgia y dolor pélvico (*Recomendación OMS*)¹².
- 1.3. Se recomienda a las mujeres embarazadas sin contraindicaciones conocidas, que participen en sesiones de ejercicios leve-moderados, tres o más veces por semana (*Recomendación fuerte*)².

2. Dieta.

- 2.1. Se aconsejará seguir una dieta saludable junto con el ejercicio físico frecuente para prevenir complicaciones, como la ganancia de peso excesiva (*Consenso*)¹, (*Recomendación OMS*)¹².
 - 2.1.1. Consejos específicos sobre dieta saludable: la dieta saludable ha de contener adecuada energía, proteína, vitaminas, minerales procedentes del consumo de variedad de alimentos como verduras, frutas, carnes, pescados, legumbres, frutos secos y granos enteros¹².
 - 2.1.2. Otros consejos específicos⁶⁸: tres raciones de lácteos al día, beber entre un litro y medio a dos litros de agua al día, evitar comidas pesadas, masticar bien los alimentos, evitar bebidas con gas, comer cantidades más pequeñas pero más veces al día y descansar tras las comidas en una postura cómoda: sentada con los pies en alto.
 - 2.1.3. En mujeres con alto consumo diario de cafeína (más de 300 mg por día) se recomienda reducir la ingesta de cafeína (bebidas o alimentos que contengan cafeína como bebidas de café, té, cola, bebidas energéticas, chocolate) para reducir el riesgo de pérdida gestacional y de bajo peso fetal al nacer. Un café puede contener 60 mg de cafeína y el té o bebida de cola o té helado 50 mg de cafeína¹².
 - 2.1.4. Se aconseja evitar el consumo de pescados con alto contenido en mercurio durante el embarazo y lactancia como: atún rojo, pez espada, emperador, tiburón (cazón, marrajo, mielgas, pintarroja y tintorera) y lucio. Se asocia el consumo

de metilmercurio con posible afectación del sistema nervioso central en desarrollo del feto, ganancia de peso, problemas auditivos o problemas del aparato locomotor⁶⁹.

3. Salud bucodental.

- 3.1. Se informará de la importancia de seguir una correcta salud bucodental¹.
- 3.2. En la primera visita se aconsejará a las mujeres una valoración en la consulta de salud bucodental y realizar el tratamiento pertinente, si lo requiere, pues la salud oral es importante en la salud de la mujer y su tratamiento puede realizarse durante el embarazo de forma segura (*Recomendación B*)¹.

4. Tabaco, alcohol, uso de sustancias y uso de medicamentos.

- 4.1. Se evaluará el hábito tabáquico de la embarazada, así como la exposición pasiva al tabaco en la primera visita (*Recomendación OMS*)¹², (*Grado A*)¹.
 - 4.1.2. Se dará información a la mujer y su pareja/acompañante sobre los riesgos asociados al hábito tabáquico y a la exposición pasiva al humo del tabaco para los fetos (*Grado A*)¹.
 - 4.1.3. En caso de que fume, se reforzarán los beneficios de la deshabituación tan pronto como sea posible durante el embarazo y se hablarán de las dudas que ella o su familia puedan tener sobre el cese del hábito tabáquico (*Grado A*)¹.
 - 4.1.4. Se ofrecerá a la mujer fumadora información sobre intervenciones para abandonar el hábito tabáquico, incluyendo la terapia cognitivo-conductual (*Grado B*)¹.
- 4.2. Se informará a la mujer embarazada sobre los efectos del alcohol en el desarrollo del feto y que la abstinencia en el consumo de alcohol es la opción más segura (*Grado CBR*)¹.
 - 4.2.1. Se informará sobre el trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF) y el síndrome alcohólico fetal (SAF)⁷⁰.
- 4.3. Se evaluará al inicio del embarazo el uso de otras sustancias y el uso de medicamentos no controlados y se darán consejos sobre los daños asociados (*Grado CBR*)¹.
- 4.4. Se informará del uso seguro de medicamentos, sustancias de herbolario y suplementos durante el embarazo (*Recomendación NICE*)³.
- 4.5. Se informará del riesgo de administración de medicamentos que no requieren receta. Pocos medicamentos se consideran seguros durante el embarazo (*Grado CBR*)¹.
- 4.6. La administración de medicamentos durante el embarazo se limitará a situaciones donde el beneficio supere al riesgo¹. Se aconsejará consultar previamente con los profesionales sanitarios que atienden el seguimiento de su embarazo.

5. Relaciones sexuales.

- 5.1. En mujeres embarazadas sin complicaciones, se informará de que las relaciones sexuales seguras durante el embarazo no se asocian con resultados adversos (*Grado B*)¹.

6. Prevención de infecciones.

- 6.1. Se reforzarán las medidas de prevención de infecciones destacando la importancia del lavado de manos (*Recomendación NICE*)³.
- 6.2. Se revisará el calendario de vacunación de la embarazada y se propondrán las pautas correctoras que procedan para realizarse durante el embarazo o posteriormente³⁰.
- 6.3. Se informará de la importancia de la inmunización durante el embarazo frente a la gripe, tos ferina, COVID-19 y otras infecciones (*Recomendación NICE*)³ según riesgos específicos y recomendaciones actualizadas del Ministerio^{30, 31}.
- 6.4. Se informará de los riesgos de infecciones que pueden afectar al feto/RN durante el embarazo/nacimiento (como infección por streptococo del grupo B, herpes simple y citomegalovirus) (*Recomendación NICE*)³.
- 6.5. Se informará a las mujeres sobre medidas de higiene para reducir el riesgo de infección por citomegalovirus evitando el contacto con la saliva o la orina de niños y realizar lavado de manos tras la exposición (*Grado CBR*)¹.
- 6.6. Se informará sobre medidas de prevención de toxoplasmosis como (*Grado C*)¹.
- Lavado de manos antes de manejar alimentos.
 - Lavado consciente de frutas y verduras, incluyendo ensaladas preparadas antes de su ingesta.
 - Asegurarse de que la carne cruda esté bien cocinada, así como la comida preparada.
 - Usar guantes y lavarse a consciencia las manos tras el contacto con la tierra/jardinería.
 - Evitar contacto con heces/arena de gatos.
- 6.7. Se recomiendan ciertas medidas para la prevención de listeriosis, triquinosis, anisakiasis, salmonelosis y toxoinfección por *Escherichia coli* (*E. coli*)⁷¹:
- Las manos, las superficies y los utensilios de cocina utilizados se deben lavar a fondo después de manipular carnes, pescados, huevos, frutas y vegetales no lavados y cualquier otro alimento crudo.
 - Separar alimentos crudos de los cocinados.
 - Respetar las condiciones de conservación, preparación y caducidad de los alimentos.

- Los alimentos que requieran refrigeración deberán conservarse a temperaturas inferiores a 5°C. Esto ayudará a prevenir infecciones como la listeriosis.
- Cocinar los alimentos a 70°C durante 2 minutos de manera que se alcance esa temperatura en todo el producto de forma homogénea. Esto ayudará a prevenir infecciones como la toxoinfección por *E. coli*, listeriosis, salmonelosis, campilobacteriosis o triquinosis.
- Lavarse las manos con jabón y agua caliente, antes y después de manipular los alimentos, tras contactar con cualquier material sucio (pañales, residuos, animales) y, especialmente, después de usar el cuarto de baño.
- Antes de consumir pescado crudo (ceviche, carpacho, sushi, boquerones en vinagre) asegurarse de que se ha congelado a una temperatura de -20° C o inferior y durante cinco días. Esta temperatura sólo se alcanza en frigoríficos de tres estrellas (***) o más. Si su frigorífico tiene menos de tres estrellas, compre el pescado ya congelado para prevenir la transmisión de *Anisakis*.
- El principal riesgo de contraer triquinosis recae en la carne de cerdos sacrificados en matanzas domiciliarias y de jabalíes cazados para autoconsumo que no son sometidos a análisis de triquina por lo que, en estos casos, es fundamental asegurarse de que esta carne ha sido sometida a un análisis de triquina.
- No se deben lavar los huevos. El lavado puede ayudar a la transferencia de la *Salmonella* del exterior de la cáscara al interior del huevo.
- Evitar el consumir de productos lácteos no pasteurizados, productos cárnicos listos para el consumo como jamón cocido o paté refrigerado, así como pescado ahumado.

6.8. Se informará del riesgo de otras infecciones de zonas endémicas a las que pudiera haber viajado o pueda viajar durante el embarazo tanto la mujer embarazada como con la persona con la que mantenga relaciones sexuales (enfermedad de Chagas)³⁹, virus Zika^{40, 72} promoviendo el uso del preservativo en estos casos.

7. Cambios emocionales.

- 7.1. Se informará de los cambios emocionales y físicos que se presentan durante el embarazo (*Recomendación NICE*)³.
- 7.2. Se informará de los cambios en las relaciones con la pareja y cómo apoyarse mutuamente (*Recomendación NICE*)³.
 - 7.2.1. Se informará de la importancia de establecer un reparto equitativo de tareas y responsabilidades entre los miembros de la familia¹³.
- 7.3. Se informará de la importancia de la salud mental durante el embarazo¹³ (*Recomendación NICE*)³.

7.3.1. Se informará de la influencia del estado emocional materno en el feto (evitar emociones fuertes, expresar las emociones, identificar y afrontar el estrés de manera eficaz, poner en práctica ejercicios de respiración y relajación en situaciones de estrés)¹³.

7.4. Se incluirá preparación psicológica para padres como parte del cuidado prenatal por tener un efecto positivo en la salud mental postnatal de la mujer (*Grado B*)¹.

8. Lactancia materna.

8.1. Se informará de los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como el RN (*Recomendación NICE*)¹⁵.

8.2. Ofrecer formación sobre lactancia materna como parte del cuidado prenatal (*Grado C*)¹.

8.3. Se informará de que la lactancia materna estimula a nivel sensorial y emocional en el día a día fomentando lazos afectivos¹³.

9. Higiene y sueño.

9.1. Se aconseja dormir 8 horas diarias y descansar durante el día varias veces, bien en cama o sentada, con las piernas en alto y la columna bien apoyada⁵³.

9.2. Se aconseja el uso de cremas o aceites hidratantes para evitar que la piel se seque y pierda flexibilidad, prestando especial cuidado en las zonas que van a sufrir un mayor estiramiento (vientre, pecho, parte superior de los muslos, etc.). No se aconsejan las depilaciones con cera caliente ya que favorecen la aparición de varices. Usar cremas frías o aparatos eléctricos⁵³.

9.3. Se aconseja usar protección solar (*AG*).

9.4. Se contraindicará la utilización de antisépticos yodados durante el embarazo²⁸.

9.5. Después de las 28 SG se aconseja evitar dormir sobre la espalda y se aconseja usar almohadas o cojines para mantener la posición durante el sueño (*Recomendación NICE*)³.

10. Educación nacimiento y crianza.

10.1. Se informará a los padres de la efectividad de los programas de educación prenatal para proporcionar información sobre el embarazo, el nacimiento y la crianza pero que no influyen en el modo del nacimiento (*Grado B*)¹.

10.2. Proporcionar recursos y apoyo a los padres e informarles de cómo contactar con grupos locales y nacionales de apoyo (*Recomendación NICE*)³.

10.3. Proporcionar información tanto verbal como escrita acerca de los movimientos fetales normales, incluyendo cambios de patrón de movimientos conforme el feto se va desarrollando, ciclos de vigilia/sueño normales y factores que pueden modificar la percepción de la madre respecto a los movimientos (*Grado CBR*)¹.

11. Otras recomendaciones

- 11.1. Se informará sobre la influencia de los estímulos externos sobre el estado emocional del feto (ruido en exceso, reflejo de los rayos solares directamente sobre el vientre materno en horario de mayor intensidad y durante tiempo de exposición prolongado, movimientos bruscos o posiciones incómodas para el feto como cruzar las piernas)¹³.
- 11.2. Se informará sobre las estrategias para promover la vinculación de la madre y padre con el feto (susurrarle para reconocer su voz y fomentar la calma, tocar el vientre para sentir los movimientos, masajearlo)¹³.
- 11.3. Se informará de los riesgos y derechos laborales de la gestante²⁸.
- 11.4. Se informará del uso correcto de los cinturones de seguridad, colocándolo por encima y debajo de la barriga pero no sobre ella (*Grado B*)¹.
- 11.5. Se informará a la mujer que los viajes en avión de largas distancias se asocian con incremento de trombosis venosa y embolismo pulmonar, aunque no está claro si hay un riesgo adicional durante el embarazo (*Grado C*)¹.

12. Relación de páginas web de interés.

- Alimentación segura durante el embarazo. Consejos básicos para 40 semanas de tranquilidad: [alimentacion_segura_embarazo.pdf](#).
- Nacer sin humo. Dejar de fumar durante el embarazo: [guiamujerok.fh11 \(juntadeandalucia.es\)](#).
- Nacer sin humo. Cuestiones a tener en cuenta como futuro padre: [guiahombreok.fh11 \(juntadeandalucia.es\)](#).
- La diabetes en el embarazo: [diptico diabetes embarazo.indd \(juntadeandalucia.es\)](#).
- Asociación española de Bancos de leche. Infografía Limpieza y mantenimiento de los extractores utilizados para la donación de leche materna: [Publicaciones – Asociación Española de Bancos de Leche Humana](#).
- Embarazo. Preparación al nacimiento: [Ventana Abierta a la Familia \(ventanafamilias.es\)](#).
- [Lactancia materna | Ventana Abierta a la Familia \(ventanafamilias.es\)](#): videos e información.
- Recomendaciones generales de actividad física durante el embarazo y postparto. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/actividadFisica/actividad/recomendaciones/embarazadasYPostparto/home.htm>.
- Estilos de vida saludable. Alcohol y embarazo: <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/consumo/queSaber/maternidad/home.htm>
- Compartiendo la cama con tu bebé: https://www.aeped.es/sites/default/files/1-co-lecho_unicef.pdf

Anexo 2: Manejo de síntomas frecuentes durante el embarazo

Náuseas y vómitos:

- Se le informará que, a pesar de ser molesto, se suele resolver de forma espontánea entre las 16-20 SG y que no se asocia con resultados desfavorables en el embarazo (*Grado PP*)¹.
- Se sugerirá tomar jengibre a las mujeres con náuseas y vómitos leves-moderados que prefieran una opción no farmacológica (*Recomendación NICE*)³, (*Recomendación OMS*)¹².
- Se sugiere ofrecer tratamiento con piridoxina (vitamina B6) para el alivio de náuseas y vómitos durante las etapas iniciales de la gestación²⁸.
- Se sugiere ofrecer la administración de jengibre, antihistamínicos (dimenhidrinato o meclicina) como alternativas a la piridoxina durante las etapas iniciales de la gestación²⁸.
- Doxilamina y metoclopramida, deben reservarse para embarazadas con sintomatología mayor, que no se alivian con opciones no farmacológicas y bajo la supervisión de un médico¹².

Pirosis:

- Se ofrecerá a las mujeres con síntomas moderados de pirosis, consejos sobre modificación en el estilo de vida y evitar comidas que puedan ocasionar síntomas en repetidas ocasiones (*Grado CBR*)¹, (*Recomendación OMS*)¹².

Entre estas recomendaciones se incluyen¹:

- Abstención de alcohol, tabaco y medicamentos que puedan aumentar los síntomas (antagonistas del calcio o anticolinérgicos).
- Evitar tumbarse entre 2-3 horas posteriores a las comidas.
- Elevar la cabecera de la cama entre 10-15 cm.
- Se sugiere evitar chocolate, café, té, grasas, tabaco y alcohol (*AG*).
- Se sugiere evitar grasas, fritos, embutidos, picantes⁴⁹.
- Se sugiere evitar comidas pesadas, masticar bien los alimentos, evitar bebidas con gas, comer cantidades más pequeñas pero más veces al día y descansar tras las comidas, sentada con los pies en alto⁵⁸.
- Se emplearán dosis bajas de antiácidos orales no absorbibles como almagato o sucralfato (*AG*).

- Se sugiere el empleo de antiácidos (preferibles los basados en calcio que en aluminio), antagonistas de los receptores H2 (famotidina) o inhibidores de la bomba de protones como medicamentos para ayudar al alivio de la pirosis¹.
- Puesto que la administración de antiácidos (basados en calcio o aluminio) puede afectar a la absorción de medicamentos, se recomienda separarlos 2h de la administración de suplementos de hierro o de ácido fólico¹².

Estreñimiento:

- Se sugiere mantener una buena hidratación y la realización de ejercicio para prevenir el estreñimiento⁵³.
- Se ofrecerá a las mujeres que presentan estreñimiento información sobre aumento de la ingesta de fibra en la dieta y la suplementación con fibra de salvado o trigo (*Grado C*)¹ si no mejora tras modificaciones de la dieta (*Recomendación OMS*)¹².
- Si las modificaciones de la dieta y la ingesta de fibra no mejora el estreñimiento, se podrá considerar el uso de laxantes. Se informará que los laxantes estimulantes a pesar de ser más efectivos que los formadores de bolo, se asocian a mayor dolor abdominal y diarrea¹.

Hemorroides:

- Se ofrecerá a las mujeres que presentan hemorroides información sobre aumento de ingesta de fibra y fluidos (*Grado CBR*)¹.
- Se sugiere aplicación de frío local 2-3 veces/día en caso de que aparezcan⁵³.
- Si los síntomas se mantienen, se aconsejará considerar el uso de cremas hemorroidales (*Grado CBR*)¹.

Varices:

- Se informará a las mujeres que las varices venosas son frecuentes durante el embarazo, varían en severidad y no suelen ocasionar daño, mejorando tras el nacimiento. Podrían ayudar las medias de compresión (*Grado CBR*)¹.
- Se sugieren las siguientes medidas:
 - Caminar diariamente⁵³.
 - Evitar bipedestaciones y sedestaciones prolongadas⁵³.
 - Evitar el uso de prendas o calzado ajustado⁵³.
 - Realizar ejercicios que mejoren la circulación⁵³.
 - Reposo con piernas elevadas e inmersión en el agua (*Recomendación OMS*)¹².

- Reposo en decúbito lateral (libera la compresión sobre la cava inferior) (AG).
- No se recomienda tratamiento farmacológico (Recomendación OMS)¹².
- Uso de medias de compresión (Recomendación OMS)¹², (Grado CBR)¹.

Lumbalgia:

- Se sugiere para prevenir la lumbalgia:
 - Realizar ejercicios acuáticos y otros programas de ejercicio individualizados²⁸.
 - La corrección postural en la actividad diaria⁵³.
 - Caminar al menos una hora al día⁵³.
 - Evitar permanecer mucho tiempo de pie⁵³.
 - Calzado con tacón medio de base ancha⁵³.
 - Descanso en decúbito lateral con caderas y rodillas flexionadas (AG).
- Recomendar a las mujeres que experimentan dolor en la cintura pélvica que los ejercicios específicos para el embarazo, la fisioterapia, la acupuntura o el uso de una prenda de soporte o faja pueden aliviar el dolor (Grado C)¹. Considerar derivación a fisioterapeuta para consejos de ejercicios y/o uso de cinturón lumbopélvico no rígido (Recomendación NICE)³.
- En caso de lumbalgia que no mejora con medidas físicas puede usarse paracetamol a dosis bajas en caso necesario (AG).

Flujo vaginal:

- Se debe informar que un aumento del flujo es normal durante la gestación. Pero si se asocia con picor, inflamación, mal olor o escozor al orinar, puede haber una infección y, por tanto, se debe consultar (Recomendación NICE)³.
- Las mujeres embarazadas con candidiasis vaginal asintomática no requerirán tratamiento⁴¹.
- Las mujeres embarazadas con candidiasis sintomática deberán recibir tratamiento antimicótico según actualización de la guía terapéutica antimicrobiana de referencia⁴¹. En estos casos está indicado realizar un cultivo vaginal⁴¹.
- Se recomienda⁴¹:
 - Evitar uso de jabones a no ser que sean de pH ácido para no alterar más el ecosistema vaginal.

- Utilizar ropa interior de algodón para mayor ventilación de la zona y evitar la humedad.
- Evitar compresas de fibra sintética.
- No hay evidencia de efecto beneficioso de lactobacilos orales o vaginales en la prevención de la candidiasis⁴¹.

Anexo 3: *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. Versión validada en español.

Fuente: adaptado de García-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. *Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers*. J Affect Disord. 2003 Jun;75(1):71-6. doi: 10.1016/s0165-0327(02)00020-4.

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 DÍAS:

(1) He sido capaz de reírme 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.

Sí, la mayor parte del tiempo.

Sí, 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.

Sí, algunas veces.

Sí, 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.

Sí, la mayor parte del tiempo.

Sí, bastante a menudo.

No con mucha frecuencia.

No, en ningún momento.

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.

Interpretación de la EPDS:

Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta que se puntúan de 0 a 3, dependiendo de la intensidad de los sentimientos descritos.

La puntuación total máxima del cuestionario es de 30.

- **0-9 puntos:** Baja probabilidad de depresión postparto. Es importante continuar observando y ofrecer apoyo emocional, ya que esta puntuación no descarta completamente la presencia de síntomas.
- **10-12 puntos:** Riesgo moderado de depresión postparto. Se recomienda hacer un seguimiento más estrecho y considerar una evaluación adicional por un profesional de salud mental.
- **13 o más puntos:** Alta probabilidad de depresión postparto. Esta puntuación indica la necesidad de una evaluación clínica exhaustiva y posiblemente intervención.

La pregunta 10 evalúa la presencia de pensamientos suicidas y es crucial, independientemente de la puntuación total. Si una mujer responde afirmativamente o indica que ha tenido pensamientos de autolesión, se requiere atención inmediata y una evaluación más profunda, incluso si su puntuación total es baja.

Anexo 4: Plan de cuidados de enfermería en un embarazo normal.

Visita SG 8-10		
NANDA	NIC	NOC
[00208] - Disposición para mejorar el proceso de maternidad	[5240]- Asesoramiento	[1810]- Conocimiento: gestación
	[5270]- Apoyo emocional	[1402]- Autocontrol de la ansiedad
	[5626]- Enseñanza medicación prescrita	[1808]- Conocimiento de la medicación
	[5250]- Apoyo en la toma de decisiones	[1606]- Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria
	[1701]- Mantenimiento de la salud bucal	[0308]- Autocuidado: higiene bucal
	[5510]- Educación sanitaria	[1855]- Conocimiento: estilo de vida saludable
		[1854]- Conocimiento: dieta saludable
		[1839]- Conocimiento: funcionamiento sexual durante el embarazo y el puerperio
	[1100]- Manejo de la nutrición	[1612]- Control de peso
[00206] - Riesgo de perfusión tisular ineficaz	[6680]- Monitorización de los signos vitales	[1928]- Control del riesgo: hipertensión
[00134] - Náuseas	[1450]- Manejo de las náuseas	[1618]- Control de náuseas y vómitos.
[00015] - Riesgo de estreñimiento	[0501]- Eliminación intestinal.	[0450]- Manejo del estreñimiento.

Visita SG 16-18		
NANDA	NIC	NOC
[00208] - Disposición para mejorar el proceso de maternidad	[5270]- Apoyo emocional	[1402]- Autocontrol de la ansiedad
	[5510]- Educación sanitaria	[1800]- Conocimiento lactancia materna
		[1855]- Conocimiento: estilo de vida saludable
		[1854]- Conocimiento: dieta saludable
	[1100]- Manejo de la nutrición	[1612]- Control de peso
[00206] - Riesgo de perfusión tisular ineficaz	[6680]- Monitorización de los signos vitales	[1928]- Control del riesgo: hipertensión

Visita SG 24-26		
NANDA	NIC	NOC
[00208] - Disposición para mejorar el proceso de maternidad	[5270]- Apoyo emocional	[1402]- Autocontrol de la ansiedad
	[5510]- Educación sanitaria	[1855]- Conocimiento: estilo de vida saludable
		[1854]- Conocimiento: dieta saludable
		[1800]- Conocimiento lactancia materna
	[6530]- Manejo de la inmunización/vacunación	[1900]- Conducta de vacunación
	[1100]- Manejo de la nutrición	[1612]- Control de peso
[00206] - Riesgo de perfusión tisular ineficaz	[6680]- Monitorización de los signos vitales	[1928]- Control del riesgo: hipertensión

Visitas SG 28-30 / SG 35-37		
NANDA	NIC	NOC
[00208] - Disposición para mejorar el proceso de maternidad	[5270]- Apoyo emocional	[1402]- Autocontrol de la ansiedad
	[5510]- Educación sanitaria	[1855]- Conocimiento: estilo de vida saludable
		[1854]- Conocimiento: dieta saludable
		[1800]- Conocimiento lactancia materna
	[1100]- Manejo de la nutrición	[1612]- Control de peso
	[6530]- Manejo de la inmunización/vacunación	[1900]- Conducta de vacunación
[00206] - Riesgo de perfusión tisular ineficaz	[6680]- Monitorización de los signos vitales	[1817]- Conocimiento: Parto y alumbramiento
		[1500]- Lazos afectivos padre-hijo
		[1928]- Control del riesgo: hipertensión

Visita SG 39-40		
NANDA	NIC	NOC
[00148]- Temor	[5270]- Apoyo emocional	[1402]- Autocontrol de la ansiedad
[00146]- Ansiedad		
[00208] - Disposición para mejorar el proceso de maternidad	[5510]- Educación sanitaria	[1855]- Conocimiento: estilo de vida saludable
		[1854]- Conocimiento: dieta saludable
		[1800]- Conocimiento lactancia materna
	[6960]- Cuidados prenatales	[1817]- Conocimiento: Parto y alumbramiento
[00206] - Riesgo de perfusión tisular ineficaz	[1100]- Manejo de la nutrición	[1500]- Lazos afectivos padre-hijo
		[1612]- Control de peso
	[6680]- Monitorización de los signos vitales	[1928]- Control del riesgo: hipertensión

ÁREA DE PARITORIO (VALORACIÓN)		
NANDA	NIC	NOC
[00148]- Temor	[5270]- Apoyo emocional	[1402]- Autocontrol de la ansiedad
[00146]- Ansiedad		
[00132]- Dolor agudo	[1400]- Manejo del dolor	[2102]- Nivel del dolor
		[1605]- Control del dolor
[00208]- Disposición para mejorar el proceso de maternidad	[6830]- Cuidados intraparto	[2510]- Estado materno: durante el parto
	[6772]- Monitorización fetal electrónica: durante el parto	[0112]- Estado fetal: durante el parto
[00005]- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	[3900]- Regulación de la temperatura	[0800]- Termorregulación

ASISTENCIA EN PARITORIO (DILATACIÓN) y ASISTENCIA EN PARITORIO (EXPULSIVO Y ALUMBRAMIENTO)		
NANDA	NIC	NOC
[00148]- Temor	[5270]- Apoyo emocional	[1402]- Autocontrol de la ansiedad
[00146]- Ansiedad		
[00256]- Dolor de parto	[1400]- Manejo del dolor	[2102]- Nivel del dolor
		[1605]- Control del dolor
[00008] - Termorregulación ineficaz (RN)	[3900]- Regulación de la temperatura	[0801]- Termorregulación: Recién nacido
[00208]- Disposición para mejorar el proceso de maternidad	[6830]- Cuidados intraparto	[2510]- Estado materno: durante el parto
	[6772]- Monitorización fetal electrónica: durante el parto	[0112]- Estado fetal: durante el parto

ATENCIÓN A LA MUJER Y RN EN EL POSTPARTO INMEDIATO		
NANDA	NIC	NOC
[00132]- Dolor agudo	[1400]- Manejo del dolor	[1605]- Control del dolor
[00206] - Riesgo de hemorragias	[6930]- Cuidados postparto	[2511]- Estado materno: puerperio
	[6890]- Monitorización del recién nacido	[0118]- Adaptación del recién nacido
[00008] - Termorregulación ineficaz (RN)	[3900]- Regulación de la temperatura	[0801]- Termorregulación: Recién nacido
[00016] - Deterioro de la eliminación urinaria	[0590]- Manejo de la eliminación urinaria	[0503]- Eliminación urinaria
[00106]- Lactancia materna eficaz	[1054]- Ayuda a la lactancia materna	[1001]- Establecimiento de la lactancia materna: madre
		[1000]- Establecimiento de la lactancia materna: lactante

HOSPITALIZACIÓN Y ALTA HOSPITALARIA		
NANDA	NIC	NOC
[00132]- Dolor agudo	[1400]- Manejo del dolor	[1605]- Control del dolor
[00206] - Riesgo de hemorragias	[6930]- Cuidados postparto	[2511]- Estado materno: puerperio
[00008] - Termorregulación ineficaz (RN)	[3900]-Regulación de la temperatura	[0801]- Termorregulación: Recién nacido
[00016] - Deterioro de la eliminación urinaria	[0590]-Manejo de la eliminación urinaria	[0503]- Eliminación urinaria
[00015] - Riesgo de estreñimiento	[0501]- Eliminación intestinal.	[0450]- Manejo del estreñimiento.
[00106]- Lactancia materna eficaz	[1054]- Ayuda a la lactancia materna	[1001]- Establecimiento de la lactancia materna: madre
		[1000]- Establecimiento de la lactancia materna: lactante
[00208]-Disposición para mejorar el proceso de maternidad	[5510]- Educación sanitaria	[1819]-Conocimiento: cuidados del lactante
	[6930]- Cuidados postparto	[2511]- Estado materno: puerperio

V. PUERPERAL 7-10 DIAS		
NANDA	NIC	NOC
[00146]- Ansiedad	[5270]- Apoyo emocional	[1402]- Autocontrol de la ansiedad
[00159]-Disposición para mejorar los procesos familiares	[5240]- Asesoramiento	[1500]- Lazos afectivos padre-hijo
	[7104]- Estimulación de la integridad familiar: familias con niños	[2904]-Desempeño del rol de padres: lactante.
[00208]-Disposición para mejorar el proceso de maternidad	[5510]- Educación sanitaria	[1819]-Conocimiento: cuidados del lactante
	[6930]- Cuidados postparto	[2511]- Estado materno: puerperio
[00106]- Lactancia materna eficaz	[1054]- Ayuda a la lactancia materna	[1001]- Establecimiento de la lactancia materna: madre
		[1000]- Establecimiento de la lactancia materna: lactante

V. PUERPERAL 6 semanas

NANDA	NIC	NOC
[00146]- Ansiedad	[5270]- Apoyo emocional	[1402]- Autocontrol de la ansiedad
[00159]-Disposición para mejorar los procesos familiares	[5240]- Asesoramiento	[1500]- Lazos afectivos padre-hijo
	[7104]- Estimulación de la integridad familiar: familias con niños	[2904]-Desempeño del rol de padres: lactante.
[00208]-Disposición para mejorar el proceso de maternidad	[5510]- Educación sanitaria	[1819]-Conocimiento: cuidados del lactante
		[1839]- Conocimiento: funcionamiento sexual durante el embarazo y el puerperio
		[0120]-Desarrollo infantil: 1 mes
	[6930]- Cuidados postparto	[2511]- Estado materno: puerperio
[00106]- Lactancia materna eficaz	[6530]- Manejo de la inmunización/vacunación	[1900]-Conducta de vacunación
	[1054]- Ayuda a la lactancia materna	[1002]-Mantenimiento de la lactancia materna

Anexo 5. Información y apoyo a la lactancia materna e información sobre alimentación con leche de fórmula.

Información y apoyo a la lactancia materna

1. Antes y después del parto, se hablará sobre la lactancia materna, proporcionando información y apoyo para la misma e incluyendo los siguientes temas (*Recomendación NICE*)¹⁵:
 - Beneficios nutricionales para el RN.
 - Beneficios para la salud tanto para el RN como para la mujer.
 - Beneficios de la lactancia materna incluso durante un corto período de tiempo.
 - Cómo puede calmar y consolar al RN.
 - Se considera también importante identificar los signos de hambre y otras causas de llanto diferentes al hambre (*AG*).
2. Se proporcionará información sobre cómo la pareja o acompañante puede ayudar a la mujer a amamantar, incluyendo el valor de su participación y apoyo y cómo pueden consolar y vincularse con el RN (*Recomendación NICE*)¹⁵.
3. Los profesionales de la salud que atienden a mujeres y RN en el período postnatal deben conocer e informar sobre (*Recomendación NICE*)¹⁵:
 - Cómo se produce la leche.
 - Signos de buen agarre en el pecho.
 - Signos de transferencia de leche efectiva.
 - Cómo alentar y apoyar a las mujeres con problemas comunes de lactancia.
 - Recursos apropiados para el uso seguro y la prescripción de medicamentos para las mujeres que amamantan.
 - Se podrá consultar en e-lactancia.org medicamentos compatibles durante la lactancia (*AG*).
4. Se animará a la mujer a tener contacto piel con piel desde los primeros momentos tras el nacimiento para que la lactancia pueda comenzar lo más pronto posible y para prevenir la hipotermia del RN, siempre que el RN no presente complicaciones (*AG*)^{7,15}.
5. Los profesionales que se encarguen del apoyo a la lactancia deben (*Recomendación NICE*)¹⁵:

- Ser respetuosos con el espacio personal de las mujeres, las influencias culturales, las preferencias y la experiencia previa de alimentación infantil.
 - Equilibrar la preferencia de la mujer por la privacidad para amamantar y extraer leche en el hospital con la necesidad de realizar observaciones rutinarias.
 - Solicitar a la madre lactante consentimiento verbal para la observación, exploración y apoyo en las tomas de lactancia materna.
 - Reconocer el impacto emocional de la lactancia.
 - Ofrecer a las mujeres el tiempo, seguridad y apoyo que necesiten para ganar confianza en la lactancia materna.
6. El apoyo a la lactancia materna debe adaptarse a las necesidades individuales e incluir (*Recomendación NICE*)¹⁵:
- Apoyo presencial: debe ser parte del cuidado postnatal estándar en las mujeres que amamantan. Debe mantenerse hasta que se haya establecido la lactancia y se hayan solucionado todos los problemas.
 - Información escrita, digital o telefónica para complementar (pero no reemplazar) el apoyo presencial.
 - Información sobre qué hacer y a quién contactar si necesita apoyo adicional.
 - Información para la pareja/ persona de apoyo sobre la lactancia y la mejor manera de apoyar a las mujeres que amamantan, teniendo en cuenta las preferencias de la mujer sobre la participación de la pareja/persona de apoyo.
 - Información sobre los grupos de apoyo a la lactancia.
7. Debe valorarse a las mujeres más jóvenes y con bajos ingresos económicos o de entornos sociales desfavorecidos pues pueden necesitar mayor apoyo y estímulo para comenzar y continuar con la lactancia materna y es particularmente importante en estas mujeres la continuidad de la asistencia(*Recomendación NICE*)¹⁵.
8. Se proporcionará información, consejos y seguridad sobre lactancia materna, para que las mujeres y sus parejas/personas de apoyo sepan qué esperar y cuándo y cómo buscar ayuda. Los temas a incluir incluirán (*Recomendación NICE*)¹⁵:
- Cómo se produce la leche, cuánta se produce en las primeras etapas y cómo es el ciclo de demanda-producción de la lactancia materna.
 - Lactancia materna según señales del RN, a demanda.
 - Con qué frecuencia necesitan alimentarse los RN y durante cuánto tiempo, teniendo en cuenta las variaciones individuales.

- Posiciones de amamantamiento y cómo ayudar al RN a agarrarse al pecho.
- Signos de alimentación efectiva para que la mujer sepa que el RN está recibiendo suficiente leche (no es posible sobrealimentar a un RN amamantado).
- Extracción de leche materna (a mano o con un extractor de leche) como parte de la lactancia y cómo puede ser útil; almacenamiento seguro, preparación segura de la leche materna extraída, peligros de la administración apoyando el biberón sobre almohada o similar en lugar de sostenerlo con las manos.
- Cambios normales en los senos durante el embarazo y después del parto.
- Dolor al amamantar y cuándo buscar ayuda.
- Complicaciones de la lactancia (por ejemplo, mastitis o absceso mamario) y cuándo buscar ayuda.
- Estrategias para manejar el cansancio al amamantar.
- Alimentación suplementaria con leche de fórmula por prescripción facultativa.
- Cómo la lactancia materna puede afectar a la imagen corporal y la identidad de la mujer.
- La posibilidad de volver a amamantar después de una interrupción en la lactancia.
- Uso seguro de medicamentos durante la lactancia.

9. Cuando se realice valoración de las tomas de lactancia materna se preguntará acerca de ([Recomendación NICE](#))¹⁵:

- Cualquier duda/preocupación que tengan los padres sobre la alimentación del RN.
- La frecuencia y la duración de las tomas.
- Succión rítmica y deglución audible.
- Si el RN está contento después de la toma.
- Si el RN se despierta para comer.
- El aumento o la pérdida de peso del RN.
- El número de pañales mojados y ritmo o frecuencia de deposiciones.
- El estado de los senos y pezones de la mujer.

Se valorará una toma dentro de las primeras 24 horas después del nacimiento, y al menos otra toma dentro de la primera semana.

10. Si hay desviaciones de la normalidad o signos de alarma tras la valoración de la toma se considerará (*Recomendación NICE*)¹⁵:
- Introducir medidas correctoras y hacer nueva valoración de la toma.
 - Ajustar la posición y el agarre del pecho.
 - Dar leche extraída.
 - Proporcionar apoyo adicional, como una consulta de lactancia o grupos de apoyo.
 - Evaluación de la presencia de anquiloglosia (frenillo lingual).
11. Se proporcionará información sobre la supresión de la lactancia a las mujeres en las que no se inicia, en las que se interrumpe, en aquellas que está contraindicada o en los casos de muerte fetal o del RN (*Recomendación NICE*)¹⁵, incluyendo los siguientes temas:
- Cómo el cuerpo produce leche, qué sucede cuando cesa la producción de leche y cuánto tarda en dejar de producirse
 - Consejos de autoayuda, tales como:
 - Evitar estimular el pecho.
 - Usar un sujetador.
 - Usar bolsas de frío.
 - Alivio del dolor.
 - Extraer leche con moderación para aliviar la congestión.
 - Cuándo buscar ayuda.
 - Medicamentos que se pueden prescribir para suprimir la lactancia.
 - Las ventajas e inconvenientes de los diferentes métodos de supresión de la lactancia.
 - La posibilidad de donación de leche como alternativa a la lactoinhibición.

Información sobre alimentación con leche de fórmula

1. Antes y después del nacimiento, se proporcionará información sobre la alimentación con leche de fórmula a los padres que estén considerando la opción o que necesiten alimentar con leche de fórmula a su RN, teniendo en cuenta que algunos RN pueden precisar ser alimentados parcialmente con leche de fórmula junto con la lactancia materna (*Recomendación NICE*)¹⁵.
2. La información sobre la alimentación con leche de fórmula debe incluir (*Recomendación NICE*)¹⁵:
 - Las diferencias entre la leche materna y la leche de fórmula.
 - Cómo esterilizar biberones y utensilios para la alimentación con leche de fórmula y cómo preparar la leche de fórmula de manera segura, incluida una demostración práctica si es necesario.
 - Para las mujeres que están tratando de establecer la lactancia materna y considerando la suplementación con alimentación con fórmula, los posibles efectos sobre el éxito de la lactancia materna y los métodos de suplementación que no interfieren con la lactancia materna
 - La leche de fórmula de inicio está indicada hasta los seis meses, y es el único alimento que necesitarán hasta que su pediatra indique la introducción de otros alimentos.
3. Para los padres que estén alimentando a sus RN con leche de fórmula (*Recomendación NICE*)¹⁵:
 - Se dará información detallada sobre la alimentación segura con leche de fórmula.
 - Se proporcionará apoyo presencial.
 - Se proporcionará información escrita, digital o telefónica para complementar (pero no reemplazar) el apoyo presencial.
4. El apoyo presencial de la alimentación con leche de fórmula debe incluir (*Recomendación NICE*)¹⁵:
 - Consejos sobre la alimentación con biberón basada en el reconocimiento de las señales de hambre/saciedad.
 - Se ofrecerá la posibilidad de observar una toma por parte de los profesionales.
 - Posiciones para sostener a un RN durante la alimentación con biberón y los peligros de dejar el biberón sobre una almohada u otro apoyo en lugar de sostener al RN y al biberón durante la toma.

- Consejos sobre cómo controlar el ritmo de la alimentación con biberón y cómo reconocer las señales de que un RN está saciado (porque es posible sobrealimentar a un RN alimentado con fórmula), y consejos sobre métodos distintos a la alimentación que pueden consolar y calmar al RN.
 - Información sobre cómo establecer vínculo con el RN cuando se alimenta con biberón, a través del contacto piel con piel, el contacto visual y el beneficio potencial de minimizar la cantidad de personas que alimentan regularmente al RN.
5. Para los padres que están pensando suplementar la lactancia materna con leche de fórmula o cambiar de la lactancia materna a la leche de fórmula, se proporcionará la información adecuada para ayudarlos en su decisión ([Recomendación NICE](#))¹⁵.

Anexo 6. Registro cardiotocográfico (CTG).

Consideraciones generales y normas

- 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.
- Cuando la mujer está bajo CTG continua (*Recomendación NICE*)⁹:
 - Asegurar que el cuidado se centra en la mujer y no en el trazado CTG.
 - Permanecer con la mujer para continuar el apoyo persona-persona.
 - Fomentar y ayudar a la mujer a movilizarse todo lo que sea posible y a cambiar de posición con la frecuencia que ella elija.
 - Monitorizar las condiciones de la mujer y el feto y actuar tan pronto como se necesite.
 - Diferenciar entre la frecuencia cardíaca materna y fetal cada hora o más frecuentemente si hay hallazgos atípicos.
 - Asegurar que el trazado del CTG es de alta calidad y valorar otras alternativas si no es así.
- No se tomarán decisiones sobre la atención al parto basadas sólo en los hallazgos CTG, sino teniendo en cuenta también (*Recomendación NICE*)⁹:
 - Las preferencias de la mujer.
 - La información que proporcione sobre cómo se siente.
 - La información que proporcione sobre los movimientos del feto.
 - La evaluación de su bienestar y comportamiento.
 - Las observaciones de la madre, incluyendo temperatura, tensión arterial y pulso.
 - Si hay meconio o sangre en el líquido amniótico.
 - Cualquier signo de sangrado vaginal.
 - Cualquier medicación que esté tomando.
 - La frecuencia de contracciones.
 - La fase y progreso del parto.
- Cualquier acontecimiento intraparto que pueda afectar a la frecuencia cardíaca fetal (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 en la historia clínica, junto con la fecha, hora y firma.

Principios sobre interpretación del registro CTG.

- Se registrará la evaluación de la mujer y el feto, incluyendo los resultados CTG cada hora o más frecuentemente si hay algún signo de alarma (*Recomendación NICE*)⁹.
- Cuando se revise el trazado CTG, evaluar y registrar las contracciones y las 4 características de la frecuencia cardíaca fetal: frecuencia cardíaca fetal basal, variabilidad basal, presencia o ausencia de desaceleraciones (y características de las desaceleraciones variables en caso de estar presentes) y presencia de aceleraciones (*Recomendación NICE*)⁹ (Tabla 8).
- Si el latido fetal basal es estable entre 110-160 latidos/min (lpm) y la variabilidad es normal, continuar con el cuidado usual pues el riesgo de acidosis fetal es bajo.
- La presencia de aceleraciones en el latido cardíaco, incluso si la variabilidad basal es reducida, es signo de salud en el feto.
- Describir las desaceleraciones como “precoces”, “variables” o “tardías”. No usar los términos típicos y atípicos pues pueden ocasionar confusión (*Recomendación NICE*)⁹.
- A la hora de evaluar las desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal, tener en cuenta que las desaceleraciones precoces no son frecuentes, son benignas y están relacionadas con la compresión de la cabeza (*Recomendación NICE*)⁹.
- Las desaceleraciones variables con características preocupantes se definen por presentar una o varias de las siguientes características⁹:
 - Duración mayor de 60 segundos.
 - Reducción de la variabilidad basal sin desaceleración.
 - Falta de retorno a la frecuencia cardíaca basal.
 - Forma bifásica (W).
- Si hay desaceleraciones variables sin características preocupantes, considerar que es muy común y puede ser una característica normal en partos y nacimientos no complicados debido a la compresión del cordón (*Recomendación NICE*)⁹. Se pedirá a la mujer cambiar su posición y moverse.
- Si es difícil clasificar o interpretar un registro CTG, solicite una revisión por parte de un/a compañera/o (*Recomendación NICE*)⁹.

Tabla 8. Clasificación del registro CTG en función de la frecuencia cardíaca fetal

Clasificación	Características		
	Frecuencia cardíaca basal (lpm)	Variabilidad de la frecuencia cardíaca basal (lpm)	Desaceleraciones (latidos/minuto)
Tranquilizador	110 a 160	5 a 25	Ninguna o desaceleraciones, precoces o variables, de características no preocupantes y que duran menos de 90 minutos.
No tranquilizador	100 a 109* o 161 a 180	<5 durante 30-50 minutos o >25 durante 15-25 minutos	Desaceleraciones variables sin características preocupantes durante 90 minutos o más.
			o Desaceleraciones variables con características preocupantes hasta en el 50% de las contracciones durante 30 minutos o más.
			o Desaceleraciones variables con características preocupantes en más del 50% de las contracciones durante menos de 30 minutos.
			o Desaceleraciones tardías en más del 50% de las contracciones durante menos de 30 minutos, sin signos clínicos maternos o fetales, tales como sangrado vaginal o meconio.
Anormal	<100 o >180	<5 durante más de 50 minutos o >25 durante más de 25 minutos o sinusoidal	Desaceleraciones variables con características preocupantes en más del 50% de las contracciones durante 30 minutos (o menos si existe cualquier factor de riesgo fetal o materno, tales como sangrado vaginal o meconio).
			o Desaceleraciones tardías durante 30 minutos o menos si existe cualquier factor de riesgo clínico materno o fetal.
			o
			Bradicardia aguda o una desaceleración prolongada que dura 3 minutos o más.

*Aunque la frecuencia cardíaca basal fetal esté entre 100-109 latidos/min se considera no tranquilizador, se seguirán los cuidados usuales si la variabilidad basal es normal y no hay desaceleraciones variables o tardías.

Fuente: *Fetal monitoring in labour*. NICE. 14 dic 2022

Manejo según la interpretación de los registros cardiotocográficos.

En función de los resultados del registro CTG se establecerá el manejo del parto ([Tabla 9](#)).

Las medidas conservadoras, si hay preocupación sobre el bienestar fetal, incluyen: promover la movilización y cambio de posición (evitando la posición supina) de la mujer, ofrecer fluidos intravenosos en caso de hipotensión, reducir la frecuencia de contracciones disminuyendo o parando la administración de oxitocina en caso de que se esté empleando y/o ofrecer tocolíticos (como la terbutalina, salbutamol, ritodrina o atosiban).

Tabla 9: Manejo según la interpretación de los registros CTG.

Categoría	Definición	Manejo
Normal	Todas las características son tranquilizadoras	- Continuar con el registro CTG a menos que se hubiera iniciado por preocupaciones derivadas de la auscultación intermitente y no hubiera factores de riesgo. - Informar a la mujer y a su pareja/acompañante de lo que está ocurriendo
Sospechoso	1 característica no tranquilizadora y 2 tranquilizadoras	- Corregir cualquier causa subyacente, como hipotensión o hiperestimulación uterina. - Realizar una observación completa materna. - Iniciar 1 o más medidas conservadoras* - Informar a matró/a o ginecólogo/a con experiencia - Documentar todo el registro CTG para revisarlo por completo - Informar a la mujer y a su pareja/acompañante de lo que está ocurriendo y tener en cuenta sus preferencias.
Patológico	1 característica tranquilizadora y 2 no tranquilizadoras	- Revisión por parte de un matró/a o ginecólogo/a con experiencia. - Excluir eventos agudos (como prolapso del cordón, sospecha de desprendimiento de placenta o sospecha de rotura uterina) - Corregir cualquier causa subyacente como hipotensión o hiperestimulación uterina. - Iniciar 1 o más medidas conservadoras*. - Informar a la mujer y a su pareja/acompañante de lo que está ocurriendo y tener en cuenta sus preferencias. Si el trazado CTG continúa siendo patológico tras implementar medidas conservadoras: - realizar revisión por parte de matró/a o ginecólogo/a con experiencia. - ofrecer estimulación digital del cuero cabelludo fetal y registrar el resultado. Si el trazado CTG continúa siendo patológico tras la estimulación digital del cuero cabelludo fetal: - considerar tomar una muestra de sangre fetal; - considerar acelerar el nacimiento; - considerar las preferencias de la mujer.
Necesidad de intervención urgente	Bradicardia aguda o una única desaceleración prolongada ≥ 3 min	- Buscar la ayuda urgente de un/a obstetra. - Si ha ocurrido algún evento agudo (como prolapso de cordón, sospecha de desprendimiento de placenta o sospecha de rotura uterina) acelerar el nacimiento. - Corregir cualquier causa subyacente como hipotensión o hiperestimulación uterina. - Iniciar una o más medidas conservadoras*. - Prepararse para un nacimiento urgente. - Informar a la mujer y a su pareja/acompañante de lo que está ocurriendo y tener en cuenta sus preferencias. - Acelerar el nacimiento si la bradicardia aguda persiste > 9 min. - Si se recupera el latido cardíaco fetal en algún momento antes de que pasen 9 min, reevaluar la decisión de acelerar el nacimiento hablándolo con la mujer.

*Medidas conservadoras

ADN-FLC	ADN fetal libre circulante en sangre materna
AETSA	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
AFI	Auscultación fetal intermitente
AG	Acuerdo de grupo
AGREE II	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II</i>
ALEC	<i>Australian Living Evidence Collaboration</i>
AH	Atención Hospitalaria
ANRQ	<i>Antenatal Risk Questionnaire</i>
AP	Atención Primaria
AFI	Auscultación Fetal Intermitente
AH	Atención Hospitalaria
βhCG	Beta gonadotropina coriónica humana
CADTH	<i>Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health</i>
CC	Circunferencia cefálica
CC1T	Cribado combinado del primer trimestre
CI	Consentimiento informado
CMA	Canadian Medical Association
CMV	Citomegalovirus
CTG	Cardiotocografía
DM	Diabetes Mellitus
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DNI	Documento Nacional de Identidad
DSE	Documento de Salud de la Embarazada
DSI	Documento de Salud Infantil
dTpa	Vacuna difteria, Tétanos y tosferina
ECG	Electrocardiograma
EGB	Estreptococo Grupo B

EPP	Embarazo, Parto y Puerperio
EPDS	<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>
ESP	Estrategia para la Seguridad del Paciente
FM	Fórmula menstrual
FO	Fórmula obstétrica
FPP	Fecha probable del parto
FUR	Fecha última regla
GIN	<i>Guidelines International Network</i>
GPC	Guías de Práctica Clínica
HS	Historia de Salud
HBPM	Heparina de bajo peso molecular
ICSI	<i>Institute for Clinical Systems Improvement</i>
IHAN	Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia
IMC	Índice de Masa Corporal
IVE	Interrupción voluntaria del embarazo
LCC	Longitud craneocaudal (<i>CRL-crown-rump-length</i>)
MEFC	Monitorización electrónica fetal continua
MEFI	Monitorización electrónica fetal intermitente
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i> . Clasificación estandarizada de diagnósticos de enfermería.
NGC	<i>National Guideline Clearinghouse</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i> (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NIE	Número de Identidad Extranjera
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i> (Clasificación de Resultados de Enfermería)
OEAt	Otoemisiones acústicas transitorias
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI	Proceso Asistencial Integrado
PAPP-A	Proteína A plasmática asociada al embarazo
PEATC	Potenciales evocados auditivos de tronco cerebral

PICO	Población, Intervención, Comparación y Resultados- <i>Outcomes</i>
RANZCOG	<i>Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologist</i>
RN	Recién nacido
RVA	Registro de Voluntades Vitales Anticipadas
SCU	Sangre de cordón umbilical
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
SG	Semana de Gestación
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
SOG	Sobrecarga oral de glucosa
SOGC	<i>Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada</i>
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
TAS	Tensión Arterial Sistólica
TAD	Tensión Arterial Diastólica
TENS	Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (<i>Transcutaneous electrical nerve stimulation</i>)
TEV	Tromboembolismo venoso
TVP	Trombosis Venosa Profunda
TN	Translucencia nuchal
VA/DoD	<i>Department of Veterans Affairs. Department of Defense</i>
VHB	Virus de la Hepatitis B
VHC	Virus de la Hepatitis C
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VVA	Voluntades vitales anticipadas

Bibliografía

1. Australian Living Evidence Collaboration (ALEC). Australian Pregnancy Care Guidelines. v.4.2. 4 nov 2024 [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://goo.su/wVbO2w>
2. Washington DC: Department of Veterans Affairs. Department of Defense. The Management of Pregnancy Work Group.VA/DoD clinical practice guideline for the management of pregnancy.version 3.0. 2018[Internet]. Disponible en: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/WH/up/VADoDPregnancyCPG4102018.pdf>.
3. National Institute for Health and Care Excellence Guidance (NICE). Antenatal care.NG 201. [Internet] 2021. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>.
4. Australian Government. Department of Health. 30 July 2018. Last updated 27 Jun 2022. Clinical Practice Guidelines. Pregnancy care. 2020 edition.
5. Forcada-Falcón M, Aceituno-Velasco L, Acosta-Delgado D, Arribas-Mir L, Aznarte-Padial, P CGC y col. Diabetes mellitus gestacional. Documento de apoyo [Internet] 2017. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad/pai/paginas/pai-diabetes-gestacional.html>.
6. Queensland Health. Queensland Clinical Guidelines. Normal birth Guideline Nº. MN22.25-V4-R27 [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0014/142007/g-normalbirth.pdf
7. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet] 2018. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
8. Queensland Health. Queensland Clinical Guidelines. Newborn baby assessment (routine). Guideline Nº MN21.4-V6-R26 [Internet] 2021. Disponible en: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0029/141689/g-newexam.pdf
9. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline; Londres. 29 septiembre 2023 [Internet]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>
10. Consejería de Salud y Consumo. Programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas de Andalucía: instrucciones para profesionales 2023 [Internet] 2023. Disponible en: https://juntadeandalucia.es/sites/default/files/2023-12/Programa_cribado_neonatal_2023.pdf
11. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [Internet] 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
12. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet] 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
13. Palacios González J (coordinador) et al: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Evaluación y promoción de competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz: proceso asistencial integrado embarazo, parto y puerperio. 2014 [Internet]. Disponible en: <https://repositoriosalud.es/rest/api/core/bitstreams/87911ef8-3535-4c20-9503-542b6f76b692/content>
14. AGREE. Instrumento AGREE II. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica [Internet]. Disponible en: <https://www.agreetrust.org/>
15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Postnatal care.NG 194. 2021 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/resources/postnatal-care-pdf-66142082148037>

16. The GRADE working group. Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations [Internet] [citado 23 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.gradeworkinggroup.org/>
17. Moreno Campoy EE (dirección y coordinación); Moreno Campoy EE y col (autoría). Estrategia para la seguridad del paciente: plan estratégico de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. 2019 [Internet]. Disponible en: https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/EstrategiaSeguridadPaciente_v5.pdf
18. Ley Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado no 274, (15-11-2002) [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
19. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, no 152 (06-08-2009). 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]. 2009. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/boja/2009/152/18>
20. Ruiz Sicilia L (dirección y coordinación); Ruiz Sicilia L y col (autoría). Consejería de Salud y Familias. Estrategia de bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía: plan estratégico de calidad del sistema sanitario público de Andalucía. [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.bioetica-andalucia.es/wp-content/uploads/2020/11/Estrategia_Bioetica_SSPA_2020.pdf
21. Consejería de Salud y Consumo. Catálogo de formularios de consentimiento informado escrito del SSPA [Internet]. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/sistema-sanitario/derechos-garantias/paginas/formularios-consentimiento-informado.html>
22. Consejería de Salud y Consumo. Planificación anticipada de las decisiones. Guía de apoyo para profesionales. [Internet]. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad/bioetica-bioderecho/paginas/planificacion-anticipada-decisiones-guia.html>
23. Consejería de Salud y Consumo. Registro de Voluntades vitales anticipadas [Internet]. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad/registro-vva.html>
24. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Consejería de Salud y Consumo. Uso racional del medicamento. [Internet]. Disponible en: <https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/farmacia-y-prescripciones/uso-racional-del-medicamento>
25. Moorhead S, Swanson E, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 7ª edic. 2024.
26. Wagner CM, Butcher HK, Clarke MF. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 8ª edic. 2024.
27. Consejería de Salud y Consumo. Consentimiento Informado. Especialidad de Obstetricia-Ginecología. Lista de consentimientos disponibles en la especialidad de Obstetricia-Ginecología [Internet]. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/sistema-sanitario/derechos-garantias/paginas/ci-obstetricia-ginecologia.html>
28. Aceituno Velasco L (coordinador). 2014. Embarazo, parto y puerperio: Proceso asistencial integrado. 3a edición. Sevilla: Consejería de Salud. [Internet]. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad/pai/paginas/pai-embarazo.html>
29. Consejería de Salud y Consumo. Ventana abierta a la familia. Crianza, salud y bienestar infantil. Documento de salud de la embarazada. 7ª Edición [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.ventanafamilias.es/embarazo/documento-de-salud-de-la-embarazada/>
30. Andavac J de Andalucía C de S y Consumo. Calendario de vacunaciones Andalucía. Todas las edades [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.andavac.es/>
31. Limia Sánchez A, Navarro JA, Armona Aquerreta JM. Ministerio de Sanidad. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y determinadas situaciones. Mujeres en edad fértil, embarazadas y puerperio [Internet]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/Vac_GruposRiesgo_todasEdades.htm

32. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium. Green-top Guideline N.º 37ª. Abril 2015. [Internet]. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/reducing-the-risk-of-thrombosis-and-embolism-during-pregnancy-and-the-puerperium-green-top-guideline-no-37a/>
33. Consejería de Salud y Consumo. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 3ª Edición [Internet] 2020. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/adulta/paginas/violencia-genero-protocolo.html>
34. Servicio Andaluz de Salud (SAS). Consejería de Salud y Consumo. Cartera servicios de atención primaria. Otros servicios. Otros servicios prestados en dispositivos de apoyo. Salud bucodental. Actividades dirigidas a embarazadas. Actualización: 11/04/2024 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria/iv-otros-servicios/2-otros-servicios-prestados-en-dispositivos-de-apoyo/21-salud-bucodental/215-actividades-dirigidas-las-embarazadas>
35. Antiñolo-Gil G (coordinación); 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. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud [Internet] 2009. Disponible en: https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/DocPACAC.pdf
36. Ministerio de Sanidad. Programas de cribado. Información general. [Internet] Actualización 11/07/2024 Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoPrenatal/enfermedadesInfecciosas/infoGeneral.htm>
37. Ministerio de Sanidad. Guía de cribado de la infección por el VHC [Internet] 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DE_CRIBADO_DE_LA_INFECCION_POR_EL_VHC_2020.pdf
38. Ministerio de Sanidad. Documento de consenso para el cribado prenatal de la enfermedad de Chagas. [Internet] 2024. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoPrenatal/enfermedadesInfecciosas/protocolos-Consensuados.htm>
39. Organización Mundial de la Salud (OMS). La enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana) [Internet]. Actualizada 4 Abril 2024 Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-\(american-trypanosomiasis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-(american-trypanosomiasis))
40. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo de actuación para los especialistas en ginecología y obstetricia en relación a la detección de las posibles complicaciones asociadas a la infección por virus Zika durante el embarazo. [Internet]. 8 Abril 2016. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/DocsZika/ProtocoloABRILactuacion_embarazadas_Zika_8.04.2016.pdf
41. Fernández Urrusuno R (coordinación) y col. Grupo de Trabajo de la Guía. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe [Internet]. 3ª edición. Sevilla [Internet] 2018. Disponible en: <https://cutt.ly/ZSLYgwY>
42. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hypertension in pregnancy: Diagnosis and management. Publicado: 25 jun 2019 [Internet] Actualizado 17 abril 2023. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>
43. Aguayo-Maldonado J, Escalera-de Andrés C, García-Calvente MM, García-Gonzalez R, Guerra-Moriconi C MNG y col. Buenas prácticas en atención perinatal. Proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía. Un paso más. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet] 2008. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/programas-salud/paginas/humanizacion-apa.html>

44. Consejería de Salud y Consumo. Plan de parto y nacimiento: Sistema Sanitario Público de Andalucía [Internet] 2017. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/embarazo/paginas/plan-parto.html>
45. Consejería de Salud y Consumo. Consentimiento Informado. Especialidad de Anestesiología y Reanimación. Listado de consentimientos disponibles en la especialidad de Anestesiología y Reanimación. [Internet]. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/sistema-sanitario/derechos-garantias/paginas/ci-anestesia-reanimacion.html>
46. Palacios-González J, Moreno-Rodríguez MC, Oliva-Delgado A, Román-Rodríguez M, Antolín-Suárez L ECR y col. Proyecto Apego sobre evaluación y promoción de competencias parentales en el Sistema Sanitario Público Andalúz [Internet] 2014. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/programas-salud/paginas/proyecto-apego.html>
47. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. Gómez Martínez M E MBA (coordinación). Plan de humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Estrategia de humanización compartida [Internet] 2021. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/planes-integrales/paginas/plan-humanizacion%C3%B3n.html>
48. Tráfico. DG de. Muévete con seguridad. Viaja seguro. Con niños.Actualizac 10 febrero 2022 [Internet]. Disponible en: <https://www.dgt.es/muevete-con-seguridad/viaja-seguro/con-ninos/>
49. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 72 (17-05-1995). 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]. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/boja/1995/72/4>
50. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, na 244 (16-12-2005). 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 [Internet]. 2005. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/boja/2005/244/2>
51. Consejería de Salud y Consumo. Ventana abierta a la familia. Embarazo. Preparación al nacimiento. [Internet]. Disponible en: <https://www.ventanafamilias.es/preparacion-al-nacimiento/#>
52. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Group B Strep (GBS). Prevention Guidelines. Pediatric providers. Management of Infants at risk for Group B Streptococcal Disease [Internet] Actualización 3 enero 2024 Disponible en: https://www.cdc.gov/group-b-strep/hcp/clinical-guidance/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/groupbstrep/guidelines
53. González Sanz JD(coordinación y autoría) y col.Guía orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía. Consejería de Salud y Familias. 2ª Edición. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/servicios/publicaciones/detalle/365995.html>
54. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Fetal monitoring in labour. [Internet] 14 diciembre 2022. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng229>
55. Zeballos Sarrato G, Avila-Alvarez A, R. Escrig Fernández R, Izquierdo Renau M, Ruiz Campillo CW, Gómez Robles C y col. Guía española de estabilización y reanimación neonatal 2021. Análisis, adaptación y consenso sobre las recomendaciones internacionales. Anales de Pediatría. 2022;96(2):145.e1-145.e9. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.06.003>
56. Consejería de Salud y Consumo. Documento de salud infantil [Internet] 2019. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/salud-bebe/paginas/documento-salud-infantil.html>
57. Stevens B, Yamada J, Ohlsson A, Haliburton S, Shorkey A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 7(7). doi: [10.1002/14651858.CD001069.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001069.pub5).

58. Ministerio de Sanidad. Vacunación frente a la tosferina en embarazadas para profesionales sanitarios. Preguntas y respuestas [Internet]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevenccion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/Embarazadas_Preguntas_respuestas_Vacunacion-Tosferina_profsanitarios.pdf
59. Ministerio de Sanidad. Grupo de trabajo de cribado neonatal de hipoacusia Ponencia de Cribado Poblacional de la Comisión de Salud Pública. Requisitos y recomendaciones para el desarrollo del programa de cribado neonatal de hipoacusia en el SNS. 18 enero 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevenccion/cribado/cribadoNeonatal/hipoacusia/docs/Requisitos_Recomendaciones-ProgramaCribadoHipoacusia.pdf
60. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Programa de detección de hipoacusia en el recién nacido. [Internet]. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/salud-bebe/paginas/hipoacusia-bebe.html>
61. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Jaundice in newborn babies under 28 days. 19 mayo 2010 [Internet] Actualizada 31 octubre 2023. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg98>
62. Garrido Torrecillas FJ (coordinación) y col. Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A) [Internet] 2014. Disponible en: <https://si.easp.es/psiaa/>
63. Junta de Andalucía. Tener hijos e hijas. Formar una familia.Familias e igualdad [Internet]. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/temas/familias-igualdad/formar-familia/hijos.html>
64. Ministerio de Inclusión Seguridad Social y Migraciones. Nacimiento y cuidado de menor.Seguridad social. [Internet] Disponible en: <https://prestaciones.seg-social.es/nacimiento-adopcion-prestaciones-familiares/nacimiento-adopcion-embarazo.html>
65. Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna (APILAM). e-lactancia.org. [citado 12 de septiembre de 2024]. Alcohol (bebida alcohólica): Nivel de riesgo para la lactancia según e-lactancia.org. Actualizado 3 julio 2023. Disponible en: <http://www.e-lactancia.org/breastfeeding/alcohol-alcoholic-beverage/product/>
66. Public Health Agency of Canada Breastfeeding your baby . Mixing alcohol and breastfeeding[Internet]. 2023 [citado 18 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/child-infant-health/breastfeeding-infant-nutrition.html>
67. Paradis, C., Butt, P., Shield, K., Poole, N., Wells, S., Naimi, et al. the Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines Scientific Expert Panels. Canada's Guidance on Alcohol and Health: Final Report [Internet]. Canadian Centre on Substance Use and Addiction;Ottawa. 2023. Disponible en: https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Canadas_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_en.pdf
68. Consejería de Salud y Consumo. Embarazo. Salud a lo largo de la vida [Internet] Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/embarazo.html>
69. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y nutrición(AESAN). Miisterio de derechos sociales, consumo y agenda 2030. Recomendaciones de consumo de pescado por presencia de mercurio [Internet] Ultima actualización 25 mayo 2023. Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/ampliacion/mercurio.htm
70. Ministerio de Sanidad. Prevención del consumo de alcohol en el embarazo [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevenccion/alcohol/embarazo/home.htm>
71. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y nutrición(AESAN). Ministerio de derechos sociales, consumo y agenda 2030. Enfermedades de transmisión alimentaria [Internet] Disponible en: https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/detalle/enfermedades_transmision_alimentaria.htm
72. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Health. Zika travel information. [Internet]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/zika/geo/index.html>

