



**Guía de buenas prácticas
en la atención del embarazo, del
puerperio y del periodo neonatal
en el área de salud maternoinfantil
de las Islas Baleares**



G CONSELLERIA
O SALUT
I B
/

**Guía de buenas prácticas
en la atención del embarazo,
del puerperio
y del periodo neonatal
en el área de salud maternoinfantil
de las Islas Baleares**



G CONSELLERIA
O SALUT
I
B
/

La presente guía es una revisión del documento “Guía de buenas prácticas en la atención del embarazo, del parto, del puerperio y del periodo neonatal en el área de salud maternoinfantil de las Islas Baleares” publicada en el año 2014 por el Servei de Salut de les Illes Balears.

*Guía de buenas prácticas en la atención del embarazo,
del puerperio y del periodo neonatal
en el área de salud maternoinfantil de las Islas Baleares*

Edita: Direcció General de Salut Pública i Participació
Carrer de Jesús, 38 A
07010 Palma

2017

Diseño Gráfico, maquetación y impresión: dcp3.es
Copyright: Servei de Salut de les Illes Balears
ISBN: 978-84-694-8470-8

Guía de buenas prácticas en la atención del embarazo, del puerperio y del periodo neonatal en el área de salud materno infantil de las Islas Baleares.

AUTORA

- **Margalida Alomar Castell.** Matrona. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.

AUTORES COLABORADORES

- **M.^a Carmen Carrascosa Martín.** Matrona. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Bartolomé Villalonga Mut.** Enfermero de pediatria. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Consuelo Fernández Yagüe.** Matrona. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Maria Assumpta Uris Coll.** Matrona. Àrea de Salut de Menorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Aina Mateu Palmer.** Enfermera de pediatria. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Joan Antoni Cardona Palmer.** Médico especialista en ginecología y obstetricia. Hospital Universitario Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Marian García Baratas.** Matrona. Responsable de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. Dirección General de Salud Pública y Participación.
- **Joana M. Crespí Rul-lan.** Matrona. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **María Caimari Jaume.** Médica especialista

en endocrinología. Hospital Universitario Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut, Família i Benestar Social.

REVISORES

- **Eugenia Carandell Jäger.** Médica de familia. Coordinadora del Gabinete Técnico del Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **M.^a José Gibert Castañer.** Doctora en medicina y cirugía. Especialista en obstetricia y ginecología. Unidad de Reproducción Humana. Hospital Universitario Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Antonia Cladera Riera.** Matrona. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Joana M. Moll Pons.** Enfermera. Consultora de lactancia certificada IBCLC 308-74957. Hospital Son Llätzer. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Miquel Juan Clar.** Médico especialista en ginecología y obstetricia. Jefe del Servicio de Obstetricia y Salud Reproductiva del Hospital Son Llätzer. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Nacho García Pineda.** Médico de familia. Director de Asistencia Sanitaria del Servicio de Salud de las Islas Baleares. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Angélica Miguélez Chamorro.** Enfermera. Subdirección de Atención a la Cronicidad, Coordinación Sociosanitaria, Salud Mental y Enfermedades Poco Frecuentes. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Ana Mascaró García.** Mediadora cultural. Coordinadora del equipo de mediadores culturales. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.

- **Mar Duque Alonso.** Enfermera de pediatría. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Gabriella Bianco.** Psicòloga y psicoterapeuta. Directora del Centro de Psicología y Psicoterapia de la Mujer y Perinatal.
- **Carmen Sánchez-Contador Escudero.** Médica. Cordinadora de Cancer. Direcció General de Salut Pública i Participación. Conselleria de Salut.
- **Mercedes Codina Marcet.** Médica especialista en endocrinología. Hospital Universitario Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Teresa Pou Navarro.** Subdirectora de Calidad, Desarrollo Profesional y recursos estructurales del Hospital Universitario de Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Carmen Santos Bernabeu.** Médica. Directora de Atención Primaria. Área de Salud de Ibiza y Formentera. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Dolores Mora Burgos.** Trabajadora social. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Guillem Artigues Vives.** Enfermero. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación.
- **Angel Arturo López González.** Médico. Responsable de salud laboral y lucha contra el tabaquismo. Dirección General de Salud Pública y Participación.
- **Antònia Galmes Truyol.** Médica. Coordinadora de vacunas. Dirección General de Salud Pública y Participación.
- **Rosa Mª Lluïl Cantallops.** Veterinaria. Negociado de Higiene de Alimentos de Origen Animal. Dirección General de Salud Pública y Participación.

ENTIDADES REVISORAS

- **Associació Balear d'Alletament Matern (ABAM)**
- **Associació Balear de Comares (ABC)**
- **Associació Balear d'Infermeria Comunitària (ABIC)**
- **Associació de Dones de les Illes Balears per a la Salut (ADIBS)**
- **Societat Balear de Ginecologia i Obstetrícia (SBGO)**
- **Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària (IBAMFIC)**

REVISIÓN LINGÜÍSTICA

- **Bartomeu Riera Rodríguez.** Servicio Lingüístico. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Joana María Munar Oliver.** Servicio Lingüístico. Conselleria de Salut.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- **Silvia Sastre Suárez.** Unidad de Documentación Biomédica. Gabinet Tècnic. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.

La Guía de buenas prácticas en la atención del embarazo, del puerperio y del periodo neonatal en el área de salud maternoinfantil de las Islas Baleares forma parte del proyecto financiado a través de Fondos para Políticas de Cohesión Territorial para desarrollar las Estrategias de Salud del SNS 2008 en las Comunidades Autónomas Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

COORDINACIÓN

- **Pilar Ferrer de Sant Jordi Montaner.** Matrona. Profesora emérita del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears. †

† - In Memoriam

Índice de contenidos

1. Atención preconceptiva	13
2. Atención del embarazo	17
2.1. Seguimiento del embarazo normal: primera visita y visitas sucesivas.....	19
2.1.1. Historia clínica	20
Ficha 1. Contenido de la historia clínica	21
2.1.2. Evaluación del riesgo durante el embarazo.....	23
Ficha 2. Evaluación del riesgo en el embarazo	24
2.1.3. Evaluación del estado psicológico	25
2.1.4. Evaluación del riesgo de violencia de género.....	25
2.1.5. Exploración.....	25
Ficha 3. Seguimiento del embarazo normal. Primera visita y visitas sucesivas ..	26
2.1.6. Documento de salud de la embarazada	27
2.2. Información y promoción de la salud durante el embarazo	27
Ficha 4. Información y promoción de la salud en la etapa preconceptiva y prenatal ..	28
2.2.1. Administración de suplementos farmacológicos.....	33
Ficha 5. Administración de suplementos farmacológicos y polivitamínicos.....	34
2.2.2. Prevención de enfermedades transmisibles. Inmunización activa y pasiva	36
Ficha 6. Prevención de enfermedades transmisibles. Inmunización activa y pasiva ...	37
2.2.3. Asesoramiento sobre cambios fisiológicos	38
Ficha 7. Asesoramiento sobre los cambios fisiológicos durante el embarazo....	39
2.2.4. Asesoramiento sobre el cribado de defectos congénitos	41
2.2.5. Preparación prenatal para la maternidad y la paternidad	41
Ficha 8. Preparación prenatal para la maternidad y la paternidad	42
2.2.6. Plan de parto y nacimiento.....	43
Ficha 9. Información y asesoramiento para elaborar el plan de parto y nacimiento ..	44
2.3. Pruebas y prácticas clínicas durante el embarazo	45
2.3.1. Analíticas y serologías.....	45
Ficha 10. Analíticas y serologías.....	46
2.3.2. Cribado de la diabetes gestacional	51
Ficha 11. Cribado de la diabetes gestacional.....	52
2.3.3. Diagnóstico prenatal.....	53
Ficha 12. Diagnóstico prenatal	54
2.3.4. Exploración ecográfica.....	55
Ficha 13. Exploración ecográfica	56
2.3.5. Otras prácticas clínicas durante el embarazo	57
Ficha 14. Otras prácticas clínicas durante el embarazo	58
2.4. Atención del embarazo en situaciones de especial vulnerabilidad	60
2.4.1. Atención a la diversidad	60
2.4.2. Atención sanitaria de mujeres con mutilación genital femenina.....	60

2.4.3. Atención a la discapacidad	61
2.4.4. Atención de mujeres adolescentes	61
Ficha 15. Embarazo y puerperio en situaciones de especial vulnerabilidad.....	62
3. Atención del puerperio en la atención primaria	65
3.1. Seguimiento del puerperio.....	67
3.2. Abordaje de las alteraciones de la salud física y del bienestar	67
3.3. Promoción de la salud en el puerperio.....	68
3.4. Atención al estado psicológico y emocional	68
3.5. Crianza, apego y vínculo emocional	68
Ficha 16. Atención del puerperio en la atención primaria.....	69
Ficha 17. Anticoncepción posparto	73
3.6. Atención en situaciones de especial vulnerabilidad.....	76
3.7. Grupos de posparto “de madre a madre”.....	76
4. Atención neonatal en la atención primaria	77
4.1. Primera visita.....	79
4.2. Promoción de la salud	79
Ficha 18. Primera visita neonatal en el centro de atención primaria	80
5. Lactancia	85
5.1. Información y promoción prenatal de la lactancia materna.....	87
Ficha 19. Información y promoción prenatal de la lactancia materna.....	88
5.2. Prevención de complicaciones en las mamas	91
Ficha 20. Prevención de complicaciones en las mamas	92
5.3. Mantenimiento de la lactancia materna.....	93
5.4. Lactancia materna y vuelta al trabajo.....	93
5.5. Lactancia materna y riesgos laborales.....	93
5.6. Lactancia materna, fármacos, plantas y tóxicos.....	93
Ficha 21. Mantenimiento de la lactancia materna	94
Ficha 22. Observación de una toma.....	96
5.7. Grupos de apoyo a la lactancia materna	97
5.8. Alimentación con leche de fórmula	97
5.9. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna (oms/unicef, 1981) ..	98
6. Anexos	99
Anexo I 6.1. Legislación	101
6.1.1. Directiva 92/85/cee	101
6.1.2. Directiva 90/394/cee	101
6.2. Tablas de riesgo laboral	101
6.2.1. Lista no exhaustiva de los agentes, de los procedimientos y de las condiciones de trabajo .	101
6.2.2. Lista de sustancias, preparados y procedimientos	101
6.2.3. Lista no exhaustiva de los agentes y de las condiciones de trabajo.....	102
Anexo II 6.3 Alimentación segura durante la gestación.....	102
7. Bibliografía	105

PRESENTACIÓN

Identificar las buenas prácticas en la atención sanitaria forma parte de los objetivos del tercer programa de salud de la Unión Europea (2014-2020).

Las buenas prácticas constituyen uno de los elementos sobre los que se fundamenta la calidad asistencial en los entornos sanitarios. Entre los objetivos más importantes que se pretenden con las guías de buenas prácticas están los de mejorar la atención sanitaria, ayudar a los profesionales y a los pacientes ofreciéndoles las mejores evidencias científicas disponibles, disminuir la variabilidad de la práctica clínica, mejorar la calidad asistencial y, en definitiva, la salud de la población.

Es importante impulsar y favorecer los proyectos que aborden las guías de buenas prácticas como instrumentos dentro del ciclo de calidad y como motor del cambio de la práctica profesional.

El apoyo institucional es fundamental para aportar los medios necesarios, favorecer los entornos de práctica basada en la evidencia y gestionar la asistencia sanitaria con un elevado grado de excelencia.

Agradezco el esfuerzo de todos los profesionales que con su implicación, experiencia y conocimiento han hecho posible la elaboración de esta guía.

Patricia Gómez Picard
Consellera de Salut

Esta Guía de Buenas Prácticas en la Atención del Embarazo, del Puerperio y del Periodo Neonatal se ha elaborado a partir de la revisión de la evidencia científica disponible y teniendo en cuenta tanto la perspectiva de género como la óptica de la Promoción de la Salud.

El proceso de la maternidad es una oportunidad para acompañar a la mujer por un camino saludable. Las buenas prácticas de los profesionales sanitarios en la atención y cuidados de manera integral y holística garantiza la equidad y la protección de las mujeres y su familia y muy especialmente de las mujeres embarazadas más vulnerables. También se pone de manifiesto en esta guía el respeto a la identidad, la cultura, el origen, la determinación y a la voluntad de las embarazadas.

Con la publicación de esta guía, finalizamos un trabajo de unos cuantos años en el cual han participado muchos profesionales de los ámbitos de Atención Primaria y Hospitalaria, así como de Salud Pública. Quiero agradecer el trabajo y el tiempo que han dedicado. También queremos agradecer al Ministerio de Sanidad el soporte financiero para la edición. Esperamos que sea útil y que pueda ser evaluada, revisada y actualizada de manera adecuada.

La salud sexual y reproductiva es una de las prioridades de este gobierno, y está entre los acuerdos de gobernabilidad que lo hacen posible.

Maria Ramos Monserrat
*Directora General de Salud Pública
y Participación*

*En memoria de Pilar Ferrer de Sant Jordi,
enfermera y comadrona, un faro que ha
iluminado la profesión.*

*Luchó, compartió e innovó.
Siempre la recordaremos.*

INTRODUCCIÓN

La elaboración de esta guía se justifica por la necesidad de disponer de una información actualizada desde la mejor evidencia científica y facilitar una herramienta que permita a los profesionales aplicar las recomendaciones basadas en los conocimientos más actuales y siguiendo las directrices del sistema nacional de salud, desde el mayor consenso posible. Además, pretende facilitar unos criterios comunes que posibiliten la actuación coordinada entre los distintos niveles asistenciales, disminuir la variabilidad en la práctica clínica y crear un clima de entendimiento entre los profesionales de los distintos ámbitos asistenciales con la intención de brindar una atención más homogénea y de mayor calidad a nuestras mujeres y a sus familias.

Los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva han sido reconocidos internacionalmente como derechos humanos. El nacimiento es un evento de cambio de vida que afecta a la madre y a toda la familia, tanto en la salud física como en la salud psicosocial. Esta guía pretende ser un recurso más que facilite la labor asistencial, ya que pone a disposición de los diferentes profesionales de una manera muy práctica las recomendaciones del sistema nacional de salud contenidas en la Estrategia del parto normal (2007), en la Estrategia en salud sexual y reproductiva (2010), en los estándares y en las recomendaciones de la maternidad hospitalaria del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2009), en la Ley de salud de las Islas Baleares (2003) y en una extensa bibliografía sobre la maternidad sin riesgos. Todos estos documentos recomiendan una asistencia universal, equitativa, justa, de calidad y con calidez; un cambio de actitudes, aptitudes y roles; un trato participativo y respetuoso con las creencias y los valores de las usuarias y de sus familiares, e insisten en la necesidad de ofrecer una información veraz y comprensible, que facilite la participación en la toma de decisiones.

Las recomendaciones de esta guía no tienen carácter normativo, ya que su objetivo principal es poner a disposición de los profesionales sanitarios una herramienta que facilite y contribuya a aumentar las condiciones de seguridad, calidad y mejora asistencial.

La mejora en la salud y el bienestar de la gestante y de sus familiares durante el proceso reproductivo está condicionada por una asistencia prenatal/postnatal de calidad. La visita preconcepciva; el seguimiento durante las primeras semanas de la gestación; la detección precoz de posibles riesgos; la prevención de consecuencias no deseadas para la madre y para la criatura; la información adecuada, comprensible y accesible; la atención desde un modelo biopsicosocial, y el apoyo generoso y constante a una lactancia eficaz, todo ello va a contribuir a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal.

La atención precoz durante el ciclo reproductivo ofrece inmejorables oportunidades para promover la salud, lo cual es un claro exponente de la medicina preventiva. Las ventajas que conlleva la vigilancia precoz no son nuevas, pues ya fueron reconocidas por el médico mallorquín Damià Carbó en su obra *Libro del arte de las comadres*, publicada en 1541. Pero quizás corresponde al médico escocés John William Ballantyne (1861-1923) el gran mérito de haber introducido el concepto de atención prenatal con la publicación en 1902 de su obra *A manual of antenatal pathology and hygiene of the foetus*.

Los fundamentos del seguimiento prenatal y postnatal, los cuidados propuestos y la capacidad de influir en la salud materna y perinatal han cambiado mucho desde entonces. Nuestro sistema nacional de salud apuesta por ofrecer una atención basada en la excelencia, personalizada, que —además de la identificación precoz de los riesgos

biológicos— prevea también los riesgos psicosociales y que considere las necesidades específicas de cada usuaria contribuyendo a un nacimiento, a una lactancia y una crianza satisfactorios.

En resumen: en esta guía se pretende poner al alcance de los profesionales los conocimientos científicos más actuales sobre la atención a las gestantes y sus familias durante el proceso reproductivo.

JUSTIFICACIÓN

Antecedentes y análisis de la situación en las Islas Baleares

En las Islas Baleares, los indicadores de salud maternoinfantil en términos de mortalidad y morbilidad mejoran de manera constante. Demográficamente, se ha pasado de 841.669 habitantes en 2001 a más de un millón actualmente, lo que supone un incremento importante en la tasa de natalidad.

Otros datos que hay que tener en cuenta son el aumento de algunos de los indicadores de riesgo —como la prematuridad, el peso bajo al nacer...—, el aumento de los casos tratados de infertilidad —y, consecuentemente, el aumento del número de casos de gestaciones múltiples—, los embarazos no controlados de madres adolescentes e inmigrantes y la alta tasa de embarazos no deseados y de interrupciones voluntarias del embarazo. La inmigración conlleva barreras en la comunicación, así como costumbres y culturas diferentes. A menudo las mujeres no conocen la cartera de servicios sanitarios de que disponen en nuestra comunidad. Todo ello supone un aumento del número de embarazos y de partos no controlados, de riesgo, especialmente cuando concurren situaciones de pobreza o marginalidad.

Según algunos estudios recientes, el 7 % de las mujeres aseguran que padecen malos tratos. La sensibilización del personal sanitario permitirá que se detecten estos casos y que se ofrezca ayuda a las víctimas.

El parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles. La atención hospitalaria de los partos debe articularse desde el punto de vista organizativo y estructural como un espacio en el que se ofrece asistencia multiprofesional a la gestante, a la criatura y a sus familiares. Hoy

disponemos de equipos multiprofesionales capacitados para acompañar a la gestante y a sus familiares, para informarles y para cuidarles durante el proceso de nacimiento, con el objetivo de garantizar su intimidad, confidencialidad, seguridad y calidez durante su estancia en el hospital y fomentando su capacidad y su derecho de participar en la toma de decisiones, desde el respeto a la diversidad y a la multiculturalidad.

Esta guía ha tenido en cuenta el enfoque de género como valor emergente que recoge la Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, cuyo objetivo es evitar las discriminaciones por diferencias biológicas o por estereotipos sociales asociados en los que aún hoy podemos estar inmersos. Actualmente, el género está considerado como un determinante de la salud necesario para garantizar una atención de la salud que sea integral, equitativa e igualitaria durante el proceso reproductivo, teniendo en cuenta no solo su dimensión biológica sino también los factores psicosociales y de género, determinantes de la vulnerabilidad de las mujeres en su maternidad. Este modelo biopsicosocial de atención de la salud reproductiva tiene que considerar prioritaria la visibilización de la mujer como sujeto de la maternidad, evitar la patologización y la medicalización del parto, favorecer el empoderamiento de la mujer, posibilitar la búsqueda de autonomía y autorresponsabilidad en la toma de decisiones y asegurar la salud de la madre y de la criatura con el menor grado posible de intervención compatible con la seguridad de ambos.

Pilar Ferrer de Sant Jordi Montaner



ATENCIÓN PRECONCEPTIVA

Consideraciones

- La visita preconceptiva se define como cualquier encuentro entre una mujer en edad fértil y un profesional de la salud para cualquier cuestión relacionada con un posible embarazo o con la contracepción.
- La salud de las gestantes antes de la concepción influye de manera decisiva en la evolución de la gestación. Cuando se planea un embarazo es la ocasión ideal para emprender acciones de educación sanitaria, pues la gestante y sus familiares muestran motivación y predisposición y es importante revisar sus hábitos de vida para potenciar los sanos y reducir o cambiar los insanos.

Objetivos

- Promover la salud de las mujeres y de su descendencia por medio de actividades preventivas y de promoción de la salud y recomendaciones avaladas por la evidencia científica adaptadas a las condiciones particulares de cada mujer y potenciando la experiencia de la maternidad como un proceso saludable.
- Evaluar el riesgo preconceptivo para conocer los factores que pueden dificultar o facilitar la concepción y el desarrollo posterior del embarazo y poder incidir sobre estos de manera precoz.
- Informar sobre las posibles implicaciones de las enfermedades con el embarazo y derivarla al especialista correspondiente si es procedente.
- Valorar la exposición a riesgos laborales y ambientales de ambos miembros de la pareja, en su caso, y derivarlos al servicio de salud laboral pertinente ante cualquier sospecha.

Actividades

- **Elaboración de la historia clínica**
(Véase la ficha 1)
 - Incidir en los antecedentes familiares —de ambos miembros de la pareja— que puedan influir en la salud de la futura criatura.
- **Evaluación del riesgo**
(Véanse la ficha 2 y el anexo I)
- **Realización de pruebas complementarias**
(Véase la ficha 10)
- **Información y promoción de la salud**
(Véase la ficha 4)
 - Recalcar los beneficios que reporta un embarazo planificado.
 - Recomendar la asistencia prenatal precoz.
 - Promover la lactancia materna.
- **Actividades preventivas**
 - Recomendaciones sobre suplementos farmacológicos (véase la ficha 5).
 - Prevención de enfermedades transmisibles (véase la ficha 6).
- **Otras actividades preventivas dependiendo del riesgo previsible**
 - Contracepción efectiva.
 - Contracepción definitiva.
 - Técnicas de reproducción asistida.
 - Adopción.
 - Asesoramiento sobre el cribado de defectos congénitos (véase la ficha 12).
 - Consejo genético a las parejas en las circunstancias siguientes:
 - Una criatura anterior nacida con algún defecto congénito.
 - Historia de aborto de repetición o muertes perinatales.
 - Antecedentes personales de la pareja de defecto congénito o de minusvalía física o sensorial.
 - Antecedentes familiares de defecto congénito o de minusvalía física o sensorial hasta el tercer grado.
 - Consanguinidad de cualquier grado.
 - Parejas expuestas a tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia a causa de procesos oncológicos.



ATENCIÓN DEL EMBARAZO

Consideraciones

- El cuidado del embarazo en la mayoría de las ocasiones no necesita intervenciones médicas complejas, ya que incumbe a una población sana y es un proceso fisiológico único y de trascendencia especial en la vida de la gestante y de sus familiares.
- La atención de calidad a las gestantes conlleva una coordinación adecuada entre la atención primaria y la atención especializada.

Objetivos

- Proporcionar cuidados continuos durante el periodo prenatal y evitar medicalizar el proceso en los casos de las gestantes sanas.
- Facilitar cuidados adicionales a las gestantes que los necesiten.

Recomendaciones

- Respetar la fisiología del embarazo.
- Las visitas, las pruebas y los procedimientos deben estar basados en la evidencia científica y deben contar con la opinión y el deseo de cada gestante en cuanto a aplicarlos.
- Personalizar los cuidados teniendo en cuenta los aspectos psicosociales.
- Proporcionar información fidedigna y actualizada que permita a las gestantes tomar decisiones informadas, y facilitarles apoyo continuado y experto.
- Los cuidados prenatales en las gestaciones sin complicaciones deben ser proporcionados principalmente por la matrona, con la participación del resto de los profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria y el apoyo de la unidad obstétrica correspondiente.
- En caso de que el embarazo presente alguna complicación, debe derivarse al médico de familia, al obstetra o al especialista adecuado para cada caso.
- Explicar a la gestante qué profesional va a encargarse de los cuidados. Las visitas prenatales deben hacerse preferentemente en el ámbito de la

atención primaria, porque resulta más accesible y cómodo para la gestante.

- Informar a la gestante por escrito sobre el contenido de cada visita y comentar con ella las diferentes opciones. Hacer coincidir las visitas y las pruebas en la medida de lo posible.
- La información debe reforzarse entregando a la gestante documentos impresos con contenidos informativos asequibles y actualizados.

2.1. Seguimiento del embarazo normal: primera visita y visitas sucesivas

Consideraciones

- La primera visita es el primer contacto de la gestante con la matrona. Por ello es importante crear un clima de intimidad, respeto, amabilidad y confianza, que son factores que influyen en una buena relación durante el seguimiento del embarazo.
- Es la visita de duración más larga y permite evaluar la salud de la gestante, clasificar el nivel de riesgo de la gestación y facilitarle información sobre los cuidados básicos, las recomendaciones y los cribados.

Recomendaciones

- Hacer la primera visita antes de la 12ª semana de la gestación.
- Se recomienda hacer entre cuatro y ocho visitas a lo largo de una gestación normal, sin complicaciones.
- Hacer el seguimiento y la evaluación continua del riesgo a lo largo de la gestación. El nivel de riesgo debe establecerse en la primera visita y actualizarse en cada una de las visitas sucesivas. Hay que determinar el calendario de las citas prenatales dependiendo del riesgo.
- Dejar un espacio de tiempo para que la gestante y su pareja, en su caso, puedan expresar sus inquietudes y sus dudas.

- Recomendar a la gestante y a su pareja que anoten todas las preguntas que se les vayan ocurriendo antes de la consulta siguiente.
- Promover los cuidados, las pruebas y la información adecuada en cada momento del embarazo. Cada cita prenatal debe ser estructurada en torno a unos objetivos claros.

2.1.1. Historia clínica

(Véase la ficha 1)

Objetivo

- Valorar los antecedentes familiares y personales desde una perspectiva biopsicosocial y con enfoque de género.

Recomendación

- Elaborar la historia clínica en la primera visita del embarazo, preferentemente antes de la 12ª semana de la gestación. Es conveniente disponer de suficiente tiempo para ello en un ambiente de confidencialidad.

FICHA 1. CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA

DATOS PERSONALES	DATOS SOCIALES	DATOS DE LA PAREJA
- Nombre y apellidos, fecha de nacimiento, edad. - N.º de identificación personal: (n.º historia clínica, DNI / permiso de residencia, n.º de la Seguridad Social). - Domicilio y teléfono de contacto. - Nombre de una persona de confianza de la mujer y sus datos de contacto (con quien ponerse en contacto en caso de necesidad). - Fecha de inicio de la historia. - Nombre del profesional que abre la historia.	- Nivel de estudios. - Situación laboral actual. - Situación económica: ingresos estables. - Etnia/país de origen. - Religión.	- Estable / Matrimonio / Sin pareja. - Edad de la pareja. - Nivel de estudios de la pareja. - Aceptación del embarazo. - Situación laboral actual de la pareja.
ANTECEDENTES FAMILIARES	ANTECEDENTES PERSONALES	HÁBITOS SALUDABLES Y TÓXICOS
De ambos miembros de la pareja: - Enfermedades hereditarias y congénitas. - Antecedentes de malformaciones. - Hipertensión arterial, diabetes Mellitus, enfermedades mentales. - Otros antecedentes.	- Enfermedades padecidas o actuales, físicas y psíquicas (insistase en enfermedades tropicales o endémicas dependiendo de la procedencia de la embarazada). - Alergias. - Cirugías anteriores. - Transfusiones de sangre. - Vacunas contra la rubéola, el tétanos, la hepatitis B y varicela. - Fármacos (fármaco y dosis). - Antecedentes de violencia.	- Hábitos dietéticos habituales. - Ejercicio físico o deporte habitual. - Tabaco (evolución y número de cigarrillos/día). - Alcohol (evolución y gramos/día). - Drogas (evolución y cantidad/día). - Condiciones de trabajo (agentes, procedimiento, etc.). - Contacto habitual con tóxicos ambientales. - Otros hábitos que pueden influir desfavorablemente en el embarazo.

FICHA 1. CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS I	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS II
• Edad de la menarquia. • Fórmula menstrual. • Edad del inicio de las relaciones sexuales. • Historia anticonceptiva (desde cuándo utiliza método anticonceptivo, último que ha usado y hasta qué fecha). • Esterilidad previa. • Fecha de la última citología. • Anomalia congénita del aparato reproductor. • Otras patologías ginecológicas. • Conductas de riesgo. • Infecciones de transmisión sexual previas y actuales de la embarazada o de su pareja.	• Fórmula obstétrica (embarazos a término / partos prematuros / abortos / hijos vivos). • Descripción tabulada de los embarazos anteriores, evolución, tipo de parto, complicaciones puerperales, peso y sexo de las criaturas al nacer, tipo de lactancia. • Fecha de la última regla (FUR). • Fecha prevista de parto (FPP) x FUR / FPP corregida por ecografía del 1r trimestre. • Fecha del primer test de embarazo positivo. • Estado general físico y psíquico. • Gestación planificada (sí/no).	• Aceptación inicial de la gestación (sí/no). • Medidas preventivas previas al embarazo (toma preconceptiva de folatos). • Datos y exploraciones previas. • Preguntar a la mujer qué intención tiene respecto de la lactancia materna, si tiene experiencias anteriores y si su entorno social y familiar favorece la lactancia . Investigar los prejuicios o las preocupaciones de la mujer con relación a la lactancia. Iniciar la historia de lactancia.

2.1.2. Evaluación del riesgo durante el embarazo

(Véase la ficha 2)

Objetivos

- Evitar la medicalización excesiva en los casos de embarazos que no necesiten cuidados adicionales.
- Facilitar cuidados prenatales adicionales a las gestantes que los necesiten.
- Facilitar la ordenación de los servicios dirigidos al embarazo, al parto y al puerperio.

FICHA 2. EVALUACIÓN DEL RIESGO EN EL EMBARAZO

GESTACIONES QUE NECESITAN CUIDADOS ADICIONALES			
GESTACIONES SIN COMPLICACIONES	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO	RIESGO MUY ALTO
Embarazos en los que no se ha detectado ningún factor de riesgo sistematizado en los grupos de riesgo medio, alto y muy alto.	• Gestaciones en las que la morbilidad durante el periodo de embarazo, parto y puerperio está aumentada. • Anomalías pélvicas. • Estatura baja (menos de 150 cm). • Gestaciones en mujeres menores de 17 años o mayores de 38 años. • Índice de masa corporal superior a 30 al inicio de la gestación. • Índice de masa corporal inferior a 18 al inicio del embarazo. • Gestante con factor Rh negativo. • Fumadora habitual. • Condiciones socioeconómicas desfavorables. • Esterilidad previa. • Gran multiparidad: cuatro o más fetos viables o más de seis embarazos. • Periodo intergenésico inferior a un año. • Riesgo laboral (véase el anexo). • Riesgo de infecciones de transmisión sexual. • Control insuficiente de la gestación (menos de cuatro visitas). • Embarazo no deseado. • Metrorragias durante el primer trimestre. • Cardiopatías de grado I. • Incrementos excesivos o insuficientes de peso (< 5 kg y > 15 kg). • Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática.	• Pertenecer al grupo de riesgo alto supone que la morbilidad durante el periodo de embarazo, parto y puerperio está aumentada. • Anemia grave: hemoglobina < 9 g/dl o hematocrito < 25 %. • Embarazo gemelar. • Antecedentes obstétricos desfavorables. • Cirugía uterina previa. • Cardiopatía de grado II (limita parcialmente la actividad física y aparece disnea de esfuerzo). • Endocrinopatía. • Diabetes gestacional. • Sospecha de malformación fetal. • Obesidad mórbida: Índice de masa corporal superior a 40. • Hipertensión pregestacional. • Hipertensión sin proteinuria. • Preeclampsia leve. • Infección materna.	• Gestantes que presentan uno o más indicadores de riesgo muy alto. La probabilidad de que aparezcan complicaciones durante el embarazo o el parto es alta. • Amenaza de parto prematuro. • Cardiopatías de grado III (actividad física inferior a la habitual limitada por la disnea). • Cardiopatía de grado IV (presenta disnea al hacer pequeños esfuerzos o en reposo). • Crecimiento intrauterino restringido. • Diabetes pregestacional (I y II). • Drogadicción y alcoholismo. • Feto muerto. • Gestación múltiple. • Incompetencia cervical. • Isoinmunización. • Malformación fetal confirmada. • Malformación uterina. • Muerte perinatal recurrente. • Patología asociada grave. • Placenta previa. • Preeclampsia grave. • Ruptura de membranas pretérmino.

2.1.3. Evaluación del estado psicológico

Objetivos

- Conocer el estado de salud de la gestante: antecedentes, modalidades de reacción física y psíquica a factores de estrés.
- Individualizar sus necesidades, demandas y elecciones.
- Conocer la disposición emocional de la gestante hacia el embarazo y los cambios que la maternidad conlleva.
- Identificar a las gestantes que estén en alguna situación que pueda afectar y o alterar su equilibrio psíquico.

Recomendaciones

- Evitar el estrés derivado de las exploraciones innecesarias o de información alarmista, ya que se ha demostrado que la ansiedad materna puede ser perjudicial para el feto.
- Procurar sostén psicoemocional, tanto del entorno familiar como de los profesionales, así como de grupos de apoyo y de educación a la maternidad y la paternidad.
- Ofrecer atención psicológica a las parejas ante cualquier pérdida perinatal.
- Elaborar un plan escrito de cuidados para el embarazo desde el primer trimestre de la gestación, para el parto y para el posparto de las embarazadas a quien se hayan diagnosticado trastornos mentales graves o que presenten premorbididad.
- Valorar la derivación en los casos siguientes: *a)* mujeres que presentan síntomas de depresión o ansiedad durante la gestación; *b)* mujeres en quienes se detecta o se sospecha la presencia de una psicopatología (previa o que se presenta durante el embarazo); *c)* gestantes que presentan experiencias especialmente traumáticas en su pasado.

2.1.4. Evaluación del riesgo de violencia de género

Consideraciones

- La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define la violencia de género como “todo acto de violencia basado en el sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada” (Declaración 48/104 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer).

Diversos estudios ponen de manifiesto que la violencia machista se inicia o aumenta durante el embarazo. La Organización Panamericana de la Salud muestra que las mujeres embarazadas son un 60,6% más susceptibles de sufrir violencia que las mujeres que no están embarazadas.

Objetivo

- Identificar a las mujeres que han sufrido situaciones de violencia (abuso sexual, violencia de su pareja), que están en riesgo de sufrirlas o que las sufren, y desarrollar intervenciones destinadas a ayudarlas.

Recomendaciones

- Preguntar rutinariamente por la situación de pareja o familiar, como forma de evaluación psicosocial en la apertura de la historia clínica, y reevaluarla en cada visita prenatal. *Ejemplos de las preguntas generales:* “¿Cómo están las cosas en casa?”. “¿Algún problema con su pareja o con sus hijos?”. “¿Cómo va la relación con su pareja?”. “¿La considera satisfactoria?”.
- Seguir las recomendaciones del protocolo vigente de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.

2.1.5. Actividades y exploración

(Véase la ficha 3)

FICHA 3. SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO NORMAL. PRIMERA VISITA Y VISITAS SUCESIVAS.

ACTIVIDADES	EXPLORACIÓN
•Elaborar la historia clínica (véase la ficha 1) y actualizarla en cada visita prenatal incluyendo los resultados de pruebas, ecografías, etc., y la evolución del embarazo. •Fechar la edad gestacional inicialmente según la fecha de la última regla hasta que se disponga de una ecografía del primer trimestre. •Evaluar el nivel de riesgo (véase la ficha 2), reevaluarlo en cada visita prenatal y adaptar el plan de cuidados. •Evaluar el estado psicológico y el riesgo de violencia de género. •Exploración. •Cumplimentar el documento de salud de la embarazada. •Actualizar el calendario vacunal (véase la ficha 6). •Solicitar analíticas de sangre, urinocultivo, pruebas de diagnóstico prenatal y ecografías con la información oportuna (véanse las fichas 10-13). •Información y promoción de la salud (véase la ficha 4).	• Pesar y medir a las gestantes y calcular su índice de masa corporal en la primera visita para identificar a las que necesiten consejo dietético e información sobre la ganancia de peso en el embarazo. No se recomienda pesarlas de manera rutinaria en las visitas prenatales sucesivas. Debe individualizarse el seguimiento del peso y controlarlo cuando proporcione beneficios para evitar producir ansiedad. • Medir la tensión arterial en todas las visitas prenatales. • Se sugiere la determinación de proteínas en cada visita prenatal para detectar el riesgo de preeclampsia. • Medir la altura uterina en cada visita prenatal sucesiva a partir de la 24ª semana de la gestación. • La auscultación del latido fetal se ofrece habitualmente en las visitas prenatales y generalmente las gestantes se sienten muy satisfechas y les proporciona tranquilidad, aunque hay que tener en cuenta que puede generar ansiedad si no se localiza con rapidez en los primeros meses de la gestación. • Investigar la estática fetal por palpación abdominal a partir de la 36ª semana de la gestación, cuando la presentación puede influir en los planes para el nacimiento. • Ofrecer un examen a las mujeres que hayan sufrido alguna mutilación genital a fin de evaluar los cuidados que pueden necesitar durante el parto. • No es recomendable la exploración mamaria con el fin de identificar dificultades para el amamantamiento en los casos de mujeres sanas asintomáticas. • No es recomendable la exploración ginecológica de rutina para descartar infecciones, salvo en algunos casos (véase la ficha 14). • Tampoco se recomiendan los tactos vaginales rutinarios para explorar las modificaciones del estado del cérvix ni para descartar la desproporción cefalopélvica. • No está indicada la maniobra de Hamilton en los casos de mujeres sanas sin indicación de terminar la gestación.

2.1.6. Documento de salud de la embarazada

Objetivos

- Crear y utilizar un registro estructurado para facilitar a las gestantes un sistema que les permita obtener los datos del seguimiento de su embarazo.
- Desarrollar y utilizar un documento estandarizado con un conjunto mínimo de datos.

Recomendación

- Recomendar a la gestante que lleve siempre el documento estandarizado a todas las visitas del seguimiento del embarazo con el fin de actualizarlo en cada visita. Se trata del documento de información de que dispone sobre su historia clínica y los datos que resultan del seguimiento de la gestación. También es una herramienta de comunicación entre los diferentes niveles asistenciales que intervienen en el seguimiento del embarazo.

2.2. Información y promoción de la salud durante el embarazo

(Véase la ficha 4)

Consideración

- El embarazo es un buen momento para proporcionar a las gestantes una buena información sobre los hábitos que contribuyen a llevar un estilo de vida saludable

Objetivos

- Dar información a las gestantes basada en la mejor evidencia disponible, así como ofrecerles apoyo que les permita tomar decisiones informadas sobre sus cuidados.
- Promover la salud, el bienestar y los estilos de vida saludables de las mujeres y de sus familiares desde el periodo preconceptico y durante el embarazo.

Recomendaciones

- La información prenatal debe adaptarse de tal manera que sea fácil de entender y accesible para a las embarazadas con necesidades adicionales (físicas, sensoriales o de aprendizaje) y para las mujeres que no hablen ninguna de las lenguas oficiales en las Islas Baleares.
- La información debe basarse en la evidencia actual y ha de ser clara y precisa a fin de permitir a las gestantes tomar decisiones informadas.
- Asegurarse de que las gestantes entienden la información y facilitársela por escrito.
- Darles la oportunidad de expresar sus preocupaciones y de hacer preguntas. Concederles suficiente tiempo para tomar decisiones.
- Respetar las decisiones de las gestantes aunque vayan en contra de la opinión del profesional.
- Explicarles los detalles de las pruebas de cribado prenatal.

FICHA 4. INFORMACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ETAPA PRECONCEPTIVA Y PRENATAL.

ACTIVIDAD	RECOMENDACIONES
Actividad laboral	• Las mujeres sanas con embarazos normales pueden, generalmente, continuar desempeñando sus tareas habituales si no suponen ningún riesgo para su salud ni la de la criatura. • Aconsejar que se preste atención a la necesidad de descansar. • Informar a las gestantes de sus derechos y de las normativas laborales en relación con la maternidad (gestación, posparto y lactancia).
Alimentación y nutrición Alimentación segura durante la gestación (Véase anexo Anexo II)	• Recomendar en la visita preconceptiva la modificación de los hábitos nutricionales en los casos de obesidad o de delgadez extrema. • Recomendar la dieta mediterránea: -Consumir aceite de oliva. (4 cucharadas soperas de aceite crudo). -Fruta (3-4 piezas al día) ,verdura (2 raciones al día), legumbres(2-3 raciones a la semana) -Alimentos ricos en hidratos de carbono preferentemente integrales (pan , pasta, arroz) -proteínas de origen animal: carnes magras, pescado (2-3 raciones a la semana) sin olvidar el pescado azul. -Frutos secos sin freír y sin sal. -Productos lácteos (leche, yogurt y queso). El consumo de mantequilla y nata no debe ser superior a una ración al día (una cucharada sopera). • Hacer ingestas frecuentes y evitar el ayuno prolongado. • Bebidas: Agua, de 6 a 8 vasos al día. No abusar de bebidas refrescantes o azucaradas. • No abusar de la comida rápida, helados, pastelería especialmente bollería industrial y golosinas
Administración de suplementos (Véase la ficha 5)	• Limitar el consumo de cafeína a un máximo de 300 miligramos diarios. La cafeína está presente en el café, el té y los refrescos de cola: - Café: 80-100 mg por taza - Café descafeinado: 3 mg por taza - Té: 28 mg por taza - Refrescos de cola: 30-50 mg por lata • Recomendaciones para evitar los riesgos de origen alimentario de mayor impacto durante la gestación (Ver Anexo II)

ACTIVITAT	RECOMANACIONS
Sexualidad	Informar a las gestantes y sus parejas sobre los aspectos siguientes: • Los cambios que pueden ocurrir en su comportamiento sexual en las distintas fases de la gestación y de los cambios anatómicos habituales. • Las medidas de prevención de las infecciones de transmisión sexual con el fin de evitar riesgos añadidos para el feto. • No existe evidencia para desaprobar el coito en ningún momento del embarazo si no se presenta alguna patología que lo desaconseje.
Actividad física y deporte	• Informar de que las mujeres gestantes sanas pueden hacer ejercicio moderado sin que conlleve resultados adversos en el embarazo. • Evitar alcanzar estados de hipertermia, deshidratación, taquicardia, taquipnea o cansancio excesivo durante el ejercicio. • Aconsejar hacer ejercicio físico en el agua, dado que parece que aporta beneficios para las molestias propias del embarazo y tiene efectos relajantes. • Recomendar hacer ejercicios del suelo pélvico. • Informar del peligro potencial de los deportes de contacto, de los de alto impacto, de los deportes enérgicos de raqueta —pueden ocasionar traumatismos abdominales, caídas o distensiones articulares excesivas— y del submarinismo, que puede provocar defectos congénitos fetales y enfermedades en el feto causadas por la descompresión.

ACTIVITAT	RECOMANACIONS
Viajes	• Informar a las embarazadas sobre el uso correcto de los cinturones de seguridad: deben colocarse por encima y por debajo del útero, no sobre este. • Los viajes aéreos de larga duración están relacionados con un incremento del riesgo de sufrir una trombosis venosa, aunque no está claro si existe un riesgo adicional durante el embarazo. En la población general, el uso de medias de compresión es eficaz para reducir ese riesgo. • Las mujeres embarazadas que vayan a viajar al extranjero deben informarse sobre los riesgos y los beneficios de las vacunaciones o profilaxis recomendadas y las condiciones sanitarias del país que van a visitar. Hay información disponible en la web <www.msc.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/viajesInter/home.htm> • Recomendar medidas de prevención del paludismo (o malaria), dengue, chikungunya y virus del Zika: -Valorar de forma individualizada a las mujeres embarazadas o con intención de embarazarse. Se recomienda que pospongan sus viajes a áreas con transmisión si no son esenciales. En caso de que no sea posible retrasar el viaje, deben extremar las medidas de precaución necesarias para evitar las picaduras de mosquitos: -Utilizar los repelentes indicados por las autoridades de salud y de la manera que señala la etiqueta. -Emplear ropas que cubran la piel (mangas largas) preferentemente de colores claros. -Usar mosquiteras impregnadas o no de repelente, sobre todo si se alojan en sitios sin aire acondicionado. -Evitar el uso de colonias y perfumes. • Zika: al tratarse de una enfermedad emergente buscar información y actualización en los enlaces siguientes: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/zika/informacion/home.htm http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/DocsZika/ProtocoloABRILactualización_embarazadas_Zika_8.04.2016.pdf

FICHA 4. INFORMACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ETAPA PRECONCEPTIVA Y PRENATAL. (CONT.)

ACTIVIDAD	RECOMENDACIONES
Salud bucodental	• Revisión odontológica una vez superado el primer trimestre: incluye la exploración preventiva de la cavidad oral, limpieza dental, la educación y el adiestramiento en la higiene bucodental.
Lactancia materna	• Consejo sobre la lactancia materna (<i>véase la ficha 19</i>).
Atención a la gestante fumadora	El abandono del consumo de tabaco durante el embarazo permite reducir un 20% el número de niños con bajo peso al nacer, un 17% los partos pretérmino incluso aunque el abandono sea tardío . • Se observan menos complicaciones durante el parto y una mejora en la salud futura de la madre. • Las visitas repetidas durante el periodo prenatal pueden permitir a los profesionales sanitarios implicados (obstetras, matronas...) proporcionar ayuda a las embarazadas que quieran dejar de fumar. Durante el embarazo la mujer está especialmente receptiva y es más probable que deje de fumar. La gestante está muy motivada para conseguir que su hijo nazca lo más sano posible. Por ello los profesionales sanitarios deberían aprovechar esta motivación para conseguir que la mujer deje de fumar. Intervención en el embarazo: • Un asesoramiento breve de entre 5 y 15 minutos puede aumentar las tasas de abstinencia entre un 30 y un 70% comparado con las conseguidas con un simple consejo. • Aunque los mejores resultados para la salud se obtienen con un abandono precoz del consumo de tabaco, dejar de fumar en cualquier momento del embarazo conlleva beneficios tanto para la madre como para el bebé. Por ello los profesionales sanitarios deben ofrecer intervenciones efectivas para dejar de fumar desde la primera visita prenatal y durante todo el embarazo. • El tratamiento farmacológico debe considerarse cuando una embarazada no consigue dejar de fumar y cuando los beneficios de dejar de fumar superan los riesgos de seguir fumando y los potenciales riesgos del propio tratamiento. • Aconsejar que la pareja de la gestante deje de fumar o que no lo haga en compañía de ella ni dentro de la casa, a fin de mejorar la salud de la embarazada. • La intervención recomendada en embarazadas para dejar de fumar es un protocolo de intervención breve y estructurado en cinco pasos: -Averiguar si la gestante fuma o no. -Aconsejar que deje de fumar. -Ampliar el diagnóstico, averiguando si desea o no hacer un intento para dejar de fumar. -Ayudar, si procede, en el intento de abandono. -Acordar con ella un seguimiento.

ACTIVIDAD	RECOMENDACIONES
Consumo de alcohol y otras sustancias adictivas	• Informar sobre los riesgos conocidos del consumo de alcohol y drogas de abuso. El consumo de alcohol durante los tres primeros meses de la gestación, se relaciona con mayor riesgo de sufrir un aborto. • Recomendar a las mujeres que estén embarazadas o estén planificando un embarazo se abstengan de fumar, consumir alcohol, cannabis y otras drogas de abuso. Proponer intervenciones de deshabituación. • En el caso de las mujeres que decidan consumir alcohol durante el embarazo, se recomendará que evite el consumo de más de una unidad de alcohol al día (equivalente a un cuarto de litro de cerveza, o 25 ml de licor o una copa de vino de 125 ml).
Medicamentos, otras sustancias y terapias complementarias	• Informar de que pocas medicinas sin receta han sido probadas como seguras en el embarazo, por lo que deben ser usadas lo menos posible durante la gestación. Los medicamentos con receta deben prescribirse solo en los casos en que el beneficio supere el riesgo. • Desaconsejar el uso de cualquier tipo de fármaco o terapia sin prescripción ni control a cargo de profesionales de la salud. La seguridad y la eficacia de la mayoría de las terapias complementarias no ha sido establecida para los embarazos. Hay algunas excepciones, como la acupuntura y el jengibre, que se ha demostrado que son eficaces para reducir las náuseas y los vómitos.

2.2.1. Administración de suplementos farmacológicos

(Véase la ficha 5)

Objetivo

- Valorar la necesidad de aportar suplementos de sustancias por medio de preparados farmacológicos administrados por la vía oral a la gestante a fin de evitar deficiencias que puedan tener repercusión sobre su salud o la de su descendencia.

FICHA 5. ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTOS FARMACOLÓGICOS Y POLIVITAMÍNICOS

SUPLEMENTO	CONSIDERACIONES	OBJETIVOS	RECOMENDACIONES
Ácido fólico		Prevenir los defectos congénitos del tubo neural.	Recomendar a todas las mujeres que quieran quedarse embarazadas la ingesta preconceptiva de un suplemento diario de ácido fólico desde 3 meses antes de abandonar el método anticonceptivo hasta la 12ª semana de la gestación. Dosis recomendada: 0,4 mg diarios. A las mujeres que tienen antecedentes de defectos del tubo neural, han tenido un embarazo afectado, son diabéticas o están tomando anticonvulsionantes: Dosis recomendada: 4 mg diarios.
Yodo	En estos momentos la suplementación universal con yoduro potásico durante la gestación y la L.M. no está justificada en España, ya que con el contenido de yodo en la sal yodada y en la leche y derivados lácteos es posible cubrir las necesidades en la gestación y lactancia. La suplementación farmacológica debería quedar restringida a las mujeres que no alcanzan los requerimientos mínimos con la ingesta de yodo en su dieta.	Prevenir los trastornos por deficiencia de yodo.	Preconcepcional: No se recomienda administrar de manera sistemática una suplementación diaria con yodo a las mujeres que planifican su embarazo. Durante la gestación: A las mujeres que no alcanzan los requerimientos mínimos con la ingesta de yodo con su dieta: (3 raciones de leche de vaca o derivados lácteos + 2 g de sal yodada cubren alrededor del 100% de las necesidades de yodo) se recomienda la suplementación farmacológica durante la gestación con yoduro potásico a dosis de 200 mcg/día Incorporar de forma sistemática preguntas, a modo de cribado, sobre los hábitos alimentarios en relación con el consumo de leche, sal yodada y de otras fuentes de yodo como el pescado.
Hierro		Tratar la anemia ferropénica diagnosticada durante el embarazo.	No ofrecer de manera rutinaria a la embarazada la ingesta de hierro, ya que no hay evidencia científica suficiente para sustentar esta acción y sus efectos adversos podrían causar diarrea, náuseas, dolor de estómago o alteración en la absorción de otras sustancias. Iniciar el tratamiento con hierro en los casos siguientes: - Si la hemoglobina es < 11 g/dl en el primer trimestre. - Si la hemoglobina es < 10,5 g/dl en el segundo trimestre. - Si la hemoglobina es < 11 g/dl en el tercer trimestre.
Polivitamínicos		Aportar vitaminas u otras sustancias de las cuales la embarazada pueda ser deficitaria.	Informar de que no hay evidencia científica que sustente la administración de preparados polivitamínicos a las gestantes sanas, por lo que no se consideran indicados durante el embarazo.

FICHA 5. ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTOS FARMACOLÓGICOS Y POLIVITAMÍNICOS. (CONT.)

SUPLEMENTO	RECOMENDACIONES
Vitamina D	• Informar a las gestantes sobre la importancia de mantener depósitos adecuados de vitamina D durante el embarazo y la lactancia. Para lograr los requerimientos básicos hay que recomendarles lo siguiente: - <i>Comer alimentos que proporcionen vitamina D: pescado, aceite de pescado, huevo, alimentos enriquecidos</i> (véase la ficha 4 acerca de las precauciones alimentarias que hay que tomar). - <i>Exponerse a la luz solar.</i> • Conviene determinar niveles de vitamina D a las gestantes de riesgo: mujeres de piel oscura, mujeres con limitada exposición solar por razones culturales o por permanecer en casa largos periodos de tiempo y mujeres vegetarianas, para valorar la necesidad de suplementación.
Vitamina A	Los suplementos de vitamina A (consumo de más de 700 microgramos) deben evitarse, ya que pueden resultar teratogénicos.

2.2.2. Prevención de enfermedades transmisibles. Inmunización activa y pasiva

(Véase la ficha 6)

Consideraciones

- La prevención de enfermedades transmisibles se logra por medios diversos. Uno de los más importantes es la vacunación, que equivale a la inmunidad que se produciría tras padecer la infección natural, sin los riesgos que la transmisión de una infección de la gestante supondría para el feto.
- No se conoce ningún riesgo para el feto provocado por la inmunización pasiva de embarazadas con preparaciones de inmunoglobulinas.

Objetivo

- Prevenir las infecciones administrando vacunas, inmunoglobulinas u otros medicamentos.

Recomendaciones

- Completar la vacunación de la mujer y asegurar la actualización de sus convivientes en especial las de calendario infantil y vacunas contraindicadas en el embarazo (triple vírica, varicela).
- La prevención en situaciones de riesgo elevado de contagio se puede llevar a cabo también con inmunoglobulinas y otros medicamentos.

Consideraciones acerca del Zika

- Debido a la reciente alerta sanitaria global acerca del contagio y expansión del virus zika y teniendo en cuenta la transmisión materno fetal con posibles malformaciones congénitas graves tener muy presente las recomendaciones de la Ficha 6. Al tratarse de una enfermedad emergente buscar información y actualización en los enlaces siguientes:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/zika/informacion/home.htm>

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/DocsZika/ProtocoloABRILactuaciON_embarazadas_Zika_8.04.2016.pdf

FICHA 6. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. INMUNIZACIÓN ACTIVA Y PASIVA

PRECONCEPCIONAL	DURANTE EL EMBARAZO						
Rubéola y Varicela Vacunar a las mujeres seronegativas, descartar el embarazo actual, asegurar la anticoncepción y evitar el embarazo por lo menos durante un mes tras la vacunación Tétanos y difteria • Si la pauta de vacunación es completa, no se recomienda ninguna dosis adicional. • En los casos de mujeres con primovacunación incompleta, no debe retomarse la vacunación, sino completarla ("dosis puesta, dosis que cuenta") hasta la tercera dosis. • En los casos de mujeres no vacunadas se recomienda seguir la pauta siguiente: - Primera dosis de la vacuna contra el tétanos y la difteria, tan pronto como sea posible. - Segunda dosis, cuatro semanas después de la primera dosis. - Tercera dosis, al menos seis meses después de la segunda dosis.	• En general, las vacunas inactivadas, toxoides y polisacáridos se pueden administrar. Hay que valorar siempre el balance riesgo-beneficio y las posibles contraindicaciones o limitaciones en la ficha técnica de cada vacuna. Las vacunas de gérmenes vivos o atenuados están contraindicadas a causa del riesgo teórico para el feto. No obstante, la evidencia disponible sugiere que este riesgo es prácticamente nulo en la mayoría de las vacunas y en general no se recomienda aborto terapéutico en vacunaciones a mujeres durante un embarazo inadvertido; en este caso hay que informar adecuadamente a la mujer y evitar crear alarma injustificada. En cuanto a las recomendaciones para viajar, deben solicitarse siempre en los Centros de Vacunación Internacional <table><tr><th>Vacunas contraindicadas</th><th>Vacunas no recomendadas <i>(deben valorarse los riesgos y los beneficios)</i></th><th>Vacunas seguras</th></tr><tr><td> - triple vírica - rubéola - fiebre tifoidea (vía oral) - varicela - poliomielitis (vía oral) - tuberculosis </td><td> - fiebre amarilla - poliomielitis por la vía parenteral - cólera inactivada oral - fiebre tifoidea (de polisacáridos por la vía parenteral) </td><td> - tétanos, difteria y tos ferina - gripe - rabia - hepatitis A y B - neumococo - meningococos A y C </td></tr></table> • Vacunas recomendadas en todos los embarazos -Gripe estacional, en temporada gripal. -Tos ferina: 1 dosis de vacuna difteria-tétanos-tos ferina de carga reducida en las semanas 27 a 36, en cada embarazo. -Tétanos-difteria en pautas incompletas o no vacunadas. En este caso debe substituirse una dosis de Td por una de dTpa, que se hará coincidir con las semanas 27 a 36. -Tétanos-difteria en profilaxis post-exposición. Si coincide con el 3er. trimestre, utilizar dTpa (si todavía no se hubiera administrado) • Vacunas recomendadas en circunstancias específicas con riesgo elevado de complicaciones o de exposición, a valorar por el profesional correspondiente (clínico, de salud pública o de vacunación internacional): hepatitis A, hepatitis B, meningococo C, meningococo ACWY, antineumocócica conjugada, rabia, poliomielitis inactivada, fiebre amarilla, cólera inactivada oral, fiebre tifoidea parenteral. • Recomendar medidas de prevención del paludismo (o malaria), dengue, chikungunya y virus del Zika (Ver ficha 4)	Vacunas contraindicadas	Vacunas no recomendadas <i>(deben valorarse los riesgos y los beneficios)</i>	Vacunas seguras	- triple vírica - rubéola - fiebre tifoidea (vía oral) - varicela - poliomielitis (vía oral) - tuberculosis	- fiebre amarilla - poliomielitis por la vía parenteral - cólera inactivada oral - fiebre tifoidea (de polisacáridos por la vía parenteral)	- tétanos, difteria y tos ferina - gripe - rabia - hepatitis A y B - neumococo - meningococos A y C
Vacunas contraindicadas	Vacunas no recomendadas <i>(deben valorarse los riesgos y los beneficios)</i>	Vacunas seguras					
- triple vírica - rubéola - fiebre tifoidea (vía oral) - varicela - poliomielitis (vía oral) - tuberculosis	- fiebre amarilla - poliomielitis por la vía parenteral - cólera inactivada oral - fiebre tifoidea (de polisacáridos por la vía parenteral)	- tétanos, difteria y tos ferina - gripe - rabia - hepatitis A y B - neumococo - meningococos A y C					

2.2.3. Asesoramiento sobre cambios fisiológicos

(Véase la ficha 7)

Consideraciones

- Durante la gestación se producen diversos cambios físicos y funcionales normales, la mayoría para adaptarse a la nueva situación, el embarazo; algunos pueden producir en la gestante molestias en mayor o menor grado.
- Los cambios psicológicos durante la gestación son una consecuencia de los cambios fisiológicos del embarazo, de la evolución de la gestación y del sentimiento de responsabilidad que la llegada de un nuevo miembro a la familia comporta.

Objetivos

- Proporcionar información sobre las modificaciones fisiológicas y sobre por qué se producen y en qué momento del embarazo, con el fin de que no causen preocupación a la gestante.
- Informar sobre las pautas que pueden ayudarla a mejorar o aliviar las molestias que puedan provocarle.
- Promover el bienestar psicológico y emocional de la gestante.
- Promover la experiencia de la maternidad como un proceso saludable y una oportunidad para la mujer de tomar conciencia de sus recursos psíquicos de afrontamiento y de potenciarlos a lo largo de todo el proceso.

FICHA 7. ASESORAMIENTO SOBRE LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO

SIGNO/SÍNTOMA	CAUSAS	RECOMENDACIONES
Náuseas y vómitos Se producen en el 80-85 % de todos los embarazos durante el primer trimestre	• Hormonales, emocionales. • Disminución de la motilidad gástrica.	• Informar a la gestante de que la mayoría de los casos de náuseas y vómitos en el embarazo se resuelven espontáneamente. • Tomar un alimento antes de levantarse de la cama y quedarse acostada hasta que desaparezcan las náuseas. • Evitar tomar líquidos durante las comidas. • Evitar las comidas grasas y las que sean difíciles de digerir. • Hacer cinco o seis comidas al día ligeras y poco abundantes. • Evitar los olores fuertes y desagradables. • Intervenciones que parecen eficaces para reducir los síntomas: - no farmacológicas: jengibre, acupuntura. - farmacológicas: antihistamínicos, metoclopramida.
Gingivitis Se manifiesta por el sangrado de las encías	• Cambios en el pH de la saliva, turgencia de las encías. • Hormonales. • Enfermedad dental persistente.	• Recomendar una consulta odontológica. • Mantener una higiene dental adecuada utilizando cepillos suaves y evitando traumatismos e infecciones.
Pirosis	• Disminución de la motilidad gástrica por causas hormonales.	• Hacer cinco o seis comidas al día ligeras y poco abundantes, evitando las grasas y las frituras. • Evitar las bebidas con gas, el alcohol, el tabaco y el café. • No tumbarse después de comer. • Acostarse dos horas después de cenar. • Ofrecer antiácidos a las mujeres cuya acidez siga siendo molesta a pesar de las modificaciones en los hábitos.

SIGNO/SÍNTOMA	CAUSAS	RECOMENDACIONES
Estreñimiento y hemorroides	• Disminución de la motilidad gástrica por causas hormonales. • Suplementos de hierro. • Compresión de la sigma y del recto por el útero. • Ingesta pobre de fibra dietética.	• Seguir una dieta rica en fibra, evitando las especias y las bebidas alcohólicas. • Aumentar la ingesta de agua (y tomar un vaso de agua en ayunas). • Hacer ejercicio moderado. • Intentar mantener un horario regular diario de evacuación intestinal. • Se puede considerar el uso de laxantes que incrementan el volumen del bolo fecal. • Descansar en la posición de decúbito lateral izquierdo. • Permanecer diariamente 10-15 minutos en la postura genupectoral (o de plegaria mahometana) para reducir la presión en las venas rectales. • Baños de agua fría.
Varices	• Dificultad del retorno venoso incrementado por la presión del útero grávido. • Predisposición familiar. • Trabajo en bipedestación. • Embarazos gemelares, fetos grandes.	• Descansar en la posición de decúbito lateral izquierdo. • Hacer periodos de descanso con las piernas elevadas por encima de la cadera. • Hacer diariamente ejercicios circulatorios y dar paseos. • Masajes ascendentes desde el pie hasta la ingle. • Evitar los periodos prolongados en bipedestación. • Evitar los periodos prolongados sentada; no cruzar las piernas. • El uso de medias elásticas puede mejorar los síntomas pero no prevenir las venas varicosas. • Se puede considerar ofrecer rutócido por vía oral a aquellas embarazadas que lo precisen para aliviar los síntomas.
Mareos	• Hipotensión postural. • Estasis venosa en las extremidades inferiores. • Hipoglucemia.	• Hacer ejercicio moderado, ejercicios circulatorios y respiraciones profundas. • Evitar los cambios bruscos de posición. • Evitar permanecer en lugares con aglomeraciones. • Mantenerse en un lugar fresco. • Evitar periodos largos sin ingerir alimentos.
Cambios psicoemocionales	• Sentimientos de ambivalencia. • Transparencia psíquica: recuerdos de la infancia propia y de la relación materna. • Más fragilidad emocional. • Más dependencia emocional de las personas importantes para ella. • Menos interés por todo lo que pasa a su alrededor si no tiene relación directa con su estado.	• Informar a la gestante y a su pareja (en su caso) de los cambios psicoemocionales habituales durante el embarazo. • Potenciar el acompañamiento afectivo de la pareja o de una persona de confianza de la gestante durante todo el proceso. • Informar a la gestante de que el fenómeno de la transparencia psíquica es un reajuste sano y necesario.

2.2.4. Asesoramiento sobre el cribado de defectos congénitos

(Véase la ficha 12)

Objetivos

- Informar sobre las diferentes pruebas y exploraciones disponibles para el diagnóstico prenatal de defectos congénitos.
- Es aconsejable suministrar por escrito toda la información básica sobre el consejo genético y las características de las diferentes pruebas y exploraciones.

2.2.5. Preparación prenatal para la maternidad y la paternidad

(Véase la ficha 8)

Consideraciones

- Durante el embarazo, la gestante y su pareja están muy motivados preparando la llegada de la criatura. Es muy alta la probabilidad de que las intervenciones educativas individuales y grupales tengan una buena respuesta.
- La educación sanitaria grupal es una de las actividades básicas para cambiar actitudes y comportamientos. Su eficacia está relacionada no solo con las habilidades del docente, sino también con las aportaciones de las personas participantes y la interacción afectiva que se establece.
- El grupo aporta ayuda, refuerzo y facilita el intercambio de conocimientos entre todas las personas participantes y estimula el uso de las posibilidades y de los recursos individuales.

Objetivos

- Proporcionar información adecuada sobre todo el proceso del embarazo, el parto, el nacimiento y la crianza a fin de eliminar miedos e incertidumbres.
- Aportar medidas de apoyo que ayuden a la gestante y a su pareja a comprender y explorar sus propias necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas durante ese periodo.
- Si la embarazada tiene pareja, promover su implicación y participación activa para

favorecer el acompañamiento y el apoyo físico, psicológico y emocional a la gestante durante el embarazo. Debe saber el papel que puede desarrollar en el parto, en el nacimiento y en los cuidados postnatales, y corresponsabilizarse en la crianza.

- Promover que la gestante y su pareja sean los protagonistas potenciando sus capacidades para facilitar el proceso fisiológico y la toma de decisiones.
- Responder a las expectativas y a las circunstancias de cada mujer y de su pareja, fomentar una vivencia satisfactoria y favorecer la autonomía de la mujer para su empoderamiento con el apoyo de su pareja.
- Fomentar el vínculo afectivo (véase la ficha 16).
- Promover la lactancia materna (véase la ficha 19).

Recomendaciones

- Diseñar un programa teniendo en cuenta las características de las embarazadas y de sus parejas que acuden a la educación grupal, así como los contenidos, los objetivos, la metodología, el cronograma de sesiones, los recursos audiovisuales y materiales necesarios, la evaluación de la satisfacción y los resultados para mejorar el programa.
- Disponer del material didáctico necesario de soporte. Dar a conocer experiencias positivas de procesos y partos no medicalizados (vídeos, testimonios de mujeres, etc.) y de un espacio físico, de material y de equipamiento adecuado.

FICHA 8. PREPARACIÓN PRENATAL PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD

PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA O PERSONA DE APOYO	ACTIVIDAD GRUPAL
• Informar sobre las necesidades específicas de cada mujer en el acompañamiento y el apoyo afectivo. • Facilitar información que estimule el apoyo de las personas del entorno. • Promover la comunicación individualizada para que la gestante y su pareja (en su caso) puedan exponer sus temores, inseguridades y expectativas. • Recomendar compartir las tareas cotidianas para evitar que la embarazada sufra una sobrecarga de trabajo y pueda disfrutar del descanso necesario. • Investigar la actitud de la pareja o de la persona de apoyo sobre la lactancia materna.	• El programa de preparación maternal y paternal debe englobar todo el proceso: embarazo, parto, puerperio, lactancia y cuidado del recién nacido. • Debe fomentar la implicación y la participación activa de la mujer y de su pareja. • Potenciar el empoderamiento de la mujer facilita la toma de decisiones. • Es necesario diseñar programas con dinámicas participativas y que incluyan entrenamiento psicofísico. • Contenidos: - Promover hábitos saludables y ayudar a mantener una actitud positiva ante el embarazo, el parto, el puerperio y la crianza. - Proporcionar información sobre los cambios fisiológicos durante el embarazo y consejos para aliviar las posibles molestias, teniendo en cuenta los aspectos emocionales y afectivos. - Informar sobre los síntomas y los signos del parto y de alarma. - Informar sobre el desarrollo fisiológico del trabajo de parto, incluyendo los métodos no farmacológicos y farmacológicos disponibles para aliviar el dolor y las técnicas respiratorias y de relajación. - Proporcionar información sobre el hospital de referencia donde va a tener lugar el parto. Es ideal hacer una visita, siempre que sea posible, con la gestante y su pareja si lo desean. - Fomentar la lactancia materna y explicar cómo instaurarla y mantenerla (<i>véase el capítulo 5</i>). - Informar sobre el puerperio inmediato, precoz y tardío y sobre los cambios físicos, psicológicos y sociales, a la vez que se fomenta el autocuidado de la madre, el apoyo de su pareja y de sus familiares, en su caso (<i>véase el capítulo 3</i>). - Informar sobre los cuidados neonatales: intervenciones en el hospital y cuidados en casa. Fomentar el vínculo emocional y las habilidades de crianza (<i>véase el capítulo 4</i>). - Informar sobre los derechos de las mujeres y de los usuarios: • Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE n.º 274, de 15/10/2002, <www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>). • Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Islas Baleares (BOIB n.º 55, de 22/04/2003, <http://boib.caib.es/pdf/2003055/mp25.pdf>).

2.2.6. Plan de parto y nacimiento

Consideraciones

- El Ministerio de Sanidad, publicó en 2012 un modelo de plan de parto y nacimiento en el que informa sobre las prácticas adecuadas (versus las prácticas no aconsejadas, por innecesarias o perjudiciales) con evidencias científicas de efectividad en relación a la asistencia en el proceso de parto y nacimiento, y también sobre las alternativas disponibles para facilitar a las embarazadas la toma de decisiones. Este plan recoge las recomendaciones de la Estrategia de atención al parto normal, de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y de la Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal.

Objetivos

- Recoger en un documento los deseos y las expectativas de cada embarazada y de su pareja respecto al embarazo, el parto y el nacimiento de la criatura con la información y el asesoramiento de la matrona que atiende su embarazo.
- Ofrecer la oportunidad de expresar sus preferencias sobre los aspectos en los que haya alternativas igual de eficaces y seguras.
- Servir de orientación al equipo de profesionales responsables de su atención durante la estancia en el hospital.

Recomendaciones

- Diferenciar entre el plan de parto y nacimiento y el consentimiento informado.
- Ejecutar el plan, siempre que la embarazada lo desee, preferentemente la 28ª y la 32ª semana de la gestación para entregarlo al hospital de referencia o al que se haya elegido para el parto, que debe incorporar el plan a la historia clínica. Modelo de plan de parto disponible en línea: <http://mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>.
- La matrona responsable del seguimiento del embarazo debe informar sobre cómo se llevará a cabo, explicar que puede ser modificado en cualquier momento por la voluntad de la mujer o por la evolución del parto y asesorar a la embarazada sobre todos los aspectos relacionados (véase la ficha 9). Puede recomendarse la lectura de la guía *Atención al parto normal: guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares*, disponible en el web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (<www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracParMujer.pdf>)
- La información que se ofrece debe adaptarse al nivel sociocultural de la mujer y al de su pareja. Debe establecerse una relación empática que facilite la asimilación de la información y la comprensión de sus expectativas.
- En caso de que algún aspecto recogido en el plan no pueda ser atendido por el centro, este debe contestar por escrito haciendo constar las circunstancias que lo motiven.
- Antes del parto, la matrona responsable de atenderlo debe revisar y comentar con la embarazada los aspectos recogidos en el plan.

FICHA 9. INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO PARA ELABORAR EL PLAN DE PARTO Y NACIMIENTO.

PRÁCTICAS EFECTIVAS	PRÁCTICAS DE RUTINA INNECESARIAS	ALTERNATIVAS EFICACES PARA ALIVIAR EL DOLOR
• Acompañamiento familiar a cargo de la persona elegida y del profesional (atención continuada por parte de la matrona). • Ambiente de intimidad. • Trato de la embarazada con el máximo respeto. Ofrecimiento de toda la información, implicación en la toma de decisiones. • Libertad de movimientos durante el periodo de dilatación. • Ingesta de líquidos claros (agua, zumos sin pulpa, café, té, bebidas isotónicas). • Control del latido fetal intermitente. • En condiciones de normalidad, tactos vaginales en intervalos de cuatro horas. • Satisfacción, en la medida de lo posible, de las expectativas de la embarazada en relación con el alivio del dolor durante el parto. • Durante el expulsivo, adopción de la postura que resulte más cómoda. • Pujos espontáneos. • Aplicación de compresas calientes en el periné durante el expulsivo, sin masaje perineal. • Contacto “piel con piel” con el recién nacido inmediatamente y de manera ininterrumpida durante el menos una hora e inicio de la lactancia materna en ese periodo. • Cuidados rutinarios del recién nacido después del contacto “piel con piel”. • Alojamiento conjunto de la madre y del recién nacido durante la estancia en el hospital. • Pinzamiento tardío del cordón umbilical, transcurridos dos minutos o cuando deje de latir. • Mantenimiento del calor del recién nacido a la vez que se mantiene el contacto “piel con piel” y se cubre y se seca con una manta o una toalla calientes. • Administración de pomada oftálmica para prevenir infecciones oculares. • Administración de vitamina K por medio de una inyección intramuscular única o por la vía oral en dosis sucesivas.	• Amnioscopia y cardiotocografía en la valoración inicial. • Rasurado del periné. • Enema. • Rotura artificial de la bolsa de aguas. • Utilización de oxitocina durante la dilatación. • Masaje perineal durante el expulsivo. • Episiotomía. • Aspiración orofaríngea o nasofaríngea del recién nacido. • Baño del recién nacido en las primeras horas de vida. • Paso sistemático de una sonda nasogástrica o rectal al neonato.	En un parto normal no inducido, con libertad de movimientos, en un ambiente tranquilo en que la mujer se sienta segura y cómoda, muchas mujeres pueden soportar el dolor gracias a los intervalos entre las contracciones, que permiten descansar, y a los analgésicos liberados por el organismo. • Métodos no farmacológicos: - Inmersión en agua caliente durante la fase activa de la primera etapa del parto ($\geq$ 4 cm de dilatación). - Masaje. - Uso de pelotas de goma. - Técnicas de relajación y de respiración. - Inyecciones de agua estéril para aliviar el dolor lumbar. • Métodos farmacológicos: - Inhalación de óxido nítrico. - Opioides por las vías intravenosa e intramuscular. • Aspectos de la analgesia epidural - Beneficios: • Es el método más eficaz para aliviar el dolor. • En dosis bajas permite, en muchos casos, la deambulación. - Riesgos: • Hipotensión materna y consiguiente pérdida del bienestar fetal. • Fiebre intraparto. • Dificultad para la micción y retención urinaria repetidas. • Restricción de la movilidad. • Se asocia con un expulsivo más prolongado y con un mayor riesgo de necesitar ayuda para el parto por medio de instrumentos.

2.3. Pruebas y prácticas clínicas durante el embarazo

2.3.1. Analíticas y serologías

(Véase la ficha 10)

Objetivo

- Identificar, prevenir y tratar algunas enfermedades que afectan a la salud de la gestante y del feto.

Recomendación

- Hacer las pruebas analíticas en las que haya una relación razonable entre el coste y la eficacia y que permitan prevenir enfermedades y determinar el estado de inmunidad ante infecciones que pueden afectar a la salud de ambos.

FICHA 10. ANALÍTICAS Y SEROLOGÍAS

DETERMINACIÓN	CONSIDERACIONES	OBJETIVOS	RECOMENDACIONES
Hemoglobina	• Las demandas de hierro durante el embarazo aumentan a causa de los requisitos del feto, de la placenta y del aumento de la masa eritrocitaria. • La anemia durante el embarazo se diagnostica por medio de la concentración de hemoglobina. • Cuando la gestante presenta anemia con sospecha de deficiencia de hierro, la prueba de elección es la ferritina sérica.	• Detectar posibles anemias e instaurar el tratamiento.	• Solicitar analítica de hemoglobina y de hematocrito en la primera visita del embarazo y entre la 24ª y la 28ª semana de la gestación con el objetivo de detectar posibles anemias. Valores de referencia: - Primer trimestre: Hb > 11 g/ml - Segundo trimestre: Hb> 10,5 g/dl - Tercer trimestre:Hb>11g/dl • No se recomienda hacer la determinación rutinaria de hierro sérico y de ferritina, ya que ocasiona sobretratamientos.
Urinocultivo	• El tratamiento de la bacteriuria asintomática reduce el riesgo de sufrir pielonefritis.	• Diagnóstico precoz de bacteriuria asintomática.	• Hacer un urinocultivo rutinario al principio del embarazo.
Varicela	• Los contactos de las embarazadas se consideran susceptibles según criterios clínicos (antecedente recordado de enfermedad) y de vacunación (2 dosis documentadas).	• Identificar a las gestantes susceptibles de infectarse durante el embarazo y ofrecer la vacunación en el posparto a las no inmunizadas a fin de proteger los embarazos futuros.	• Solicitar la determinación de anticuerpos en la visita preconcepcional o en la primera visita del embarazo o recoger los resultados de una determinación previa si se dispone de ella. • Vacunar según pauta vigente a: -Mujeres seronegativas en el cribado preconcepcional de la varicela. - Durante el embarazo: vacunar contactos susceptibles. En el caso de haber recibido una sola dosis debe completarse con una segunda. -Mujeres seronegativas después del parto (hay que informarlas de que pueden continuar con la lactancia). • Informar a las mujeres de que no pueden quedarse embarazadas hasta, por lo menos, un mes después de haber recibido la vacuna. • Determinar anticuerpos al mes de la vacunación para tener documentada la respuesta inmunológica en vista a embarazos posteriores

FICHA 10. ANALÍTICAS Y SEROLOGÍAS. (CONT.)

DETERMINACIÓN	OBJETIVOS	RECOMENDACIONES
<i>Toxoplasma</i>		• No se recomienda el cribado universal pregestacional ni durante la gestación por su baja prevalencia, las incertidumbres del cribado y de la posible teratogenicidad de los tratamientos. • Recomendar a todas las embarazadas que adopten medidas de prevención primaria: - Evitar comer carne poco hecha y productos cárnicos curados, congelar la carne durante unos días antes de su cocción reduce en gran medida el riesgo de infección. - Evitar el contacto directo de las manos con heces de gato o basura del suelo. - Usar guantes y lavarse las manos después de tocar tierra o de hacer tareas de jardinería y antes de manipular alimentos. - Lavar cuidadosamente las verduras, las hortalizas y las frutas.
Citomegalovirus		• No se recomienda el cribado universal.
Hepatitis B	• En la visita preconcepciva hay que identificar a las mujeres de alto riesgo seronegativas susceptibles de ser vacunadas antes del embarazo: - Exposición laboral a sangre humana o trabajadoras de instituciones de enfermos mentales. - Pareja/conviviente portador del antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) o que sea adicto a drogas por la vía parenteral. - Reclusas o personal de instituciones penitenciarias. - Receptoras de repetidas transfusiones o de hemoderivados - Mujeres que viajan a zonas de incidencia alta. • Durante la gestación hay que identificar a las embarazadas con marcadores del virus de la hepatitis B con el fin de determinar si el neonato necesitará inmunoglobulina, además de la vacuna contra la hepatitis B.	• Solicitar un estudio serológico del virus de la hepatitis B a todas las mujeres de riesgo alto antes del embarazo y a todas las gestantes en el primer trimestre, y repetirlo en el tercer trimestre si el cribado inicial ha sido negativo y pertenece a un grupo de riesgo. • No debe desaconsejarse la lactancia materna a las mujeres seropositivas. • La vacuna puede administrarse durante el embarazo si se considera que el riesgo de infección de la mujer es alto.

DETERMINACIÓN	OBJETIVOS	RECOMENDACIONES
Rubeola	• Identificar a las gestantes susceptibles de infectarse durante el embarazo y ofrecer la vacunación en el parto a las no inmunizadas a fin de proteger los embarazos futuros.	• Solicitar la determinación de anticuerpos en la visita preconceptiva o en la primera visita del embarazo o recoger los resultados de una determinación previa si se dispone de ella. Vacunar según pauta vigente a: -Mujeres seronegativas en el cribado preconcepcional de la rubéola. -Mujeres seronegativas después del parto (hay que informarlas de que pueden continuar con la lactancia). • Informar a las mujeres de que no pueden quedarse embarazadas hasta, por lo menos, un mes después de haber recibido la vacuna. Determinar anticuerpos al mes de la vacunación para tener documentada la respuesta inmunológica en vista a embarazos posteriores.
Lúes	• Detectar y tratar de manera precoz la infección por <i>Treponema pallidum</i> para evitar las secuelas a la madre y al recién nacido.	• Solicitar un estudio serológico de lúes en el primer trimestre del embarazo y repetirlo en el tercer trimestre si el cribado inicial ha sido negativo y pertenece a un grupo de riesgo.
VIH	• Conocer el estado serológico materno para establecer el estudio, la vigilancia y el tratamiento adecuado de las mujeres afectadas, a fin de cuidar su salud y reducir el riesgo de transmisión vertical y posnatal.	• Solicitar un estudio serológico a todas las mujeres en el primer trimestre, tras haberles pedido su consentimiento verbal. • Repetir la determinación en la última analítica del embarazo en mujeres con riesgo de VIH. • Derivar a las gestantes a quienes se ha diagnosticado una infección por el VIH para que sean atendidas y tratadas por equipos especializados.
Hepatitis C	reconcepcional: • Detectar las mujeres portadoras de VHC para ofrecer información sobre los posibles riesgos de transmisión vertical.	Preconcepcional • Se sugiere el cribado de VHC en mujeres que presentan antecedentes de alto riesgo de infección por VHC (antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral, o receptoras de transfusiones sanguíneas o trasplantadas antes de la década de los 90). Durante el embarazo • No se recomienda la detección de rutina porque no hay pruebas suficientes para confirmar su eficacia y el balance entre el coste y el beneficio.

FICHA 10. ANALÍTICAS Y SEROLOGÍAS. (CONT.)

DETERMINACIÓN	OBJETIVOS	RECOMENDACIONES
Serología de la enfermedad de Chagas-Mazza	Identificar a los recién nacidos potencialmente infectados para ofrecerles tratamiento y evitarles las secuelas, ya que en esa edad el tratamiento precoz es muy eficaz, mientras que es ineficaz cuando la enfermedad se cronifica.	- Hacer un cribado serológico de la enfermedad de Chagas (IgG anti-<i>Trypanosoma cruzi</i>) en el primer trimestre a las gestantes de origen latinoamericano (a excepción de la de los países del Caribe, donde la enfermedad no es endémica). - Hacer pruebas parasitológicas durante los 6-9 primeros meses de vida de la criatura y posteriormente pruebas serológicas a los niños de madres con serología positiva. - No se recomienda la interrupción de la lactancia materna, salvo en los casos agudos con lesión y sangrado de pezón. - No se recomienda aplicar un tratamiento de manera específica a la madre durante el embarazo con los fármacos actuales, dado que no se conoce su riesgo teratogénico y su eficacia en personas infectadas de manera crónica es baja.
DETERMINACIÓN	OBJETIVOS	RECOMENDACIONES
Grupo sanguíneo, factor Rh y prueba de Coombs indirecta	Prevenir la sensibilización materna e identificar a las gestantes inmunizadas.	PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN DE GAMMA GLOBULINA ANTI-D - Administrar de rutina: - Gestantes con factor Rh negativo no sensibilizadas, en la 28ª semana. - Gestantes con factor Rh negativo no sensibilizadas cuyo recién nacido tenga un factor Rh positivo antes de las 72 horas posparto. - Si no se ha tratado antes de 72 horas después del parto o de eventos sensibilizantes, aún debe administrarse inmunoglobulina anti-D hasta la 4ª semana a partir de aquellos. - Después de un aborto o un embarazo ectópico. - En caso de que se diagnostique mola parcial. - Después de una biopsia del corion. - Después de una amniocentesis. - Después de una cordocentesis. - Después de una versión céflica externa. - Dosis adicional: en caso de hemorragia fetomaterna mayor de 10-15 ml.

FICHA 10. ANALÍTICAS Y SEROLOGÍAS. (CONT.)

DETERMINACIÓN	CONSIDERACIONES	OBJETIVOS	RECOMENDACIONES
Cribado de hipotiroidismo.	• La patología tiroidea materna puede tener trascendencia para la salud de la propia madre y el feto. • La mayoría de los trastornos comunes, autoinmunidad/disfunción, que afectan al tiroides y embarazo, generalmente no ocasionan síntomas ni signos. Su diagnóstico es bioquímico.	• Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo durante la gestación, para evitar las principales complicaciones obstétricas asociadas a la disfunción tiroidea. • Prevenir la hipogalactemia por alteración tiroidea	• Se sugiere la realización de cribado de la función tiroidea en la primera visita gestante a las mujeres con factores de riesgo de disfunción tiroidea: - mayores de 30 años - con historia familiar de enfermedad tiroidea - con antecedentes personales de enfermedad tiroidea - con DM tipo 1 u otros trastornos autoinmunes - con antecedentes de abortos de repetición - con irradiación de cabeza o cuello - en tratamientos sustitutivos con levotiroxina o que viven en zonas que presumiblemente son deficientes en yodo.

2.3.2. Cribado de la diabetes gestacional

(Véase la ficha 11)

Consideración

- Actualmente en nuestra Comunidad Autónoma la Estrategia de Diabetes ,recomienda mantener la estrategia del Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE 2015).

Objetivo

- Hacer un diagnóstico precoz de la diabetes gestacional para prevenir complicaciones en la madre y en el recién nacido.

FICHA 11. CRIBADO DE LA DIABETES GESTACIONAL

PRUEBAS DE CRIBADO	RECOMENDACIONES
● Test de O'Sullivan en el primer trimestre en los casos de gestantes de riesgo alto: - Edad > 35 años. - Obesidad (Índice de masa corporal > 30 kg/m²). - Antecedentes personales de diabetes gestacional u otras alteraciones del metabolismo de la glucosa. - Resultados obstétricos previos que hagan sospechar una DMG no diagnosticada (p. ej. macrosomía). - Historia de diabetes mellitus en familiares de primer grado. - Grupos étnicos de riesgo (afroamericanas, asiáticoamericanas, hispanoamericanas, indio-americanas). Si el cribado del primer trimestre da un resultado negativo, hay que repetirlo entre las semanas 24^a y 28^a. Si el cribado del primer trimestre da un resultado positivo y una curva normal, hay que repetir la curva entre las semanas 24^a y 28^a. Test de O'Sullivan en el segundo trimestre (entre las semanas 24^a y 28^a de la gestación): universal. Test de O'Sullivan en el tercer trimestre: en los casos de gestantes que no hayan sido estudiadas en el segundo trimestre y en aquellos en que el estudio haya resultado negativo pero posteriormente hayan desarrollado complicaciones que característicamente se asocian a la diabetes gestacional (macrosomía fetal o polihidramnios), se debe obviar la prueba de cribado y acudir directamente a la sobrecarga oral de glucosa.	● Respetar la decisión informada de las mujeres sanas sin factores de riesgo que decidan no hacerse la prueba de cribado. ● Proporcionar a las gestantes la información siguiente: - La gestación con diabetes gestacional termina de manera satisfactoria en la mayoría de los casos, sin complicaciones y con el nacimiento de una criatura sana. - La diabetes gestacional no es una enfermedad, sino un potencial problema de nutrición del feto: el exceso de glucosa que le llega estimula la secreción de insulina y, en consecuencia, el crecimiento del feto puede acelerarse y producir macrosomía. La macrosomía fetal se asocia a cierto riesgo de distocia de hombro. - Un buen control glucémico durante el embarazo puede reducir el riesgo de macrosomía fetal, de trauma durante el parto, de inducción del trabajo de parto, de cesárea, de hipoglucemia neonatal y de muerte perinatal. - Habitualmente, la diabetes gestacional responde a cambios en la dieta y en el ejercicio. Entre el 10 % y el 20 % de las mujeres necesitan un tratamiento farmacológico. - La diabetes gestacional aumenta el riesgo de la gestante de padecer una diabetes de tipo II en el futuro. Es conveniente reevaluar a todas las mujeres con diabetes gestacional a las 6-12 semanas después del parto o una vez finalizada la lactancia con el test de sobrecarga oral de glucosa (SOG) con 75 gramos. El riesgo de repetir otro episodio de diabetes gestacional es del 70 %. - El control glucémico materno y la lactancia materna pueden contribuir a reducir el riesgo del hijo de sufrir obesidad y diabetes en el futuro. - Concentraciones elevadas de glucosa, es un factor de riesgo que retrasa la lactogénesis II.

2.3.3. Diagnóstico prenatal

(Véase la ficha 12)

Objetivo

- Identificar anomalías fetales para que la familia pueda tomar decisiones acerca de la continuación o la interrupción del embarazo, prepararse para el nacimiento y la crianza de una criatura con problemas, programar el nacimiento en un centro especializado o incluso aplicar un tratamiento intrauterino, en su caso.

FICHA 12. DIAGNÓSTICO PRENATAL

ASESORAMIENTO SOBRE EL CRIBADO DE DEFECTOS CONGÉNITOS	PRUEBAS RECOMENDADAS
• Informar a la mujer y a su pareja durante la primera visita del embarazo sobre la posibilidad y los métodos de diagnóstico prenatal de anomalías cromosómicas y de malformaciones: - Cálculo del riesgo para algunas anomalías. - Ecografías para diagnosticar precozmente ciertas anomalías del embrión o del feto. • Proporcionarles información rigurosa e imparcial, basada en evidencias científicas y dirigida a capacitarlos para tomar decisiones según sus propios valores y preferencias, con tiempo suficiente para que puedan decidir si desean someterse a estos cribados y solicitar aclaraciones. • Aclarar el alcance y el significado de las pruebas y las decisiones que puede ser necesario tomar en cada una de las fases del cribado. La prueba del cribado valora únicamente la probabilidad de que el feto presente una trisomía autosómica: - Riesgo bajo: es improbable que el feto tenga el síndrome de Down, pero no indica que no haya riesgo. - Riesgo alto: deben decidir si aceptan que se haga un test diagnóstico invasivo (amniocentesis o biopsia de la vellosidad corial) para descartar o confirmar la sospecha. • Informarles sobre los aspectos siguientes: - Riesgos de las técnicas invasivas. - Problemas asociados al síndrome de Down y posibilidades actuales de las personas que padecen este síndrome. - Pronóstico incierto de algunos de los otros trastornos cromosómicos diagnosticables; opciones y recursos, tanto si deciden continuar la gestación como si deciden interrumpirla. - Posibilidades de diagnosticar anomalías fetales estructurales por medio de una ecografía, y limitaciones de la técnica: índice de masa corporal de la madre, posición fetal durante la exploración... - Tasas de detección según el tipo de malformación. • Cuando se detecta una anomalía fetal, la embarazada y su pareja deben ser informados de su trascendencia, prestando gran atención a sus sentimientos y emociones. Hay que ofrecer atención psicológica a las parejas que decidan interrumpir la gestación y en cualquier caso de pérdida del feto.	• Prueba combinada en el primer trimestre: trans-lucencia nuchal, -HCG, PAPP-A realizada entre la 11+0 y la 13+6 semana de la gestación. Ofrece una buena tasa de detección del síndrome de Down y de otras cromosomopatías, tiene una fácil aplicación clínica y proporciona resultados en las fases tempranas del embarazo. • Prueba triple o cuádruple entre las semanas 15ª y 20ª de la gestación a las mujeres que acudan tardíamente al seguimiento del embarazo. • Ecografía para el cribado de anomalías estructurales entre las semanas 19ª y 21ª de la gestación.

2.3.4. Exploración ecográfica

(Véase la ficha 13)

Objetivo

- Evaluar la edad gestacional, detectar precozmente los embarazos múltiples y las malformaciones fetales no sospechadas clínicamente, cuando todavía es posible la interrupción del embarazo.

Recomendaciones

- Explicar a la gestante los beneficios y las limitaciones de la ecografía obstétrica, para facilitarle la toma de decisiones informadas.
- Durante el embarazo sin complicaciones se recomienda hacer de rutina dos ecografías a cargo de obstetras debidamente entrenados y acreditados.
- En los casos de embarazos de riesgo, el número de ecografías y el momento en que deben hacerse son determinados por las características específicas de cada caso.
- Ofrecer a las gestantes y sus acompañantes información centrada en la salud, empática y a demanda durante el procedimiento, a fin de evitar el estrés y la angustia.

FICHA 13. EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA

	OBJETIVOS	CONTENIDOS	RECOMENDACIONES
Ecografía del primer trimestre	• Valorar la viabilidad de la gestación. • Datar la gestación. • Diagnosticar precozmente los embarazos múltiples. • Detectar las patologías de la gestación (aborto, embarazo ectópico, mola...). • Detectar las patologías ginecológicas asociada (miomas, quistes ováricos...). • Diagnóstico de algunas malformaciones (p. ej., anencefalia). • Marcadores ecográficos precoces.	• Presencia o ausencia de embrión. • Presencia o ausencia del latido cardíaco fetal. • Número de embriones. • Medida del saco gestacional y longitud cráneo-nalgas. • Localización y características del trofoblasto. • Medición de la translucencia nucal para valorar las anomalías cromosómicas y el riesgo de una cardiopatía fetal. • Valoración morfológica precoz: cráneo, tórax, abdomen, columna y miembros. • Observación del útero y de los anejos.	• Hacer la ecografía entre las semanas 11 y 13+6 de la gestación.
Ecografía del segundo trimestre	• Identificar anomalías fetales que permitan tomar decisiones informadas sobre diversas opciones: - Opción reproductiva: continuar el embarazo o interrumpirlo. - Prepararse para el nacimiento de una criatura con anomalías y una discapacidad que podrían requerir cuidados paliativos y tratamientos específicos. - Gestionar el nacimiento en un centro especializado. - Terapia intrauterina, en su caso.		• Hacer la ecografía entre las semanas 19^a y 21^a de la gestación.
Ecografía del tercer trimestre	• No hay evidencias que apoyen que se haga una ecografía rutinaria en el tercer trimestre, ya que no ha demostrado ningún beneficio. Si se sospecha la existencia de un feto con restricción de crecimiento o si existe otra indicación, hay que informar a la embarazada y ofrecerle la ecografía.		

2.3.5. Otras prácticas clínicas durante el embarazo

(Véase la ficha 14)

A) Cribado prenatal del estreptococo del grupo B

Objetivo

- Detectar los casos de mujeres portadoras del estreptococo del grupo B para aplicarles un tratamiento intraparto y reducir la incidencia de la sepsis neonatal.

B) Citología cervicovaginal

Objetivo

- Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix.

C) Cardiotocograma

Objetivo

- Identificar los fetos que están en una situación comprometida, de manera que se puedan aplicar las medidas apropiadas para evitar un daño irreversible.

D) Versión cefálica externa en presentaciones podálicas

Objetivo

- Aumentar las posibilidades de parto vaginal de las embarazadas con fetos en presentación podálica cerca del término.

E) Atención del embarazo sin complicaciones entre las semanas 41ª y 42ª

Objetivo

- Ofrecer una atención especial al embarazo entre las semanas 41ª y 42ª de la gestación con el objetivo de prevenir el posible incremento de la morbilidad fetal a partir de esa edad gestacional.

F) Atención de las mujeres que ya han experimentado una cesárea

Objetivo

- Ofrecer la posibilidad de un parto vaginal a las mujeres que ya hayan experimentado una cesárea y una incisión transversa baja.

FICHA 14. OTRAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DURANTE EL EMBARAZO

RECOMENDACIONES	
Cribado prenatal del estreptococo B	• Hacer una toma de muestras y un cultivo en el tercer trimestre de la gestación, entre la 35ª y la 37ª semana de la gestación.
Citología cervicovaginal	• No se recomienda hacer la citología cervicovaginal de rutina a todas las gestantes, se sugiere retrasar la citología hasta 6 u 8 semanas tras el parto en mujeres con una historia previa de citologías negativas a las que les corresponde un nueva prueba de cribado, salvo en los casos en los que existan dudas sobre el seguimiento del cribado por parte de la mujer o hayan transcurrido más de 3 años. • Hacer la toma endocervical por medio de bastones de algodón humedecidos con suero salino a fin de minimizar el posible sangrado derivado de la toma de la muestra endocervical, e informar a la gestante para evitar que se preocupe. • Iniciar el estudio del bienestar fetal a partir de la 41ª semana de la gestación en los embarazos sin complicaciones. • En los embarazos de riesgo alto, la propia patología señalará cuándo y con qué frecuencia debe hacerse el cardiotocograma.
Cardiotocograma	
Versión céfálica externa en presentaciones podálicas	• En caso de presentación podálica, debe ofrecerse —siempre que se tenga experiencia— la versión céfálica externa por medio de la manipulación fetal a través de la pared abdominal materna. Debe hacerse preferiblemente en la 36ª semana en el caso de las nulíparas y en la 37ª semana en el caso de las multiparas. • Ofrecerles la posibilidad de un parto vaginal en presentación podálica si no tiene éxito la versión céfálica externa, especialmente en los casos de mujeres que hayan tenido un parto vaginal anterior y que cumplan los requisitos, con la información oportuna. • Informar a las embarazadas sobre los aspectos siguientes de la versión céfálica externa: - Reduce la probabilidad de un parto en presentación podálica. - Disminuye la probabilidad de tener que recurrir a la cesárea. - El parto en céfálica después de una versión céfálica externa exitosa se asocia con una mayor proporción de intervenciones obstétricas que cuando la versión céfálica externa no es necesaria. - La tasa de éxito de la versión céfálica externa es de aproximadamente el 50 %, aunque puede haber diferencias individuales. - Hay pocas contraindicaciones absolutas y la tasa de complicaciones es muy baja. - Puede ser dolorosa y el procedimiento puede ser interrumpido si la embarazada lo desea.

RECOMENDACIONES	
Atención del embarazo sin complicaciones entre la 41ª y la 42ª semana de la gestación	● Estimar adecuadamente la edad gestacional por medio de la ecografía del primer trimestre. ● Ofrecer a la gestante a partir de la semana 41+0 de la gestación la posibilidad de esperar el inicio espontáneo del parto o de inducirlo con el mejor método disponible y la información adecuada. ● Antes de la inducción formal del trabajo de parto se puede ofrecer la alternativa de un examen vaginal para despegar las membranas. ● Si la embarazada rechaza la inducción a partir de la 42ª semana, hay que ofrecerle vigilancia frecuente por medio de dos cardiotocogramas semanales, por lo menos, y la estimación ecográfica del volumen del líquido amniótico. ● Finalizar la gestación ante cualquier signo de compromiso fetal. El oligoamnios puede ser un marcador relevante cuando el embarazo se prolonga. ● Informar a las gestantes de los aspectos siguientes: - Entre el 5 % y el 10 % de los casos, el embarazo se prolonga más allá de la 42ª semana. - A partir de la 40ª semana empiezan a aumentar muy lentamente los riesgos para el feto y la tasa de cesáreas. - La inducción del trabajo de parto es un procedimiento invasivo y doloroso. Con el fin de tomar una decisión informada y dar su consentimiento, las embarazadas necesitan información suficiente y fiable y tiempo para tomar su decisión. Deben conocer el método de inducción, el lugar, los detalles y las opciones de apoyo y de alivio del dolor.
Atención de las mujeres que hayan experimentado una cesárea previamente	● Permitir el parto vaginal de inicio espontáneo cuando la embarazada ya haya experimentado una cesárea previamente, siempre que no haya contraindicaciones absolutas. ● En el caso de que se considere programar una cesárea, no debe hacerse antes de la 39ª semana cumplida, salvo en los casos de urgencia a causa de alguna patología materna o fetal que lo exija.

2.4. Atención del embarazo en situaciones de especial vulnerabilidad

2.4.1. Atención a la diversidad

(Véase la ficha 15)

Consideraciones

- El flujo migratorio hacia las Islas Baleares ha aumentado, lo que implica la aparición de necesidades específicas en materia de salud sexual y reproductiva a causa de la alta tasa de natalidad, las condiciones socioeconómicas y culturales de las mujeres inmigradas y las enfermedades endémicas de sus países de origen. Además, sus circunstancias psicosociales (duelo migratorio, falta de soporte social o familiar) pueden producir un cierto malestar psicológico que puede afectar a la evolución del embarazo.
- Por otra parte, en un tiempo de globalización acelerada como el actual, la diferencia cultural es más inteligible; en nuestra intervención podemos aprovechar la riqueza cultural que las personas recién llegadas aportan.

Objetivos

- Proporcionar una atención precoz y adecuada a las mujeres inmigradas y a sus parejas y facilitarles su participación teniendo en cuenta sus particularidades y patologías específicas según el país de origen y eliminando las barreras culturales e idiomáticas.

2.4.2. Atención sanitaria de mujeres con mutilación genital femenina

(Véase la ficha 15)

Consideraciones

- Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, la mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos que, de manera intencionada y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos.
- La MGF es una costumbre ancestral preislámica, extendida entre muchos pueblos africanos —aunque no exclusivamente—,

que tiene profundas raíces sociales y culturales. Pero la MGF no se realiza en todos los estados africanos, ni siquiera en todos los grupos étnicos de un mismo estado. Sin embargo, según estudios llevados a cabo en Gambia, se ha comprobado que algunos pueblos que tradicionalmente no incluían la MGF entre sus tradiciones actualmente sí lo hacen al haber entrado en contacto con otros grupos y haberse asentado territorialmente en sus poblados, como parte de un proceso adaptativo más amplio.

- Tipos de MGF según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (1995):

- Tipo I: la *clitoridotomía* consiste en la eliminación del prepucio clitorídeo, aunque generalmente se conserva el clítoris. Llamada “sunna” (“tradición”), es equivalente a la circuncisión masculina.
- Tipo II: la *escisión o clitoridectomía* es la resección parcial o total del clítoris y puede incluir el corte de los labios menores y de los labios mayores.
- Tipo III: la *infibulación* consiste en la sutura de ambos lados de la vulva, con o sin resección del clítoris. Se dejan dos pequeños orificios para permitir la salida de la orina y de la sangre menstrual.
- Tipo IV: todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, la incisión, el raspado, la cauterización o la introducción de sustancias corrosivas en la zona genital.

- Las principales razones aducidas para llevar a cabo la MGF son las siguientes:

- *Higiene*: un hombre circuncidado equivale a un “hombre limpio”, de acuerdo con el Corán y, por tanto, es de carácter obligatorio. Una mujer circuncidada, por tanto, es una “mujer limpia”. Forma parte de la *sunna*, aunque solo es una recomendación, no una obligación, dado que el Corán no hace mención de ello.
- *Rito de iniciación*: significa el paso de la infancia a la pubertad, primer estadio de la vida adulta.
- *Simbólicas*: la circuncisión constituye una

marca de por vida y simboliza que también lo será la unión de una mujer circuncidada al grupo. Se trata de una cuestión de cohesión social y de pertenencia: se está dentro o se está fuera.

- **Estéticas:** el clítoris puede crecer demasiado.
- **Otras razones:** facilitar el parto, prevenir la promiscuidad, aumentar las oportunidades matrimoniales, preservar la virginidad, potenciar la fertilidad, mantener una buena salud y prevenir el nacimiento de niños muertos en las primigrávidas, ya que se cree que si la criatura toca el clítoris con la cabeza al nacer puede morir o padecer algún trastorno mental.
- En cuanto a la prevalencia de la MGF, la mayoría de las niñas y de las mujeres que la han sufrido proceden de 28 estados africanos, aunque también se pueden encontrar en Asia y en Oriente Medio y se da cada vez más en Europa, en Australia, en Canadá y en los Estados Unidos, principalmente entre personas inmigradas que proceden de Eritrea, Guinea, Malí, Sierra Leona, Somalia, Sudán y Yibuti. Se estima que cada año otros dos millones de niñas corren el riesgo de sufrir la MGF.

ESTADO	PREVALENCIA	TIPOLOGÍA MÁS PREVALENTE
Burkina Faso	72 %	I y II
Costa de Marfil	42 %	I y II
Gambia	78 %	I y II
Ghana	4 %	I y II
Guinea	96 %	III
Nigeria	19 %	I y II
Senegal	28 %	I y II
Somalia	98 %	III
Sudán	90 %	III
Yibuti	93 %	III

Fuente: GIPE/PTP, a partir de datos del Demographic & Health Survey (2008).

Consultar el Protocolo de prevención y atención a las mujeres y las niñas de la Mutilación Genital Femenina en las Islas Baleares

2.4.3. Atención a la discapacidad

(Véase la ficha 15)

Objetivos

- Proporcionar una atención adecuada a las mujeres con alguna discapacidad, ofrecerles los medios estructurales y la información necesaria que les permitan ejercer el derecho de decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que desean, el espaciamiento entre los embarazos y la manera satisfactoria de llevarlos a cabo.
- Facilitar la participación en el proceso a las mujeres con alguna discapacidad y a sus parejas, teniendo en cuenta sus circunstancias, particularidades, deseos y expectativas, y disponer de los medios adecuados y la información accesible en cada caso.

2.4.4. Atención de mujeres adolescentes

(Véase la ficha 15)

Consideraciones

- La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período de la vida en que el individuo adquiere la madurez reproductiva y transita por los patrones psicológicos de la niñez a la vida adulta, y fija sus límites entre los 10 y los 19 años.
- Distintos autores señalan que las embarazadas adolescentes siguen a menudo una dieta inadecuada y acceden a la atención prenatal en un estadio avanzado de la gestación. Se trata de un problema complejo que exige un gran costo social y personal. Las adolescentes embarazadas tienden a padecer más riesgos de complicaciones obstétricas, que pueden repercutir en los recién nacidos: retraso del crecimiento intrauterino, prematuridad, peso bajo al nacer...

Objetivo

- Proporcionar cuidados prenatales óptimos centrados en las necesidades de salud especiales de las adolescentes, que incluyen un abordaje obstétrico, psicosocial e individualizado.

FICHA 15. EMBARAZO Y PUERPERIO EN SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD.

ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD	
Consideraciones	Recomendaciones
• Diferencias culturales, que pueden presentarse en la atención a las mujeres inmigradas: - Idioma, manera de expresarse. - Estilo de vida, códigos de salud, nivel de educación sanitaria de la población de donde proceden. - Religión, patrones familiares. - Desconocimiento del sistema sanitario y dificultades de acceso. - Menor uso de las consultas prenatales, inicio tardío del seguimiento del embarazo. - Interrupciones del seguimiento a causa de viajes, tipos de trabajo (p. ej., servicio doméstico). - Roles de género: rol de madre, relaciones de poder masculino que favorecen la multiparidad, los intervalos intergenésicos cortos, el aislamiento y la dificultad de integración. - Mayor prevalencia de embarazos en la adolescencia, ya que en muchas culturas la edad del primer embarazo es menor que en nuestro contexto cultural. - Mayor prevalencia de la interrupción voluntaria del embarazo, desconocimiento de los métodos anticonceptivos, mayor incidencia de las infecciones de transmisión sexual. • Vivencia del embarazo: las mujeres inmigrantes valoran la seguridad del medio sanitario en España en la atención del parto, pero consideran excesivos y demasiado frecuentes las visitas prenatales, y la preparación psicofísica, una pérdida de tiempo. A menudo ponen en duda la necesidad de técnicas en el seguimiento del embarazo, fundamentalmente porque en su contexto cultural es un proceso natural. • Vivencia del parto y del parto: - No comprenden que se les cite en algunos casos (p. ej., inducción del parto, control cardiotocográfico fetal) y no suelen acudir al hospital hasta que presentan los síntomas del parto. - Respecto al dolor del parto, no suelen pedir analgesia, ya que el dolor forma parte del proceso, aunque determinadas circunstancias —como la paridad (primiparidad) y la cultura— pueden cambiar esta decisión. - En algunas culturas la presencia del marido durante el parto no está bien vista. • Vivencia del puerperio: cuando el recién nacido necesita incubadora, lo interpretan como un signo de que va a morir o tendrá una discapacidad importante. La relación con el recién nacido es diferente, sobre todo en las mujeres subsaharianas: p. ej., el hecho de que el personal sanitario pregunte el nombre del recién nacido o manifieste que es guapo es contraproducente, ya que creen que si se le valora demasiado lo perderán.	• Adaptar algunos aspectos del protocolo de seguimiento del embarazo para individualizar los cuidados. • Facilitar desde la atención primaria la incorporación al seguimiento del embarazo. La asistencia sanitaria está garantizada por ley a todas las mujeres, independientemente de su situación administrativa en España. • Insistir y ayudar a la mujer inmigrada a adaptarse a la organización sanitaria de las Islas Baleares. • Informarle sobre aspectos específicos: - Hábitos alimentarios, creencias, prácticas y rituales tradicionales que puedan tener relación con el embarazo, el nacimiento y el cuidado del recién nacido. - La soledad en relación con el proceso migratorio, el riesgo de recidiva del duelo migratorio durante la gestación, las prácticas religiosas (p. ej.: Ramadán) y la mutilación genital femenina en mujeres procedentes de países donde se acostumbra llevarla a cabo. • Disponer de materiales informativos (vídeos, folletos...) en diversos idiomas para facilitar la comunicación y asegurar la comprensión de lo que sucede. • Utilizar los recursos si están disponibles: - Mediadores culturales, que no solo traducen la lengua sino que transmiten el sentido de las palabras en un contexto cultural diferente. • Insistir en la educación sanitaria y la prevención durante el embarazo, valorar nuevas estrategias de educación grupal adaptadas a sus características y necesidades aprovechando las capacidades y las aportaciones culturales de la población recién llegada (crianza, lactancia, etc.).

ATENCIÓN SANITARIA EN EL EMBARAZO Y EN EL PUERPERIO DE LAS MUJERES QUE HAN SUFRIDO MUTILACIÓN GENITAL	
Seguimiento del embarazo	Seguimiento posterior al parto
• El embarazo suele ser la primera vez en que se aborda la mutilación genital femenina (MGF). Por ello, el personal sanitario debe adquirir conocimientos y habilidades y actuar de manera empática, confidencial, respetuosa y natural. • La primera visita es de vital importancia para poder establecer una relación de confianza entre la mujer y el o la profesional. • Es importante identificar a las mujeres que han sufrido MGF “preguntarle si le han realizado el corte” y registrarlo en su historia clínica, pero es preferible plantear por primera vez el tema y la exploración en las vistas sucesivas, cuando ya se haya creado cierta relación de confianza y respeto. • En los casos de MGF, en la exploración de los genitales externos se observará el tipo y la extensión del fenómeno, la presencia de cicatrices rígidas y la elasticidad del tejido. • Cualquier exploración debe hacerse con el consentimiento previo de la mujer, e incluso a veces de su pareja. • Los propios sentimientos del personal sanitario ante la MGF en el momento de la exploración pueden aumentar la incomodidad y la sensación de vergüenza de la mujer, lo que puede propiciar que no vuelva a la consulta. Por ello, el o la profesional debe controlar la expresión de esos sentimientos. • Hay que evitar la presencia de demasiada gente (estudiantes...) y en ocasiones de profesionales masculinos si la mujer no quiere que estén presentes. • Estrategias recomendadas para introducir el tema de la MGF: - Preguntar a la mujer si tiene problemas para orinar o para la salida de flujo menstrual, infecciones urinarias, dispareunia o dificultades en las relaciones sexuales. - Indagar sobre la actitud de la mujer y la familia sobre la MGF; si consideran que la realizarán a una futura hija, introducir el tema de las consecuencias para la salud de la niña y de la ilegalidad de llevar a cabo cualquier tipo de MGF en España. - Utilizar la educación sexual que se imparte durante el seguimiento del embarazo para informar sobre la función de los genitales externos. Se pueden utilizar láminas de anatomía para hablar del aparato genital femenino con circuncisión y sin circuncisión y sobre las consecuencias médicas (infecciones, transmisión del VIH, hemorragias...), psicológicas y sexuales de la MGF. - Si la MGF consiste en una infibulación (poco frecuente en las inmigrantes que viven en España), debe plantearse la necesidad de hacer la desinfibulación entre la 20ª y la 28ª semana de la gestación utilizando anestesia local o epidural. Si no se hace durante el embarazo, debe hacerse durante la segunda fase del parto.	• Además de los controles habituales, hay que informar al personal sanitario responsable del seguimiento del puerperio sobre los posibles cambios anatómicos de la mujer en los casos de desinfibulación. • Explicar a la mujer la relación entre los desgarros y las cicatrices ocasionadas por la MGF. • En caso de desinfibulación, subrayarle los aspectos positivos derivados de la nueva situación y darle apoyo psicológico para que pueda afrontar este cambio. • Enseñarle a hacer ejercicios de recuperación perineal. • Asesorarla sobre el reinicio de las relaciones sexuales después del parto: - Intentar no tener relaciones coitales hasta que las heridas cicatricen completamente. - Utilizar lubricantes vaginales en las relaciones coitales. • En caso de una recién nacida, asegurarse de que la madre y su pareja son conscientes de las consecuencias que la MGF implica para la salud de su hija y recordarles que es ilegal. • Tener en cuenta que al hablar sobre la MGF pueden generarse sentimientos de culpabilidad por haber circuncidado a otra hija anteriormente. • Resaltar sus costumbres positivas: la lactancia materna prolongada, el contacto físico constante entre las madres y las criaturas, el apoyo de la familia extensa en el cuidado y en la seguridad de los niños dentro de la comunidad. • Indagar si la hija se criará en España o en África. Esto conlleva poder comentar las dificultades que supondría la mutilación para la salud de la niña y también que se trata de una práctica ilegal en nuestro medio. Si la niña debe volver a su país, hay que informar de que allí también se están produciendo cambios respecto a esta cuestión. • Elaborar un informe para el equipo de pediatría de referencia a fin de que pueda continuar con las tareas de sensibilización sobre la prevención de la MGF en la niña. Deben constar las actividades llevadas a cabo hasta el momento y la respuesta de la madre y su pareja al abordar el problema.

FICHA 15. EMBARAZO Y PUERPERIO EN SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD. (CONT.)

ATENCIÓN DE LAS MUJERES ADOLESCENTES	
Recomendaciones	● Aliviar los sentimientos de miedo y aislamiento que a menudo sienten las adolescentes embarazadas cuando acuden a la atención prenatal. ● Evitar las actitudes culpabilizadoras y mostrar una actitud positiva y empática. ● Proporcionarles asistencia psicológica, si la necesitan. ● Favorecer el vínculo entre la madre y el recién nacido. ● Implicar a la familia materna y la pareja, si la hay, en el cuidado de la adolescente embarazada. ● Facilitarle el acceso sencillo y rápido a la atención psicosocial.
ATENCIÓN DE MUJERES CON ALGUNA DISCAPACIDAD	
	● Facilitar la accesibilidad en general eliminando las barreras arquitectónicas, de información y de organización. ● Habilitar espacios, instrumentos y prácticas adecuadas a las necesidades de las mujeres. ● Evitar el intervencionismo injustificado y las acciones que puedan significar discriminación. ● Potenciar la capacidad de resiliencia de las mujeres con alguna discapacidad resaltando sus fortalezas, habilidades y progresos. ● Ofrecer el apoyo necesario en los aspectos de mayor vulnerabilidad. ● Promover acciones para incrementar la autonomía en el ámbito familiar, la participación de la pareja y el apoyo familiar en las tareas del hogar y en los cuidados necesarios según cada caso. ● Potenciar la comunicación con el personal sanitario y desmitificar los estereotipos, los mitos y los prejuicios. ● Fomentar los grupos de ayuda mutua y los puntos de información entre mujeres con alguna discapacidad que quieran ser madres y aquellas que ya lo han sido.



ATENCIÓN DEL PUERPERIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

3.1. Seguimiento del puerperio

(Véase la ficha 16)

Consideraciones

- El puerperio supone un periodo de reajuste y de especial vulnerabilidad en la vida de las mujeres y de su entorno familiar. La atención que ofrece el sistema sanitario es un elemento decisivo, por un lado, para lograr que las puérperas vivan este proceso de manera serena y satisfactoria y que la experiencia enriquezca su grado de salud, el de la criatura y el de las personas de su entorno y, por otro lado, para evitar que se convierta en una sucesión de dificultades.
- Es esencial disponer de protocolos basados en la evidencia sobre los cuidados puerperales para asegurar las buenas prácticas y eliminar las que no estén sustentadas en datos científicos o que se revelen perjudiciales o innecesarias.

Objetivos

- Proporcionar continuidad de los cuidados después del alta hospitalaria.
- Promover la salud de las puérperas y de sus recién nacidos: atender sus dudas y darles pautas para conseguir autonomía y ayudar a la familia en la integración del nuevo miembro.
- Detectar las desviaciones de la normalidad.
- Fomentar el vínculo emocional y el apego al recién nacido (véase la sección 3.4).
- Promover la lactancia materna (véase la ficha 19).

Recomendaciones

- Hacer la primera visita puerperal a domicilio o en el centro de salud durante la primera semana posterior al alta hospitalaria.
- Ofrecer un plan de atención individualizado para cada puérpera y su criatura, respetando sus necesidades personales y culturales, sus creencias y sus deseos.
- Informarla sobre los signos y los síntomas de alarma que requieran atención urgente (véase la ficha 16).

- Ofrecer a la puérpera la oportunidad de hablar acerca del nacimiento y de su experiencia y de hacer preguntas sobre la atención recibida durante el trabajo de parto y nacimiento.
- Preguntar a la puérpera sobre su estado físico y emocional, sobre el apoyo familiar y social de que dispone y sobre sus estrategias para gestionar asuntos cotidianos.
- Animar a la puérpera, a su pareja y a sus familiares a comentar cualquier cambio de humor, estado emocional o comportamiento inusual.
- Ofrecer a todas las puérperas una revisión al cabo de 6-8 semanas que se centre en su salud física y emocional.
- Facilitar a la puérpera el acceso a grupos de apoyo de posparto “de madre a madre”.
- Informar y asesorar a la puérpera y a su pareja para identificar y valorar el estado de normalidad de su criatura, los signos y los síntomas de problemas de salud comunes y de riesgo que requieran la asistencia urgente y los aspectos de seguridad. Se puede planificar el resto de las visitas posteriores según las necesidades individuales de cada puérpera.

3.2. Abordaje de las alteraciones de la salud física y del bienestar

(Véase la ficha 16)

Objetivo

- Abordar la aparición de problemas físicos y psicológicos, facilitar una atención rápida y eficaz y prevenir las complicaciones evitables.

3.3. Promoción de la salud en el puerperio

(Véase la ficha 16)

Consideraciones

- Cualquier imposición acerca de los cuidados que debe llevar a cabo una puérpera puede generarle estrés si no puede cumplirlos adecuadamente. Nunca deben sugerírseles si no tienen una base científica demostrada.

Objetivos

- Durante este periodo, facilitar a la puérpera información adecuada y consejo sanitario para empoderarla a cuidar de su propia salud y de la de su criatura, en un lenguaje claro y también por escrito.

3.4. Atención al estado psicológico y emocional

(Véase la ficha 16)

Objetivos

- Informar y cuidar de los cambios emocionales y psicológicos de la mujer durante el puerperio normal.
- Prevenir e identificar precozmente la psicopatología posparto y facilitar la atención específica a las necesidades de cada mujer dependiendo de su cultura, lengua, distinta capacidad, de sus creencias y de la aparición de síntomas de sospecha de violencia de género.

3.5. Crianza, apego y vínculo emocional

(Véase la ficha 16)

Consideraciones

- El apego es un lazo afectivo entre el recién nacido y quienes lo cuidan. Cubre una necesidad primaria, no aprendida, de establecer vínculos incondicionales y duraderos, que se interiorizan y le proporcionan seguridad y protección.
- La vida afectiva desde el nacimiento es la base que conformará el futuro adulto y condicionará su modo de relación afectiva con los demás en el futuro y su carácter. De ahí la importancia de crear vínculos afectivos de calidad en los primeros años de la vida. Al establecer vínculos de apego seguros y estables se posibilita que posteriormente se pueda relacionar consigo mismo y con los demás del modo adecuado.

Objetivos

- Fomentar el apego emocional de la madre y su pareja con la criatura potenciando el vínculo biológico.
- Promover una relación armónica continuada y duradera con el neonato, que le proporcionará la seguridad emocional necesaria para su bienestar psicológico.

FICHA 16. ATENCIÓN DEL PUERPERIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN	ABORDAJE DE LAS ALTERACIONES	RECOMENDACIONES GENERALES
Valoración de las constantes vitales: • Tensión arterial, pulso y temperatura.	• Individualizar la atención.	
Valoración de la involución uterina y características del loquios: • Posición y tamaño del útero. • Presencia o ausencia de coágulos. • Aspecto, color, cantidad y olor del loquios.	• La situación uterina anormalmente alta y desplazada lateralmente debe hacer pensar en una subinvolución uterina. Descartar la endometritis (retención de restos placentarios).	
Evaluación de la micción y de la evacuación: • Estreñimiento. • Investigar las molestias urinarias. • Incontinencia urinaria o fecal.	• Detectar los casos de pérdidas involuntarias de orina o fecales que no se resuelven o que empeoran y derivarlos para hacer una valoración y aplicarles un tratamiento especializado.	• Aconsejar medidas dietéticas para combatir el estreñimiento y ofrecer un laxante suave si las medidas alimentarias no son eficaces. • Informar sobre los ejercicios de recuperación perineal (cómo hacerlos y qué momento es el más adecuado).
Valoración del periné: • Vigilar la cicatrización del periné, si hay presencia de heridas y descartar la presencia de hematomas, de infección y de dehiscencia de la sutura. • Presencia de hemorroides. • Evaluar la presencia de dolor. • Preguntar a la puerpera en cada visita si tiene alguna preocupación sobre el proceso de curación de cualquier herida perineal. Herida quirúrgica a causa de una cesárea: • Descartar la presencia de hematomas, de infección, de seromas y de dehiscencia.	• Aplicar cuidados en los casos de heridas abiertas. • Aconsejar un tratamiento del dolor con frío local. • Facilitar analgesia: utilizar paracetamol como primera opción e ibuprofeno como segunda si la puerpera no es alérgica a estos fármacos y si no hay ninguna contraindicación. • Valorar las hemorroides graves, inflamadas o prolapgadas o cualquier sangrado rectal. Recomendar el tratamiento local.	• Explicar la higiene perineal, el cambio frecuente de las compresas, el lavado de las manos antes y después de manipularlas y la ducha diaria.

FICHA 16. ATENCIÓN DEL PUERPERIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. (CONT.)

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN	ABORDAJE DE LAS ALTERACIONES	RECOMENDACIONES
Valoración de las mamas y apoyo de la lactancia materna: ● Vigilar el estado de turgencia de las mamas, la secreción de la leche, la ausencia de signos inflamatorios, los síntomas de ingurgitación, la tumefacción y el dolor. ● Evaluar el estado de los pezones: presencia de grietas. ● Observar una toma para ajustar la técnica si es necesario (véase la ficha 22).	(Véanse el capítulo 5 y la ficha 20.)	(Véanse el capítulo 5 y la ficha 20.) ● Recomendar una alimentación equilibrada, variada y rica en fibra, con ingestas frecuentes, especialmente en el periodo de lactancia. ● Durante la lactancia materna evitar el consumo de atún rojo, emperador o tiburón para evitar la exposición de la criatura al metil-mercurio. ● No restringir la ingesta de líquidos.
Valoración de la dieta y de los suplementos: ● Valorar la dieta. ● Valorar el tratamiento con hierro, según el caso. ● La suplementación vitamínica dependerá de las necesidades de la puérpera.		● Involucrar a la pareja en la expresión de las dificultades y las vivencias respecto a la sexualidad en el periodo puerperal. ● Informar de las diferentes vivencias de la sexualidad tras el parto y de los cambios físicos y emocionales esperados en el puerperio normal. ● Informar de los métodos anticonceptivos y del momento de reanudarlos. Proporcionar una atención proactiva a las mujeres que podrían tener dificultades para acceder a los cuidados anticonceptivos (véase la ficha 17).
Sexualidad y anticoncepción posteriores al parto: ● Preguntar en una visita puerperal sobre la vivencia de la sexualidad. Dispareunia: ● Investigar cualquier expresión o signo de ansiedad acerca del tema por parte de la mujer o de su pareja. ● Preguntar sobre la reanudación de las relaciones sexuales y la posible dispareunia a las seis semanas del parto.	● Ofrecer una valoración del perineo a las mujeres que experimenten dispareunia. ● aconsejar, si lo precisa, el uso de un gel lubricante a base de agua para aliviar la incomodidad durante las relaciones sexuales, especialmente si la mujer está amamantando.	

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN	ABORDAJE DE LAS ALTERACIONES	RECOMENDACIONES
Valoración del bienestar general: • Descanso y sueño. • Astenia. • Dolor de espalda. • Migrañas. • Actividad física.	• Atender a las mujeres con dolor de espalda puerperal como se atiende a la población en general. • Si la astenia es persistente y afecta al estado general de la puerpera, deben valorarse los niveles de hemoglobina y ha de descartarse el hipotiroidismo. Iniciar la administración de suplementos de hierro si es necesario. • El tratamiento de la migraña leve puerperal debe basarse en los protocolos habituales de tratamiento. • El estrés, la preocupación y la falta de descanso pueden afectar la producción de leche.	• Recomendar a las mujeres que aprovechen los periodos de sueño de la criatura durante el día para descansar. Promover un reparto adecuado de las tareas domésticas que facilite el descanso y la recuperación de la mujer. • Informar a las mujeres a las que se les ha aplicado una analgesia epidural o espinal que informen de cualquier migraña grave, especialmente si aparece mientras están sentadas o de pie. • Las mujeres con migrañas deberían recibir consejos sobre la relajación, el descanso y el sueño suficientes. • Asesorar a la puerpera acerca de los ejercicios físicos en el posparto adecuados a sus condiciones previas, las características personales, las preferencias y las necesidades. Recordar que la prioridad en este periodo es la vivencia positiva de la maternidad, el descanso adecuado, y no la adaptación a patrones sociales de estética que ponen en riesgo la salud de las mujeres.
Valoración del estado psicológico y emocional: • Melancolía posparto. • Trastorno por estrés posttraumático. • Investigar el bienestar emocional de la puerpera, cómo ha gestionado los síntomas de tristeza o las alteraciones psicoemocionales, el apoyo de su entorno, sus estrategias y recursos para gestionar los asuntos diarios. • El parto puede ser un evento bastante estresante como para desencadenar un trastorno de estrés posttraumático. Hay que prestar atención a los síntomas y los signos de alteración de la salud mental en las semanas y en los meses posteriores al parto y los puntos principales de su diagnóstico diferencial, y recomendar un acompañamiento preventivo y un seguimiento estrecho.	• Considerar las modificaciones habituales en esta etapa para intentar detectar las situaciones que se alejan de la normalidad. • Trastorno por estrés posttraumático: es una reacción grave a un evento traumático que consiste en revivir el evento con sueños, recuerdos o escenas retrospectivas. Los síntomas principales son: - Reexperimentación del trauma (en forma de flash-backs o pesadillas). - Evitación de estímulos relacionados con el trauma. - Estado de ansiedad o nerviosismo que se desencadena con la reexposición a detalles del evento traumático. • Ofrecer ayuda: - Mujeres que presentan síntomas de tristeza y ansiedad persistente, susceptibles de ser una depresión posparto, un trastorno obsesivo compulsivo posparto, una psicosis puerperal o un trastorno por estrés posttraumático. - Puerperas que han sufrido una pérdida perinatal. - Mujeres afectadas por la violencia de género.	• Fomentar el autocuidado, la responsabilidad, el empoderamiento, los recursos psicológicos individuales y el apoyo de su entorno. • Facilitar la comunicación entre profesionales, parejas y familias de las puerperas para facilitar la detección de cambios en el estado de ánimo o en la conducta que no correspondan a su carácter habitual. • Transmitir que el nacimiento de una criatura requiere una adaptación y una reestructuración psíquica importantes. Los reajustes psicológicos y emocionales son característicos de momentos vitales de transición y facilitan la adaptación al cambio. • Promover un apego seguro entre la madre y la criatura, la lactancia, la crianza respetuosa y la formación de redes sociales femeninas de apoyo. • Facilitar a las mujeres la información profesional experta y el acceso a grupos de apoyo "de madre a madre," tanto acerca del posparto como para el apoyo a la lactancia materna y la crianza.

FITXA 16. ATENCIÓ DEL PUERPERI A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA. (CONT.)

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN		RECOMENDACIONES
Crianza, apego y vínculo emocional: ● Evaluar el establecimiento del apego emocional en cada visita posnatal.	● Informar a las mujeres y a sus parejas y familiares sobre las actividades que ayudan a establecer el vínculo con su criatura: - cercanía y dedicación - contacto “piel con piel” - contacto físico con el uso de portabebés - técnicas de canguro - alimentación - estimulación - masaje infantil ● Realizar programas de formación parental en grupo y darles continuidad, así como animar a las mujeres a desarrollar redes sociales afectivas y de apoyo. ● Implicar a la pareja en las tareas de crianza a fin de mejorar las condiciones vitales de la mujer en este periodo y la futura relación paternofilial.	
SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA QUE REQUIEREN ATENCIÓN URGENTE		
Hemorragia posparto	● Pérdida repentina de sangre o persistencia de un sangrado más grande que lo que sería normal. ● Mareos, desmayo, palpitaciones/taquicardia.	
Infección	● Fiebre, escalofríos, dolor abdominal o loquios malolientes.	
Preeclampsia/eclampsia	● Dolor de cabeza acompañado de uno o más de los síntomas siguientes en las primeras 72 horas después del nacimiento: alteraciones visuales, náuseas, vómitos.	
Tromboembolismo	● Dolor unilateral en la pantorrilla, enrojecimiento o hinchazón. ● Dificultad para respirar o dolor torácico.	

FICHA 17. ANTICONCEPCIÓN POSPARTO

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	MADRES LACTANTES	MADRES NO LACTANTES
• Anticoncepción hormonal combinada: - Oral. - Transdérmica. - Vaginal. - Inyectable (actualmente no comercializada en España). • Consideraciones: - La anticoncepción no es necesaria en las tres primeras semanas, pues hay un mayor riesgo de tromboembolismo.	• Debe evitarse durante los primeros seis meses después del parto. • Valorar su utilización si otros métodos no son posibles.	• Se puede iniciar a partir de 21º día del parto. • Recomendar anticoncepción adicional (barrera) durante siete días.
• Consideraciones sobre el progestágeno solo: - En los entornos en que la morbilidad del embarazo y los riesgos de mortalidad sean altos y el acceso a los servicios sea limitado, los anticonceptivos de progestágeno solo pueden ser uno de los métodos disponibles y accesibles a las madres lactantes inmediatamente después del parto.	• La minipíldora y los implantes de levonorgestrel y etonogestrel se pueden utilizar antes de las 6 semanas de posparto. • Los Inyectables depot se pueden utilizar a partir de las 6 semanas posparto. Se han descrito sangrados abundantes cuando se administra el inyectable en el puerperio inmediato.	• Minipíldora: - Puede iniciarse la administración en cualquier momento. - Si se inicia después de 21 días desde el parto, es necesaria la protección anticonceptiva adicional (barrera) durante dos días. • Inyectable depot: - Se puede administrar dentro de los primeros cinco días posteriores al parto. - La mujer debe ser informada de los riesgos de sufrir una hemorragia. • Implante de levonorgestrel y etonogestrel: - Puede colocarse en cualquier momento.

FICHA 17. ANTICONCEPCIÓN POSPARTO. (CONT.)

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	MADRES LACTANTES	MADRES NO LACTANTES
● Dispositivo intrauterino (DIU) - El riesgo de perforación uterina es mayor si el DIU se inserta antes de la 4ª semana posterior al parto.	● DIU de levonorgestrel: - Se recomienda a partir de la 4ª semana posterior al parto. ● DIU de cobre: - Si no se inserta en las primeras 48 horas posteriores al parto, debe retrasarse la inserción hasta la 4ª semana.	● Si no se inserta en las primeras 48 horas posteriores al parto, debe retrasarse la inserción hasta la 4ª semana. Recomendar anticoncepción adicional (barrera) durante siete días. ● Cerciorarse de que no se ha movido, por medio de una ecografía.
● Métodos de barrera	● Preservativo masculino y femenino: - Pueden utilizarse inmediatamente. ● Diafragma y capuchón cervical: - Son inadecuados hasta que la involución uterina está completa. Deben usarse a partir de la 6ª semana posterior al parto. - Espermicida: puede usarse cuando la puérpera esté lista para reanudar las relaciones sexuales. No tiene ningún efecto adverso sobre la lactancia materna.	
● Métodos naturales basados en el conocimiento de la fertilidad: - Durante la lactancia materna pueden ser menos eficaces que cuando no se lacta. - La probabilidad de la reanudación de la fertilidad aumenta con el tiempo después del parto y con la sustitución de la leche materna por otros alimentos.	● Menos de 6 semanas después del parto: - En los casos de mujeres con amenorrea es más difícil detectar los signos de fertilidad y los cambios hormonales. ● Método sintotérmico: - Se puede usar después de que se haya reiniciado la menstruación y cuando la mujer note los signos de fertilidad. ● Método basado en el calendario: - Es fiable cuando se han tenido al menos tres menstruaciones después del parto y los ciclos son regulares de nuevo.	≥ 4 semanas después del parto: - Es probable que la mujer tenga la función ovárica suficiente para detectar los signos de fertilidad y los cambios hormonales. - Se puede utilizar el método del calendario después de tres menstruaciones posteriores al parto y los ciclos regulares.

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	MADRES LACTANTES	MADRES NO LACTANTES
• Esterilización por obstrucción tubárica: - Teniendo en cuenta que la esterilización es un procedimiento destinado a ser permanente, las mujeres deben ser cuidadosamente asesoradas sobre la disponibilidad de métodos alternativos eficaces a largo plazo.	• < 7 días después del parto: - La esterilización se puede llevar a cabo con seguridad. • De 7 a 42 días: - Aumenta el riesgo de complicaciones cuando el útero no está totalmente involucionado. • > 42 días la esterilización puede realizarse con seguridad.	
• Método de amenorrea de la lactancia (MELA): - Cuando la lactancia materna no es exclusiva, se asocia con un aumento gradual en la aparición de la ovulación antes de la menstruación y con una duración menor de la amenorrea.	• Criterios para utilizar el MELA: - Lactancia a demanda exclusiva o casi, de día y de noche con intervalos entre tomas no superiores a seis horas y durante los primeros seis meses posteriores al parto, si alguno de estos criterios no se cumple hay que utilizar algún otro método - Si después de ocho semanas después del parto aparece la menstruación, la probabilidad de embarazo es más alta. Recomendar un método anticonceptivo adicional. - Si el bebé tiene más de seis meses, la probabilidad de embarazo es más alta, incluso si la madre sigue lactando. Recomendar un método anticonceptivo adicional.	
• Anticoncepción de urgencia	• Los gestágenos solos se pueden administrar a las mujeres que amamantan. - El levonorgestrel se excreta a través de la leche materna. Hay que evitar tomar los comprimidos antes de amamantar y hay que recomendar a la madre que los tome justo después de dar el pecho. • El acetato de ulipristal (UPA) se puede utilizar como método de contracepción de urgencia por mujeres que amamantan, aunque se recomienda interrumpir la lactancia materna durante las 24 horas posteriores a la toma de UPA, la leche materna debe extraerse y desecharse durante 24 horas. • Las mujeres que amamantan pueden utilizar anticonceptivos orales combinados de urgencia. • DIU de cobre (DIU-Cu): puede insertarse como contracepción de urgencia dentro de los primeros 5 días posteriores a las relaciones sexuales no protegidas; cuando se puede estimar el tiempo de la ovulación, el DIU-Cu puede ser insertado más allá de los 5 días después del coito, si es necesario, siempre que la inserción no se realice después de más de 5 días desde la ovulación.	

3.6. Atención en situaciones de especial vulnerabilidad

(Véanse el capítulo 2 y la ficha 15)

Objetivo

- Facilitar que el personal sanitario que atiende a puérperas conozcan las características específicas y necesidades de estas madres que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

3.7. Grupos de posparto “de madre a madre”

Consideraciones

- Los grupos de posparto surgen como una actividad educativa enfocada a las madres y a sus parejas que incluye asesoramiento sobre la lactancia, la crianza y la recuperación de la madre después del parto.
- La crianza es un período apasionante pero estresante: surgen muchas necesidades de aprendizaje durante el período posparto temprano, y no siempre se dispone de apoyo social o modelos de conducta a imitar.
- Hasta el momento no es posible recomendar cambios en la práctica de los grupos de posparto, ya que no hay pruebas suficientes para determinar los efectos de la educación posnatal a fin de optimizar la salud infantil general y las relaciones de apego.

Objetivos

- Proporcionar información y educación para la salud a las madres y sus parejas para mejorar sus habilidades de crianza y la recuperación de la madre después del parto.
- Promover el apego emocional con el recién nacido.
- Facilitar la interacción y el apoyo “de madre a madre”.
- Apoyar el mantenimiento de la lactancia materna.

Recomendación

- Facilitar el acceso a grupos de apoyo posparto a las madres y sus parejas que deseen acceder a ellos.

Contenidos

- Información sobre alimentación saludable.
- Atención a la lactancia materna (resolver dudas, instauración y mantenimiento de la Lactancia.
- Potenciar la autoestima y la socialización de las madres.
- Implicar y responsabilizar a la pareja en los cuidados de la criatura.
- Dar soporte a ambos miembros de la pareja en el reajuste de sus nuevos roles.
- Importancia de la afectividad, del vínculo, del masaje infantil...
- Importancia del mantenimiento de las relaciones afectivas y sexuales.
- Pautas sobre los signos y los síntomas de alarma.
- Consejos sobre los cuidados de la criatura adaptados a la situación particular de la familia.
- Asesoramiento sobre ejercicios específicos de recuperación: perineal, musculoesquelética, circulatoria y técnicas de relajación.



ATENCIÓN NEONATAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

4.1. Primera visita.

(Véase la ficha 18)

Objetivos

- Dar continuidad en la atención sanitaria desde la perspectiva de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.
- Evaluar la lactancia materna.
- Detectar precozmente algunos problemas de salud: deshidratación hipernatrémica, pérdida excesiva de peso, hiperbilirrubinemia, infecciones, malformaciones con debut clínico después de las 48 horas de vida (cardiopatías, malformaciones intestinales, displasia evolutiva de la cadera, etcétera.)
- Prevenir las rehospitalizaciones.

Recomendaciones

- La atención debe prestarse en el centro de atención primaria o a domicilio 48-72 horas después del alta de la maternidad, o en todo caso antes de que finalice la primera semana de vida.
- Los objetivos de cualquier examen deben ser explicados y los resultados deben ser compartidos con la familia y registrados en la historia de salud infantil. La entrevista es una fuente de información y una herramienta para establecer alianzas de intervención a favor de la salud de la criatura: debe permitir la expresión de inquietudes, preocupaciones y preguntas de los familiares.
- Hacer las exploraciones de cuya eficacia se disponga suficiente evidencia.
- Todo examen debe tener en cuenta todas las facetas de la salud: físicas, psicosociales y educativas.
- La madre y su pareja deben ser alentados para estar presentes durante el examen físico, a fin de promover la participación de ambos en el cuidado de la criatura y para que puedan aprender más acerca de sus necesidades.

4.2. Promoción de la salud.

(Véase la ficha 18)

Objetivos

- Proporcionar a la familia información, consejos y pautas de cuidados útiles para apoyarlos, y ayudarles a comprender las necesidades y las demandas de su criatura, a reconocer los signos y los síntomas de riesgo y a dar las respuestas adecuadas.
- Promover hábitos saludables.

Recomendación

- Es conveniente aportar a la familia documentación escrita a modo de guías anticipatorias de las necesidades infantiles hasta la visita siguiente.

FICHA 18. PRIMERA VISITA NEONATAL EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

HISTORIA DE SALUD INFANTIL	EXAMEN DE SALUD	RECOMENDACIONES
● Contenido de la historia: - Antecedentes de salud familiares. - Antecedentes personales relativos al embarazo, al parto, al período perinatal y todos los que hayan ocurrido antes de la apertura de la historia. - Registro de actividades preventivas y sus resultados: pruebas de cribado de metabolopatías congénitas y cribado universal de la hipoacusia. Comprobar si se ha iniciado la administración de las dosis de vitamina K por la vía oral caso si es la vía elegida. - Cumplimentar la historia de lactancia. - Datos de composición y funcionamiento familiar (estructura y dinámica): datos socioeconómicos; autonomía de los miembros de la familia (psíquica y física); estilos de vida de los miembros de la familia (hábitos, higiene, habilidades de la familia). - Identificación de factores de riesgo individual y familiar: posición cuando duerme, características de la cuna, temperatura, etc. - Alimentación. - Deposiciones. - Sueño y descanso. - Alergias. - Ambiente contaminado con humo de tabaco. - Signos/síntomas de abuso infantil.	● Valorar la lactancia materna, observar una toma. (Ver ficha 22) ● Observar la interacción entre la madre y la criatura. ● Ofrecer inmunizaciones de rutina de acuerdo con el calendario vacunal vigente. ● Promoción de la salud. ● Examen físico: - Peso, talla y perímetro craneal. - Observación del estado general, de la respiración, del comportamiento, de la actividad y de la postura. - Inspección de la piel: color y textura, presencia de marcas de nacimiento o de erupciones. - Inspección de la cabeza: fontanelas, cara, nariz, boca (presencia de fisura palatina), orejas, cuello y simetría general de la cabeza y de los rasgos faciales. - Explorar las posibles alteraciones oculares: nistagmo, ausencia del reflejo rojo retiniano, malformaciones, ftofobia. - Aspecto de los genitales y del ano: simetría del escroto; comprobar si ambos testículos están en la bolsa escrotal; ano permeable. - Auscultación cardiorrespiratoria: presencia de soplos cardíacos y arritmias; presencia y simetría de pulsos periféricos; esfuerzo respiratorio; frecuencia respiratoria. - Exploración del aparato locomotor: clavículas, extremidades, manos, pies y dedos; evaluación de la proporción y la simetría; aplicar las maniobras de Ortolani y de Barlow. - Exploración de la columna vertebral; inspeccionar y palpar las estructuras óseas y la integridad de la piel. - Palpación abdominal, inspección del ombligo, de hernias, de visceromegalias, etc. - Evaluación del sistema nervioso central: observar el tono muscular, el comportamiento, los movimientos y la postura (test de Denver y test de Haizea-Llevant). - Detectar indicadores de maltrato.	● Abandono del hábito tabáquico de los convivientes. ● Evitar tener a la criatura en ambientes con humo. ● A las madres que amamantan, recomendar la ingesta diaria de 3 raciones de lácteos de vaca +2 g. de sal yodada que cubren alrededor del 90% de las necesidades de yodo, además del consumo de pescado marino. ● Únicamente recomendar un suplemento de 200 mcg/día de yoduro potásico a las mujeres que no cubren las necesidades mínimas en su dieta. ● Protección solar. ● Profilaxis con vitamina D: 400 UI/día Se recomienda suplementar a todos los lactantes menores de un año alimentados al pecho , y a todos los lactantes menores de un año alimentados con sucedáneo de leche humana que ingieren menos de 1 litro diario de fórmula. ● Profilaxis con hierro oral si hay factores de riesgo perinatal de ferropenia.

PROMOCIÓN DE LA SALUD	
Informar sobre la capacidad social de la criatura	• Promover el vínculo afectivo (véase la ficha 16). • Compartir la experiencia del parto, colaborar en el cambio de pañales, curas del ombligo, ayudar en la colocación de la criatura en el pecho de la madre, favorecer el contacto “piel con piel” • Los recién nacidos necesitan mimos, caricias, ser mecidos y abrazados, así se sienten más seguros.
Alimentación con leche de fórmula	(Véase la sección 5.8.)
Prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante	• Acostar al lactante en la posición de decúbito supino, al menos hasta los seis meses de edad. • Desaconsejar el hábito tabáquico de la madre, de su pareja y de otras personas del entorno, antes, durante y después del embarazo. • Recomendar la lactancia materna. • Hacerle dormir en un colchón rígido, no blando. Evitar las almohadas. • No desaconsejar el uso del chupete durante el primer año de vida y recomendar no utilizarlo antes de las primeras seis semanas, fundamentales para la consolidación de la fase II de la lactogénesis. • Evitar el arropamiento excesivo, no cubrirle la cabeza, especialmente si tiene fiebre. • Mantener una temperatura agradable en la habitación (entre 20 °C y 22 °C)
Características de la cuna	• Cuna homologada por la Unión Europea. Colchón firme; evitar almohadas y cojines.
Seguridad	• Informar sobre la manera de prevenir accidentes, especialmente quemaduras y caídas. • En el automóvil, recomendar sistemas de retención (0 y 10 kg): cuco rígido sujeto con arneses de seguridad en el asiento trasero o una silla-cesta colocada en el sentido contrario a la marcha.

FICHA 18. PRIMERA VISITA NEONATAL EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. (CONT.)

PROMOCIÓN DE LA SALUD	
Colecho	• Ventajas del colecho: - Mejora la estabilidad respiratoria, la oxigenación y la termorregulación de la criatura. - Provoca despertares sincronizados con la madre y disminuye las fases profundas del sueño. - Aumenta la prevalencia y la duración de la lactancia materna y la producción de leche. - Facilita el descanso de las madres que amamantan. - Favorece el desarrollo de los vínculos de apego. - Favorece el establecimiento de patrones de sueño similares a los de los adultos. • Situaciones en que el colecho puede implicar riesgos: - Si la madre o su pareja fuman. - Si la madre o su pareja han tomado alcohol, drogas o medicamentos que causan sueño. - Cuando alguna enfermedad o condición afecte la conciencia de la madre o de la pareja para con la criatura (p. ej., obesidad mórbida). - Cama compartida con hermanos. - En un sofá, una cama blanda, con almohadas o mantas pesadas. - En condiciones de hacinamiento en la vivienda. • Tranquilizar a los familiares de una criatura sana con cólico informándoles de que generalmente se trata de una fase pasajera. • Intervenciones comportamentales: aplicar al neonato estrategias de confort; decirle palabras tranquilizadoras; acunarlo; cogerlo en brazos; masajearle el abdomen; colocarlo boca abajo sobre el antebrazo, con la palma de la mano en el abdomen, y hacerle pequeños movimientos rítmicos suaves y flexionarle las piernas suavemente; aplicarle calor local. • Animar a buscar apoyo en otros miembros de la familia para que ellos puedan descansar. • Cuando una madre comprueba repetidamente que su criatura está incómoda con algún alimento de su dieta, las intervenciones dietéticas deben estar enfocadas a reducir o eliminar los alérgenos que pueden estar presentes en la leche de vaca y eliminar los huevos, el trigo y los frutos secos de la dieta de la madre. • Para el tratamiento del cólico puede considerarse el uso de leche de fórmula hipoalérgica en los casos de criaturas alimentadas con lactancia artificial, pero solo bajo orientación de personal sanitario. • Comprobar la técnica de lactancia. Recomendar que la criatura apure un pecho antes de pasar al otro.
	Cólico del lactante • Definición: - Episodio de llanto y aparente dolor abdominal que puede ocurrir en cualquier momento del día o de la noche, aunque es más frecuente durante la tarde o la noche. • Criterio diagnóstico: - Llanto que dura al menos tres horas al día, durante al menos tres días a la semana, durante tres semanas en los primeros meses de vida. • Manifestaciones: - Llanto excesivo, gritos elevados de tono, irritabilidad y angustia, rostro enrojecido, piernas encogidas, arqueamiento de la espalda, puños apretados, flatulencia, abdomen rígido y dificultad para tranquilizarse. - Puede agravarse a causa de la sobrealimentación, los zumos no diluidos, las alergias alimentarias y el estrés emocional.

PROMOCIÓN DE LA SALUD	
Patrones de evacuación normales durante las primeras semanas	• Deposiciones frecuentes de heces semilíquidas (especialmente en neonatos amamantados); también pueden presentarse heces duras difíciles de eliminar. • Las deposiciones de la lactancia materna son de color amarillo oro con grumos y líquidas. El número y la cantidad son variables: a partir del cuarto día, un mínimo de 3-4 deposiciones diarias, como signo indirecto de valoración de la ingesta. Pasado el primer mes, las deposiciones se espacian varios días; si son de consistencia blanda, se considera normal. • Si una criatura alimentada con leche de fórmula está estreñida deben evaluarse los aspectos siguientes: - La técnica de preparación del biberón. - La cantidad de líquido que toma. - La frecuencia de las tomas. - La composición de la leche.
Patrones de sueño	• Durante la mayor parte del día la criatura suele dormir a intervalos, según cada caso puede ser muy variable. • Durante el sueño activo REM (50 % en un recién nacido) ligero, se despierta con facilidad y necesita comer o contacto físico para conciliar el sueño. A partir de los seis meses adapta las fases del sueño progresivamente. • Acostar al neonato en la posición de decúbito supino e ir cambiando el lado de apoyo de la cabeza para evitar deformidades craneales.
Signos y síntomas de alarma	• Temperatura superior a 38 °C o inferior a 36 °C. • Llanto excesivo e inconsolable o somnolencia excesiva. • Diarrea: aumento de las deposiciones fluidas y en número superior al habitual. La criatura amamantada puede hacer de 8 a 10 deposiciones semilíquidas en las primeras 4-6 semanas y no se considera diarrea. • No haber eliminado el meconio en 24 horas. Deposiciones y micciones escasas y oscuras. • Deposiciones con sangre (rojas o negras) o sin color (blancas). • Pérdida de peso, letargia y después irritabilidad. • Ictericia que va en aumento o se mantiene durante más de quince días. • Si la criatura deja de alimentarse: en caso de lactancia materna, menos de ocho tomas al día. • Dificultad respiratoria y cianosis. • Convulsiones. • Vómitos en escopetazo acompañados de pérdida de peso. • Distensión abdominal progresiva acompañada de vómitos y estreñimiento. • Presencia de mal olor, enrojecimiento o edema en la cicatriz umbilical.

FICHA 18. PRIMERA VISITA NEONATAL EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. (CONT.)

PAUTAS DE CUIDADOS: RECOMENDACIONES	
Cuidado del cordón umbilical	• Mantener el cordón limpio y seco. • Lavarlo con agua y jabón una vez al día. • No es preciso usar antisépticos si el cordón no presenta signos de infección. • No es necesario dejar la gasa enrollada en el cordón. • Una vez que el cordón haya caído, seguir curándolo hasta que cicatrice completamente. • Los antisépticos yodados están contraindicados. • No usar polvos de talco ni fajas.
Cambio de pañales	• Prevenir la dermatitis del pañal. • Cambiar los pañales a menudo, tantas veces como sea necesario. • No se recomienda utilizar habitualmente jabones, lociones ni toallitas. • Si es necesario utilizar jabón, deben ser neutro y sin perfume.
Baño	• Posponer el primer baño hasta el segundo o el tercer día después del nacimiento. • Elegir un momento del día tranquilo. • La habitación debe estar caldeada y no debe haber corrientes de aire. • Preparar previamente todo lo que vaya a necesitarse. • Comprobar la temperatura del agua (aproximadamente 36 °C). Poner primero el agua fría y después la caliente para evitar quemaduras. • Lavar a la criatura con la mano con el objetivo de añadir un efecto acariciador y relajante en todo el cuerpo: - Empezar por las zonas más limpias (cara, brazos...) y continuar por las más sucias (genitales). - En los niños no debe forzarse la piel del prepucio del pene. - Secar a la criatura cuidadosamente sin restregar y tener especial cuidado al secarle los pliegues y las axilas. - Se le puede poner una crema hidratante o aceite y aprovechar para aplicarle la técnica de masaje infantil cuando esté receptivo. - No usar bastoncillos para los oídos, ya que compactan el cerumen y pueden producir un eccema en el conducto auditivo. Eventualmente, por accidente, pueden perforar el tímpano. • Cortarle las uñas cuando estén largas, en sentido recto, sin puntas, empleando una tijera roma. • Las legañas en los ojos deben lavarse con suero fisiológico (una gasa para cada ojo). • En caso de secreción nasal que le moleste para respirar, lavarle las fosas nasales con suero fisiológico, preferentemente antes de las tomas o del sueño. Hacerle este lavado con la cabeza de lado para evitarle atragantamientos.



5

LACTANCIA

La leche materna es el alimento de elección durante los seis primeros meses de vida, de modo exclusivo, y la lactancia continuada combinada con la alimentación complementaria adecuada hasta los dos años o hasta que la madre y la criatura quieran (se incluyen niños y niñas prematuros, gemelos y enfermos, salvo rarísimas excepciones).

5.1. Información y promoción prenatal de la lactancia materna.

(Véase la ficha 19)

Consideraciones

- La evidencia disponible indica que la tasa de inicio y la duración de la lactancia materna puede mejorarse con la educación estructurada antes del parto, incluyendo la etapa pregestacional.
- La educación en grupo es útil para aumentar la confianza, sobre todo en las mujeres primigestas. El asesoramiento individual en la consulta y el apoyo durante el parto también son eficaces.
- Los miembros del equipo de atención primaria deben estar comprometidos en la promoción, la protección y el apoyo de la lactancia materna y han de recibir suficiente soporte y formación para desarrollar estos programas.
- La visita pediátrica prenatal se ha mostrado eficaz para aumentar la incidencia de la lactancia materna.
- Los implantes mamarios de silicona no contraindican la lactancia. En el caso de reducción mamaria, la cirugía conservadora de la glándula sin sección de los conductos galactóforos permite la lactancia, las cirugías donde la cicatriz está debajo del pecho o lateral protegen más los conductos y las conexiones nerviosas.

Objetivos

- Aumentar los conocimientos y las habilidades de las mujeres sobre la lactancia.
- Integrar la promoción, la educación y el apoyo de la lactancia materna por medio del cuidado prenatal.

Recomendaciones

- La lactancia materna debe ser presentada como la norma; la alimentación artificial debe considerarse como la excepción.
- Apoyar activamente la lactancia materna en las consultas de educación prenatal temprana incidiendo en los riesgos de la lactancia artificial comparándola con la lactancia materna.
- Proporcionar a las mujeres información completa y actual (verbal y escrita) de los beneficios y de las técnicas de alimentación de pecho por medio de clases prenatales estructuradas, individuales o en grupo.
- Proporcionar información sobre los recursos y grupos de apoyo a la lactancia de las Islas Baleares y animar a las madres a que contacten con ellos, ya que está demostrado que tienen que ver con una mayor instauración y duración de la lactancia materna.
- Cuando una mujer informada adecuadamente decide dar alimentación artificial, debe ser respetada y adiestrada en las técnicas adecuadas.
- Considerar las razones culturales individuales de cada mujer, familia y comunidad.

FICHA 19. INFORMACIÓN Y PROMOCIÓN PRENATAL DE LA LACTANCIA MATERNA

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA	RIESGOS DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL
• Para la criatura: - Favorece la liberación de la hormona del crecimiento y un desarrollo cerebral, fisiológico e inmunológico óptimos. - Protege de gran número de dolencias: diarrea, infecciones respiratorias... - Disminuye o retrasa la aparición de problemas de tipo inmunitario: alergias, enfermedades crónicas, leucemia. - Previene enfermedades en la edad adulta: diabetes, hipercolesterolemia, coronariopatías, cáncer. - Mayor inteligencia cognitiva y emocional. La lactancia materna transmite seguridad afectiva. - Disminuye el riesgo de muerte súbita, de sobrepeso y obesidad, de enfermedad celiaca, de los efectos nocivos de los contaminantes ambientales, de maltrato infantil. - La leche materna está siempre preparada y a la temperatura adecuada, en perfectas condiciones higiénicas. Tiene beneficios muy importantes en el caso de criaturas prematuras o enfermas. • Para la madre: - Menor riesgo de hemorragia y anemia. - Favorece la involución uterina porque provoca contracciones uterinas. - Recuperación más rápida del peso previo a la gestación. - Menor riesgo de fracturas óseas y de osteoporosis posmenopáusica. - Se ha descrito un efecto protector en algunos casos de cáncer de mama o de ovario. - Mejora el vínculo emocional con la criatura, aumenta la autoestima, transmite seguridad y satisfacción para ambas.	- Infección por VIH: la Organización Mundial de la Salud recomienda desde 2009 la lactancia materna hasta los 12 meses de edad siempre que la madre seropositiva o su criatura estén tomando antirretrovirales durante ese período. Así se reduce el riesgo de transmitir el virus y mejoran las posibilidades de supervivencia de la criatura. - Infección por el virus de la leucemia humana de células T (HTLV tipo I y II). - Fármacos (muy pocos) y drogas contraindicadas durante la lactancia. Para más información consultar la web www.e-lactancia.org - Enfermedades neonatales: • Galactosemia clásica (déficit de transferasa): el déficit parcial de transferasa, el déficit de galactocinasa y el déficit de epimerasa son compatibles con la lactancia materna si se hace un seguimiento. • Deficiencia primaria congénita de lactasa.	• Para la criatura: - A corto plazo: • Peor adaptación gastrointestinal a causa de un tránsito intestinal más lento. • Aumento de la incidencia y de la duración de los procesos infecciosos. • Tasas más altas de hospitalización. • Riesgo de infección transmitida por un sucedáneo contaminado. • Mayor riesgo de mortalidad posneonatal. - A medio y a largo plazo: • Dificultades digestivas. • Peor desarrollo neurológico. • Obesidad. • Cáncer infantil. • Enfermedades autoinmunes. • Enfermedades alérgicas. • Mayor riesgo de maltrato infantil y dificultades en el establecimiento del vínculo afectivo. • Mayor riesgo de sufrir efectos nocivos causados por contaminantes. • Para la madre: - A corto plazo: • Peor involución uterina. • Peor recuperación del peso previo al embarazo. • Mayor estrés y ansiedad. - A medio y largo plazo: comparadas con las mujeres que han dado lactancia, hay más riesgo de incidencia de algunas enfermedades, como la artritis reumatoide, problemas cardiocirculatorios o diabetes de tipo II.

CONTENIDOS DE LA INFORMACIÓN		
• Consulta preconcepciva: - Preguntar específicamente a la mujer cuál es su intención en cuanto a la lactancia, exponer claramente la recomendación a favor de la lactancia natural e investigar los prejuicios o las preocupaciones de la madre en relación con el amamantamiento. • Primer trimestre: - Informarla sobre los beneficios de la lactancia materna y sobre los riesgos de la lactancia artificial para la madre y la criatura. - Eliminar barreras: autoestima, vergüenza, limitaciones sociales y de tiempo, dieta y salud, falta de apoyo social, trabajo y cuidado de las criaturas y miedo al dolor.	• Segundo trimestre: - Recomendar a las mujeres, sus parejas o personas de apoyo asistir a cursos de educación prenatal y lactancia materna. - Animar a participar en un grupo de apoyo, proporcionar contactos con los grupos locales. - Tratar el tema de la compatibilización de la lactancia y la vuelta al trabajo: extracción y conservación de la leche materna y derechos laborales. - Informar sobre los aspectos básicos de la lactancia materna: • Importancia del contacto “piel con piel” inmediatamente después del nacimiento y de mantenerlo durante 60-120 minutos. • Inicio precoz de la lactancia durante el contacto “piel con piel”. • Alojamiento conjunto las 24 horas. • Alimentación a demanda: la lactancia sin restricciones de tiempo ni de frecuencia ayuda a prevenir la congestión, aumenta la producción de leche y favorece el aumento de peso de la criatura. • La composición de la leche varía durante la toma: a veces a la criatura le basta solo con un pecho, pero otras veces toma de ambos. Lo importante es que se vacíe alternativamente un pecho en cada toma, ya que la leche del final es más rica en grasas. • Posición y agarre; posturas para amamantar. • Patrones de alimentación: durante los primeros días es habitual un patrón variable, ya que la criatura toma pequeñas cantidades de calostro y va aumentando de cantidad cuando se produce la subida de la leche. Cuando se ha establecido la leche de transición, suele alimentarse cada 2-3 horas, pero puede variar si se trata de una criatura sana. Los patrones individuales deben respetarse. • Lactancia materna exclusiva los seis primeros meses de vida. • Lactancia complementada a partir de los seis meses y hasta los dos años o más. • Explicar la alimentación de la madre durante la lactancia. • Recomendar una dieta que aporte las necesidades de yodo (véase <i>ficha 18</i>). • Proporcionar la <i>Guía de lactancia materna</i>, en la que figuran los teléfonos de contacto de los grupos de apoyo a la lactancia materna de las Islas Baleares.	• Tercer trimestre: - Entre la 28ª y la 32ª semana de la gestación, enseñar a la mujer de manera práctica la técnica de amamantar: colocación de la criatura en el pecho, diferentes posiciones, técnica de agarre y signos de lactancia eficaz. - Explicar la fisiología inicial de la lactancia, impacto de los suplementos sobre la secreción láctea y observación de los pechos y de los pezones. - La visita pediátrica prenatal se ha mostrado eficaz en el incremento de la lactancia materna. - Informar sobre las prácticas del nacimiento que favorecen el mejor inicio de la lactancia materna. - Asegurarse de que la mujer tenga información sobre cómo conseguir ayuda para la lactancia a cargo de profesionales expertos y sobre los grupos de apoyo a la lactancia materna en las Islas Baleares. - Recomendar que el recién nacido sea visto por los servicios de salud en un periodo de 48-72 horas después del alta para asegurar el desarrollo óptimo de la lactancia materna.

FICHA 19. INFORMACIÓN Y PROMOCIÓN PRENATAL DE LA LACTANCIA MATERNA

INFORMACIÓN PARA LAS MUJERES SOBRE RECURSOS PARA APOYAR LA LACTANCIA MATERNA	
<i>Guía de lactancia materna</i> ● Publicada por la Consejería de Salud del Gobierno de las Islas Baleares. ● Disponible en español, inglés, árabe, francés y rumano en la página web portalsalut.caib.es ● Incluye, entre otros aspectos: - Técnica de lactancia materna. - Extracción, conservación, almacenamiento y descongelación de la leche materna. - Donación de leche. - Información sobre la alimentación de la madre, medicamentos y otras sustancias. - Derechos laborales.	Ayuda a la lactancia materna: ● Associació Balear d'Alletament Matern www.abamlactancia.org ABAM MALLORCA-Seu central Carrer Rosa 3, 2n pis Horari: dimarts a les 17.30h 617 897 175 / 637 250 508 / 656 587 657 abamlactancia@gmail.com abamlactancia ABAM MALLORCA-Llevant Carrer Santa Bassilisa s/n (Antic Centre de Dia), 07630 Campos. Divendres alterns 677 111 560 / 655 540 126 grup de lactancia mames i mes ABAM MENORCA Carrer Alaior 36, 07760 Ciutadella 669 855 447 / 606 135 140 abammenorca@gmail.com ABAM EIVISSA l'Av. de la Pau s/n (Saló d'Actes de les Piscines Can Misses) ● Horari: dimarts a les 17.00h 625 658 422 / 687 963 279 abameivissa@gmail.com

5.2. Prevención de complicaciones en las mamas.

(Véase la ficha 20)

Objetivo

- Detectar los signos y los síntomas de complicaciones en sus estados iniciales para prevenir las complicaciones evitables en las mamas lactantes, aplicando buenas prácticas de apoyo a las mujeres después del alta.

FICHA 20. PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LAS MAMAS.

DOLOR EN LOS PEZONES	CONGESTIÓN E INGURGITACIÓN	MASTITIS
• Explicar que la causa más frecuente de dolor o grietas en los pezones es una mala posición al dar el pecho. • Valorar una posible anquiloglosia. • Si el dolor de los pezones o las grietas persisten después del reposicionamiento, debe tenerse en cuenta la posibilidad de una infección. Más información disponible en: http://www.centrorraices.com/docs/MONOGRAFIA%20CLINICA%20RAICES%201%20-%20DOLOR%20MAMA%20(I).pdf • El dolor frecuente acompañado de cambios de coloración de los pezones pueden asociarse al síndrome de Raynaud. • Los tratamientos tópicos para el dolor o las grietas de los pezones no se han mostrado eficaces.	• Informar de que los pechos pueden estar sensibles, firmes y dolorosos cuando se produce la subida de la leche, alrededor del tercer día después del parto. Si la ingurgitación es intensa, debe tratarse con amamantamiento frecuente y prolongado del pecho afectado, masaje suave, calor local y, si es necesario, extracción manual y analgesia. • Usar sujetadores sin aros, del tamaño adecuado y que no compriman.	• La mastitis disminuye la luz de los conductos lácteos, lo cual provoca una duración mayor de las tomas, más dolor y que el neonato quede insatisfecho. • Recomendar consultar en el caso de que aparezcan señales o síntomas: de tipo gripal y pechos con alguna zona enrojecida, dura, sensible y dolorosa, que puede cursar con o sin fiebre y que puede causar abscesos. También se considera mastitis el dolor en los pezones en forma de pinchazos (incluso entre tomas) o la lesión persistente de los pezones. Puede ser unilateral o bilateral. • Revisar la técnica de amamantamiento, valorar la presencia del frenillo, micrognatia (mandíbula pequeña), síndrome de Raynaud. • Continuar con la lactancia e iniciar medidas físicas: calor, masaje, favorecer el drenaje, succión frecuente del pecho, variar las posturas, aplicar frío local entre las tomas (alivia el dolor por el efecto vasoconstrictor y antiinflamatorio). • Valorar hacer un cultivo de la leche para conocer el agente causante y así poder aplicar el tratamiento antibiótico adecuado (técnica de recogida: extracción manual de 1 ml de leche de manera estéril, que debe conservarse refrigerada hasta la siembra). • Ofrecer analgesia compatible con la lactancia materna si es preciso (paracetamol, antiinflamatorio).
PEZONES PLANOS O INVERTIDOS	ANQUILOGLOSIA (FRENILLO CORTO)	
• Informar de que esta condición no es incompatible con la lactancia materna y que no necesitan preparación antes del parto. • Ofrecer más apoyo y atención en las primeras tomas para garantizar el éxito de la lactancia materna.	• Revisarlo y derivarlo para obtener un diagnóstico cualificado si persisten los problemas de lactancia materna después de confirmar que no se da un buen agarre pese a la buena colocación del lactante en el pecho. Para la valoración de la anquiloglosia se utiliza la escala de Hazelbaker.	

5.3. Mantenimiento de la lactancia materna

(Véase la ficha 21)

Objetivos

- Proporcionar el apoyo profesional necesario durante el inicio y la continuación de la lactancia materna a cargo de personas formadas capaces de revisar la técnica y de detectar posibles problemas.
- Evitar el abandono precoz de la lactancia ofreciendo información a la madre y dándole confianza sobre su capacidad de lactar.

5.4. Lactancia materna y vuelta al trabajo.

(Véase la ficha 21)

Objetivos

- Facilitar a las mujeres información adecuada sobre las diferentes opciones de alimentación de su criatura en el momento de incorporarse a la vida laboral y sobre los riesgos y los beneficios derivados de ellas.
- Informar a las mujeres sobre los recursos y la legislación laboral para mantener la lactancia materna y ponerlas al corriente adecuadamente sobre la compatibilidad del trabajo y la lactancia natural.

5.5. Lactancia materna y riesgos laborales.

(Véase la ficha 21)

Objetivo

- Prevenir los problemas de salud de la mujer lactante y de su criatura derivados de la exposición a riesgos en el puesto de trabajo.

5.6. Lactancia materna, fármacos, plantas y tóxicos.

(Véase la ficha 21)

Objetivo

- Dar a conocer al personal sanitario los recursos disponibles para resolver las dudas surgidas en relación con la administración de un medicamento o de un producto fitoterapéutico y con las exploraciones complementarias de imagen, y evitar suprimir la lactancia sin motivo.

FITXA 21. MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA.

APOYO A LA LACTANCIA MATERNA	LACTANCIA MATERNA Y VUELTA AL TRABAJO
• Recomendaciones - Ofrecer desde el inicio el asesoramiento de personal formado en lactancia materna y con experiencia tanto en el hospital como en la atención primaria. - Preguntar en cada consulta a la madre por su experiencia con la lactancia para valorar la eficacia del amamantamiento e identificar cualquier necesidad de apoyo adicional. - Registrar los aspectos siguientes: - Si la mujer percibe insuficiencia de leche, observar una toma (véase la ficha 22), tranquilizarla y darle apoyo para fomentar su autoestima en cuanto a su capacidad de producir leche suficiente. - Si se considera necesario darle suplementos: recomendar la extracción de leche materna y que se administre con técnicas que no interfieran en la succión (vaso, jeringa, suplementador, técnica del “dedo-jeringa” ...). - Aunque hay evidencias sobre el efecto protector del uso del chupete durante el sueño para prevenir el síndrome de la muerte súbita, se recomienda evitar el uso de chupetes o tetinas durante el periodo de instauración de la lactancia materna (4-6 semanas después del parto) para evitar la confusión con el pezón y por el riesgo de reducir el número de tomas; deben usarse solamente cuando la lactancia materna esté bien establecida. - Informar a las mujeres sobre los recursos disponibles en las instituciones (véase la ficha 19). - Para hacer el seguimiento de la ganancia ponderal, la Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva recomienda incluir en la cartilla de salud infantil el nuevo patrón de crecimiento infantil. Curvas de crecimiento de la OMS, disponibles en la web <http://www.who.int/childgrowth/en>.	• Recomendaciones - Recomendar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. Previamente a la reincorporación laboral, la madre puede extraer leche y congelarla y también extraerla en el lugar de trabajo cuando se reincorpore. Si la madre no quiere o no puede extraer leche para la criatura mientras ella trabaja, se pueden introducir otros alimentos a partir de los cuatro meses cuando ella no esté y puede seguir con la lactancia de manera exclusiva cuando esté en casa. A partir del sexto mes debe organizarse la introducción de alimentación complementaria cuando la madre trabaje, a fin de conservar una buena ingesta de leche materna el resto del día. - Ofrecer apoyo personal individualizado sobre la extracción de leche. - Facilitar información escrita y práctica sobre los procedimientos de extracción, almacenamiento, congelación y descongelación de la leche materna y el modo de resolver las dudas y las dificultades más frecuentes (http://antiga.abamlactancia.org/pdf/DOSSIER_DE_CONSULTA.pdf). - Iniciar las extracciones y congelar la leche un tiempo antes de la incorporación laboral - Durante la jornada laboral debe sacarse leche para evitar la ingurgitación y mantener la producción. - Después de la separación a causa de la reincorporación laboral, la criatura puede pedir con más frecuencia cuando esté con su madre para recuperar la ingesta de leche y por mayor demanda de contacto físico. - Poner en contacto a las madres con grupos de apoyo para que reciban consejos prácticos sobre el tema.

LACTANCIA MATERNA Y RIESGOS LABORALES	LACTANCIA MATERNA, FÁRMACOS, PLANTAS Y TÓXICOS AMBIENTALES
• Recomendaciones - Informar sobre los riesgos que deben ser evaluados en los puestos de trabajo (véase el anexo). - Información complementaria al documento “Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural”, publicado por la Asociación Española de Pediatría, disponible en <www.aeped.es/sites/default/files/LM_Y_RIESGO_LABORAL_COMITE_LM_AEP_2010_1.pdf>.	• Recursos informativos: - El web <www.e-lactancia.org> ayuda a tomar decisiones acertadas ante unas 1.500 opciones diferentes que pueden implicar a una madre lactante. - Otras recursos disponibles en Internet: • <www.aeped.es/documentos/guia-rapida-compatibilidad-entre-medicamentos-y-lactancia-matern>. • <www.ihan.es/publicaciones/articulos/medicamentos_lactancia_AAP.pdf>. • <www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001189documento.pdf>.

FICHA 22. OBSERVACIÓN DE UNA TOMA

Nombre de la madre:	Fecha:
Nombre de la criatura:	Fecha de nacimiento:
SIGNOS DE AMAMANTAMIENTO ADECUADOS	
SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD	
Postura de la madre y de la criatura	
Madre relajada y cómoda	Hombros tensos, inclinados hacia la criatura
Criatura en estrecho contacto con la madre	Criatura lejos del cuerpo de la madre
Cabeza y cuerpo alineados frente al pecho	Cabeza y cuerpo sin alinear
Cuerpo bien sujeto	Lactante sujeto solo por la cabeza y el cuello
Acercamiento al pecho con la nariz frente al pezón	Acercamiento al pecho desde abajo: labio/mentón hacia el pezón
Contacto visual entre la madre y la criatura	No hay contacto visual
Lactante	
Boca bien abierta	Boca poco abierta
Labios superior e inferior evertidos	Labios apretados o invertidos
La lengua rodea el pezón y la areola	No se ve la lengua
Mejillas llenas y redondeadas al mamar	Mejillas hundidas al mamar
Más areola visible por encima del labio superior	Más areola por debajo del labio inferior
Movimientos de succión lentos y profundos, con pausas	Movimientos de succión superficiales y rápidos
Se ve y se oye deglutir a la criatura	Se oyen chasquidos o ruidos durante el chupeteo
Signos de transferencia de leche	
Humedad alrededor de la boca	Criatura intranquila, exigente, suelta y agarra el pecho intermitentemente
La criatura relaja progresivamente los brazos y las piernas	La madre siente dolor o molestias en el pecho o el pezón
El pecho se ablanda progresivamente	El pecho está rojo, hinchado y dolorido
La madre nota signos de eyección	La madre no siente signos de reflejo de eyección
Sale leche del otro pecho	

Fuente: Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños: Normas recomendadas para la Unión Europea. 2006

5.7. Grupos de apoyo a la lactancia materna

Consideraciones

- Está demostrada la eficacia de los grupos de apoyo para prolongar la lactancia.
- La mayor parte de las dudas durante la lactancia materna no son de tipo médico y el apoyo “de madre a madre” puede ser más útil.

Objetivo

- Visibilizar la importancia de las organizaciones de madres voluntarias con experiencia personal y formación adicional sobre la lactancia materna.

Recomendaciones

- El personal sanitario responsable de garantizar la atención a la madre y a su recién nacido deben contactar y colaborar con los grupos de apoyo a la lactancia materna establecidos en su área.
- Deben establecerse los cauces apropiados para redirigir a las madres que necesiten apoyo desde los hospitales y los centros de salud hacia los grupos de apoyo, y viceversa.
- Fomentar los talleres de lactancia en los centros de salud aunando la tarea sanitaria con la de las madres con experiencia en amamantar.

Recomendaciones

- Facilitar consejos adecuados y adaptados a la familia y cuidadores, para garantizar que esa alimentación se proporcione de la manera más segura posible. Disponible en Internet: <www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines_sp.pdf>
- Cuando una mujer expresa su deseo de abandonar la lactancia materna y está segura de su decisión, en primer lugar debería ser informada sobre cómo hacer un destete progresivo, ya que un destete brusco tiene riesgos para ella, desde una ingurgitación hasta una mastitis.
- Informarla de que las necesidades afectivas de la criatura seguirán siendo las mismas y de que las que hasta ahora satisfacía por medio de la lactancia materna han de ser sustituidas por otras manifestaciones afectivas, como cogerla en brazos o mantener el contacto “piel con piel”.

5.8. Alimentación con leche de fórmula

Consideración

- Cuando no sea posible la lactancia materna o no sea la opción elegida, después de informar a la madre sobre los riesgos de no amamantar hay que informarla individualmente y a sus familiares sobre las posibilidades de una alimentación de sustitución que sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura.

Objetivos

- Proporcionar una alimentación con leche de fórmula en las mejores condiciones para la criatura.
- Capacitar a la mujer y a su pareja sobre el manejo y la preparación de la leche de fórmula.

5.9. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna (OMS/UNICEF, 1981)

El Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna¹ regula los sistemas comerciales y no comerciales de distribución de esos productos, aunque ello no obstaculiza la protección y la promoción de la lactancia natural. La legislación española no obliga a cumplir ese código y, aunque se refiere a aspectos de este, es menos restrictiva.²

Objetivo

- Proporcionar una nutrición segura y suficiente a la vez que se protege y se promueve la lactancia natural y se asegura el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando sean necesarios, con información adecuada y métodos apropiados de comercialización y distribución.

1 Disponible en castellano en la página web de la Organización Panamericana de la Salud
<http://new.paho.org/hq/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1897&Itemid=918>

2 Reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y de los preparados de continuación: Real decreto 867/2008 (BOE n.º 131, 30/05/2008) <www.boe.es/boe/dias/2008/05/30/pdfs/A25121-25137.pdf>.



ANEXOS

Anexo I

6.1. Legislación

6.1.1. Directiva 92/85/CEE

Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia.¹

6.1.2. Directiva 90/394/CEE

Directiva 90/394/CEE, de 28 de junio, relativa a la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.²

6.2. Tablas de riesgo laboral

6.2.1. Lista no exhaustiva de los agentes, de los procedimientos y de las condiciones de trabajo³

A. Agentes

1. **Agentes físicos:** cuando se considere que puedan implicar lesiones fetales y/o provocar un desprendimiento de placenta, en particular los siguientes:
 - a. Choques, vibraciones o movimientos.
 - b. Manejo de cargas pesadas que supongan un riesgo dorsolumbar.
 - c. Ruidos.
 - d. Radiaciones ionizantes.
 - e. Radiaciones no ionizantes.
 - f. Frío y calor extremos.
 - g. Movimientos y posturas, desplazamientos (tanto en el interior como en el exterior del lugar de trabajo), fatiga mental y física y otras cargas físicas vinculadas a la actividad de la trabajadora embarazada.

1 Disponible en castellano a través de la web del Ministerio de Trabajo en Inmigración <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1992L0085:20070627:ES:PDF>>.

2 Disponible en castellano a través de la web del Ministerio de Trabajo en Inmigración <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31990L0394:ES:HTML>>

3 Corresponde al anexo I de la Directiva 92/85/CEE.

2. **Agentes biológicos:** los que contienen los grupos de riesgo 2, 3 y 4 del artículo 2.d de la Directiva 90/679/CEE, en la medida que se conozca que dichos agentes o las medidas terapéuticas ponen en peligro la salud de las mujeres embarazadas o del feto y siempre que no figuren en el anexo II.

3. **Agentes químicos:** los siguientes, en la medida que se conozca que ponen en peligro la salud de las mujeres embarazadas y del feto y siempre que no figuren en el anexo II:

- a. Sustancias etiquetadas R40, R45, R46 y R47 por la Directiva 67/548/CEE, en la medida que no figuren en el anexo II.
- b. Agentes químicos que figuren en el anexo I de la Directiva 90/394/CEE (véase el punto 6.2.2).
- c. Mercurio y derivados.
- d. Medicamentos antimicóticos.
- e. Monóxido de carbono.
- f. Agentes químicos peligrosos de penetración cutánea formal.

B. Procedimientos

Procedimientos industriales que figuran en el anexo I de la Directiva 90/394/CEE (véase el punto 6.2.2).

C. Condiciones de trabajo

Trabajos de minería subterránea.

6.2.2. Lista de sustancias, preparados y procedimientos⁴

1. Fabricación de auramina.
2. Trabajos que supongan la exposición a hidrocarburos aromáticos policíclicos presentes en el alquitrán, el hollín, la brea, el humo o el polvo de hulla.
3. Trabajos que supongan la exposición al polvo y al humo o a las nieblas producidas durante la calcinación y el afinado eléctrico de las matas de níquel.
4. Procedimiento con ácido fuerte en la fabricación de alcohol isopropílico.

4 Art. 2.c del anexo I de la Directiva 90/394/CEE.

6.2.3. Lista no exhaustiva de los agentes y de las condiciones de trabajo⁵

A. Trabajadoras a las que se refiere el artículo 2.a

1. Agentes

- a. *Agentes físicos*: trabajos en atmósferas de sobrepresión elevada (p. ej., locales a presión, submarinismo...).
- b. *Agentes biológicos*: toxoplasma, virus de la rubéola (excepto si hay pruebas de que la trabajadora embarazada está protegida contra ese agente por estar inmunizada).
- c. *Agentes químicos*: plomo y sus derivados, en la medida que estos agentes sean susceptibles de ser absorbidos por el organismo humano.

2. Condiciones de trabajo: trabajos de minería subterránea.

B. Trabajadoras en periodo de lactancia a las que se refiere el artículo 2.c

1. Agentes químicos: plomo y sus derivados, en la medida que estos agentes sean susceptibles de ser absorbidos por el organismo humano.
2. Condiciones de trabajo: trabajos de minería subterránea.

Anexo II

6.3 ALIMENTACIÓN SEGURA DURANTE LA GESTACIÓN

Para evitar los riesgos de origen alimentario de mayor impacto durante la gestación, siga estos consejos:

1. Limpie y desinfecte los vegetales (verduras, hortalizas y fruta) que quiera consumir crudos. Puede utilizar lejía apta para la desinfección del agua de beber (4 gotas por litro): sumerja los vegetales en la disolución durante al menos 10 minutos y escúrralos bien.

También debe aplicar este tratamiento a las ensaladas en bolsa y a los brotes de semillas (soja, alfalfa...).

2. Evite consumir los alimentos siguientes:

- Leche cruda y sus derivados, como quesos frescos o tiernos (mozzarella, emmental, requesón, queso azul, burgos, brie, camembert...).

- Huevos crudos o preparados que los contengan, como mayonesas y otras salsas y algunos productos de repostería (mousse, tiramisú, merengue...).

- Carne cruda (carpaccio, bistec tártaro...) y productos cárnicos no curados, como la sobrasada muy fresca o el paté refrigerado, además de los productos cárnicos en lonchas y envasados. La carne debe cocinarse como mínimo a 71 °C (el centro tiene que cambiar de color).

- Carne de caza si se ha abatido con munición de plomo.

- Pescado crudo y preparados, como el pescado ahumado o marinado, además del sushi, el sashimi, el cebiche...

- Marisco crudo o poco guisado (ostras, mejillones, berberechos...).

- Pez espada, tiburón (tintorera, musola...), atún rojo y lucio. También durante la lactancia.

3. Para evitar el riesgo de contraer toxoplasmosis, si no se cuenta con anticuerpos contra esta infestación se recomienda no comer productos cárnicos curados (jamón serrano, cecina...) o fermentados (chorizo, salchichón, sobrasada...). Además, debe seguir los consejos higiénicos sobre la manipulación de gatos.

⁵ Corresponde al anexo II de la Directiva 90/394/CEE.

4. Consuma solamente zumos recién hechos o zumos envasados pasteurizados.
5. Tome solamente los complementos alimenticios (vitaminas y minerales) que estén recomendados.

Para evitar otros riesgos de origen alimentario, siga también estos consejos:

1. Consuma preferentemente alimentos locales, naturales, de calidad y de temporada.
2. Consuma alimentos que muestren suficiente información en la etiqueta: origen, composición, fechas de consumo, modo de preparación y de conservación... y siga atentamente las instrucciones.
3. Evite romper la cadena de frío. Además, compruebe que el frigorífico está al menos a 4 °C y el congelador, a -18 °C.
4. Cocine los alimentos a 71 °C, como mínimo (se llega a la temperatura adecuada cuando el producto cambia de color en el centro).
5. Para preparar diferentes tipos de alimentos (guisados y crudos, vegetales y carne...) no utilice los mismos utensilios ni las mismas superficies sin haberlos limpiado antes; es decir, límpielos cada vez que los utilice con diferentes tipos de alimentos.
6. Almacene los alimentos separados según su naturaleza (vegetales y carne, guisados y crudos...), tapados y a la temperatura requerida según cada caso.
7. Descongele los alimentos dentro del frigorífico y no vuelva a congelarlos.
8. Recaliente bien los platos cocinados, al menos hasta 75 °C, y hágalo justo antes de consumirlos. No recaliente más de una vez el mismo alimento.
9. Evite que los alimentos cocinados estén a la temperatura ambiente: es mejor refrigerarlos y consumirlos lo antes posible.
10. Mantenga refrigerados los alimentos que contengan huevo poco cocinado o crudo y consúmalos el mismo día en que los haya preparado.
11. Si consume agua de cisterna o de pozo, asegúrese de que es potable.
12. Al manipular y consumir alimentos, procure hacerlo con el máximo de higiene: lávese bien las manos con jabón y agua caliente durante al menos 20 segundos y

siempre en estos casos:

- Antes y después de manipular los alimentos.
 - Entre la manipulación de diferentes tipos de alimentos (crudos y guisados, pescado, carne y vegetales).
 - Después de haber entrado en contacto con una posible fuente de contaminación (ir al lavabo, toser, estornudar, tocar basura, tocar animales, si come...).
13. Es necesario limpiar regularmente la nevera. Limpiando paredes, bandejas y cajones con solución jabonosa para después de aclarar aplicar con un paño una dilución de agua con lejía apta para la desinfección de agua de bebida. Posteriormente se debe secar bien con un papel de cocina o un trapo limpio antes de volver a introducir los alimentos.

Servicio de Seguridad Alimentaria y Nutrición

<http://www.caib.es/sacmicrofront/contenido.do?idsite=3305&cont=43801&lang=ca&caempa=yes>



BIBLIOGRAFÍA

1. Adán G, Escudero, Navarro. Indicaciones de cesárea [Internet]. Oviedo: Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Ginecología y Obstetricia; 2010 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/documentos/clinica/obstetricia/Partos%201%20cesarea%20indicaciones.pdf>
2. Aesanoticias: boletín [Internet]. 2011 jul [Consulta: 12 febr. 2012]; [aprox. 16 p.]. Disponible a: http://www.aesan.msps.es/AESAN/docs/docs/publicaciones_estudios/boletines/AESAnoticias_25.pdf
3. American Academy of Pediatrics Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*. 2005;116(5):1245-55.
4. Amirthalingam G, Andrews N, Campbell H, Ribeiro S, Kara E, Donegan K, Fry NK, Miller E, Ramsay M. Effectiveness of maternal pertussis vaccination in England: an observational study. *Lancet*. 2014 Oct 25;384(9953):1521-8. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60686-3. Epub 2014 Jul 15. PubMed PMID: 25037990.
5. Andersson M, De Benoist B, Delange F, Zupan J. Prevention and control of iodine deficiency in pregnant and lactating women and in children less than 2-years-old: conclusions and recommendations of the Technical Consultation. *Public Health Nutrition*. 2007;10:1606-1611. [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/PHN10%2812a%29.pdf>
6. Angermayr L, Clar C. Suplemento de yodo para la prevención de los trastornos por deficiencia de yodo en niños. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 [Consulta: 12 febr. 2012];(2). Disponible a: <http://www.update-software.com/pdf/CD003819.pdf>
7. Arbyn M, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for collecting samples for conventional and liquid-based cytology. *Cytopathology*. 2007;18(3):133-9.
8. Arena, J. Necesidades de yodo durante la gestación. En: Guía Para prevención de defectos congénitos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [Consulta: 12 febr. 2012] p. 21-24. Disponible a: <http://www.msps.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/GuiaPrevencionDDCC.pdf>
9. Arribas L, et al. Preventive activities in women. *Aten Primaria*. 2007;39(Supl3):123-50.
10. Asociación Española de Pediatría [Internet]. Madrid: AEP; [s.d.] [Consulta: 12 febr. 2012]. Comité de Lactancia Materna. [aprox. 3 pantallas]. Disponible a: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna>
11. Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria: al cuidado de la infancia y la adolescencia [Internet]. [Madrid]: el autor ; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Grupo PrevInfad. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. [aprox. 10 pantallas]. Disponible a: <http://www.aepap.org/previnfad/actividades.htm>
12. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Programa de Salud Infantil. Madrid: Ex Libris, 2009.

13. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers [Internet]. 2a ed. Ginebra (Suiza): ICCIDC: UNICEF: WHO; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.who.int/nutrition/publications/en/idd_assessment_monitoring_elimination.pdf
14. Atención al niño sano. AMF. 2010;6(4monográfico):179-235.
15. Austerra P. ¿Consentimiento informado?: ¿Qué es eso?. Mys [Internet]. 2005 [Consulta: 12 febr. 2012]; 15:[aprox. 1 p.]. Disponible a: http://mys.matriz.net/mys15/15_6.htm
16. Bailey BA, Sokol RJ. Pregnancy and alcohol use: evidence and recommendations for prenatal care. Clin Obstet Gynecol. 2008;51(2): 436-44.
17. Bailham D, Joseph S. Posttraumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. Psychology, Health & Medicine [Internet]. 2003 [Consulta: 12 febr. 2012];8(2):159-168. Disponible a: <http://mms.warwick.ac.uk/mms/getMedia/OF8CAD5E89CDC05801219DE8A01EB801.pdf>
18. Bailón E, Arribas L, Landa J. Actividades preventivas en el embarazo. [Internet]. Barcelona: SemFyc; 2009 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.papps.org/upload/file/05%20PAPPS%20ACTUALIZACION%202009.pdf>
19. Blair PS, Sidebotham P, Berry PJ, Evans M, Fleming PJ. Major Epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20-year population-based study in the UK. Lancet. 2006;367(9507):314-9.
20. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. Pediatrics. 2002;110(5):e63.
21. Barona C, Fullana A, Mas R. Enfermedad de chagas importada: protocolo de actuación en la Comunidad Valenciana [Internet]. València: Generalitat Valenciana; 2009. [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL/PUBLICACIONES/INFAN_MUJER/PERINATAL/MAMUAL_ENF_CHAGAS.PDF
22. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005;115(2):496.
23. Breyman C, Honegger C, Holzgreve W, Surbek D. Diagnosis and treatment of iron-deficiency anaemia during pregnancy and postpartum. Arch Gynecol Obstet. 2010;282(5):577-80.
24. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna. Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2007 [Consulta: 12 febr. 2012];(2):[aprox. 1 p.]. Disponible a: <http://www.update-software.com/pdf/CD001141.pdf>
25. Bru C, Martínez JM, de Dios S. Mujeres que reciben asistencia preconcepcional en Granada. Matronas Prof [Internet]. 2008 [Consulta: 12 febr. 2012];9(1):11-14. Disponible a: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/6693/173/mujeres-que-reciben-asistencia-preconcepcional-en-granada>
26. Capitán M, Cabrera R. La consulta preconcepcional en Atención Primaria: evaluación de la futura gestante. Medifam [Internet]. 2001 [Consulta: 12 febr. 2012];11(4):61-77. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n4/hablemos%20de.pdf>

27. Caesarean section [Internet]. Londres (Reino Unido): National Institute for Clinical Excellence; 2011. [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13620/57163/57163.pdf>
28. Carandell E. Recomendaciones para la actuación sanitaria ante la violencia de género en la Comunitat Autònoma de les Illes Balears [Internet]. Palma: Servei de Salut de les Illes Balears : Atenció Primària de Mallorca; 2009 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.caib.es/govern/archivo.do?id=439942>
29. CDC. Updated Recommendations for Use of Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid, and Acellular Pertussis Vaccine (Tdap) in Pregnant Women - Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2012. MMWR 62(07);131-135
30. CDC.Kathryn M. Curtis,Naomi K. Tepper, Tara C. Jatlaoui, et al., U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. MMWR Recommendations and Reports / Vol. 65 / No. 3 disponible en: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6503a1_appendix.htm [fecha de consulta: 19/12/16].
31. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Parasites - Toxoplasmosis (Toxoplasma infection). Revisado en junio 2011, disponible en www.cdc.gov/parasites/toxoplasmosis/gen_info/pregnant.html
32. Cherry JD. Editorial Commentary: The Effect of Tdap Vaccination of Pregnant Women on the Subsequent Antibody Responses of Their Infants. Clin Infect Dis. 2015 Dec 1;61(11):1645-7. doi: 10.1093/cid/civ700. Epub 2015 Sep 15. PubMed PMID: 26374815.
33. Clinical Guidelines. Primary care interventions to Promote breastfeeding: U.S. preventive services Task Force recommendation Statement. Ann Intern Med. 2008;149(8):560-564.
34. Código Internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna [Internet]. Ginebra: OMS/UNICEF; 1981 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/files/nutrition_code_english.pdf
35. Comité de Lactancia de la EAPED. Manual de lactancia materna de la teoría a la práctica: lactancia materna para profesionales. Madrid: Panamericana; 2008.
36. Cómo prevenir las recaídas después de dejar de fumar. Disponible en: http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/prevenir_recaidas.pdf
Algoritmo de intervención. Disponible en: http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/algoritmo_intervencion.pdf
37. Control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana: manual para profesionales sanitarios [Internet]. València: Generalitat Valenciana .Conselleria de Sanitat. Direcció General per a la Salut Pública. Servei de Salut Infantil i de la Dona; 2002 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL/PUBLICACIONES/INFAN_MUJER/PERINATAL/EMBARAZO/CONTROL_BASICO_DEL_EMBARAZO.PDF
38. Coonrod DV, Jack BW, Stubblefield PG, Hollier LM, Boggess KA, Cefalo R, et al. The clinical content of preconception care: infectious diseases in preconception care. Am J Obstet Gynecol. 2008 Dec;199(6 Suppl 2):S296-309.

39. Cuidados desde el nacimiento: recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas 2010 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
40. Delgado S, Arroyo R, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez JM. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (I). Acta Pediatr Esp [Internet]. 2009 [Consulta: 12 febr. 2012];67(2):77-84. Disponible a: <http://www.ihan.es/cd/documentos/Mastitis%20infecciosas%20durante%20la%20lactancia%20I.pdf>
41. Demicheli V, Barale A, Rivetti A. Vacunas en mujeres para la prevención del tétanos neonatal. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 [Consulta: 12 febr. 2012];2 [aprox. 1 p.]. Disponible a: <http://www.update-software.com/pdf/CD002959.pdf>
42. Dennis CL, Creedy D. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión postparto. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 [Consulta: 12 febr. 2012];2 [aprox. 1 p.]. Disponible a: <http://www.update-software.com/pdf/CD001134.pdf>
43. Díaz-Gómez NM. ¿En qué situaciones está contraindicada la lactancia materna?. Acta Pediatr Esp. 2005;63:321-327.
44. Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 10 de octubre de 1992 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia [Internet]. [s.l.]: [s.n.]; s.d [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.belt.es/legislacion/vigente/seg_ind/prl/principios/comunitaria/D_92_85_CEE.pdf
45. Doggett C, Burrett S, Osborn DA. Visitas domiciliarias durante el embarazo y el postparto para mujeres con problemas de alcohol o drogas. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 [Consulta: 12 febr. 2012];2. Disponible a: <http://www.update-software.com/pdf/CD004456.pdf>
46. Domínguez A, Pastor V, Sanz C, Salleras L. Vacunaciones en mujeres en edad fértil y en embarazadas. Calendario de vacunaciones sistemáticas del adulto y recomendaciones de vacunación para los adultos que presentan determinadas condiciones médicas, exposiciones, conductas de riesgo o situaciones especiales. Consenso 2009 Comité de Vacunas de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Medicina Preventiva 2010;26(1):26-30
47. Dormir en la misma cama con el bebé.UNICEF UK Baby Friendly Initiative con la Foundation for the Study of Infant Deaths. (Consulta: 22 de Diciembre 2012). Disponible a: http://www.ihan.es/cd/documentos/Colecho_UNICEF.pdf
48. Dorta E, Molina J, García-Fernández JA, Serra L. Gestación adolescente y su repercusión en el recién nacido: estudio de casos y controles. Clin Invest Gin Obst. 2004;31(4):118-23.
49. Elfenbein DS, Felice ME. Adolescent pregnancy. Pediatr Clin North Am. 2003;50(4):781-800.

50. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado [Internet]. 2a ed. [Sevilla]: Consejería de Salud; [2005] [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.juntadeandalucia.es/opencms/opencms/system/bodies/contenidos/publicaciones/pubcsalud/2005/csalud_pub_150/embarazo.pdf
51. Equipo de Programación de Zona Pediátrica. Zona pediátrica: Red 3.0 [Internet]. Buenos Aires: BAITEC; 2011 [Consulta: 12 febr. 2012]. Colecho; [aprox. 1 p.]. Disponible a: <http://www.zonapediatrica.com/enviar-contenido/colecho.html>
52. Estrada MD, et al. Descripción del estado de situación del cribado prenatal de las cromosomopatías fetales más frecuentes -principalmente Síndrome de Down en el Estado español y propuestas de mejora en la práctica clínica habitual [Internet]. Madrid: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/72/AATRM%202006-03.pdf>
53. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
54. Estratègia de diabetis de les Illes Balears 2011-2015. Direcció General de Planificació i Finançament. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears.
55. Fabre E, Fernández A, Fortuna A. Consulta preconcepcional: manual de asistencia al parto normal. Zaragoza: Edelvives; 2001.
56. FAME. Iniciativa parto normal: documento de consenso [Internet]. Barcelona: Federación de asociaciones de Matronas de España; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.federacion-matronas.org/ipn>
57. Female genital mutilation: WHO Information Fact Sheet No. 241. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 2000.
58. Fernández MT. Manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año: guía de práctica clínica basada en la evidencia [Internet]. Valencia: Atención Primaria: Hospital Dr. Peset; 2004 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.aeped.es/sites/default/files/lm_gpc_peset_2004.pdf
59. Flores-Chávez M, De Fuentes I, Gárate T, Cañabate C. Diagnóstico de laboratorio de la enfermedad de Chagas importada. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2007;25(2):29-37.
60. Flores-Chávez M, et al. Fatal congenital Chagas disease in a non-endemic area: a case report. *Cases Journal.* 2008;1:302.
61. Gagnon AJ, Bryanton J. Educación posnatal de padres para la optimización de la salud infantil general y las relaciones entre padres e hijos. Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2009 [Consulta: 12 febr. 2012];(2) [aprox. 1 p.]. Disponible a: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004068>
62. Gagnon AJ, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 [Consulta: 12 febr. 2012];2 [aprox. 1 p.]. Disponible a: <http://www.update-software.com/pdf/CD002869.pdf>

63. Galbe Sánchez-Ventura J, Grupo PrevInfad/PAPPS. Prevención del retraso psicomotor causado por déficit de yodo en la infancia [Internet]. [s.l.]: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; 2005 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_yodo.pdf
64. García-Bermejo I. Cribado serológico en la gestante: controversias y consideraciones sobre algunos patógenos de transmisión vertical. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica (SEIMC): Control de Calidad SEIMC, 2003. Disponible a: <http://www.seimc.org/control/revisiones/serologia/Serogest.pdf>, (consultado 7-8-2012).
65. Gardiner PM, et al. The clinical content of preconception care: nutrition and dietary supplements. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2008 [Consulta: 12 febr. 2012];199(6Suppl2):S345-56. Disponible a: <http://www.beforeandbeyond.org/uploads/Nutrition%20and%20preconception%20health.pdf>
66. Gavilan M. Suplementos de yodo en embarazadas sanas. *Actualizaciones en Medicina de Familia AMF*. 2011;7:647-50
67. Glinoe D, et al. A randomised trial for the treatment of mild iodine deficiency during pregnancy: maternal and neonatal effects. *J Clin Endocrinol Metab*. 1995;80(1):258-69.
68. Girauta H, Valverde JM, Milán J, Uriarte B. Guía de ayuda para dejar de fumar [Internet]. Palma: Govern de les Illes Balears; 2005 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://portalsalut.caib.es/psalutfront/info?id=8850>
69. Gobierno Vasco .Dirección de Salud Pública. Suplementación Con Yodo Y Ácido Fólico Durante El Embarazo Y La Lactancia: Resumen Y Recomendaciones. Bilbao 2012. (Consulta 20 de Diciembre 2012). Disponible a: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnr100/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/Taller_yodo_embarazo_lactancia.pdf
70. Guía de actividades preventivas y promoción de la salud en la infancia y adolescencia: documento de apoyo al programa de salud infantil y del adolescente [Internet]. Badajoz: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Extremeño de Salud; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.spapex.es/psi/guia_actividades_preventivas_inf_adol.pdf
71. Guía de actuación en la anticoncepción de urgencia [Internet]. Palma: Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Direcció General de Planificació i Finançament; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.caib.es/govern/archivo.do?id=288911>
72. Guía de autoayuda para dejar de fumar en la embarazada fumadora. Disponible en: http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/guia_autoayuda.pdf

73. Guia de pràctica clínica sobre infeccions de transmissió sexual: GPC-ITS 2009 [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2009 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Infeccions_de_transmissio_sexual/documents/Accés%20a%20la%20Guia.pdf
74. Guía técnica do proceso de atención ao embarazo normal [Internet]. [La Coruña]: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade: Servizo Galego de Saúde; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=50019&uri=http://www.sergas.es/cas/muller/docs/PMG03.pdf&hifr=900&seccion=0
75. Guía técnica do proceso de atención ao parto normal e puerperio [Internet]. [La Coruña]: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade: Servizo Galego de Saúde; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=50019&uri=http://www.sergas.es/cas/muller/docs/G4PartoNat.pdf&hifr=1100&seccion=0
76. Guía técnica do proceso de consulta preconcepcional [Internet]. [La Coruña]: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade: Servizo Galego de Saúde; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=50019&uri=http://www.sergas.es/cas/muller/docs/PMG02.pdf&hifr=900&seccion=0
77. Guía técnica do proceso de detección precoz de cancro de cérvix [Internet]. [La Coruña]: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade: Servizo Galego de Saúde; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.sergas.es/gal/muller/docs/PMG07.pdf>
78. Guía técnica do proceso de educación maternal prenatal e postnatal [Internet]. [La Coruña]: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade: Servizo Galego de Saúde; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=50019&uri=http://www.sergas.es/cas/muller/docs/PMG05.pdf&hifr=900&seccion=0
79. Guía para la prevención de defectos congénitos: informes, estudios y documentos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/GuiaPrevencionDDCC.pdf>
80. Guías de práctica clínica en el SNS: guía de práctica clínica sobre la atención al parto Normal 2010 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracticaClinicaParto.pdf>
81. Guidelines for vaccinating pregnant women: from recommendations of the advisory committee on immunization practices (ACIP) [Internet]. [Atlanta (EE. UU.)]: U.S. Department of Health and Human Services; 1998 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/downloads/b_preg_guide.pdf

82. Grupo de Diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Granada: SAMFyC; 2010 [Consulta: 12 febr. 2012]. Gómez MG. Diabetes gestacional. Disponible a: http://www.grupodiabetessamfyc.cica.es/index.php?option=com_content&view=article&id=119&Itemid=89
83. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10
84. Grupo de trabajo para el estudio y prevención de la muerte súbita del lactante del síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL). Libro Blanco de la muerte súbita del lactante. 2ª ed. Madrid: Ediciones ERGON; 2003.
85. Grupo de trabajo Previnfad. Recomendaciones sobre actividades preventivas y de la promoción de la salud. [Internet]. [Madrid]: Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria; 2009 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/recomendaciones_previnfad-papps_2009.pdf
86. Grupo de Trabajo tos ferina 2015 de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Adenda al programa de vacunación frente a tos ferina en España: vacunación en el embarazo. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad
87. Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE). Asistencia a la gestante con diabetes. Guía de práctica clínica actualizada en 2014. Av Diabetol. 2015;31(2):45---59
88. Haider BA, Bhutta ZA. Suplementos de micronutrientes múltiples para mujeres durante el embarazo. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2006 [Consulta: 12 febr. 2012];(2)[aprox. 1 p.]. Disponible a: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004905>
89. Hale TW. Medicamentos y Lactancia Materna. [Madrid]: EMISA; 2004.
90. Heath CC, Sulik SM. Contraception and preconception counseling. Prim Care. 1997;24(1):123-33.
91. Hernández MT, Aguayo J. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. La lactancia materna: Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica: recomendaciones del Comité de la Lactancia de la AEP. An Pediatr (Barc). 2005;63:340-56.
92. Hernández MT, et al. Información complementaria al documento orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural. [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2010. [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.aeped.es/sites/default/files/LM_Y_RIESGO_LABORAL_COMITE_LM_AEP_2010_1.pdf
93. Howell EM, Heiser N, Harrington MA. Review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women. J Subst Abuse Treat. 1999;16(3):195-219.

94. Information for people who use NHS services: Induction of labour [Internet]. Londres (Reino Unido): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12012/41272/41272.pdf>
95. Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia [Internet]. [Madrid]: UNICEF; [s.d.] [Consulta: 12 febr. 2012]. Recursos sobre la lactancia materna. Disponible a: <http://www.ihan.es/cd/documentos.html>
96. Iribarren JA, Ramos JT, Guerra L, Coll O, de José MJ, Domingo P, et al. Prevención de la transmisión vertical y tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la mujer embarazada. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2001;19:314-35.
97. Institute for Clinical Systems Improvement. Health care guideline: routine prenatal care [Internet]. 14a ed. Bloomington: ICSI; 2010 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.icsi.org/prenatal_care_4/prenatal_care__routine__full_version__2.html
98. Integrated management of pregnancy and childbirth: pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice [Internet]. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 2006 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/PCPNC_2006_03b.pdf
99. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth: WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health [Internet]. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 2009 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/who_mps_07.05_eng.pdf
100. Integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery: a teacher's guide. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 2001.
101. International Food Information Council Foundation, Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses. Caffeine and women's health [Internet]. Washington (EE. UU.): International Food Information Council Foundation; 2002 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.foodinsight.org/Content/6/Caffeine_women.pdf
102. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth: clinical guideline [Internet]. Londres (Reino Unido): National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPCNICGuidance.pdf>
103. Jiménez E, Delgado S, Arroyo R, Fernández L, Rodríguez JM. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (II). *Acta Pediatr Esp*. 2009;67(3):77-84.
104. Joanna Briggs Institute. La efectividad de las intervenciones en el cólico del lactante. Best Practice [Internet]. 2008 [Consulta: 12 febr. 2012];12(6). Disponible a: http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/pdf/jb/2008_12_6_colico_lactante.pdf
105. Joint Guideline: management of Women with Obesity in Pregnancy [Internet]. Londres (Reino Unido): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2010. [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/CMACERCOGJointGuidelineManagementWomenObesityPregnancya.pdf>

106. Jove, R. Dormir sin lágrimas: dejarle llorar no es la solución: todo lo que hay que saber para resolver los problemas del sueño infantil. Madrid: La esfera de los libros; 2006.
107. Kaplan A. Mutilación genital femenina: manual para profesionales [Internet]. [Barcelona]: Universitat Autònoma de Barcelona; [s.d.]. [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.mgf.uab.es/docs/Manual_profesionales_BR.pdf
108. Keller-Stanislowski B, Englund JA, Kang G, Mangtani P, Neuzil K, Nohynek H, Pless R, Lambach P, Zuber P. Safety of immunization during pregnancy: a review of the evidence of selected inactivated and live attenuated vaccines. *Vaccine*. 2014 Dec 12;32(52):7057-64. doi: 10.1016/j.vaccine.2014.09.052. Epub 2014 Oct 5. Review. PubMed [citation] PMID: 25285883
109. Khoro AKK, Dabbas N, Sudhakaran N, Ade-Ajayi N, Patel S. Nipple pain at presentation predicts success of tongue-tie. *Eur J Pediatr Surg*. 2009;19(6):370-3.
110. Kramer MS, McDonald SW. Ejercicio aeróbico durante el embarazo. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet] 2006. [Consulta: 12 febr. 2012];(2). Disponible a: <http://www.update-software.com/pdf/CD000180.pdf>
111. Laurberg P. Global or Gaelic epidemic of hypothyroidism? *Lancet*. 2005;365:738–740.
112. Laurie A Nommsen-Rivers, Caroline J Chantry, Janet M Pearson, Roberta J Cohen, and Kathryn G Dewey. Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal obesity and factors associated with ineffective breastfeeding. *American Journal of Clinical Nutrition*, doi:10.3945/ajcn.2010.29192 Vol. 92, No. 3, 574-584, September 2010
113. Lucena S, et al. Guía de valoración de riesgos laborales en el embarazo y lactancia en trabajadoras del ámbito sanitario. [Internet]. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Instituto de Salud Carlos III; 2008. [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/Valoracion_riesgos_embarazo.pdf
114. Malde FJ, Aguilar MT, Puertas A. Manejo intraparto de las gestantes con cesárea anterior [Internet]. [Granada]: Hospital General Virgen de las Nieves; 2011 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2011_mmf_05_manejo_intraparto_cesarea_anterior.pdf
115. Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 1997.
116. Martin-Loeches M, Catalá E, Ortí RM, Mínguez J, Rius J. Principales factores de riesgo asociados a las gestantes adolescentes de la Comunidad Valenciana. *Clin Invest Gin Obst*. 2002;29(1):2-6.
117. Martínez-Frías ML, Grupo de trabajo del ECEMC. Adecuación de las dosis de ácido fólico en la prevención de los defectos congénitos. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(16):609-16.

118. Maternidad paternidad, riesgo durante el embarazo, riesgo durante la lactancia natural: prestaciones [Internet]. 5a ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/47202.pdf>
119. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4a ed. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 2009.
120. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Internet]. Madrid: El Ministerio; s.d[Consulta: 12 febr. 2012]. Viajes internacionales y salud; [aprox. 4 pantallas]. Disponible a: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/viajesInter/home.htm>
121. MJ, Gonzalez-Fernandez MC, Rodriguez A, Caballero FF, Machado A, Gonzalez-Romero S, Anarte MT, Soriguer F. Effect of iodine prophylaxis during pregnancy on neurocognitive development of children during the first two years of life. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(9):3234–3241
122. Moleti M, Di Bella B, Giorgianni G, Mancuso A, De Vivo A, Alibrandi A, Trimarchi F, Vermiglio F. Maternal thyroid function in different conditions of iodine nutrition in pregnant women exposed to mild-moderate iodine deficiency: an observational study. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2011;74(6):762-8.
123. Moreno N, Romano D, Brunel S. Guía sindical para la prevención de riesgos durante el embarazo y la lactancia [Internet]. [Madrid]: Instituto Sindical del Trabajo, Ambiente y Salud; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.ccoo.org.es/comunes/temp/recursos/1/643250.pdf>
124. Morreale de Escobar G, Escobar del Rey F. Metabolismo de las hormonas tiroideas y del yodo en el embarazo: razones experimentales para mantener una ingesta adecuada de yodo en la gestación. *Prog Obstet Ginecol.* 2007;50(Supl.2):21-34.
125. Munoz FM, Bond NH, Maccato M, Pinell P, Hammill HA, Swamy GK, Walter EB, Jackson LA, Englund JA, Edwards MS, Healy CM, Petrie CR, Ferreira J, Goll JB, Baker CJ. Safety and immunogenicity of tetanus diphtheria and acellular pertussis (Tdap) immunization during pregnancy in mothers and infants: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2014 May 7;311(17):1760-9. doi: 10.1001/jama.2014.3633. PubMed PMID: 24794369; PubMed Central PMCID: PMC4333147
126. Mutilación genital femenina: prevención y atención [Internet]. Barcelona: Associació Catalana de Llevadores; 2004. [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.llevadores.cat/html/publicacions/docs/GuiaMutil.pdf>
127. National Collaborating Centre for Primary Care. Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies [Internet]. Londres (Reino Unido), 2006 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10988/30146/30146.pdf>
128. NICE clinical guideline 45: antenatal and postnatal mental health: The NICE guideline on clinical management and service guidance [Internet]. Londres (Reino Unido): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11004/30431/30431.pdf>

129. NICE clinical guideline 62: antenatal care - routine care for the healthy pregnant woman [Internet]. Londres (Reino Unido): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG62fullguideline.pdf>
130. NICE clinical guideline 63: Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from pre-conception to the postnatal period [Internet]. Londres (Reino Unido): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11946/41320/41320.pdf>
131. NICE clinical guideline 70: Induction of labour [Internet]. Londres (Reino Unido): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12012/41256/41256.pdf>
132. NICE public health guidance 11: improving the nutrition of pregnant and breastfeeding mothers and children in low-income households [Internet]. Londres (Reino Unido): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH011guidance.pdf>
133. Nicholson WK. Therapeutic management, delivery, and postpartum risk assessment and screening in gestational diabetes, structured abstract [Internet]. U.S.: AHRQ; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/gestdiabetes/gestdiab.pdf>
134. Olano E, Matilla B, Otero M, Veiga S, Sender L. Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar: traducción y adaptación del programa educativo del colegio americano de obstetricia y ginecología (acog.) respaldado por la Fundación Robert Wood Johnson [Internet]. [s.l.]: Sociedad Española de Especialistas en tabaquismo; [s.d.] [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.dentef.es/pdf/saludoral/guia_ayuda_a_embarazadas_para_dejar_de_fumar.pdf
135. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2009 [actualitzat 30 nov 2009; citat 2 maig 2011]. Nuevas recomendaciones sobre el VIH para mejorar la salud, reducir las infecciones y salvar vidas; [aprox. 1 p.]. Disponible a: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/world_aids_20091130/es/index.html
136. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Resumen ejecutivo. Quinta edición 2015. disponible en :http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?ua=1
137. Organización Panamericana de la Salud. La violencia doméstica durante el embarazo [En línea]. GenSalud, hojas informativas. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organizació Panamericana de la Salut. <<http://www.paho.org/spanish/DPM/GPP/GH/VAWPregnancysp.pdf>> [fecha de consulta: 19/12/16].
138. Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural [Internet]. Madrid: Ministerio de trabajo e inmigración: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Asociación Española de Pediatría; [s.d.] [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.tt.mtas.es/periodico/seguridadsocial/200810/orienta_valor_lactancia.pdf
139. Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de

- Estado de la Seguridad Social; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://sid.usal.es/docs/F8/FD022134/riesgos_embarazo.pdf
140. Ortega García JA, Ferrís i Tortajada J, Claudio Morales L, Berbel Tornero O. Unidades de salud medioambiental pediátrica en Europa: de la teoría a la acción. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63(2):143-151.
 141. Pallàs Alonso, CR. Prevención prenatal. Visita prenatal. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [Internet]. Actualitzat octubre de 2005 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.aepap.org/previnfad/prenatal.htm>
 142. Panchón I, Limia A, Peña-Rey I, Pérez JJ, Rodríguez MJ, García F, et al. Vacunación en adultos: recomendaciones: vacuna de difteria y tétanos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/TetanosDifteria_2009.pdf
 143. Patricio JM, Lasarte JJ. Lactancia y medicamentos: una compatibilidad casi siempre posible: guía rápida para profesionales. [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008. [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm_medicamentos.pdf
 144. Pena-Rosas JP, Viteri FE. Efectos de la administración sistemática de suplementos de hierro por vía oral con o sin ácido fólico a embarazadas. *La Biblioteca Cochrane Plus* [Internet] 2008 [Consulta: 12 febr. 2012];(2). Disponible a: <http://www.update-software.com/pdf/CD004736.pdf>
 145. PrevInfad grupo de trabajo AEPap/PAPPS semFYC. Recomendaciones: promoción de la lactancia materna [Internet]. [Madrid]: Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria; 2006 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_lactancia_rec.pdf
 146. Por qué es importante dejar de fumar durante el embarazo. Disponible en: http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/pq_importante_dejar_fumar.pdf
 147. Preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes : directrices [Internet]. Ginebra: OMS; 2007. [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines_sp.pdf
 148. Progestogen-only contraceptive use during lactation and its effects on the neon. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 2008.
 149. Programa de l'infant sa. Palma: Govern de les Illes Balears; 2007.
 150. Programa de prevenció del càncer de cèrvix. Palma: Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum; 2004.
 151. 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. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad .2016. Disponible en:
 152. http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/DocsZika/ProtocoloABRILactuaciON_embarazadas_Zika_8.04.2016.pdf

153. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2003 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Salut_maternoinfantil/docs/protpart.pdf
154. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. Madrid: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
155. Protocolo de atención al embarazo y puerperio 2007 [Internet]. [Santander]: Gobierno de Cantabria. Dirección General de Salud Pública; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/protocoloAtencionEmbarazo.pdf>
156. Protocol de les activitats per al cribratge del càncer de coll uterí a l'atenció primària [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2006 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocols_i_recomanacions/27_cancer/documents/Protocol_activitats_cribratge_%20cancercolluteri_atencioprimaria.pdf
157. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya [Internet]. 2a ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2005 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Salut_maternoinfantil/docs/protseguir2006.pdf
158. Protocolos asistenciales en obstetricia: control del bienestar fetal anteparto. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2009.
159. Protocolos asistenciales en obstetricia: consulta preconcepcional. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2010.
160. Protocolos asistenciales en obstetricia: control prenatal del embarazo. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2010.
161. Protocolos asistenciales en obstetricia: embarazo cronológicamente prolongado. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2010.
162. Protocolos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en obstetricia: parto vaginal tras cesárea. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2002.
163. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 1998 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf

164. Quintana CH, Itziar Etxeandia I, Rico R, Armendáriz I, Fernández del Castillo I. Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal: Guía dirigida a mujeres embarazadas, a los futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracParMujer.pdf>
165. Rebagliato M, Murcia M, Alvarez-Pedrerol M, Espada M, Fernandez-Somoano A, Lertxundi N, Navarrete-Munoz EM, Forn J, Aranbarri A, Llop S, Julvez J, Tardon A, Ballester F. Iodine Supplementation During Pregnancy and Infant Neuropsychological Development. INMA Mother and Child Cohort Study. *Am J Epidemiol* 2012 (in press).
166. Ramon R, Murcia M, Aquinagalde X, Amurrio A, Llop S, Ibarluzea J, et al. Prenatal mercury exposure in a multicenter cohort study in Spain. *Environ Int.* 2011 Apr;37(3):597-604.
167. Rayburn WF, Phelan ST. Promoting healthy habits in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2008;35(3):385–400.
168. Recomendaciones de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, el grupo de estudio de SIDA (GeSida/SEIMC), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y la Asociación Española de Pediatría para el seguimiento de la infección por el VIH con relación a la reproducción, el embarazo y la prevención de la transmisión vertical. [Madrid]: SPNS: GESIDA: SEGO: AEP; 2007.
169. Recomendaciones vacuna difteria y tétanos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/TetanosDifteria_2009.pdf
170. Reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y de los preparados de continuación. Real Decreto 867/2008 de 30 de mayo. *Butlletí Oficial de l'Estat* núm. 131, (23-5-2008).
171. Reporte sobre la enfermedad de Chagas [Internet]. Buenos Aires: OMS; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/TDR_SWG_09_spa.pdf
172. Robert Miller MD. Preventing adolescent pregnancy and associated risks. *Can Fam Physician.* 1995;41:1525-1531.
173. Rodríguez JM, Jiménez E, Merino V, Maldonado A, Marín ML, Fernández L, Martín L. Microbiota de la leche humana en condiciones fisiológicas. *Acta Pediatr Esp.* 2008;66(2):27-31.
174. Sánchez Montoya J, Palacios Alzaga G. Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. *Matronas Prof* [Internet] 2007. [Consulta: 12 febr. 2012];8(1):12-19. Disponible a: <http://www.federacion-matronas.org/rs/234/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/518/rglang/es-ES/filename/vol8n1pag12-19.pdf>
175. Sánchez Ruiz-Cabello FJ. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante [Internet]. [Madrid]: Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria; 2009 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.aepap.org/previnfad/rec_muertesubita.htm

176. Sang Z, Wei W, Zhao N, et al. Thyroid Dysfunction during Late Gestation Is Associated with Excessive Iodine Intake in Pregnant Women. *Endocrinol Metab* 2012;97: E1363–E1369
177. Screening for asymptomatic bacteriuria in adults: U.S. preventive services task force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2008;149:43-47.
178. Servicio de Pediatría del Hospital Marina Alta de Denia [Internet]. Valencia: el autor; 2011 [Consulta: 12 febr. 2012]. Lactancia materna, medicamentos, plantas, tóxicos y enfermedades: compatibilidad de la lactancia con medicamentos y otros productos. Disponible a: <http://www.e-lactancia.org/>
179. Smith GC, White IR. Predicting the risk for sudden infant death syndrome from obstetric characteristics: a retrospective cohort study of 505,011 live births. *Pediatrics*. 2006;117(1):60-6.
180. Sociedad Española de Diabetes y Embarazo. Diabetes mellitus y embarazo: guía asistencial [Internet]. 3a ed. Madrid: Fundación Lilly; 2005 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.sego.es/Content/pdf/guia_diabetes.pdf
181. Soriguer F, Gutierrez-Repiso C, Gonzalez-Romero S, Oliveira G, Garriga MJ, Velasco I, Santiago P, de Escobar GM, Garcia-Fuentes E; Iodine Deficiency Disorders Group of Spanish Society of Endocrinology and Nutrition. Iodine concentration in cow's milk and its relation with urinary iodine concentrations in the population. *Clin Nutr*. 2011;30:44-8.
182. Standards for Maternal and Neonatal Care. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 2007.
183. Thermal protection of the newborn: a practical guide. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 1997.
184. Torre J, Coll C, Coloma M, Martín JI, Padrón E, González NL. Control de gestación en inmigrantes. *Anales del sistema sanitario de Navarra* [Internet]; 2006 [Consulta: 12 febr. 2012].;29:sup 1. Disponible a: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup1/suple5a.html>
185. Umamanita / El Parto es Nuestro. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal [Internet]. [s.l.]: Umamanita; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.umamanita.es/Contenidos/Profesionales/Guia%20Combined.pdf>
186. Vanderver GB, Engel A, Lamm S. Cigarette smoking and iodine as hypothyroxinemic stressors in U.S. women of childbearing age: a NHANES III analysis. *Thyroid*. 2007;17:741–746.
187. Valverde JM, Milán J, Girauta H, Uriarte B. Guia d'intervenció grupal per a l'abordatge del tabaquisme en atenció primària [Internet]. Palma: Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum; 2005 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST335ZI107040&id=107040>
188. Van Wouwe JP, Hirasing RA. Prevention of sudden unexpected infant death. *Lancet*. 2006;367(9507):277-8.
189. Velasco I, Carreira M, Santiago P, Muela JA, Garcia-Fuentes E, Sanchez-Munoz B, Garriga

190. Vila L , Velasco I, González S , Morales F, Sánchez E, Lailla JM, Martinez-AstorquizaT, Puig-Domingo M. Detección de la disfunción tiroidea en la población gestante: está justificado el cribado universal. *Endocrinología y nutrición*. 2012;59(9):547---560
191. Vila, L. Prevención y control de la deficiencia de yodo en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:371-377.
192. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo . *La Biblioteca Cochrane Plus* [Internet]; 2008. [Consulta: 12 febr. 2012]; (2). Disponible a: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000934sp.pdf>
193. Vitamin/folic acid supplementation 2007: the use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies No. 201. *JOGC* [Internet]. 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.sogc.org/media/pdf/advisories/JOGC-dec-07-FOLIC.pdf>
194. WHO Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Ginebra (Suiza): World Health Organization, 2006.
195. Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Post-traumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*. 1997;11(6):587-97.
196. World Health Organization [Internet]. Ginebra (Suiza): WHO; [s.n.] [Consulta: 12 febr. 2012]. *Child Growth Standards*. Disponible a: <http://www.who.int/childgrowth/en/>



G CONSELLERIA
O SALUT
I
B
/