

Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal

Proceso asistencial



Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal

Proceso asistencial



Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal

Proceso asistencial

Integrantes do grupo de traballo

NOME	POSTO	CENTRO
Susana Blanco Pérez	Xinecóloga-Obstetra	CHUOU. Área Sanitaria Ourense, Verín e o Barco de Valdeorras
Marta Carballal Mariño	Pediatra	CS Cerceda-Culleredo. Área Sanitaria de A Coruña e Cee
Manuel Castro Pazos	Médico de familia	CS Monteporreiro. Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.
Isaura González Martínez	Matrona	CS Narón. Área Sanitaria de Ferrol
Olga López Racamonde	Matrona	Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos
Manuel Angel Pereira Soto	Xinecólogo-Obstetra	CHUS. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e A Barbanza
Javier José Ventosa Rial	Director de Procesos con Ingreso	Área Sanitaria de Ferrol
M ^a Sinda Blanco Lobeiras	Subdirectora xeral de Planificación e Programación Asistencial	Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde
Alfonso Alonso Fachado	Subdirector xeral de Ordenación Asistencial e Innovación Organizativa	Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde
Teresa Rey Liste	Xefa do Servizo de Procesos e Programas Asistenciais	Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde
M. ^a Dolores Martínez Romero	Técnica do Servizo de Procesos e Programas Asistenciais	Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde

Edita: Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade
Servizo Galego de Saúde
Dirección Xeral de
Asistencia Sanitaria
Subdirección Xeral de Planificación
e Programación Asistencial

Lugar: Santiago de Compostela

Ano: 2019

Ilustración Portada_

Raquel Biempica

www.raquelbiempica.com

Deseño e maquetación_

KRISSOLA DESEÑO, S.L.U



Un click na imaxe de páxina enlaza co **índice**

A.

Un click enlaza co índice de **anexos**



Click de enlace

(ver anexo)

Un click en textos subliñados enlaza cos **anexos correspondentes**

http

Un click en textos subliñados enlaza coa **páxina web**

índice

MÉTODOS DE CALIDADE DO PROCESO ASISTENCIAL	
NIVEL ASISTENCIAL. FLUXOGRAMA	
DESCRIPCIÓN DOS SUBPROCESOS ASISTENCIAIS	SUBPROCESOS
	<ul style="list-style-type: none"> 01 1ª Consulta preconcepcional 02 2ª Consulta preconcepcional 03 Diagnóstico de embarazo 04 1ª Consulta prenatal. ≤10 semanas de xestación 05 2ª consulta prenatal. 14-17 06 3ª Consulta prenatal. 18-23 07 4ª Consulta prenatal. 24-27 08 5ª Consulta prenatal. 28-32 semanas de xestación 09 6ª Consulta prenatal. 33-36 semanas de xestación 10 7ª Visita de control de embarazo. 37-40 semanas de xestación 20 Detección precoz de alteracións cromosómicas fetais 21 Ecografías de control 22 Test fetal non estresante ou monitorización basal
SISTEMA DE AVALIACIÓN E MELLORA	
A	ANEXOS
1	VACINAS
	NIVEL ASISTENCIAL SUXERIDO EN FUNCIÓN DO RISCO
	PREVENCIÓN DA DOENZA DE ZIKA
	DECISIÓN VOLUNTARIA DO EMBARAZO/ADOPCIÓN
	ECOGRAFÍAS, PROBAS E INMUNIZACIÓNS NA XESTACIÓN
	PREVENCIÓN DA DOENZA DE ZIKA

Un click nos capítulos enlaza coa páxina correspondente

ABREVIATURAS		6
DEFINICIÓN DO PROCESO ASISTENCIAL		7
METODOLOXÍA		8
OBXECTIVOS		9
CARACTERÍSTICAS DE CALIDADE DO PROCESO ASISTENCIAL		10
PROCESO ASISTENCIAL. FLUXOGRAMA		11
DESCRICIÓN DOS SUBPROCESOS ASISTENCIAIS	SUBPROCESOS	12
	01 1ª Consulta preconcepcional	13
	02 2ª Consulta preconcepcional	16
	03 Diagnóstico de embarazo	18
	04 1ª Consulta prenatal. ≤10 semanas de xestación	19
	05 2ª consulta prenatal. 14-17 semanas de xestación	23
	06 3ª Consulta prenatal. 18-23 semanas de xestación	25
	07 4ª Consulta prenatal. 24-27 semanas de xestación	26
	08 5ª Consulta prenatal. 28-32 semanas de xestación	28
	09 6ª Consulta prenatal. 33-36 semanas de xestación	30
	10 7ª Visita de control de embarazo. 37-40 semanas de xestación	32
	20 Detección precoz de alteracións cromosómicas fetais	33
	21 Ecografías de control	39
	22 Test fetal non estresante ou monitorización basal	40
SISTEMA DE AVALIACIÓN E MELLORA		41
A	ANEXOS	42
A.1	VACINAS	43
A.2	NIVEL ASISTENCIAL SUXERIDO EN FUNCIÓN DO RISCO	44
A.3	VIRUS ZIKA	45
A.4	INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DO EMBARAZO/ADOPCIÓN	47
A.5	TÁBOA DE ANALÍTICAS, PROBAS E INMUNIZACIÓNS NA XESTACIÓN	50
A.6	INFORMACIÓN PARA TRANSMITIR Á USUARIA	53
A.7	PRESIÓN ARTERIAL	59
A.8	TEST DE O'SULLIVAN	60
A.9	MEDICIÓN DA ALTURA DO FONDO UTERINO	61
A.10	ALIMENTACIÓN DO NEONATO E DO NENO OU NENA PEQUENOS	62
A.11	MANOBRAS DE LEOPOLD	66
A.12	VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA	67
BIBLIOGRAFÍA		68

Abreviaturas

Abreviaturas

ACIU

Atraso de crecemento intrauterino

β -hGC

Fración libre beta da hormona gonadotropina coriónica

AH

Atención hospitalaria

AM

Amniocentese

AP

Atención primaria

AFP

Alfafetoproteína

BC

Biopsia corial

CCPT

Cribado combinado de primeiro trimestre

CMV

Citomegalovirus

DTN

Defectos de tubo neural

dTpa

Difteria, tétanos e tose ferina

DUM

Data de última menstruación

FR

Factor de risco

HB

Hepatite B

HBsAx

Antíxeno de superficie anti hepatite B

HC

Historia clínica

HTA

Hipertensión arterial

IgHB

Inmunoglobulina específica fronte a virus de hepatite B

IVE

Interrupción voluntaria do embarazo

IMC

Índice de masa corporal

ITS

Infeccións de transmisión sexual

LCR

Líquido cefalorraquídeo

mcg

Microgramo

PAPP-A

Proteína plasmática A asociada ao embarazo

RN

Recentemente nado ou neonato

sem

Semana/s

SGB

Estreptococo grupo B

T4

Hormona tiroxina

TA

Tensión arterial

TN

Traslucencia nucal

TPNI

Test prenatal non invasivo

TSH

Hormona estimulante da tiroide

TSOG

Test de sobrecarga oral de glicosa

TV

Triple vírica

VCE

Versión cefálica externa

VIH

Virus da inmunodeficiencia adquirida



Definición do proceso asistencial

Definición
do proceso
asistencial



Ámbito	Consulta preconcepcional, diagnóstico de embarazo e seguimento de mulleres con embarazo de baixo risco na consulta prenatal.
Alcance	Persoal do Servizo Galego de Saúde que traballa no ámbito da saúde sexual e reprodutiva da muller, especialmente matróns/as, médicos/as obstetras e médicos/as de familia de atención primaria.
Usuaría	Muller en idade reprodutiva ou embarazada.
Propietario do proceso	Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde.



Metodoloxía

Metodoloxía



Para a realización deste documento utilizáronse, como punto de partida, as guías técnicas dos procesos de consulta preconcepcional e atención ao embarazo normal do Servizo Galego de Saúde, para o que se creou un grupo de traballo composto por profesionais sanitarios expertos e expertas no tema, que se encargaron de identificar os criterios e as accións sanitarias que era preciso revisar e actualizar, con base na evidencia científica actual, co fin de facilitar a toma de decisións dos/as profesionais sanitarios/as que atenden as mulleres con desexo xenésico ou que xa están embarazadas.

O grupo de traballo revisou a bibliografía existente sobre a consulta preconcepcional e o proceso de atención durante o embarazo, para logo identificar aqueles aspectos que había que incorporar de novo.

Para a revisión dalgún aspecto máis controvertido contouse coa Unidade de Asesoramento científico-técnico (Avalia-t) da Axencia de Coñecemento en Saúde (ACIS).

Con toda esta información elaborouse un documento consensuado polo grupo de traballo que foi sometido a unha revisión externa por profesionais das áreas sanitarias do Servizo Galego de Saúde, por outros/as expertos/as en atención á saúde reprodutiva e por asociacións de profesionais e usuarias.

Tras analizar e incorporar as achegas da revisión externa, o documento final foi aprobado pola Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria e publicado en formato electrónico na web do Servizo Galego de Saúde.

Este proceso asistencial quere servir de axuda na toma de decisións dos/as profesionais que prestan atención ás mulleres durante o periodo preconcepcional e durante o embarazo, homoxeneizando as actuacións sanitarias en todo o Servizo Galego de Saúde.

Co fin de mellorar os aspectos relacionados coa equidade no acceso e a calidade da atención ao proceso reprodutivo, a atención prestada ás mulleres xestantes debe ser coherente coa atención a un proceso fisiolóxico e natural, polo que estará baseada nos cuidados para o seu desenvolvemento normal, no uso da tecnoloxía apropiada e no recoñecemento do importante papel que ten a propia muller na toma de decisións que lle afectan. O respecto á evolución natural do embarazo debe presidir toda a atención sanitaria e calquera intervención debe ser valorada para ser aplicada só se se demostrou beneficio e está de acordo coas necesidades e desexos de cada muller.

Unha atención de calidade ás mulleres embarazadas debe levar aparellado o seguimento eficiente do proceso, a realización de consultas prenatais, probas e procedementos baseados na evidencia científica, a implicación das usuarias e a adecuada coordinación da atención primaria e hospitalaria. Calquera intervención que se realice ha de ter beneficios recoñecidos e ser aceptable para a xestante.

A unidade básica dentro do proceso asistencial son os chamados “subprocesos” que teñen definidos o seu obxectivo e as actuacións sanitarias incluídas neles, coas súas propias características. Cada un deles acompáñase de información específica.

En cada subproceso asistencial veñen identificados os cuidados básicos e as actuacións sanitarias que hai que realizar no caso da consulta preconcepcional ou para o adecuado control e seguimento do embarazo, como poden ser a realización da anamnese, a solicitude de analíticas, probas complementarias, educación sanitaria ou a prescrición de medicamentos.

O documento presenta unha parte final de anexos con información complementaria de interese para o/a profesional e para a usuaria.



Obxectivos

Obxectivos












O embarazo é un proceso fisiolóxico que reviste unha singular importancia persoal, familiar e social. Coa atención e o apoio adecuados, a maioría das mulleres terán un embarazo satisfactorio.

O obxectivo deste proceso asistencial é abordar o período preconcepcional e o embarazo sen complicacións, co propósito de ofrecer unha serie de recomendacións que permitan mellorar a súa atención básica, eviten procedementos innecesarios e diminúan a variabilidade inxustificada da práctica clínica.

Aínda que as recomendacións están dirixidas a embarazadas dun feto único con xestacións que se desenvolven sen complicacións, a maior parte delas serían aplicables aos embarazos que requiren un coidado adicional.

Os **obxectivos** que se esperan acadar con este proceso asistencial son:

Axudar aos/ás profesionais na súa toma de decisións sanitarias para realizar a consulta preconcepcional, o diagnóstico e seguimento do embarazo de baixo risco, e deste modo:

-  **Fomentar** a participación da muller na planificación e desenvolvemento do seu embarazo.
-  **Permitir** que a xestante sexa a protagonista do seu proceso e que á súa vez faga partícipe ao resto da familia.
-  **Favorecer** unha visión do embarazo como un proceso fisiolóxico e non como unha enfermidade.
-  **Identificar** patoloxías que se poidan agravar coa xestación ou que supoñan un risco para ela.
-  **Identificar** riscos que durante o embarazo poidan ser un perigo para a saúde da nai ou do feto.
-  **Manter** os bos resultados de saúde materna e perinatal.
-  **Diminuír** a variabilidade na prestación do servizo
-  **Garantir** a accesibilidade a este servizo a nivel de atención primaria en coordinación con atención hospitalaria.
-  **Aumentar** a información proporcionada ás mulleres, mellorar o trato que se lles ofrece, potenciar a súa participación na toma de decisións e mellorar o seu grao de satisfacción.



Características de calidade do proceso

Características de calidade do proceso

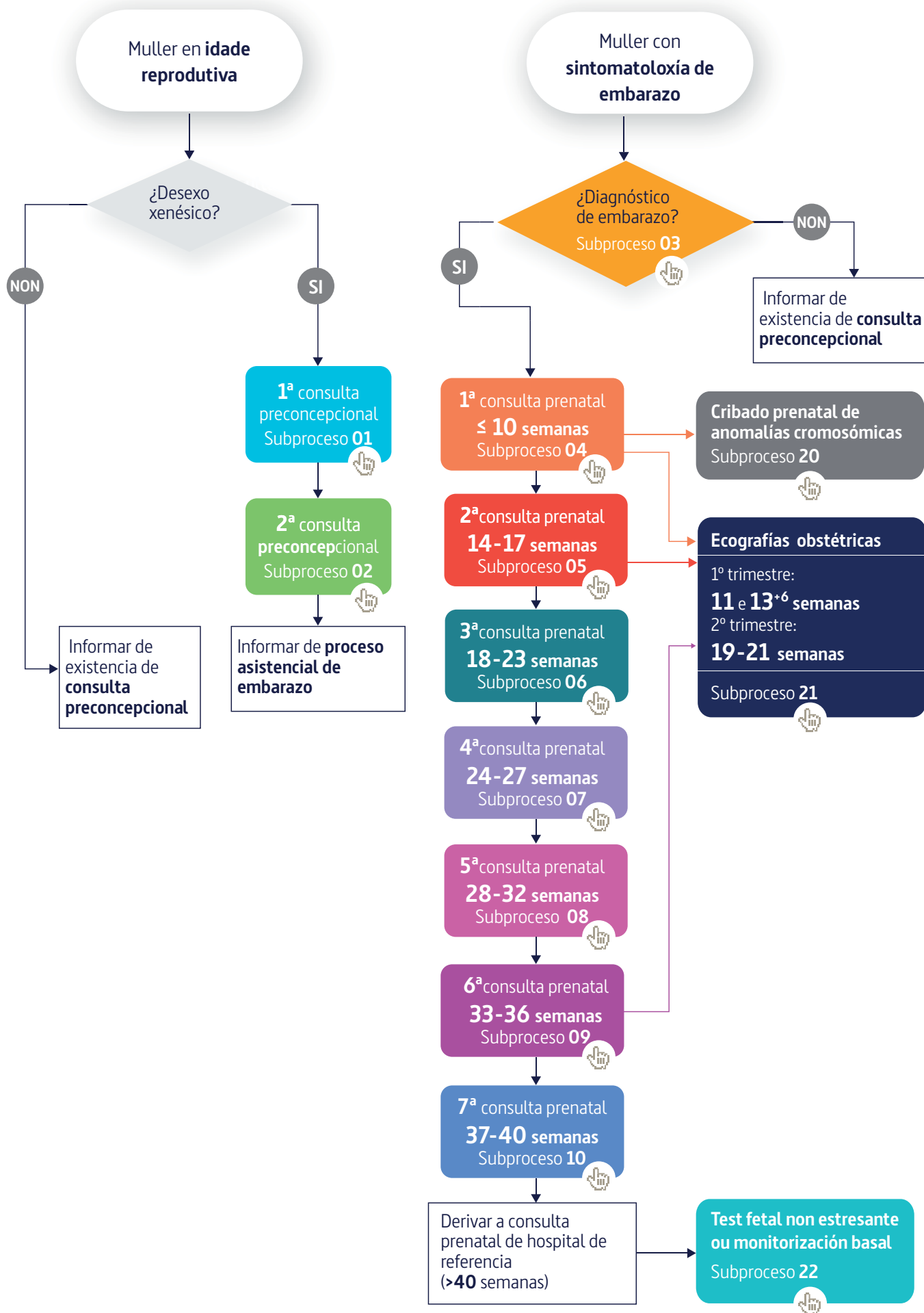


Instalacións	Para a realización de todos os subprocessos incluídos necesítase unha sala de consulta que garanta a privacidade da usuaria.	
Recursos materiais	Comúns	<ul style="list-style-type: none">→ Material divulgativo educativo sobre hábitos saudables antes e durante o embarazo, lactación materna e sobre o parto.→ Dotacións estándares de consultas de atención primaria ou hospitalaria.
	Específicos (dotación consulta para a atención á saúde sexual e reprodutiva da muller a nivel de AP)	<ul style="list-style-type: none">→ Padiola xinecolóxica→ Báscula→ Tensiómetro e fonendoscopio→ Tallímetro→ Ferramentas para o cálculo da idade de xestación (disco, aplicacións informáticas...)→ Doppler para auscultación de latido fetal→ Cinta métrica flexible→ Test de embarazo→ Tiras reactivas para análises de urina→ Hisopos para toma de mostras de exudados con medios específicos para cultivo de estreptococo agalactiae (SGB) e para outros microorganismos patóxenos.→ Luvas de un só uso→ Material necesario para a realización de citoloxías de cérvix→ Outros máis específicos atópanse nos propios subprocessos



Proceso asistencial. Fluxograma

Proceso xeral.
Fluxograma





Descrición dos subprocesos asistenciais

Descrición dos subprocesos asistenciais



PÁX	
13	 Subproceso 01 1ª Consulta preconcepcional
16	 Subproceso 02 2ª Consulta preconcepcional
18	 Subproceso 03 Diagnóstico de embarazo
19	 Subproceso 04 1ª Consulta prenatal ≤10 semanas de xestación
23	 Subproceso 05 2ª consulta prenatal 14-17 semanas de xestación
25	 Subproceso 06 3ª Consulta prenatal 18-23 semanas de xestación
26	 Subproceso 07 4ª Consulta prenatal 24-27 semanas de xestación
28	 Subproceso 08 5ª Consulta prenatal 28-32 semanas de xestación
30	 Subproceso 09 6ª Consulta prenatal 33-36 semanas de xestación
32	 Subproceso 10 7ª Visita de control de embarazo 37-40 semanas de xestación
33	 Subproceso 20 Detección precoz de alteracións cromosómicas fetais
39	 Subproceso 21 Ecografías de control
40	 Subproceso 22 Test fetal non estresante ou monitorización basal



Descrición dos subprocesos asistenciais

**Obxectivo**

Promover a saúde da muller e a da súa descendencia.

Identificar riscos biomédicos, de conduta e sociais, tanto maternos como paternos antes da concepción co fin de **modificar** condutas e **mellorar** os resultados perinatais.

**Motivo de aplicación**

Ante calquera **muller en idade reprodutiva** aínda que non manifeste desexos xenéticos, estando especialmente indicada en mulleres que tivesen malos resultados reprodutivos ou problemas de saúde.

A consulta preconcepcional está indicada en mulleres en idade reprodutiva, sas ou con patoloxía, así como, se é o caso, nas súas parellas.

Aínda que a metade dos embarazos son planificados, só un 10% das mulleres e parellas acoden a unha consulta preconcepcional. Para mellorar a accesibilidade é importante ofertar esta consulta a todas as mulleres en idade fértil en atención primaria. Polo que debemos informar a toda muller en idade fértil, de que no caso de ter desexo xenético, acuda á consulta preconcepcional.

O **consello reprodutivo** durante o período preconcepcional constitúe un aspecto importante dentro da asistencia prenatal dado que a saúde da muller durante o embarazo depende en gran medida do seu estado de saúde antes da concepción. O período de maior vulnerabilidade para o embrión son as 10 primeiras semanas de xestación.

Actuacións sanitarias a realizar**Realizar anamnese****Idade.**

Antecedentes médicos persoais_ Prestar especial atención a enfermidades como diabetes mellitus, HTA, epilepsia, enfermidade cardiovascular crónica, hipo e hipertiroidismo, obesidade, enfermidade inflamatoria intestinal, fenilcetonuria, enfermidades autoinmunes, tromboembólicas e trombofílicas, alerxias, asma, transfusións, cirurxías, cancro, tuberculose, trastornos psiquiátricos.

Antecedentes persoais de inmunidade_ Valorar antecedentes de infección e vacinas administradas de rubéola, varicela, hepatite B, tétanos, etc. No caso de non ser inmune informar da posibilidade de vacinación previa ao embarazo. [\(ver anexo A.1\)](#)

Antecedentes familiares e xenéticos_ Interesan aquelas enfermidades que constitúan un risco materno-fetal ou que poidan ser herdadas polo feto (hemofilia, distrofia muscular, fibrose cística ...). [\(ver anexo A.2\)](#)

Factores de risco ambiental e laboral_ Tipo de traballo e exposición a tóxicos. [\(ver anexo A.2\)](#)

Actividade física_ Deportes e afeccións.

Consumo de substancias tóxicas actualmente ou no pasado_ Alcohol, tabaco, drogas, data de inicio, cantidades diarias, etc., consumo en exceso de substancias excitantes (té, café).

Situación sanitaria da parella_ Estado de saúde, enfermidades hereditarias, consumo de substancias tóxicas que poden afectar á calidade do seme..., etc.

Tratamentos farmacolóxicos/médicos_ Tipo, dose, dende cando e para qué. Incluídos os produtos de herboristería ou naturopatía. Evitar automedicación por risco de teratoxenia. Revisar pauta de medicación crónica previa a xestación.

Hábitos alimentarios_ Estimar inxestión diaria de alimentos para cuantificar o seu valor nutricional, se é equilibrada ou non, se realizou dieta recentemente e se foi supervisada por un profesional ou non. Se consome alimentos ricos en iodo e folatos e sal iodado habitualmente ou non.

Valoración de factores psicosociais e económicos_ Tipo de vivenda, persoas ao seu cargo, conflitos familiares, diversidade funcional, necesidades de axuda social, necesidades relacionadas coa diversidade cultural, tensión emocional ...

No caso de ser inmigrante_ País de procedencia e tempo que leva residindo na comunidade.



Descrición dos
subprocesos
asistenciais



Realizar exploración física

- Realizar toma de **presión arterial e pulso**.
 - No caso de existencia de **patoloxía** documentada previa ao embarazo: valoración médica do estado actual de saúde.
 - Pesas, tallar e calcular **índice de masa corporal (IMC)**. Utilizar calculadora de IANUS.
 - Actualización de cribado de cancro de cérvix, se procede.
- (Ver Guía Técnica do Proceso de Detección Precoz de Cancro Cervix, versión 2, xullo 2013).
<https://extranet.sergas.es/catpb/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=2289>

Solicitar analítica e probas complementarias

Hemograma completo

Seroloxías

- **Rubéola_** Revisar historia vacinación, se acredita ter recibido unha dose de triple vírica considérase inmune e non é preciso realizar seroloxía. No caso de descoñecer inmunidade, realizar seroloxía. Se resultado da seroloxía negativo, vacinar contra a rubéola coa triple vírica e tomar medidas contraceptivas para evitar a concepción nos 28 días seguintes á vacinación.
- **Lúes_** En persoas con risco alto (prostitutas, síndrome de inmunosupresión, persoas que se inxectan drogas, presenza doutras infeccións de transmisión sexual, contacto con persoas con infección activa...).
- **Virus Hepatite C_** Ante a presenza de factores de risco como persoa que se inxecta drogas, antecedentes de hepatopatías ou de transfusión, receptoras de transplantes antes dos '90, portadoras de VHB, persoa vivindo co VIH, relacións sexuais con parella con infección de VHC, condutas sexuais de risco, estar en contexto de prostitución, traballadoras ou internas en centros de atención a discapacidade mentais ou institucións penitenciarias, traballadoras ou profesionais en contacto con sangue humano...
- **VIH_** Ofrecer a proba do VIH se a muller non ten unha proba de VIH previa ou presenta sintomatoloxía compatible con infección por VIH ou atópase nalgunha situación de risco recollidas nas "Recomendacións para o diagnóstico precoz do VIH en Galicia. 2017". Este documento pode consultarse no enlace:

https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/4799/Recomendacions_diagnostico_precoz_2017.pdf

Solicitar a **proba de tuberculina** a mulleres de maior risco de padecer **tuberculose** (persoa vivindo co VIH, inmunodeprimidas e inmigrantes procedentes de países con gran carga de tuberculose https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/). Consultar países no "Informe mundial sobre tuberculose" da OMS). Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose da Dirección Xeral de Saúde Pública accesible en https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/174/infeccion_TB_estudo_contactos.pdf

Valoración de disfunción tiroidea_ Tendo en conta as concentracións de TSH en sangue dos neonatos que rexistra o *Programa galego para a detección precoz de enfermidades endócrinas e metabólicas no período neonatal*, **non se pode descartar que Galicia sega a ser deficiente en iodo**, polo que, no caso de mulleres con desexo xestacional, recoméndase realizar **cribado da función tiroidea**.



Descrición dos subprocesos asistenciais



Informar á muller

- Informar dos efectos nocivos do consumo de **tabaco, drogas e alcohol** sobre a fertilidade e concepción así como sobre o feto. Ofrecer programas de deshabitación.
- No caso de non estar vacinada nin haber sufrido **varicela**, ofertar a vacina antivariçela previa á concepción.
- No caso de non estar vacinada contra a **Hepatite B**, nin ter sufrido a enfermidade, ofertar a vacina previa á concepción.
- En mulleres non vacinadas fronte o **tétano** iniciar pimo vacunación coa vacina tétano/difteria (Td).
- Aplicar medidas hixiénico-dietéticas de prevención da infección de **toxoplasmore**:
 - Lavar ben as verduras, hortalizas e froitas e espelicar as froitas.
 - Lavar ben as mans e os utensilios de cociña despois da manipulación de carne crúa, aves, mariscos, froitas e verduras sen lavar.
 - Desaconsellar o consumo de embutidos e carnes curadas, sempre que non sexan previamente conxelados durante polo menos 24 horas a -20°C.
 - Non comer carne crúa ou pouco cociñada, haina que cociñar ben para reducir o risco de infección.
 - Evitar o contacto directo das mans con excrementos de gato (terra, areeiros).
 - Usar guantes en traballos de xardinería-horta, e lavar ben as mans ao rematar.
- Evitar infección por **virus do Zika**: [\(ver anexo A.3\)](#)
 - Evitar viaxar a áreas afectadas.
 - Informar a todas as mulleres con desexo xenésico que vaian a viaxar a unha zona endémica sobre o modo de transmisión, sintomatoloxía, período de incubación e medidas de protección individual fronte as picaduras do mosquito *Aedes*, así como das complicacións asociadas a infección por este virus.
 - Utilizar métodos barreira en relacións sexuais tras viaxar a países con transmisión activa do virus para evitar embarazo durante polo menos 6 meses.
 - Insistir na importancia de acudir ao médico se presentan síntomas compatibles coa enfermidade polo virus Zika, dentro dos 15 días seguintes a abandonar a zona endémica. [\(ver anexo A.3\)](#)
- Realización das probas analíticas.

Xestionar

- Citas de consultas con outros especialistas cando sexa preciso.
- Cita para consulta para comunicar resultados.

Registrar todas as actuacións na **folha de seguimento do embarazo da Historia Clínica**.

**Obxectivo**

Comunicar á muller os resultados das probas solicitadas, aclarar todas as dúbidas, finalizar a avaliación de risco e realizar as actuacións oportunas

**Momento de aplicación**

Muller que realizou a 1ª consulta preconcepcional

Actuacións sanitarias a realizar

Informar á muller

- Dos resultados das **probas analíticas**.
- Infomar da **avaliación do risco e catalogación dos factores de risco** que no seu caso, poden afectar á concepción e á xestación. [\(ver anexo A.2\)](#)
- En función da valoración individual do risco de enfermidade hereditaria, valorar a necesidade de remitir á consulta de médico especialista correspondente segundo proceso.

→ **Procesos crónicos preconcepcionais**

- **Informar** do efecto da xestación sobre a enfermidade previa, do efecto dos procesos crónicos preconcepcionais sobre a xestación, así como as posibles repercusións da medicación sobre o feto, realizando os axustes necesarios na medicación para asegurar un control adecuado da enfermidade e evitar efectos teratóxenos. <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2542-ga.pdf>
- **Diabetes mellitus_** Intentar conseguir un control óptimo prexestacional.
- **Epilepsia_** Utilizar fármacos á dose mínima eficaz e en monofármaco.
- **Hipertensión arterial_** Axustar o tratamento a fármacos que poidan usarse na xestación.
- **Hipo ou hipertiroidismo_** Normalizar función tiroidea.
- **Conectivopatías_** Esperar 6 meses de inactividade da enfermidade antes de intentar a xestación.
- **Trastornos psiquiátricos_** Individualizar en función do trastorno e severidade e se procede, derivar ás unidades de saúde mental.
- **Asma ou enfermidade tromboembólica_** Manter tratamento necesario para un bo control da enfermidade. Reavaliar no momento do embarazo.
- **Tuberculose_** Se necesitase tratamento valorar cal utilizar. https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/174/infeccion_TB_estudo_contactos.pdf
- **Alteracións do peso_** En mulleres que planifican o embarazo, cun IMC <18,5 kg/m² ou ≥ 25 kg/m², súxírese ofrecer información e consello dietético, así como a realización de actividade física moderada no caso de sobrepeso.

Valorar
vacinação

[\(ver anexo A.1\)](#)

- **Rubéola_** En ausencia de inmunidade vacinar contra a rubéola coa triple vírica e tomar medidas contraceptivas para evitar a concepción nos 28 días seguintes á administración da vacina.
- **Tétanos_** Iniciar primovacinação se é preciso con vacina tétano/difteria (Td). Para a dose de recordo administrar vacina fronte a difteria/tétano/tose ferina acelular de baixa carga antixénica/dTpa entre as 28-36 semanas de xestación.
- **Hepatite B_** En ausencia de inmunidade acreditada, vacinar ou actualizar vacinación contra a HB.
- **Varicela_** Se non padeceu a enfermidade nin está vacinada, no caso de ser susceptible e non estar embarazada, ofertar administrar a vacina fronte a varicela e tomar medidas contraceptivas para evitar a concepción nos 28 días seguintes á vacinación.



Descrición dos
subprocesos
asistenciais



<p>Prescribir ácido fólico</p>	<p>→ Mulleres de baixo risco_ Sen antecedentes de xestación con defectos de tubo neural (DTN): 0,4 mg diarios.</p> <p>→ Mulleres de alto risco_ Antecedentes de defectos de tubo neural (DTN), feto previo con DTN, IMC>35, diabética, a tratamento con anticonvulsivantes antagonistas de ac. fólico e síndromes de malabsorción: 5 mg/día.</p> <p>Recoméndase a administración de ácido fólico en forma de monofármaco.</p> <p>Recoméndase iniciar a profilaxe polo menos un mes antes da concepción e continuar ata as doce semanas de embarazo.</p>
<p>Recomendar un aporte adecuado de iodo durante os meses previos á concepción mediante:</p> <p>(ver anexo A.6)</p>	<p>→ 1 A inxestión diaria adecuada de alimentos ricos en iodo (a+b+c):</p> <p>a) Se non hai contraindicación para o consumo de sal, utilizar <i>sal iodado</i> como condimento, 3–4 g/día (cantidade equivalente a unha culleriña rasa de café).</p> <p>b) 3 racións diarias de <i>leite/derivados lácteos</i> pasteurizados (non consumir leite cru).</p> <p>c) <i>Produtos mariños</i> polo menos 3 veces por semana.</p> <p>→ 2 e a suplementación con 200 mcg de ioduro potásico diarios, polo menos 3 meses antes da concepción.</p>
<p>Realizar educación sanitaria sobre hábitos de vida e outros consellos</p>	<p>→ Incidir nos beneficios que reporta un embarazo planificado.</p> <p>→ Dar normas sobre unha nutrición equilibrada.</p> <p>→ Recomendar a práctica regular de actividade física moderada.</p> <p>→ Valorar a existencia de riscos laborais.</p> <p>→ Evitar alcohol, tabaco, drogas.</p> <p>→ Informar sobre programas de deshabitación.</p> <p>→ Evitar exposición a teratóxenos (fármacos, produtos químicos, radiacións ionizantes, hipertermias...).</p> <p>→ Evitar toda medicación innecesaria e produtos de naturopatía e herboristería.</p> <p>→ Explicar medidas hixiénico-dietéticas de prevención da infección de toxoplasmore.</p> <p>→ Recomendar asistencia prenatal precoz (realizar 1ª consulta de embarazo ou prenatal antes das 10 semanas de xestación).</p>



Descrición dos
subprocesos
asistenciais

**Obxectivo**

Diagnosticar ou
descartar embarazo

**Motivo de aplicación**

Muller en idade fértil ben
regrada con amenorrea acompañada
ou non de síntomas de embarazo

Actuacións sanitarias a realizar

Realizar
anamnese

- Data última menstruación (DUM).
- Idade.
- Síntomas embarazo.

Realizar **test
de embarazo**

Para evitar falsos negativos, realizar o test de embarazo coa urina da primeira hora da mañá, pola súa maior concentración de gonadotropina coriónica. Informar á muller do resultado da proba e actuacións a seguir.

Informar á muller da proba e comunicar resultados

No caso de
**test
positivo**

- 1** No caso de que a **muller desexe continuar coa xestación_**
Iniciar subproceso 04: 1ª consulta prenatal
- 2** No caso de que a **muller embarazada non desexe continuar coa xestación_**
Informar de maneira individualizada e derivar segundo corresponda.
(ver anexo A.4)

No caso de
**test
negativo**

- Débese repetir ao cabo dunha semana coa primeira urina da mañá. Se persiste negativo, investigar outras posibles causas de atraso da menstruación.
- Informar da consulta preconcepcional.



Descrición dos
subprocesos
asistenciais

Subproceso 04 1ª consulta prenatal ≤10 semanas



Obxectivo

Identificar riscos e actuar sobre eles



Motivo de aplicación

Muller embarazada de
≤10 semanas de xestación



Actuacións sanitarias a realizar

Realizar anamnese

Confirmar data última menstruación (DUM)

Calcular a data probable de parto e idade xestacional actual usando:

- Ferramentas de cálculo de idade xestacional (aplicacións informáticas e disco obstétrico)
- Fórmula de Naegele = DUM + 1 ano + 7 días – 3 meses

País de procedencia e tempo que leva residindo na comunidade, se viaxou nos últimos 2 meses.

Valoración da **aceptación do embarazo**

Síntomas secundarios ao embarazo (náuseas, vómitos, cansazo, acidez, molestias hipogástricas).

Antecedentes familiares e xenéticos_ Interesan aquelas enfermidades que constitúan un risco materno-fetal ou que poidan ser herdadas polo feto (hemofilia, distrofia muscular, fibrose cística ...).

Antecedentes obstétricos e xinecolóxicos_ Menarquia, fórmula menstrual, embarazos previos (patoloxías que concorresen neles, finalización, peso dos acabados de nacer: baixo peso ou macrosomía ...), métodos anticonceptivos utilizados, prácticas sexuais de risco de infeccións de transmisión sexual, citoloxías de cribado de cancro de cérvix. Valorar antecedentes de parto pretérmino, abortos, morte fetal intrauterina, cesárea anterior, esterilidade previa, gran múltipara...

Antecedentes médicos persoais_ Prestar especial atención a enfermidades como diabetes mellitus, HTA, epilepsia, enfermidade cardiovascular crónica, hipo e hipertiroidismo, obesidade, enfermidade inflamatoria intestinal, fenilcetonuria, enfermidades autoinmunes, tromboembólicas e trombofílicas, alerxias, asma, transfusións, cirurxías, cancro, tuberculose, trastornos psiquiátricos...

Antecedentes persoais de infección ou vacinación_ Valorar antecedentes de infección e vacinas recibidas contra a rubéola, varicela, hepatite B, tétano, etc. sobre todo no caso de mulleres inmigrantes. No caso de non ser inmune informar da posibilidade de vacinación previa ao seguinte embarazo. [\(ver anexo A.1\)](#)

- Durante o embarazo están contraindicadas as vacinas con virus vivos atenuados de rubéola, parotidite, sarampelo e varicela ou calquera outra vacina de virus vivos.

Factores de risco ambiental e laboral [\(ver anexo A.2\)](#)_ Tipo de traballo, se é predominantemente físico ou intelectual, se está exposta a tóxicos ambientais, se é excesivo ou estresante... Exposicións a pesticidas, chumbo, mercurio, hipertermia, etc.

Actividade física_ Deportes e afeccións.

Consumo de substancias tóxicas actualmente ou no pasado_ Alcohol, tabaco, drogas, data de inicio, cantidades diarias e consumo en exceso de substancias excitantes (té, café).

Situación sanitaria da parella_ Estado de saúde, enfermidades hereditarias, consumo de substancias tóxicas que poden afectar á calidade do seme..., etc.

Tratamentos farmacolóxicos/médicos_ Tipo, dose, dende cando, data de última dose e para qué; incluídos os produtos de herboristería e naturopatía. Axustar medicación crónica previa. Evitar automedicación por risco de teratoxenía. <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2542-ga.pdf>

Hábitos alimentarios_ Estimar inxestión diaria de alimentos para cuantificar o seu valor nutricional, se é equilibrada ou non, se realizou dieta recentemente e se foi supervisada por un profesional ou non. Se consume alimentos ricos en iodo e folatos e sal iodado habitualmente ou non.

Valoración de factores psicosociais e económicos_ Tipo de vivenda, persoas ao seu cargo, conflitos familiares, diversidade funcional, necesidades de axuda social, necesidades relacionadas coa diversidade cultural, tensión emocional ...

Valoración da presenza de indicadores de sospeita de violencia de xénero_ como son as feridas, pegadas de golpes, ansiedade, depresión, somatización, insomnio, nerviosismo, negativa a deixarse explorar, queixas crónicas, abuso de fármacos... (no caso de identificar esa sintomatoloxía aplicar o Procedemento de intervención en saúde de violencia de xénero) . https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/47/Proc.violencia_xenero_galego.pdf



Subproceso 04 1ª consulta prenatal ≤10 semanas

Descrición dos subprocesos asistenciais



Realizar exploración física

- Realizar toma de **presión arterial e pulso**. ([ver anexo A.7](#))
- No caso de existencia de **patoloxía** documentada previa ao embarazo: **valoración médica** do estado actual de saúde.
- Pesar, tallar e calcular **índice de masa corporal (IMC)**. Utilizar calculadora de IANUS. En mulleres que planifican o embarazo, cun IMC <18,5 kg/m² ou ≥ 25 kg/m², suxírese ofrecer información e consello dietético, así como a realización de actividade física moderada no caso de sobrepeso.
- Recoméndase **diferir** a realización da **citloxía** de cribado de cancro de cérvix ata despois do parto (6ª semana), sempre que haxa constancia dunha citloxía normal nos últimos 5 anos. **Excepto nos casos de:**
 - Que existan dúbidas no seguimento do cribado por parte da muller
 - Que transcorreran máis de 5 anos dende a última citloxía
 - Mulleres cun resultado anómalo nunha citloxía previa na que se indica repetición da proba, o seguimento non debe atrasarse.

Nestes casos, recoméndase atrasar a realización da citloxía ao segundo trimestre do embarazo.

(Ver Guía Técnica do Proceso de Detección Precoz de Cancro Cérvix, versión 2, xullo 2013). <https://extranet.sergas.es/catpb/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPagina=40008&IDCatalogo=2289>

Solicitar analítica

Non é preciso estar en xaxún, agás se precisara realizar unha glicemia basal.

Preferiblemente extracción de sangue ás 9–10 semanas de xestación

([ver anexo A.5](#)).

Hemograma, grupo e Rh se se descoñece e solicitar **Coombs indirecto** a todas as xestantes.

Bioquímica: glicemia basal se non ten unha recente.

Solicitar o **test de O'Sullivan** no caso de xestantes que presenten algún dos seguintes factores de risco de diabetes xestacional:

- Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²).
- Antecedentes persoais de diabetes durante a xestación previa.
- Antecedentes de diabetes en familiares de primeiro grao.
- Antecedentes de feto previo macrosómico (≥4.500 g).

Seroloxías

→ **Rubéola**_ Revisar historial de vacinación, se acredita ter recibido unha dose de triple vírica considérase inmune e non é preciso realizar seroloxía. No caso de descoñecer inmunidade, realizar seroloxía. Se o resultado é negativo, despois do embarazo vacinar contra a rubéola, coa triple vírica e tomar medidas contraceptivas, para evitar a concepción nos 28 días seguintes á vacinación.

→ **Sífilis/Lúes**_ A todas as embarazadas.

→ **VIH**_ A todas as embarazadas, na primeira visita e repetir na última analítica do embarazo no caso de mulleres con risco de infección VIH.

→ **Virus Hepatite B**_ A todas as embarazadas. No caso de presenza de antíxeno HBsAx (+), a xestante debe ser remitida ao servizo de hepatoloxía correspondente para estudo.

→ **Virus Hepatite C**_ Ante a presenza de factores de risco como adicción a drogas vía parenteral (ADVP), antecedentes de hepatopatías ou de transfusión, receptoras de transplantes antes dos '90, hemodiálise, portadoras de VHB, VIH (+), relacións sexuais con parella con infección por VHB, VIH o VHC, condutas sexuais de risco, presenza ou antecedentes de piercings ou tatuaxes, traballadoras ou internas en centros de atención a discapacidades mentais ou institucións penitenciarias, traballadoras ou profesionais en contacto con sangue humano, ...



Subproceso 04 1ª consulta prenatal ≤10 semanas

Descrición dos subprocesos asistenciais



Detección precoz prenatal de anomalías cromosómicas no feto: [\(ver subproceso 20\)](#)

- A toda muller embarazada sen indicación inicial de proba invasiva, ofertaráselle a proba de **cribado combinado de primeiro trimestre (CCPT)**. Combina proteína plasmática A asociada ao embarazo (PAPP-A), fracción libre beta da hormona gonadotropina coriónica (β -hGC) e a translucencia nucal (TN). Realízase entre as 11 e 13⁺⁶ semanas de xestación (idealmente ás 12 semanas).
- No caso de mulleres con algún dos factores de risco que se describen a continuación, ofertarase a realización dunha **proba diagnóstica invasiva (amniocentese/biopsia corial)**:
 - Antecedentes de feto/fillo con alteración cromosómica.
 - Algún dos proxenitores é portador dunha alteración cromosómica.
 - Marcador ecográfico de alteración cromosómica (definido na ecografía do primeiro ou segundo trimestre).No caso de **idade materna ≥ 40 anos**, ofertarase a posibilidade de realizar cribado convencional ou proba invasiva diagnóstica, a elixir pola xestante unha das dúas opcións, xa que a incidencia de patoloxías non detectables co cribado convencional é superior ao risco estimado de perda fetal asociado á proba invasiva.
- A identificación dunha alteración cromosómica require unha interpretación individualizada das posibles consecuencias clínicas, utilizando a metodoloxía obstétrica e citoxenética ao noso alcance, que nos permita transmitir unha información clara e obxectiva ás mulleres e no seu caso, ás súas parellas, para tomar a decisión máis adecuada respecto ao embarazo.

País de procedencia e tempo que leva residindo na comunidade. Se viaxou a algún país afectado por virus do Zika nos últimos 2 meses ou quedou embarazada antes dos 15 días de abandonar a área afectada. [\(ver anexo A.3\)](#)

Realizar **cribado de enfermidade de Chagas** a todas as mulleres embarazadas que cumpran algún dos seguintes criterios:

- Orixe latinoamericana (excepto illas do Caribe).
- Que permaneceran nunha zona endémica máis dun mes.
- Que antes de recibiren unha transfusión de sangue, compoñentes sanguíneos ou derivados.
- Ou que a súa nai proceda de zonas endémicas aínda que a embarazada non nacera nunha zona endémica. (Ver Protocolo de cribado da enfermidade de Chagas en mulleres embarazadas. Servizo Galego de Saúde. 2014) <https://extranet.sergas.es/catpb/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?Idioma=es&IDCatalogo=2424&IdPaxina=40008>

Solicitar a **proba de tuberculina** a mulleres de maior risco de padecer **tuberculose** (persoa vivindo co VIH, inmunodeprimidas e inmigrantes procedentes de países con gran carga de tuberculose. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/. Consultar países no “Informe mundial sobre tuberculose” da OMS). Seguir as pautas do Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose da Dirección Xeral de Saúde Pública accesible en https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/174/infeccion_TB_estudo_contactos.pdf

Valoración de disfunción tiroidea. Tendo en conta as concentracións de TSH en sangue dos neonatos que rexistra o *Programa galego para a detección precoz de enfermidades endócrinas e metabólicas no período neonatal*, **non se pode descartar que Galicia sega a ser deficiente en iodo**, polo que, recoméndase realizar **cribado da función tiroidea** no primeiro trimestre de xestación.

→ **Urocultivo.**

Solicitar **ecografía de 1º trimestre** para realizar entre as 11 e 13⁺⁶ semanas de xestación (óptimo ás 12 semanas) despois de ter realizado a analítica. [\(ver subproceso 21\)](#)

Realizar a valoración inicial de **risco obstétrico**. [\(ver anexo A.2\)](#)

Derivación urxente no caso de:

- Dor hipogástrica intensa.
- Sangrado xenital.
- Vómitos incoercibles.



Subproceso 04 1ª consulta prenatal ≤10 semanas

Descrición dos
subprocesos
asistenciais



Informar de

(ver anexo A.6)

- Efectos nocivos das **drogas e alcohol** sobre o feto. Ofertar programas de deshabitación a tóxicos se fose necesario e individualizar segundo substancia e gravidade da dependencia.
- Desaconsellar o consumo de **tabaco**. segundo programas de cada centro. Informar dos efectos da exposición prenatal mantida sobre o feto (aborto, baixo peso ao nacer, insuficiencia placentaria e embarazo ectópico).
- Recomendar diminuír o consumo de **cafeína** a menos de 200 mg/día para evitar os efectos nocivos (aborto, ACIU, baixo peso ao nacemento, parto prematuro e arritmia fetal). Unha cunca de 150 ml de café contén entre 100-150 mg de cafeína.
- Evitar o contacto con saliva, lágrimas, sangue, seme e urina de persoas con **citomegalovirus** (sobre todo se está buscando un embarazo ou xa está embarazada). Como prevención, lavar as mans con regularidade e sempre despois de cambiar cueiros.
- Se se descoñece inmunidade fronte ao **toxoplasma** ou se se sabe que non é inmune, informar de medidas hixiénico dietéticas de prevención da infección.
- Evitar consumir alimentos que conteñan ovo cru como a maionesa.
- No caso de non estar vacinada nin ter sufrido **varicela**, evitar contacto con persoas con varicela e en caso de contacto avisar ao profesional sanitario.
- Ofrecer a **vacina antigripal inactivada** durante a temporada da gripe a todas as embarazadas, independentemente da idade xestacional.
- Seguir as pautas de vacinación do **Programa Galego de Vacinacións** da Dirección Xeral de Saúde Pública. Ante unha dúbida, consultar ao Servizo de Medicina Preventiva de referencia. (ver anexo A.1)
- No caso de viaxes internacionais deberá consultar cos Centros de Vacinación Internacional.
- Evitar a infección por **Listeria monocytogenes** que pode ser causada pola inxestión de comida contaminada (paté, queixos brandos e frescos que están feitos con leite sen pasteurizar, alimentos listos para comer como salchichas ou carnes frías ou alimentos sobrantes).
- Evitar infección por **virus do Zika**: recoméndase que as mulleres embarazadas eviten viaxar ás áreas afectadas. No caso de que a viaxe sexa inevitable, evitar a exposición a picadura de mosquito **Aedes**.
 - Utilizar métodos barreira en relacións sexuais tras viaxar a países con transmisión activa do virus durante todo o embarazo.
 - Insistir na importancia de acudir ao médico se presentan síntomas compatibles coa enfermidade polo virus Zika, dentro dos 15 días seguintes a abandonar a zona endémica. (ver anexo A.3)

Recomendar un **aporte adecuado de iodo** durante todo o embarazo e durante a lactación materna mediante:

(ver anexo A.6)

- **1** A inxestión diaria adecuada de **alimentos ricos en iodo (a+b+c)**:
 - a) Se non hai contraindicación para o consumo de sal, utilizar *sal iodado* como condimento, 2 g/día (o equivalente a media culleriña rasa de café durante a xestación).
 - b) 3 racións diarias de *leite/derivados lácteos* pasteurizados (non consumir leite cru).
 - c) *Produtos mariños* polo menos 3 veces por semana.
- **2** e a suplementación con **200 mcg de ioduro potásico** diarios.

Recomendar **dieta rica en folatos e suplementación farmacolóxica con ácido fólico**

En forma de **monofármaco**, ata as 12 semanas de xestación:

- **Mulleres de baixo risco**_ Sen antecedentes de xestación con defectos de tubo neural (DTN): 0,4 a 0,8 mg diarios
- **Mulleres de alto risco**_ Antecedentes de defectos de tubo neural (DTN), feto previo con DTN, IMC>35, diabética, a tratamento con anticonvulsivantes antagonistas de ácido fólico e síndromes de malabsorción: 5 mg/día.



Descrición dos
subprocesos
asistenciais



Subproceso 05 2ª consulta prenatal 14-17 semanas de xestación



Obxectivo

Identificar riscos e
actuar sobre eles



Motivo de aplicación

Muller embarazada de
aproximadamente

15 semanas
de xestación

Actuacións sanitarias a realizar

Calcular a **idade de xestación**

Realizar **actividades de 1ª visita de control prenatal** se non houbera.

Realizar a
anamnese e anotar

- Molestias e sintomatoloxía relacionada co embarazo.
- Vivencia do seu embarazo e resolver dúbidas sobre el.

Realizar a
exploración física

- Peso.
- Medida de presión arterial ([ver anexo A.7](#)) (opcional, agás que sexa a primeira visita).

Xestantes que
acoden á **primeira
consulta de
embarazo con 14
semanas ou máis
de xestación**

- Se non ten realizado cribado combinado de primeiro trimestre de anomalías cromosómicas, ofertarase a realización de: ([ver subproceso 20](#))
 - **Cribado prenatal de anomalías cromosómicas de segundo trimestre** ($\geq 14-20$ sem de xestación). Realizarase dobre test: β -hGC e AFP séricas maternas.
 - **Proba invasiva** (amniocentese/biopsia corial) nos casos de xestacións con:
 - Algún dos proxenitores é portador dunha alteración cromosómica.
 - Antecedentes de feto/fillo con alteración cromosómica.
 - Marcador ecográfico de alteración cromosómica (definido na ecografía do primeiro ou segundo trimestre).

No caso de **idade materna ≥ 40 anos**, ofertarase a posibilidade de realizar cribado convencional ou proba invasiva diagnóstica, a elixir pola xestante unha das dúas opcións, xa que a incidencia de patoloxías non detectables co cribado convencional é superior ao risco estimado de perda fetal asociado á proba invasiva.

Informar de resultado de cribado combinado de primeiro trimestre (CCPT) e actuar segundo resultado da seguinte forma:

([ver subproceso 20](#))

- 1 Resultado de CCPT con risco $< 1/500$** Non se realizarán máis probas de cribado nin invasivas; continuarase co control e seguimento prenatal habitual.
- 2 Resultado de CCPT con risco $\geq 1/100$** Ofertar a realización de proba invasiva (amniocentese/biopsia corial).
- 3 Resultado de CCPT entre $1/101$ e $1/500$** Ofertar **test prenatal non invasivo (TPNI)**, sempre que se trate dunha xestación única ou xemelar monocorial, non exista malformación ecográfica fetal e a translucencia nucal estea en valores normais.
 - No caso de xestantes con resultado de cribado combinado de primeiro trimestre entre **$1/101$ e $1/270$** ofertar a posibilidade de realizar o TPNI ou unha proba diagnóstica invasiva como a amniocentese para que a xestante elixa unha das opcións.

Tamén se ofertará a posibilidade de realizar o TPNI no caso xestantes con risco clínico adicional para a realización dunha proba invasiva (VIH, HB con alta carga viral) ou dificultade técnica para realizar a proba (útero con miomas voluminosos, etc).

No caso de realización de TPNI ou proba invasiva: informar das limitacións e riscos de cada proba e realizar **consentimento informado** por escrito con antelación á data na que realizará a proba. A identificación dunha alteración cromosómica require unha interpretación individualizada das posibles consecuencias clínicas, utilizando a metodoloxía obstétrica e citoxenética ao noso alcance, que nos permita transmitir unha información clara e obxectiva á muller e no seu caso, á súa parella, para tomar a decisión máis adecuada respecto do seu embarazo.

Ofertar realización de **proba invasiva** (amniocentese/biopsia corial) nos casos de xestacións con:

- Resultado de **cribado combinado de primeiro trimestre** con risco $\geq 1/100$.
- Resultado de **cribado combinado de primeiro trimestre** entre **$1/101$ e $1/270$** que rexeita realizar TPNI. ([ver subproceso 20](#))



Descrición dos
subprocesos
asistenciais



Subproceso 05 2ª consulta prenatal 14-17 semanas de xestación

Informar sobre resultado doutras probas solicitadas	<ul style="list-style-type: none">→ Se resultado de O'Sullivan \geq 140 mg/dL_ Solicitar curva de sobrecarga oral de glicosa, previa dieta de preparación, rica en hidratos de carbono. (ver anexo A.8)→ Ante a ausencia de inmunidade para rubéola e varicela_ Recomendar evitar contacto con personas infectadas durante o embarazo e vacinación no posparto.→ Ante unha hemoglobina inferior a 11 g/L_ Solicitar niveis de ferritina para confirmar diagnóstico de anemia ferropénica.
Recomendar un aporte adecuado de iodo durante todo o embarazo e durante a lactación materna mediante: (ver anexo A.6)	<ul style="list-style-type: none">→ 1 A inxestión diaria adecuada de alimentos ricos en iodo (a+b+c):<ul style="list-style-type: none">a) Se non hai contraindicación para o consumo de sal, utilizar <i>sal iodado</i> como condimento, 2 g/día (o equivalente a media culleriña rasa de café durante a xestación).b) 3 racións diarias de <i>leite/derivados lácteos</i> pasteurizados (non consumir leite cru).c) <i>Produtos mariños</i> polo menos 3 veces por semana.→ 2 e a suplementación con 200 mcg de ioduro potásico diarios.
Ofrecer a vacina antigripal inactivada	Durante a temporada gripal a todas as embarazadas independentemente da idade xestacional. Seguir as pautas de vacinación do Programa Galego de Vacinacións da Dirección Xeral de Saúde Pública. Ante unha dúbida, consultar ao Servizo de Medicina Preventiva de referencia. (ver anexo A.1)
Solicitar ecografía de segundo trimestre	Para estudo morfolóxico-fetal que se realizará entre 19-21 semanas. (ver subproceso 21)
Reavaliación de risco obstétrico (ver anexo A.2)	
Acudir a urxencias no caso de	<ul style="list-style-type: none">→ Sangrado xenital.→ Perda de líquidos a través dos xenitais.→ Vómitos incoercibles.→ Dor hipogástrica intensa.
Información á usuaria (ver anexo A.5)	<ol style="list-style-type: none">1 Contido e finalidade das consultas prenatais.2 Prescricións farmacolóxicas se está a tratamento.3 Promoción de hábitos de vida saudables (alimentación, actividade física, evitar consumo de substancias tóxicas e automedicación...)4 Sintomaloxía relacionada co embarazo e como alivala.5 Evitar enfermidades infecciosas durante a xestación.6 Riscos laborais.7 Probas que se solicitan.8 Aclarar dúbidas.
Anotar as actuacións realizadas na folha de seguimento do embarazo da Historia Clínica .	



Descrición dos
subprocesos
asistenciais



Subproceso 06 3ª consulta prenatal 18-23 semanas de xestación



Obxectivo

Identificar riscos e
actuar sobre eles



Motivo de aplicación

Muller embarazada de
aproximadamente
20 semanas
de xestación

Actuacións sanitarias a realizar

Calcular **idade xestacional**.

Informar dos **resultados das probas** solicitadas e rexistralos na folla de seguimento da historia clínica (ecografía de estudo morfolóxico fetal e amniocentese se a fixo).

Se non realizou a ecografía de segundo trimestre (20 sem), verificar que ten cita para a súa realización.

Realizar a **anamnese**

- Molestias.
- Sintomatoloxía relacionada co embarazo.
- Se percibe movementos fetais (en múltipara pódense percibir dende as 17-18 semanas e en primixestas a partir das 19-20).
- Vivencia do seu embarazo e resolver dúbidas sobre el.

Realizar **medición** de:

- Peso.
- Presión arterial.
- Altura de fondo uterino en centímetros. [\(ver anexo A.8\)](#)

Realizar:

- Auscultación de tons fetais.
- Determinación de proteinuria por tiras reactivas (en consulta).

Solicitar realización de **proba invasiva** para confirmar diagnóstico, no caso de resultado de TPNI (+) [\(ver subproceso 20\)](#)

Solicitar **probas analíticas** de segundo trimestre para realizar ás 24 semanas de xestación.

[\(ver anexo A.5\)](#)

- **Hemograma**.
- **Coombs** indirecto só en mulleres Rh negativas.
- **Test de O'Sullivan**, realizárase entre as 24 e 28 semanas.

[\(ver anexo A.8\)](#)

Recomendar un **aporte adecuado de iodo** durante todo o embarazo e durante a lactación materna mediante:

[\(ver anexo A.6\)](#)

- **1** A inxestión diaria adecuada de **alimentos ricos en iodo (a+b+c)**:
 - a) Se non hai contraindicación para o consumo de sal, utilizar sal iodado como condimento, 2 g/día (o equivalente a media culleriña rasa de café durante a xestación).
 - b) 3 racións diarias de *leite/derivados lácteos* pasteurizados (non consumir leite cru).
 - c) *Produtos mariños* polo menos 3 veces por semana.
- **2** e a suplementación con **200 mcg de ioduro potásico** diarios.

Independentemente da idade xestacional, ofertar a todas as embarazadas a **vacina antigripal** durante os períodos estacionais susceptibles de contaxio, se non está vacinada. [\(ver anexo A.1\)](#)

Reavaliación de **risco obstétrico**. [\(ver anexo A.2\)](#)

Derivación urxente no caso de

[\(ver anexo A.6\)](#)

- Dor hipogástrica intensa.
- Sangrado xenital.
- Perda de líquidos a través dos xenitais.
- Vómitos incoercibles.
- Non se escoita latexo fetal.

Información á usuaria

[\(ver anexo A.6\)](#)

- Explicar as probas que se solicitan.
- Explicar as prescricións.
- Hábitos de vida saudables (nutrición, vestimenta, actividade física, riscos de exposición, molestias normais).

Anotar as actuacións realizadas na **folla de seguimento do embarazo da Historia Clínica**.



Descrición dos subprocesos asistenciais



Subproceso 07 4ª consulta prenatal 24-27 semanas de xestación



Obxectivo

Identificar riscos e actuar sobre eles



Motivo de aplicación

Muller embarazada de aproximadamente

25 semanas de xestación

Actuacións sanitarias a realizar

Calcular idade de xestación.

Realizar a **anamnese**

- Molestias.
- Sintomatoloxía relacionada co embarazo.
- Movements fetais.
- Vivencia do seu embarazo e resolver dúbidas sobre el.

Realizar **medición** de:

- Peso.
- Presión arterial. [\(ver anexo A.7\)](#)
- Altura de fondo uterino en centímetros. [\(ver anexo A.9\)](#)

Realizar

- Auscultación de tons fetais.
- Determinación de proteinuria por tiras reactivas (en consulta).
- Valorar presenza de edemas e grao.

Informar dos **resultados das probas solicitadas**

- Solicitar **sobrecarga oral de glicosa (SOG)** específica para embarazada [\(ver anexo A.8\)](#) no caso de resultado do **test de O'Sullivan ≥ 140** .
- Recomendar dieta de preparación previa a realización de SOG (rica en hidratos de carbono) os tres días previos a realizala.

No caso de **sospeita de anemia ferropénica**

- **Solicitar niveis de ferritina** para confirmar diagnóstico de anemia ferropénica ante unha hemoglobina inferior a **10,5 g/l** no segundo trimestre ou inferior a **11 g/l** no terceiro trimestre.

No caso de **diagnóstico de anemia ferropénica**

- Recomendar **dieta rica en ferro** e prescribir ferro oral en forma de sal ferrosa, en dose equivalente a **100-200 mg diarios de ferro elemental** (3-6 mg/kg/día), repartido en 1-3 veces ao día, segundo grao de anemia. Inxerir con zume de laranxa unha hora antes das comidas ou dúas horas despois. [\(ver anexo A.5\)](#)

Recomendar un **aporte adecuado de iodo** durante todo o embarazo e durante a lactación materna mediante:

[\(ver anexo A.6\)](#)

- **1** A inxestión diaria adecuada de **alimentos ricos en iodo (a+b+c)**:
 - a) Se non hai contraindicación para o consumo de sal, utilizar *sal iodado* como condimento, 2 g/día (o equivalente a media culleriña rasa de café durante a xestación).
 - b) 3 racións diarias de *leite/derivados lácteos* pasteurizados (non consumir leite cru).
 - c) *Produtos mariños* polo menos 3 veces por semana.
- **2** e a suplementación con **200 mcg de ioduro potásico** diarios.

Independentemente da idade xestacional, ofertar a todas as embarazadas a **vacina antigripal** durante os períodos estacionais susceptibles de contaxio se non está vacunada. [\(ver anexo A.1\)](#)

Informar e ofertar a **vacinación con dTpa fronte a tose ferina** (administrar preferentemente na **semana 32** de xestación). [\(ver anexo A.1\)](#)

Reavaliación de **risco obstétrico**. [\(ver anexo A.2\)](#)

Derivación urgente no caso de

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> → Dor hipogástrica intensa. → Cefalea intensa que non cede con analxésicos. → Dor rítmica tipo cólico (dinámica). → Sangrado xenital. → Perda de líquidos a través dos xenitais. | <ul style="list-style-type: none"> → Vómitos incoercibles. → Ausencia latexo fetal. → Diminución da percepción de movementos fetais respecto de movementos previos. → Alteracións por exceso da presión arterial. |
|--|---|

Informar e ofertar **consulta de anestesia** (para realizala no terceiro trimestre).

Informar e ofertar a posibilidade de **asistir ás sesións de grupo de educación maternal prenatal**.



Subproceso 07

4ª consulta prenatal

24-27 semanas de xestación

Descrición dos
subprocesos
asistenciais



Información á usuaria

(ver anexo A.6)

- Explicar as prescricións.
- Proporcionar información sobre o parto e informar da posibilidade de cumprimentar o plan de parto e nacemento do Servizo Galego de Saúde.
- Vantaxes da lactación materna para a nai e o neonato/lactante e consecuencias derivadas da non alimentación natural do neonato/lactante. Proporcionar información sobre guías de lactación materna para usuarias. (ver anexo A.10)

Anotar as actuacións realizadas na **folia de seguimento do embarazo da Historia Clínica**.



Descrición dos
subprocesos
asistenciais



Subproceso 08 5ª consulta prenatal 28-32 semanas de xestación



Obxectivo

Identificar riscos e
actuar sobre eles



Motivo de aplicación

Muller embarazada de
aproximadamente

30 semanas
de xestación

Actuacións sanitarias a realizar

Calcular **idade de xestación**

Informar dos **resultados das probas** solicitadas e rexistralos

Anamnese

- Molestias.
- Sintomatoloxía relacionada co embarazo.
- Movementos fetais.
- Dinámica uterina.
- Vivencia do seu embarazo e resolver dúbidas sobre el.

Medición de

- Peso.
- Presión arterial. (ver anexo A.7)
- Altura de fondo uterino en centímetros. (ver anexo A.9)

Realizar

- Auscultación de tons fetais.
- Manobras de Leopold para estática fetal. (ver anexo A.10)
- Proteinuria por tiras reactivas (en consulta).
- Valorar presenza de edemas e grao.

Solicitar **analítica de sangue** de terceiro trimestre

(ver anexo A.5)

- Hemograma.
- **Coombs indirecto** só en mulleres Rh negativas.
- Sífilis, VIH e VHC se hai condutas ou factores de risco.
- Hepatite B: Solicitar HBsAx se resultado negativo no primeiro trimestre ou se hai risco de infección.
- Estudo de coagulación.

Solicitar **ecografía do terceiro trimestre**, entre as semanas 32 e 34, para valoración de

- Crecemento fetal.
- Inserción e maduración placentaria.
- Volume de líquido amniótico. (ver subproceso 21)

Solicitar **consulta a anestesia**.

Administrar **Inmunoglobulina humana anti-D (1.500 UI)** no caso de **xestantes Rh negativas non sensibilizadas** (Coombs indirecto negativo). Entre as 28 e 30 semanas.

Informar, ofertar e administrar a **vacinación con dTpa fronte a tose ferina** (administrar preferentemente na semana 32 de xestación).

(ver anexo A.1)

Independentemente da idade xestacional, ofertar a todas as embarazadas a **vacina antigripal** durante os períodos estacionais susceptibles de contaxio se non está vacunada. (ver anexo A.1)

Recomendar un **aporte adecuado de iodo** durante todo o embarazo e durante a lactación materna mediante:

(ver anexo A.6)

- **1** A inxestión diaria adecuada de **alimentos ricos en iodo (a+b+c)**:
 - a) Se non hai contraindicación para o consumo de sal, utilizar *sal iodado* como condimento, 2 g/día (o equivalente a media culleriña rasa de café durante a xestación).
 - b) 3 racións diarias de *leite/derivados lácteos* pasteurizados (non consumir leite cru).
 - c) *Produtos mariños* polo menos 3 veces por semana.
- **2** e a suplementación con **200 mcg de ioduro potásico** diarios.

Reevaluación de **risco obstétrico** (ver anexo A.2)



Subproceso 08

5ª consulta prenatal

28-32 semanas de xestación

Descrición dos subprocesos asistenciais



Derivación urxente no caso de	<ul style="list-style-type: none">→ Dor hipogástrica intensa.→ Dor rítmica tipo cólico (dinámica).→ Cefalea intensa que non cede con analxésicos.→ Sangrado xenital.→ Perda de líquidos a través dos xenitais.→ Vómitos incoercibles.→ Ausencia latexo fetal.→ Diminución da percepción de movementos fetais respecto a movementos previos.→ Alteracións por exceso da presión arterial.
Información á usuaria: (ver anexo A.6)	<ul style="list-style-type: none">→ Explicar as probas que se solicitan.→ Explicar as prescricións.→ Aclarar dúbidas sobre parto e lactación materna. Proporcionar información sobre guías de atención ao parto e sobre lactación materna para usuarias.→ Cumprimentar a folla resumo informatizada en IANUS do plan de parto e nacemento do Servizo Galego de Saúde.→ Da posibilidade de asistir ás sesións de grupo de educación maternal, no caso de non estar asistindo.
Anotar as actuacións realizadas na folha de seguimento do embarazo da Historia Clínica.	



Descrición dos
subprocesos
asistenciais



Subproceso 09 6ª consulta prenatal 33-36 semanas de xestación



Obxectivo

Identificar riscos e
actuar sobre eles



Motivo de aplicación

Muller embarazada de
aproximadamente

35 semanas
de xestación

Actuacións sanitarias a realizar

Calcular idade de xestación

Realizar anamnese e anotar	<ul style="list-style-type: none"> → Molestias. → Sintomatoloxía relacionada co embarazo. → Movementos fetais. → Dinámica. → Vivencia de seu embarazo e resolver dúbidas sobre el.
Medición de	<ul style="list-style-type: none"> → Peso. → Presión arterial. (ver anexo A.7) → Altura de fondo uterino en centímetros. (ver anexo A.9)
Realizar	<ul style="list-style-type: none"> → Auscultación de tons fetais. → Manobras de Leopold para estática fetal. (ver anexo A.11) → Proteinuria por tiras reactivas (en consulta). → Toma de fluxo vaxino-rectal para cultivo de <i>Streptococo agalactiae</i> (SGB) entre as 35 e 37 semanas, agás no caso de antecedentes de bacteriuria previa por SGB ou neonato previo con sepsis por SGB que tivera que recibir profilaxe. (ver anexo A.5) <p>Técnica :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sen espéculo, introducir un hisopo no terzo externo de vaxina e posteriormente no recto.
Solicitar	<ul style="list-style-type: none"> → Curva de glicemia ante a sospeita de macrosomía ou hidramnios na ecografía do terceiro trimestre. → Ecografía no caso sospeita de mal posición fetal (presentación de nádegas, transversa) e informar e ofertar a versión cefálica externa. (ver anexo A.12)
Recomendar un aporte adecuado de iodo durante todo o embarazo e durante a lactación materna mediante: (ver anexo A.6)	<ul style="list-style-type: none"> → 1 A inxestión diaria adecuada de alimentos ricos en iodo (a+b+c): <ul style="list-style-type: none"> a) Se non hai contraindicación para o consumo de sal, utilizar <i>sal iodado</i> como condimento, 2 g/día (o equivalente a media culleriña rasa de café durante a xestación). b) 3 racións diarias de <i>leite/derivados lácteos</i> pasteurizados (non consumir leite cru). c) <i>Produtos mariños</i> polo menos 3 veces por semana. → 2 e a suplementación con 200 mcg de ioduro potásico diarios.
No caso de sospeita de anemia ferropénica (ver anexo A.5)	<ul style="list-style-type: none"> → Solicitar niveis de ferritina para confirmar diagnóstico de anemia ferropénica ante unha hemoglobina inferior a 10,5 g/l no segundo trimestre ou inferior a 11 g/l no terceiro trimestre.
No caso de diagnóstico de anemia ferropénica (ver anexo A.5)	<ul style="list-style-type: none"> → Recomendar dieta rica en ferro e prescribir ferro oral en forma de sal ferrosa, en dose equivalente a 100-200 mg diarios de ferro elemental (3-6 mg/kg/día), repartido en 1-3 veces ao día, segundo grao de anemia. Inxerir con zume de laranxa unha hora antes das comidas ou dúas horas despois.



Subproceso 09

6ª consulta prenatal

33-36 semanas de xestación

Descrición dos subprocesos asistenciais



Independentemente da idade xestacional, ofertar a todas as embarazadas a **vacina antigripal** durante os períodos estacionais susceptibles de contaxio se non está vacunada. (ver anexo A.1)

Informar, ofertar e administrar a **vacinación con dTpa fronte a tose ferina** se non se administrou na semana 32.

Valoración presenza de edemas e grao.

Reavaliación de **risco obstétrico** (ver anexo A.2)

Derivación urgente no caso de
(ver anexo A.6)

- Dor hipogástrica intensa.
- Dor rítmica tipo cólico (dinámica).
- Cefalea intensa que non cede con analxésicos habituais.
- Prurito cutáneo xeneralizado e progresivo (risco de colostase).
- Sangrado xenital.
- Perda de líquidos a través dos xenitais.
- Vómitos incoercibles.
- Ausencia latexo fetal.
- Diminución da percepción de movementos fetais respecto a movementos previos.
- Alteracións por exceso da presión arterial.

Informar a usuaria

- Resultados das probas realizadas e as que se solicitan.
- Explicar as prescricións:
 - Dos signos e síntomas de rotura espontánea de membranas e de traballo de parto.
(ver anexo A.6)
 - Das vantaxes da lactación materna.

Anotar as actuacións realizadas na **folia de seguimento do embarazo da Historia Clínica**.



Descrición dos
subprocesos
asistenciais



Subproceso **10**

7ª visita de control de embarazo 37-40 semanas de xestación



Obxectivo

Identificar riscos e
actuar sobre eles



Motivo de aplicación

Muller embarazada de
aproximadamente
37 semanas
de xestación

Actuacións sanitarias a realizar

Calcular **idade de xestación**.

Informar dos **resultados das probas** solicitadas e rexistralos.

Realizar **anamnese** e anotar:

- Molestias.
- Sintomatoloxía relacionada co embarazo.
- Movementos fetais.
- Dinámica.
- Vivencia do seu embarazo e resolver dúbidas sobre el.

Medición de:

- Peso.
- Presión arterial. [\(ver anexo A.7\)](#)
- Altura de fondo uterino en centímetros. [\(ver anexo A.9\)](#)

Realizar:

- Auscultación de tons fetais.
- Manobras de Leopold para estática fetal. [\(ver anexo A.11\)](#)
- Proteinuria por tiras reactivas (en consulta).
- Valorar presenza de edemas e grao.

Valorar a realización de **monitorización fetal basal** a partir das 40 semanas de xestación ou ante a sospeita de perda de benestar fetal.

Recomendar un **aporte adecuado de iodo** durante todo o embarazo e durante a lactación materna mediante:

[\(ver anexo A.6\)](#)

- **1** A inxestión diaria adecuada de **alimentos ricos en iodo (a+b+c)**:
 - a) Se non hai contraindicación para o consumo de sal, utilizar *sal iodado* como condimento, 2 g/día (o equivalente a media culleriña rasa de café durante a xestación).
 - b) 3 racións diarias de *leite/derivados lácteos* pasteurizados (non consumir leite cru).
 - c) *Produtos mariños* polo menos 3 veces por semana.
- **2** e a suplementación con **200 mcg de ioduro potásico** diarios.

Independentemente da idade xestacional, ofertar a todas as embarazadas a **vacina antigripal** durante os períodos estacionais susceptibles de contaxio se non está vacinada. [\(ver anexo A.1\)](#)

Reavaliación de **risco obstétrico**. [\(ver anexo A.2\)](#)

Derivación urgente no caso de

[\(ver anexo A.6\)](#)

- Dor hipogástrica intensa.
- Dor rítmica tipo cólico (dinámica).
- Cefalea intensa que non cede con analxésicos habituais.
- Sangrado xenital.
- Perda de líquidos a través dos xenitais.
- Vómitos incoercibles.
- Ausencia latexo fetal.
- Diminución da percepción de movementos fetais respecto a movementos previos.
- Alteracións por exceso da presión arterial.
- Prurito cutáneo xeneralizado e progresivo (risco de colestase).

Informar á usuaria

- Resultados probas complementarias (SGB).
- Prescricións.
- Signos e síntomas de rotura espontánea de membranas e de traballo de parto. [\(ver anexo A.6\)](#)
- Vantaxes da lactación materna. [\(ver anexo A.10\)](#)

→ Realizar consultas prenatais en atención primaria cada 2 semanas entre as 37-40 semanas de xestación.

→ **Derivar á consulta prenatal de obstetricia de hospital de referencia para seguimento prenatal entre as 40 e 42 semanas.**

Anotar as actuacións realizadas na **folia de seguimento do embarazo da Historia Clínica**.

**Motivo de aplicación**

Muller embarazada



INTRODUCCIÓN

Os cromosomas son estruturas que agrupan xenes coa información xenética de cada persoa. Nos seres humanos, cada célula contén 46 cromosomas distribuídos en 23 pares. Cada un destes pares está composto por un cromosoma que procede do pai e outro da nai. Por algún tipo de erro pode producirse unha anomalía cromosómica numérica ou estrutural.

Unha anomalía cromosómica é unha alteración do número ou estrutura dos cromosomas que provoca variedade de defectos conxénitos que poden ser desde leves a graves. As anomalías cromosómicas ocorren en un de cada 160 nados vivos. As aneuploidías son anomalías nas que hai ausencia ou exceso de cromosomas. No caso das trisomías, en vez de dous hai tres cromosomas dun tipo particular, facendo un total de 47 cromosomas. A trisomía máis coñecida e frecuente é a da síndrome de Down (trisomía par 21) que afecta a 1/800 nados vivos. Outras trisomías menos frecuentes son a síndrome de Edwards (trisomía 18) e a síndrome de Patau (trisomía 13) que afectan a 1/6.000 e 1/10.000 nados vivos respectivamente.

Ademais, cunha menor frecuencia que as anomalías descritas anteriormente, atópanse as aneuploidías ligadas aos cromosomas sexuais (Síndrome de Turner ou Síndrome de Klinefelter).

A única forma de diagnosticar unha alteración cromosómica é mediante a análise dos cromosomas procedentes de células fetais, para o que se precisa da realización dunha proba invasiva (biopsia de vellosidades coriais, amniocentese ou funiculocentese). Dado que existe un risco de perda fetal trala realización dunha proba invasiva, esta só se realizará no caso de aquelas mulleres con máis risco de ter un feto cunha anomalía cromosómica.

É moi importante proporcionar ás mulleres xestantes e no seu caso, ás súas parellas, información sobre as probas de cribado prenatal de anomalías cromosómicas de forma completa, adecuada e obxectiva, da súa finalidade, beneficios, riscos e posibles implicacións de cada técnica e debe facerse constar na historia clínica.



Probas de cribado e probas invasivas

Descrición dos subprocesos asistenciais

**Motivo de aplicación**

Muller embarazada

Actuacións sanitarias a realizar

Cribado de alteracións cromosómicas fetais

Ofertarase unha proba de cribado sempre que non exista indicación de realizar directamente unha proba invasiva (ver seguinte apartado).

A_ PROBAS DE CRIBADO**1**
Cribado combinado do primeiro trimestre (CCPT)

- A toda muller embarazada de menos de 14 semanas de xestación, ofertaráselle a proba de cribado combinado do primeiro trimestre.
- Utiliza marcadores ecográficos (traslucencia nucal, lonxitude craneocaudal) ás **11-13+6 sem** de xestación e os marcadores bioquímicos de cromosomopatía (β -hGC libre, PAPP-A no 1º trimestre) en sangue materno para recalcular o risco inicial de **síndrome de Down**. Algúns programas informáticos, cun algoritmo específico, permiten o cálculo do risco para outro tipo de cromosomopatías, fundamentalmente para **trisomía 18** e en ocasións tamén para a **trisomía 13**.
- No caso da estratexia de cribado combinado de primeiro trimestre, a taxa de detección de Síndrome de Down e outras cromosomopatías está entre o 60% e o 95%, cunha taxa de falsos positivos do 3-5%.

2
Cribado do segundo trimestre (CST)

- No caso de que a xestante acuda á consulta despois das 14 semanas, se non ten realizado o cribado combinado de primeiro trimestre de anomalías cromosómicas, ofertaráselle a realización do **cribado de segundo trimestre** ($\geq 14-20$ sem de xestación). Realizarase o dobre test en sangue materno: β -hGC e AFP, ao que se lle pode engadir o estriol libre e a inhibina A para diminuír os falsos positivos.
- Ten unha taxa de detección de trisomía 21 maior do 60-75% cunha taxa de falsos positivos dun 5%.

3
Test prenatal non invasivo (TPNI) ou de ADN fetal libre en plasma materno

- O TPNI é unha proba de cribado non invasiva indicada fundamentalmente para o cribado da síndrome de Down (trisomía par 21) e ofrece unha estimación da probabilidade do feto de presentar a síndrome de Down. A súa utilidade para o cribado da síndrome de Patau (trisomía 13) e a síndrome de Edwards (trisomía 18) é máis limitada.

Non é unha proba diagnóstica polo que non substitúe á información obtida coas probas invasivas: amniocenteses ou biopsia de vellosidades coriais. Tampouco provee información sobre defectos físicos ou de crecemento.

O test prenatal non invasivo analiza fragmentos de ADN fetal extracelular en sangue materno, de procedencia placentaria. Non se debe realizar antes das 10 semanas de xestación porque ata ese momento é difícil obter a fracción fetal mínima (4%) necesaria para que o test detecte o ADN fetal.

Para analizar o ADN fetal en sangue materno, igual que para calquera outro análise de sangue, é preciso realizar unha punción venosa para extraer 8-10 ml de sangue materno. Para o transporte da mostra ao laboratorio de análise, utilízase un sistema especial que evita a degradación do ADN fetal. Ao tratarse dunha proba non invasiva, non implica risco sobre a integridade fetal.



Probas de cribado e probas invasivas

Descrición dos subprocesos asistenciais



Situacións nas que se oferta o TPNI:

- Nos hospitais públicos do Servizo Galego de Saúde, ás mulleres embarazadas ofértaselles o TPNI, cando o **resultado da proba de cribado combinado de primeiro trimestre (CCPT) ou de cribado de segundo trimestre (CST)** está entre **1/101 e 1/500** (*), sempre que se trate dunha xestación única ou xemelar monocorial (placenta única), non se detecten malformacións ecográficas fetais e o espazo de tecido da caluga do bebé (pregue/translucencia da caluga) estea en valores normais.
- No caso de xestantes con indicación de proba invasiva pero con riscos clínicos adicionais para a mesma, como alta carga viral do Virus da Inmunodeficiencia Humana ou do Virus da Hepatite B, ou con dificultade técnica para realizar a proba invasiva, o Servizo Galego de Saúde ofrece como alternativa a posibilidade de realizar o TPNI.

(*). Aquelas mulleres cun resultado entre **1/101 e 1/270** poden optar directamente a realizar unha proba invasiva (amniocentese, biopsia vellosidades coriais) se rexeitan o TPNI e desexan realizar unha proba diagnóstica invasiva.

Non está indicado realizar o TPNI no caso de:

- 1 Marcador ecográfico de alteración cromosómica (definido na ecografía do primeiro ou segundo trimestre).
- 2 Malformacións fetais morfolóxicas.
- 3 Algún dos proxenitores é portador dunha alteración cromosómica ou dalgunha trisomía analizada.
- 4 Antecedentes de feto/fillo con alteración cromosómica.
- 5 Neoplasia materna.
- 6 Xemelgo perdido (evanescente).
- 7 Xestacións múltiples que non sexan monocoriais (placenta única).
- 8 Resultado do CCPT ou CST de risco maior ou igual a 1/100: ofertarase a posibilidade de realizar unha proba invasiva (biopsia de vellosidades coriais ou amniocentese).
- 9 Resultado do CCPT ou CST sexa de risco inferior a 1/500: non precisará máis probas de cribado e continuarase co control prenatal habitual.

Posibles resultados trala realización do TPNI:

- 1 **Resultado positivo:** dado que o TPNI non é unha proba diagnóstica e poden darse casos de falsos positivos, ofertarase a posibilidade de realizar unha **proba diagnóstica invasiva** (amniocentese ou biopsia de vellosidades coriais) para **confirmar o diagnóstico de trisomía 21, 18 ou 13**.
- 2 **Resultado negativo:** non se realizará ningunha proba adicional específica, seguirase o protocolo habitual de control e seguimento da xestación. A ter en conta que un **resultado negativo no TPNI non exclúe de forma absoluta a posibilidade da existencia das trisomías estudadas, nin doutras alteracións xenéticas non estudadas** (Falso negativo).

Interpretación dos resultados do TPNI:

- Para ter en conta na interpretación dos resultados do TPNI:

	Sensibilidade	Especificidade	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo	Taxa de falsos negativos
<i>Síndrome de Down (T 21)</i>	94,2-100%	90-100%	93,5-99,8%	>99%	1,92-5%
<i>Síndrome de Edwards (T 18) e Síndrome de Patau (T 13)</i>	59,6-99%	99%	50-60%	–	12-100%

A taxa de falsos positivos do TPNI sitúase en valores inferiores ao 1% en todos os estudos.

- *Sensibilidade:* probabilidade de que un feto con trisomía obteña un resultado positivo no TPNI.
- *Especificidade:* probabilidade de que un feto san obteña un resultado negativo no TPNI.
- *Valor predictivo positivo:* probabilidade de que un feto teña unha trisomía se obtén un resultado positivo no TPNI.
- *Valor predictivo negativo:* probabilidade de que un feto que non teña unha trisomía obteña un resultado negativo no TPNI.
- *Taxa de falsos positivos:* fetos sans con resultado de TPNI positivo.
- *Taxa de falsos negativos:* fetos cunha trisomía con resultado do TPNI negativo.



Probas de cribado e probas invasivas

Descrición dos
subprocesos
asistenciais



A toda muller que se lle oferte o TPNI, débesele informar das limitacións da proba e solicitar consentimento informado por escrito.

O coñecemento científico dispoñible na actualidade sobre a validez diagnóstica do TPNI fai que este test estea indicado fundamentalmente para o cribado da síndrome de Down (trisomía par 21), xa que a súa utilidade para o cribado da síndrome de Patau (trisomía 13) e da síndrome de Edwards (trisomía 18) é máis limitada.

Unha das principais limitacións do TPNI é a **taxa de fallo técnico do test** (ate o 5%) que se asocia a unha baixa fracción de ADN fetal na mostra, que á súa vez se atopa inversamente relacionada co peso materno e o índice de masa corporal (IMC), e directamente relacionada co logaritmo dos niveis da hormona do embarazo (fracción beta da hormona gonadotropina coriónica).

No caso de mulleres obesas, xestación múltiple (especialmente xestacións de xemelgos con dúas placentas) ou xestación conseguida mediante técnicas de reprodución asistida (fecundación in vitro), aumenta a taxa de resultados fallados, polo que nestes casos o TPNI é pouco concluínte. As trisomías 13, 18, monosomía X e fetos triploides tamén tenden a ter unha menor fracción fetal, polo que pode que non se obteña resultado ou sexa pouco concluínte. Ante falta de resultado repétese o TPNI. **Se falla o resultado ou non é concluínte, en dúas mostras consecutivas, actuarase como se o resultado fora positivo.**

Situacións especiais que non permiten ter un resultado fiable:

- Ter recibido unha transfusión sanguínea aloxénica (doutra persoa), transplante ou terapia con células nai por posible interferencia con ADN exógeno.
- Mosaicismo fetal/placentario das trisomías analizadas.
- Fallo de test.
- Obesidade.
- Xestación múltiple.
- Xemelgo evanescente.



Probos de cribado e probas invasivas

Descrición dos subprocesos asistenciais



B_ PROBA DIAGNÓSTICA INVASIVA (AMNIOCENTESE/BIOPSIA CORIAL)

O único modo de coñecer de xeito seguro se o feto ten unha anomalía cromosómica, incluíndo as trisomías 21, 18 e 13, é realizando un procedemento invasivo como a **biopsia corial** ou a **amniocentese**. Estas probas invasivas permiten obter o material biolóxico sobre o que realizar o estudo xenético. Consisten na introdución dunha pequena agulla ou fórceps no útero para tomar unha pequena mostra da placenta (no caso da biopsia corial) ou de líquido amniótico (no caso da amniocentese).

Tras unha proba invasiva o risco de perda fetal é aproximadamente do 0.5-1% dos casos; aínda que hai evidencia recente de que o risco real atribuíble á técnica *per se* é do 0.1-0.2%, sen diferenzas significativas entre ambas, as probas invasivas só se realizarán no caso de aquelas mulleres con máis risco de ter un feto cunha anomalía cromosómica.

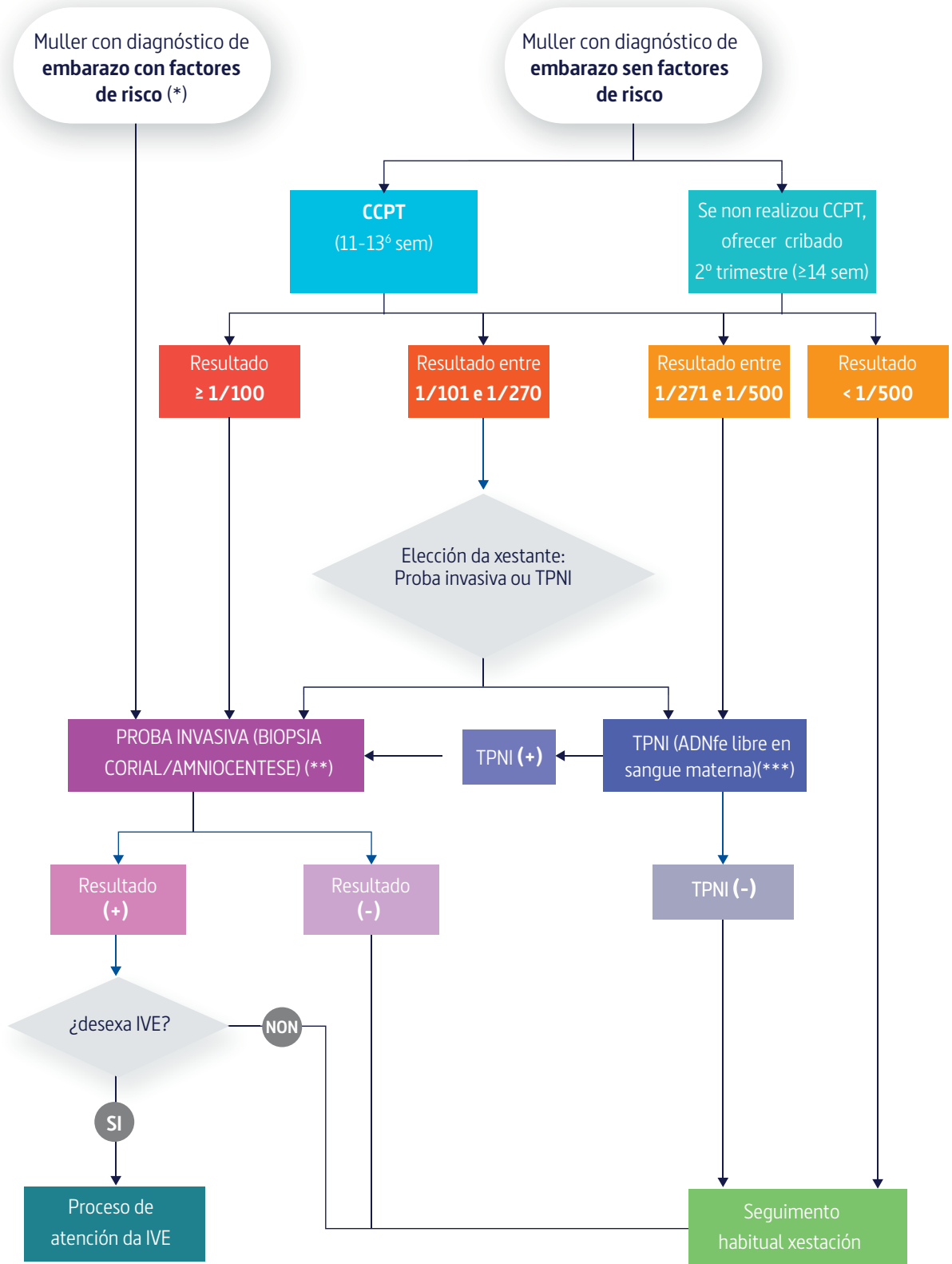
- A biopsia corial realízase entre as **11 e 14^ª** semanas de xestación.
- A amniocentese a partir das **15** semanas de xestación.

Indicacións	<ul style="list-style-type: none">→ Algún dos proxenitores é portador dunha alteración cromosómica.→ Antecedentes de feto/fillo con alteración cromosómica.→ Marcador ecográfico de alteración cromosómica (definido na ecografía do primeiro ou segundo trimestre).→ Resultado de CCPT ou de cribado do segundo trimestre de risco $\geq 1/100$.→ Resultado de CCPT ou de cribado do segundo trimestre de risco entre 1/101 e 1/270 que rexeita TPNI.→ Resultado de TPNI (+).→ Falta de resultado tras realización de 2 TPNI consecutivos. <p>No caso de idade materna ≥ 40 anos, ofertarase a posibilidade de realizar cribado convencional ou proba invasiva diagnóstica, a elixir pola xestante unha das dúas opcións, xa que a incidencia de patoloxías non detectables co cribado convencional é superior ao risco estimado de perda fetal asociado á proba invasiva.</p>
Verificar	<ul style="list-style-type: none">→ Existencia de consentimento informado por escrito na HC.→ Existencia de estudo ecográfico previo: idade de xestación entre 11 e 13^ª.→ Administración inmunoglobulina humana anti-D en mulleres Rh negativas non sensibilizadas.→ Envío a mostra ao laboratorio debidamente identificada.
Informar á xestante dos resultados da proba invasiva	<ul style="list-style-type: none">→ No caso de resultados anómalos, xestión de cita e comunicación dos resultados personalmente de forma presencial. <p>A identificación dunha alteración cromosómica require unha interpretación individualizada das posibles consecuencias clínicas, utilizando a metodoloxía obstétrica e citoxenética dispoñible, que permita transmitir unha información clara e obxectiva ás mulleres e no seu caso, ás súas parellas, para tomar a decisión máis adecuada respecto ao embarazo.</p>



Fluxograma de cribado prenatal de alteracións cromosómicas fetais

Descrición dos subprocesos asistenciais



(*) Factores de risco:

- Proxenitor portador de alteración cromosómica
- Antecedentes de feto/fillo con alteración cromosómica
- Marcador ecográfico de alteración cromosómica

No caso de **idade materna ≥40 anos**, ofertarase a posibilidade de cribado convencional ou proba invasiva para que a xestante elixa entre as dúas opcións.

Excepcións:

- (**)** Ofrecer TPNI en mulleres con risco clínico adicional para a realización dunha proba invasiva (VIH ou HB con alta carga viral) ou dificultade técnica para realizar a proba (útero con miomas voluminosos, etc)
- (***)** Se **fallo de test ou resultado non concluínte**: repetir o TPNI. Ante dous fallos de test, actuarase como se fose (+).



Descrición dos subprocesos asistenciais

**Obxectivo**

Proporcionar información diagnóstica precisa para optimizar o control prenatal e lograr os mellores resultados posibles para a nai e o feto.

**Motivo de aplicación**

Muller embarazada na que se prescribiu unha ecografía de control

Actuacións sanitarias a realizar**Ecografía do primeiro trimestre**

Recoméndase realizar esta ecografía entre as **11 e 13⁶** semanas de idade xestacional (idealmente ás 12 semanas)

O exame prenatal inclúe a avaliación dos seguintes ítems:

- Confirmar a viabilidade.
- Establecer a idade xestacional segundo datos ecográficos (medición da lonxitude craniocaudal).
- Determinar o número de fetos viables.
- En caso de xestación múltiple, determinar a corionicidade e amnionicidade.
- Cara o final do primeiro trimestre este estudo tamén permite detectar algunhas malformacións fetais maiores e medir o espesor da translucencia nucal (TN) no marco do cribado prenatal de anomalías cromosómicas.

Ecografía de segundo trimestre

Debe realizarse entre as **19-21** semanas de idade xestacional (en mulleres obesas, mellor canto máis avanzada a xestación)

O exame prenatal inclúe a avaliación dos seguintes ítems:

- Actividade cardíaca.
- Número de fetos (corionicidade nas xestacións múltiples).
- Idade xestacional/tamaño (diámetro biparietal, perímetro craneal, perímetro abdominal e lonxitude do fémur).
- Anatomía fetal.
- Inserción e aparencia placentaria e líquido amniótico.

Aínda que se poden identificar moitas malformacións, algunhas pasan inadvertidas ata con operadores adestrados e outras non se diagnostican porque se desenvolven de xeito máis tardío durante a xestación.

Ecografía do terceiro trimestre

Obxectivo:

- Repaso da anatomía para detección de malformacións de expresión ecográfica tardía (renais, cardíacas).
- Detectar alteracións de crecemento fetal intrauterinas (restrición de crecemento, macrosomía).
- Determinar posición e situación fetal.
- Valoración do líquido amniótico.

Nalgúns casos permite a detección antenatal de determinados problemas fetais como cardiopatías, o que permite nestes casos programar o parto nun hospital cun nivel asistencial adecuado, así como no caso das restricións de crecemento os estudos Doppler permiten definir o momento óptimo da finalización destas xestacións.



Descrición dos subprocesos asistenciais

**Obxectivo**

Identificar os fetos en situación de risco de hipoxia mediante a valoración da frecuencia cardíaca fetal en condicións basais, e en resposta aos movementos fetais ou á estimulación externa. Existe relación entre a morbilidade perinatal hipóxica e o rexistro da frecuencia cardíaca fetal con variabilidade e resposta aceleratoria diminuída ou ausente.

A resposta aceleratoria cardíaca fetal é desencadeada polos movementos do feto e representa a indemnidade do Sistema Nervioso Central e vías cardiorreguladoras. É unha proba non invasiva, cómoda e de baixo custo. Alta especificidade (arredor do 80%) e baixa sensibilidade (arredor do 50%).

**+ Motivo de aplicación**

Xestante de baixo risco entre as

40⁺¹- 42

semanas á que se lle indicou a proba.

Actuacións sanitarias a realizar

Explicar en qué consiste a proba.

Realización da proba

- **Posición** materna sentada ou semifowler.
- **Monitorización** con cardiotocógrafo de rexistro externo, rexístrase sobre papel o ton uterino detectado por un tocodinómetro situado sobre o abdome materno a nivel do fondo uterino. A frecuencia cardíaca fetal rexístrase cun transductor de ultrasons Doppler aplicado na zona de abdome materno onde se reciba mellor o sinal.
- **Velocidade** do rexistro (1 cm/min).
- **Duración** de 20 - 40 minutos (segundo patrón de frecuencia cardíaca fetal).

Interpretación da proba

- Considérase un **test reactivo** se aparecen aceleracións transitorias na frecuencia cardíaca fetal (1 a 6 aceleracións en 20 minutos de rexistro) e é indicativo de benestar fetal.
- Existen situacións clínicas que poden condicionar que un feto ben oxigenado presente un **patrón non reactivo** na proba basal:
 - Período de repouso fetal.
 - Hipoglicemia materna.
 - Administración materna de fármacos sedantes.
 - Malformacións do Sistema Nervioso Central (anencefalia, hidrocefalia, etc.).
 - Síndrome de decúbito supino.
 - Prematuridade extrema.
 - Malformacións cardíacas que afecten ao sistema de condución.
 - Hábitos tóxicos maternos: heroinómanas, fumadoras, etc.
 - Ante patróns non reactivos ou dubidosos:
 - Estimulación manual do feto.
 - Aumentar a glicemia materna (preferiblemente oral, cun zume, etc.).
 - Estimulación vibroacústica (golpear unha culler sobre outra fixa á altura do abdome materno).

Informar dos resultados á usuaria

Actuar segundo resultados: un rexistro patolóxico ou dubidoso deberá ser valorado polo/a obstetra.



Indicadores de
seguimento



Sistema de avaliación e mellora do Proceso asistencial de consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal

INDICADOR	TIPO	FÓRMULA	FONTE
Tempo medio de espera para unha 1ª consulta de embarazo en atención primaria	Accesibilidade	Días de espera de 1ª consulta de embarazo en atención primaria/nº mulleres embarazadas en espera para unha 1ª consulta de embarazo en atención primaria	SIAC/AP
Porcentaxe de xestantes que realizan primeira consulta prenatal nas primeiras 10 semanas de xestación	Proceso	Número de xestantes que realizan a primeira consulta prenatal en atención primaria nas primeiras 10 semanas de xestación*100/nº total de xestantes que acoden á 1ª consulta de embarazo en atención primaria	SIAC/AP
Porcentaxe de xestantes que realizan cribado prenatal combinado de primeiro trimestre (CCPT)	Proceso	Número de xestantes ás que se lles realiza CCPT*100/total xestantes	Rexistros específicos
Porcentaxe de xestantes que realizan cribado prenatal de segundo trimestre	Proceso	Número de xestantes ás que se lles realiza cribado de segundo trimestre *100/total xestantes	Rexistros específicos
Porcentaxe de xestantes que realizan CCPT máis test prenatal non invasivo (TPNI)	Proceso	Número de xestantes ás que se lles realiza CCPT máis TPNI*100/total xestantes que realizaron CCPT	Rexistros específicos
Porcentaxe de xestantes que realizan cribado prenatal de segundo trimestre máis TPNI	Proceso	Número de xestantes ás que se lles realiza cribado de segundo trimestre máis TPNI*100/total xestantes que realizaron cribado de segundo trimestre	Rexistros específicos
Porcentaxe de xestantes con resultado de TPNI (+) que realizan unha proba invasiva diagnóstica	Proceso	Número de xestantes con resultado de TPNI (+) que realiza proba invasiva diagnóstica*100/total de xestantes que realizan TPNI	Rexistros específicos
Porcentaxe de xestantes hospitalizadas por eclampsia	Resultado	Número de xestantes que ingresan por eclampsia*100/total de partos	SIAC_HOS* Rexistro de partos
Porcentaxe de prematuridade	Resultado	Número de recentemente nados de menos de 37 semanas * 100/ total de recentemente nados	SIAC_HOS*
Porcentaxe de prematuros hospitalizados	Resultado	Número de recentemente nados de menos de 37 semanas hospitalizados * 100/ total de recentemente nados	SIAC_HOS*
Porcentaxe de neonatos alimentados con lactación materna exclusiva tras alta hospitalaria	Resultado	Número de neonatos alimentados exclusivamente con leite materno á alta hospitalaria tras o nacemento* 100/total de recentemente nados	Historia Clínica (IANUS)
Porcentaxe de lactantes de 6 meses alimentados con lactación materna exclusiva	Resultado	Número de lactantes alimentados exclusivamente con leite materno no momento de cumprir 6 meses de idade *100 / total de lactantes de 6 meses	Historia Clínica (IANUS)
Porcentaxe de lactantes de 12 meses que son alimentados con leite materno	Resultado	Número de lactantes alimentados con leite materno no momento de cumprir 12 meses de idade * 100/total de lactantes de 12 meses	Historia Clínica (IANUS)
Porcentaxe de mulleres que cumprimentan enquisa de satisfacción relacionada coa atención recibida nas consultas prenatais	Calidade percibida	Número de mulleres que responden unha enquisa de satisfacción sobre a atención prestada durante o embarazo * 100/ nº total de embarazadas do período	Enquisa

* CMBD de Hospitalización de agudos (SIAC/HA)

Anexos



A	ANEXOS	42
A.1	VACINAS	43
A.2	NIVEL ASISTENCIAL SUXERIDO EN FUNCIÓN DO RISCO	44
A.3	VIRUS ZIKA	45
A.4	INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DO EMBARAZO/ADOPCIÓN	47
A.5	TÁBOA DE ANALÍTICAS, PROBAS E INMUNIZACIÓNS NA XESTACIÓ	50
A.6	INFORMACIÓN PARA TRANSMITIR Á USUARIA	53
A.7	PRESIÓN ARTERIAL	59
A.8	TEST DE O'SULLIVAN	60
A.9	MEDICIÓN DA ALTURA DO FONDO UTERINO	61
A.10	ALIMENTACIÓN DO NEONATO E DO NENO OU NENA PEQUENOS	62
A.11	MANOBRAS DE LEOPOLD	66
A.12	VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA	67



<p>Consultas preconceptionais</p>	<p>→ Informar sobre os riscos que poden supoñer para o feto ou recentemente nado o padecemento dalgunhas enfermidades inmunoprevibles.</p> <p>→ Revisión historia médica persoal e antecedentes de vacinación: valorar antecedentes de infeccións (HB, varicela, rubéola..) e cartilla de vacinas.</p> <p>→ Planificación: se a muller acode a un centro sanitario e está a planificar o seu embarazo débese revisar:</p> <p>Cribado de rubéola: se non acredita inmunidade ou vacinación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar a vacina triple vírica (TV) e evitar o embarazo nas 4 semanas seguintes a súa administración. <p>Cribado varicela: revisar antecedentes do seu padecemento e/ou historia vacinal e no caso de ser susceptibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar a vacina fronte á varicela, e evitar o embarazo nas 4 semanas seguintes a súa administración. <p>En mulleres que planifican o seu embarazo e que non están inmunizadas fronte á hepatite B recoméndase a súa vacinación.</p> <p>En mulleres non vacinadas previamente fronte ao tétano, iniciar primovacinação coa vacina tétano/difteria (Td). Para a dose de recordo administrárase a vacina fronte a difteria/tétano/tose ferina acelular de baixa carga antixénica (dTpa) entre as semanas 28-36 do embarazo.</p>
<p>Consulta embarazo</p>	<p>Cribado hepatite B: recomendación de determinación HBsAx no primeiro trimestre de xestación en todos os embarazos, independentemente de que estea vacinada ou que teña resultados negativos noutra determinación anterior.</p> <p>→ Se HBsAx positivo (nai portadora): control e seguemento.</p> <p>→ Se HBsAx negativo ou hai risco de infección: repetir no terceiro trimestre.</p> <p>Cribado rubéola: se non acredita vacinación previa, en todas as embarazadas na primeira visita. Recomendación de vacinación con vacina triple vírica tralo parto en mulleres susceptibles.</p> <p>Valorar antecedentes de padecemento de varicela ou vacinación previa. Nas mulleres susceptibles, administración da vacina tralo parto (2ª dose alo menos 4 semanas trala 1ª).</p> <p>Recomendación de vacinación fronte a:</p> <p>Gripe: independentemente da idade xestacional, ofertar a todas as embarazadas a vacina antigripal durante os períodos estacionais susceptibles de contaxio.</p> <p>Tose ferina: preferentemente na semana 32 (entre as semanas 28-36 da xestación). Administración da vacina difteria, tétano e tose ferina acelular de baixa carga antixénica (dTpa). Recomendación de administración en cada embarazo, independentemente de que xa fose vacinada con anterioridade.</p>
<p>Posparto</p>	<p>→ Realizar seroloxía urxente para determinación HBsAx tralo parto a todas as mulleres sen control prenatal.</p> <p>→ Administrar 1ª dose de vacina fronte á HB a neonatos no caso de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Nai que non realizara cribado de hepatite B (HB) durante a xestación ou no periparto. 2 Seroloxía positiva da nai (HBsAx positivo). Neste caso, administrar xunto coa 1ª dose de vacina fronte á HB, a inmunoglobulina específica fronte ao virus de hepatite B (IgHB) nas primeiras 24 horas tralo parto. <p>Recomendación de vacinación fronte á: varicela (administración da vacina inmediatamente tralo parto e administrar 2ª dose, alo menos, 4 semanas trala 1ª dose), rubéola (1ª dose de TV) se non estaba previamente vacinada ou administrar 2ª dose para completar calendario vacinal.</p>



(1) → Individualizar: quedará a criterio do/a profesional responsable da usuaria, se a deriva e o momento da derivación en función da patoloxía, da severidade, da evolución e da necesidade de asistencia multidisciplinar.

(2) → No caso de embarazo ou lactación materna, a empresa ten a obriga de previr o **risco laboral** das súas traballadoras (artigos 26 e 45.1 da Lei de Prevención de Riscos Laborais e do Estatuto dos Traballadores). Para iso a traballadora debe notificar o seu embarazo á empresa e no caso de que exista un risco non solucionable dentro da mesma, pode solicitar o subsidio de Risco Laboral.

→ Será necesario un informe do/a médico/a de atención primaria para xustificar situación de embarazo e data probable de parto ou do pediatra para xustificar situación da lactación materna.

→ **Factores de risco laboral** durante o embarazo e lactación materna:

	EMBARAZO
Axentes químicos	Monóxido de carbono, mercurio, chumbo, gases anestésicos, antineoplásicos, praguicidas, neurotóxicos, metais pesados, tintes, pinturas, herbicidas, alteradores endócrinos...
Axentes biolóxicos	CMV, hepatitis A, B e C, VHS, VIH, VVZ, toxoplasma, sarampelo, rubeola, parotidite, tuberculose, parvovirus B19, Listeria, Brucella, Treponema, Chlamydia
Axentes físicos	Radiacións ionizantes, radiacións non ionizantes, ruído, vibracións, golpes/ choques, calor e frío extremos
Ergonómico	Cargas físicas (ocasionais >10kg, reiteradas > 5kg), posturas forzadas, movementos repetidos
Por condicións do traballo	Estrés, turnicidade, nocturnidade, traballos de minería subterránea

→ Para o caso concreto de traballadoras sanitarias consultar o documento: Guía de valoración de riscos laborais no embarazo e lactación materna en traballadoras do ámbito sanitario, dispoñible en:

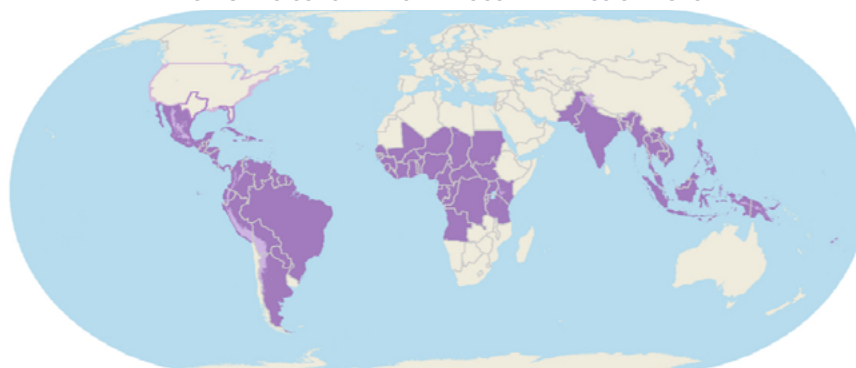
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-formacion/fd-escuela-nacional-medicina-trabajo/fd-cursos/Valoracion_riesgos_embarazo.pdf

	Factores de risco	Nivel 1	Individualizar (1)	Nivel 2
Antecedentes familiares	Enf. hereditarias		x	
	Antecedente de malformacións		x	
	Portador/a de alteración cromosómica		x	
	Exposición a quimio/radioterapia		x	
Factores sociais demográficos	Idade materna <16 anos ou >39 anos		x	
	Altura menor de 1,45 m		derivar en segunda metade	
	IMC ≥ 30 kg/m ² ou <18,5 kg/m ²		x	
	Tabaquismo	x		
	Alcoholismo, drogadicción		x	
	Risco social	x		
	Risco laboral (2)/ EXPOSICIÓN		x	
Enfermidades maternas crónicas	Enfermidade inflamatoria intestinal		x	
	Trastornos psiquiátricos		x	
	Anemia < 10 g/dl de Hb		x	
	Hipertensión arterial			x
	Diabetes tipo 1			x
	Conectivopatías		x	
	Endocrinopatías		x	
	Antecedente de tromboembolismo			x
	Cardiopatías (segundo gravidade)			x
	Nefropatías (segundo gravidade)			x
	Epilepsia		x	
	VIH-SIDA			x
	Hepatite B/C	se portadora		se crónica activa
Antecedentes obstétricos	Antecedente de embarazo ectópico	2º e 3º trimestre		1º trimestre
	Antecedente de macrosoma previo	x		
	Antecedente de ACIU			x
	Antecedente de preeclampsia grave			x
	Aborto de repetición (máis de dous)		x	1º trimestre
	Esterilidade		elección da usuaria	
	Antecedentes de parto pretérmino	ata as 20 sem		dende as 20 sem
	Morte fetal perinatal, malformado ou fillo con deficiencias ou defecto conxénito		elección da usuaria	
	Incompetencia cervical			x
	Malformacións uterinas		x	
Riscos evolutivos	Antecedente de cirurxía uterinas con acceso a cavidade (salvo cesárea/legrado)	ata as 20 sem		dende as 20 sem
	Multiparidade (máis de 4 xestacións)	x		
	Xestación bicorial-biamniótica		x	3º trimestre
	Xestacións dobres monocoriais			x
	Xestacións triples ou máis			x
	Alteracións do crecemento fetal (ACIU/macrosomía)			x
	Alteracións do líquido amniótico (hidramnios/oligoamnios)			x
	Sospeita de malformación fetal			x
	Preeclampsia moderada ou máis			x
	Diabetes xestacional		x	
	Sospeita de enfermidade de transmisión vertical (VIH, lues, rubéola, CMV, toxoplasma)			x
	Isoinmunización D			x
	Estática fetal anómala ás 37-38 sem			x
	Xestación de máis de 41 sem.			x
	Rotura prematura de membranas			x
	Metrorraxias do 1º trimestre		x	
	Metrorraxias do 2º- 3º trimestre			x
	Útero miomatoso		individualizar	
	Anemia severa (Hb <9)			x
	Colestasis intrahepática		2º nivel dende o diagnóstico	
Outros procesos médicos asociados		individualizar		
Exposición a teratóxenos (medicamentos, tóxicos ambientais/ ocupacionais, radiacións)		individualizar		
Xestación con DIU	2º e 3º trimestre		1º trimestre	



Recoméndase que as mulleres embarazadas eviten viaxar ás áreas afectadas

MAPA DO MUNDO COAS ÁREAS DE RISCO DE INFECCIÓN POLO ZIKA



Áreas internacionais e territorios dos Estados Unidos

- Áreas con risco de Zika (por debaixo de 1981 m)*
- Áreas con pouca probabilidade de infección por Zika (por enriba de 1981 m)*
- Áreas sen risco coñecido de infección por Zika

Áreas dos Estados Unidos

- Estados que informaron de casos
- Sen Zika coñecido

*Os mosquitos que transmiten a infección por Zika, viven por debaixo dos 1981 m (6.500 pés de altura). A probabilidade de infectarse a través do mosquito por encima desa altura é moi baixa.

PAÍSES CON RISCO DE INFECCIÓN POLO VIRUS DO ZIKA

- **Asia:** Bangladesh, Birmania (Myanmar), Camboxa, India, Indonesia, Laos, Malasia, Maldivas, Paquistán, Filipinas, Singapur, Tailandia, Illas de Timor Leste (Vietnam), Fiji, Papúa Nova Guinea, Samoa, Illas Salomón e Tonga.
- **Caribe:** Anguilla, Antigua e Barbuda, Aruba, Barbados, Bonaire, Illas Virxes Británicas, Cuba, Curaçao, Dominica, República Dominicana, Granada, Haití, Xamaica, Montserrat, Comunidade de Porto Rico, Saba, Santo Kitts e Nevis, Santa Lucía, Santo Martín, Santo Vicente e as Granadinas, Santo Eustaquio, Trinidad e Tobago, Illas Turcas e Caicos Islands e Illas Virxes dos Estados Unidos.
- **América do Norte:** México.
- **América Central :** Belice, Costa Rica, O Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua e Panamá.
- **América do Sur:** Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, French Guiana, Güiana, Paraguay, Perú, Suriname e Venezuela.
- **África:** Angola, Benin, Burkina-Faso, Burundi, Camerún, Cabo Verde, República Centroafricana, Chad, Congo-Brazzaville, Costa de Marfil, República Democrática do Congo (Congo-Kinshasa), Guinea Ecuatorial, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenia, Liberia, Mali, Niger, Nigeria, Ruanda, Senegal, Sierra Leona, Sudán do Sur, Sudán, Tanzania, Togo e Uganda.

Para actualizar países, consultar mapa actualizado neste enlace: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/world-map-areas-with-zika>

No caso de que a viaxe sexa inevitable, **evitar a exposición a picadura de mosquito:**

- Usar roupa de manga longa.
- Usar pantalóns longos e calcetíns.
- Usar redes mosquiteiras para durmir, se é preciso.
- Usar o aire acondicionado, de estar dispoñible.
- Utilizar repelentes para mosquitos (lembrar que teñen un tempo de duración e que é necesario volver a aplicalos cada certo tempo).
- En canto aos repelentes que poden empregar as mulleres embarazadas, aínda que non hai estudos suficientes de seguridade sobre o seu uso nelas, os CDC recomentan, sempre segundo as instrucións do fabricante, os produtos que conteñen: DEET (NN, dietil-3-metilbenzamida o NN, dietil-m-toluamida), Picaridin, IR3535 (3-N-butil-n-acetil aminopropionato de etilo).

<http://www.sergas.es/Saude-publica/Protecci%C3%B3n-frente-aos-Aedes> (31/08/2017)

No caso de **desexo xenésico**, utilizar métodos barreira en relacións sexuais tras viaxar a países con transmisión activa do virus para evitar embarazo durante polo menos 6 meses.

Recoméndase que tanto os varóns como as mulleres que regresan dunha área afectada de virus Zika, empreguen **métodos barreira** nas relacións sexuais (vaxinais, anais ou orais) **durante todo o embarazo**.



NO CASO POSIBLE DE ZIKA

Sempre que se dea un dos **catro supostos seguintes**:

- 1** Paciente que presenta, sen que se poida explicar por outra causa: exantema máculo-papular con febre moderada e polo menos un dos seguintes: artralxia ou mialxia, conxuntivite non purulenta ou hiperemia conxuntival e cefalea ou malestar xeral; e nos 15 días previos ao inicio de síntomas, estivo nalgunha das áreas afectadas
- 2** Embarazada, con ou sen síntomas de Zika, que estivo nunha área afectada durante o embarazo, ou que quedou embarazada antes de que pasasen 15 días da súa saída da área afectada
- 3** Sospéitase microcefalia do feto e durante o embarazo a nai estivo nunha área afectada
- 4** Calquera dos supostos anteriores nos que, sen viaxar a unha área afectada, mantivo relacións sexuais sen protección, cunha persoa que si viaxou.

Haberá que **realizar**

Notificación

O médico que atenda ao caso notificarao directamente ao **SAEG**.

A Coruña: 981 155 835

Lugo: 982 292 114

Ourense: 988 066 338

Pontevedra: 986 885 872

Fóra do horario de oficina: 649 829 090 [ou 061]), agás nos hospitais, que o fará a través do Servizo de Medicina Preventiva. A ficha de notificación do caso é a que figura na **web da Dirección Xeral de Saúde Pública** (abaixo).

Recollida de mostras

Recolleranse mostras só aos pacientes que cumpran os criterios de caso posible.

Nas embarazadas asintomáticas esperarase a que pasen 15 días da saída da área afectada.

- **Tipo de mostras:** soro, ouriños (só nos pacientes con síntomas mentres non pasasen 15 días do seu inicio), LCR se hai síntomas neurolóxicos, líquido amniótico, sangue de cordón umbilical, placenta e, nos neonatos, se a obtención de soro é complicada valorarase a utilización de saliva.
- **Toma e envío de mostras:** as mostras tomaranse o mesmo día do envío ao laboratorio da Área sanitaria, que as remitirá ao laboratorio do hospital Meixoeiro do Complexo Hospitalario Universitario de Vigo.

INFORMACIÓN QUE TEN QUE ACOMPAÑAR Á MOSTRA

Datos que teñen que figurar no volante de petición

Datos paciente	Datos enfermidade	Antecedentes vacinais e de enfermidade	Datos da mostra
CIP (se dispón del). NHC (se hospitalizado). Nome e apelidos. Data de nacemento.	Data inicio síntomas. Se embarazo con síntomas, ademais: semana de xestación ao inicio de síntomas. Se embarazo sen síntomas, indicar este feito e semana de xestación á saída da área afectada.	Se esta vacunado fronte a: → Encefalite xaponesa. → Outra vacina fronte a outros Arbovirus. Se enfermou (constatada ou posible) de: → Dengue, febre amarela, virus do Nilo Occidental, outra enfermidade por flavivirus.	Tipo de mostra remitida: Soro, urina, LCR, líquido amniótico, placenta, sangue de cordón umbilical, saliva. Data da toma da mostra.



O procedemento de actuación con mulleres que decidan dar ao seu fillo ou filla en adopción do Servizo Galego de Saúde, inclúe un “documento de información para xestantes que deciden dar ao seu fillo ou filla en adopción” coa información que se lle debe proporcionar á xestante.

Tras informar á embarazada, poñerase o caso en coñecemento da unidade de traballo social do centro, que será a responsable de xestionar o caso. Se nese momento no centro de saúde non estivese dispoñible ningún traballador ou traballadora social, derivarase a xestante á unidade de traballo social de referencia do centro, quen lle facilitará o nº de teléfono da muller 900 400 273 ao que poderá chamar ao longo de todo o embarazo.

En España, a **Lei orgánica 2/2010 de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo**, modificada pola Lei Orgánica 11/2015, do 21 de setembro, que reforza a protección das menores e mulleres con capacidade modificada xudicialmente no caso de interrupción voluntaria do embarazo, establece unha serie de supostos legais para a interrupción voluntaria do embarazo, que son: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-3514-consolidado.pdf>

<https://www.boe.es/boe/dias/2015/09/22/pdfs/BOE-A-2015-10141.pdf>

Artigo 14. Interrupción do embarazo a petición da muller dentro das primeiras catorce semanas de xestación, sempre que concorran os seguintes requisitos:

- a Que se informara á muller embarazada sobre os dereitos, prestacións e axudas públicas de apoio á maternidade, nos termos que se establecen nos apartados 2 e 4 do artigo 17 da Lei.
- b Que transcorrera un prazo de polo menos tres días, desde a información mencionada e a realización da intervención.

Artigo 15. Excepcionalmente, poderase interromper o embarazo por **causas médicas** cando concorra algunha das seguintes circunstancias:

- a **Que non se superen as vinte e dúas semanas de xestación e sempre que exista grave risco para a vida ou saúde da embarazada** e así conste nun ditame emitido con anterioridade á intervención por un médico ou médica especialista distinto do que a practique ou dirixa. En caso de urxencia por risco vital para a xestante poderá prescindirse do ditame.
- b **Que non se superen as vinte e dúas semanas de xestación e sempre que exista risco de graves anomalías no feto** e así conste nun ditame emitido con anterioridade á intervención por dous médicos/as especialistas distintos do que a practique ou dirixa.
- c Cando se detecten **anomalías fetais incompatibles coa vida** e así conste nun ditame emitido con anterioridade por un médico ou médica especialista, distinto do que practique a intervención, ou cando se detecte no feto unha enfermidade extremadamente grave e incurable no momento do diagnóstico e así o confirme un comité clínico.

Para a **interrupción voluntaria do embarazo (IVE)**, nas mulleres **menores de idade** (Lei Orgánica 11/2015, do 21 de setembro)

Será preciso, ademais da manifestación da súa vontade, o **consentimento expreso dos titulares da patria potestade**. Neste caso, os conflitos que xurdan en canto á prestación do consentimento por parte dos representantes legais, resolveranse de conformidade co disposto no Código Civil (Modificación do apartado 5 do artigo 9 da Lei 41/2002, de 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigacións en materia de información e documentación clínica).

A.4

INTERRUPCIÓN
VOLUNTARIA DO
EMBARAZO/ADOPCIÓN



→ **Artigo 17. Información previa** ao consentimento da interrupción voluntaria do embarazo.

- 1** Todas as mulleres que manifesten a súa intención de someterse a unha interrupción voluntaria do embarazo recibirán información sobre os distintos métodos de interrupción do embarazo, as condicións para a interrupción previstas nesta Lei, os centros públicos e acreditados aos que se pode dirixir e os trámites para acceder á prestación, así como as condicións para a súa cobertura polo servizo público de saúde correspondente.
- 2** Nos casos nos que as mulleres opten pola interrupción do embarazo regulada no **artigo 14** recibirán, ademais, un sobre pechado que conterá a seguinte información:
 - a** As axudas públicas dispoñibles para as mulleres embarazadas e a cobertura sanitaria durante o embarazo e o parto.
 - b** Os dereitos laborais vinculados ao embarazo e á maternidade; as prestacións e axudas públicas para o coidado e atención dos fillos e fillas; os beneficios fiscais e demais información relevante sobre incentivos e axudas ao nacemento.
 - c** Datos sobre os centros dispoñibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción e sexo seguro.
 - d** Datos sobre os centros nos que a muller poida recibir voluntariamente asesoramento antes e despois da interrupción do embarazo.

Xunto con esta información entregárase un documento acreditativo da data da entrega, aos efectos do establecido no artigo 14 desta Lei.

A.4

INTERRUPCIÓN
VOLUNTARIA DO
EMBARAZO/ADOPCIÓN



Recursos de apoio ás mulleres embarazadas

- Informar as mulleres embarazadas sobre permisos, excedencias, prestacións, axudas, beneficios fiscais, servizos e recursos educativos que constitúen unha rede de apoio dende os os diferentes centros sanitarios, sociais e educativos tal e como se indica na Lei 5/2010 do 23 de xuño, que se establece e regula unha rede de apoio á muller embarazada.

Entidade	Concello	Provincia
Betania de Jesús Nazareno	A Coruña	A Coruña
Asociación Redmadre Coruña	A Coruña	A Coruña
Asociación Viraventos	A Coruña	A Coruña
Asociación Centinelas	Santiago de Compostela	A Coruña
Cáritas Diocesana de Santiago	Santiago de Compostela A Coruña	A Coruña
Asociación Educando en Familia	Foz	Lugo
Federación Provincial de Mulleres Rurais de Ourense – FEMURO	Verín	Ourense
Asociación Redmadre Ourense	Ourense	Ourense
Cáritas Diocesana de Tui-Vigo	Vigo	Pontevedra
Congregación Siervas de la Pasión	Vigo	Pontevedra
Asociación de Ayuda a la Vida – AYUVI	Vigo	Pontevedra

Centros de Planeamento Familiar en Galicia

<https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/927/COFgalego.pdf>

- **Provincia de A Coruña:**
Centro de Orientación Familiar de “O Ventorrillo”.
Centro de Orientación Familiar de Miguel Servet, rúa Tui 19.
Centro de Orientación Familiar de “Fontenla Maristany”. Ferrol.
Centro de Orientación Familiar de Santiago: Centro de saúde de Fontiñas (2º andar).
- **Provincia de Lugo:**
Centro de Orientación Familiar de Lugo: Praza do Ferrol, 11 (2º andar).
Centro de Orientación Familiar de Burela: rúa Rosalía de Castro s/n.
Centro de Orientación Familiar de Monforte de Lemos: Hospital Monforte de Lemos, rúa Corredoira, s/n.
- **Provincia de Ourense:**
Centro de Orientación Familiar de Ourense: centro de saúde Novoa Santos.
Centro de Orientación Familiar de O Carballiño: Centro de saúde de Carballiño.
Centro de Orientación Familiar de Ribadavia: Centro de saúde de Ribadavia.
Centro de Orientación Familiar de O Barco: Hospital Comarcal de Valdeorras.
- **Provincia de Pontevedra:**
Centro de Orientación Familiar de Pontevedra: Centro de Especialidades de Mollavao, rúa Simón Bolívar,4.
Centro de Orientación Familiar de Vigo: rúa Ponteareas s/n.

Centros públicos do Servizo Galego de Saúde onde se presta atención ás mulleres que optan por unha IVE

- 1 No caso de xestacións que non superen as 22 semanas:
 - CHU de Coruña
 - HU Lucus Augusti
 - CHU de Ourense
 - CHU de Pontevedra
 - CHU de Santiago
 - Hospital Universitario de Ferrol
 - Hospital Alvaro Cunqueiro
 - Hospital Virxe da Xunqueira
 - Hospital de Monforte
- 2 No caso de xestacións que superen as 22 semanas, cando se detecten anomalías fetais incompatibles coa vida e así conste nun ditame emitido con anterioridade por un médico ou médica especialista, distinto do que practique a intervención, ou cando se detecte no feto unha enfermidade extremadamente grave e incurable no momento do diagnóstico e así o confirme un comité clínico:
 - Hospital Alvaro Cunqueiro
 - CHU de Ourense

Centros Privados autorizados para I.V.E

- **Clínica Arce-Segrelles:** rúa Isaac Peral, 1 B. A Coruña
- **Clínica Castrelos:** Avda de Balaídos, 44 b. Vigo



Proba	1º trimestre	REC	2º trimestre	REC	3º trimestre	REC
Hemograma [1] e [2]	si	B	si	A	si	
Glicemia [3]	si					
Estudo de coagulación					si	
Grupo ABO e Rh	si	B				
Coombs indirecto	si	A	se necesario [4]	B	se necesario [4]	B
Urocultivo [5]	si	A				
Test de O'Sullivan [6]	si FR [7]		si, entre 24-28 sem (excepto < 25 anos sen FR)	C	se non ten feito antes	
TSOG (100 g) [8]	se necesario		se necesario		se necesario	
Rubéola (IgG)	se necesario [9]	B				
Varicela	se contacto con enfermo de varicela	B	se contacto con enfermo de varicela		se contacto con enfermo de varicela	
Lúes (RPR / VRDL)	si	A	se necesario [10]		se necesario [10]	
Hepatite B [11]	si				se HBsAx (-) no primeiro trimestre ou se hai FR	A
Virus HC	si FR					
HIV [12]	si, a todas previo CI oral	A			se FR	
Cribado de cancro cervical [13]			se é necesario, cando corresponda			
Cribado alteracións cromosómicas [14]	CCPT: PAPP-A e β -hGC (con eco do 1º trimestre, entre 11-13 ⁶ sem)	B	Cribado de 2º trimestre: AFP e β -hGC (14 a 20 sem)	B		
Cribado enfermidade de chagas	si FR					
Cribado de disfunción tiroidea	si					
Cribado de virus de Zika	se precisa		se precisa		se precisa	
Biopsia corial se FR	10-14 sem					
Amniocentese se FR [15]			entre as 15-17 sem			
Ecografías (semanas)	11-13+6 (con TN)	A	19-21	A	32-34 sen evidencia	
Cultivo SGB [16]					si (35-37 sem)	C
Inmunoglobulina anti-D.			28 -30 semanas (mellor 28) en mulleres Rh negativas non sensibilizadas			A
Vacina antigripal			En campaña de vacinación antigripal			C
Vacina antitetánica			Vacinar / actualizar arredor das 28 semanas			
Vacina fronte a tose ferina					dTpa (32 semanas)	
Profilaxe de DTN con ácido fólico [17]	ata as 12 sem	A				
Profilaxe con ioduro potásico			200 mcg diarios			
Test non estresante					Opcional (>40 ⁻¹ semanas)	

REC: recomendación

CI: consentimento informado

TN: traslucencia nuca

A.5

TÁBOA DE
ANALÍTICAS, PROBAS
E INMUNIZACIÓNS NA
XESTACIÓ



[1]	Solicitar hemoglobina, grupo e RH se descoñece e solicitar Coombs indirecto a todas as xestantes.
[2]	No caso de diagnóstico de anemia ferropénica: recomendar dieta rica en ferro e prescribir ferro oral en forma de sal ferrosa, en dose equivalente a 100-200 mg diarios de ferro elemental (3-6 mg/kg/día), repartido en 1-3 veces ao día, segundo grao de anemia. Inxerir con zume de laranxa unha hora antes das comidas ou dúas horas despois.
[3]	Non existe indicación para facer analítica de embarazo en xaxún salvo que se necesite glicemia basal . En poboación sa podería obviarse. A glicemia basal podería ser de utilidade en casos moi concretos (ante a imposibilidade de facer o test de O'Sullivan).
[4]	Só en pacientes Rh negativas e Coombs indirecto previo negativo.
[5]	Urocultivo preferentemente no primeiro trimestre de xestación para despistaxe de bacteriuria asintomática. Moi importante instrucións de recollida. Se é negativo, non é preciso repetilo. Se é positivo, realizar antibiograma e tratamento. Urocultivo de control aos 7-14 días despois de acabado o tratamento.
[6]	Test de O'Sullivan: pódese realizar a calquera hora xa que non é necesario estar en xaxún. Administraranse 50 g. de glicosa e aos 60 minutos realizarase a extracción de sangue. Non se necesita glicemia basal, son probas mutuamente excluíntes. Consideraranse patolóxicos valores iguais ou superiores a 140 mg/dL.
[7]	Considéranse factores de risco para diabetes xestacional: IMC \geq 30, antecedentes persoais de diabetes durante a xestación previa ou antecedentes de diabetes en familiares de primeiro grao ou antecedentes de feto previo macrosómico (\geq 4.500 g).
[8]	Test de sobrecarga oral de glicosa (TSOG). Dúas glicemias basais \geq 126 mg/dL, en días diferentes, ou unha illada ao azar \geq 200mg/dL, confirman o diagnóstico de diabetes prexestacional e exclúen a necesidade de realizar un TSOG. Tras xaxún de 12 horas e 3 días de dieta normocalórica con achega mínima de 100-200 g. de carbohidratos. A paciente debe estar en repouso e sen fumar as tres horas que dura a proba. Realízanse determinacións de glicemia (en plasma venoso) basal, á hora, ás dúas horas e ás tres horas. Realízase o diagnóstico de diabetes xestacional se dous ou máis valores son iguais ou superiores a: 105 (0'), 190 (60'), 165 (120'), 145 (180') mg/dL. Se só un valor da curva iguala ou supera o normal, etiquetárase de intolerancia á glicosa e repetirase a proba en 3 - 4 semanas . Ante un resultado do TSOG de intolerancia á glicosa no terceiro trimestre, pódese prescribir dieta e exercicio. Se se diagnostica unha diabetes xestacional remitirase a paciente a atención hospitalaria.
[9]	Varicela: realizar a todas as pacientes se se descoñece a inmunidade ou se é negativa. Se non existe inmunidade recomendarase vacinación posparto.
[10]	Lúes: re é negativo e hai factores de risco (prostitutas, síndromes de inmunosupresión, toxicomanías, presenza doutras ITS, contacto con persoas con sífilis activa).
[11]	No 1º trimestre, cribado de Hepatitis B a todas as embarazadas non vacinadas. Repetir no 3º trimestre no caso de HBsAx (+) ou presenza de factores de risco (infeccións de transmisión sexual (ITS) de repetición, persoas que se inxectan drogas, antecedentes de hepatopatías ou de transfusión, relacións sexuais con portador, condutas sexuais de risco, traballadoras ou internas en centros de atención a discapacidade mentais ou institucións penitenciarias, traballadoras ou profesionais en contacto con sangue...).
	Seroloxía de virus da Hepatitis C no primeiro trimestre só no caso de mulleres con factores de risco de estar infectadas.
[12]	VIH: o obxectivo é o diagnóstico precoz para poder tratar a nai e prever a transmisión vertical. É imprescindible que a embarazada dea o seu consentimento (é suficiente un consentimento verbal). Repetir a seroloxía ao longo do embarazo ante a presenza doutras ITS e persoas que se inxectan drogas, antecedentes de transfusión, relacións sexuais con portador, bisexual e prostitución.
[13]	Recoméndase diferir a realización da citoloxía de cribado de cancro de cérvix ata despois do parto (6ª semana), sempre que haxa constancia dunha citoloxía normal nos últimos 5 anos. Excepto no caso de que existan dúbidas no seguimento do cribado por parte da muller, transcorreran máis de 5 anos dende a última citoloxía ou no caso de mulleres cun resultado anómalo nunha citoloxía previa e na que se indica repetición da proba: De ser preciso, recoméndase realizar a citoloxía no segundo trimestre do embarazo. Nestes casos, o seguimento non debe atrasarse. Ver Guía Técnica do Proceso de Detección Precoz de Cancro Cérvix, versión 2, xullo 2013. https://extranet.sergas.es/catpb/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=2289
[14]	Cribado de alteracións cromosómicas: a todas as xestantes. É de elección o do primeiro trimestre combinado coa TN ecográfica. Só se fará o do 2º trimestre se non se puido facer no primeiro.

A.5

TÁBOA DE
ANALÍTICAS, PROBAS
E INMUNIZACIÓNS NA
XESTACIÓ



[15]	<p>Realización de proba invasiva ante a presenza de algún dos seguintes factores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none">→ Algún dos proxenitores é portador dunha alteración cromosómica.→ Antecedentes de feto/fillo con alteración cromosómica.→ Marcador ecográfico de alteración cromosómica (definido na ecografía do primeiro ou segundo trimestre).→ Resultado de CCPT ou de cribado de segundo trimestre risco $\geq 1/100$.→ Resultado de CCPT ou de cribado de segundo trimestre risco entre 1/101 e 1/270 que rexeita TPNI.→ Resultado de TPNI (+) ou dous fallos de resultado do TPNI. <p>No caso de idade materna ≥ 40 anos, ofertarase a posibilidade de cribado convencional ou proba invasiva para que a xestante elixa entre as dúas opcións.</p>
[16]	<p>Cultivo de estreptococo: realizarase toma única vaxino-rectal a todas as xestantes entre as 35-37 semanas de xestación (excepto se tivo bacteriuria por SGB nesta xestación ou RN previo con sepe neonatal por SGB. A toma realízase sen espéculo, antes da exploración (introdúcese hisopo no terzo externo da vaxina e posteriormente no recto, co mesmo hisopo). Gárdase en tubo con medio de cultivo.</p>
[17]	<p>Administración de ácido fólico ata as 12 semanas.</p> <ul style="list-style-type: none">→ Mulleres de baixo risco sen antecedentes de xestación con DTN: 0,4 a 0,8 mg diarios.→ Mulleres de alto risco, antecedentes de defectos de tubo neural (DTN), feto previo con DTN, IMC>35, diabética, a tratamento con anticonvulsivantes antagonistas de ac. fólico e síndromes de malabsorción: 5 mg/día.



Reforzar a idea de que estar embarazada non é estar enferma.

SINTOMATOLOXÍA HABITUAL

Náuseas e vómitos	<ul style="list-style-type: none"> → Sintomatoloxía máis frecuente do primeiro trimestre. → O tratamento de elección son as medidas hixiénico-dietéticas. No caso de que estas medidas non sexan efectivas, poderíase utilizar como alternativa, baixo supervisión médica, piridoxina asociada ou non a doxilamina, xenxibre e/ou sesións de acupuntura/acupresión.
Estrinximento	<ul style="list-style-type: none"> → Máis frecuente ao final do embarazo. → Recomendación: aumentar a inxestión de fibra e auga; se isto non é suficiente, pódense utilizar laxantes formadores de bolo (metilcelulosa, farelo, plantago ovata, etc) así como laxantes de primeira liña para aumentar a motilidade intestinal.
Hemorroides	<ul style="list-style-type: none"> → Recomendación: evitar o estrinximento, a bipedestación e sedestación prolongada. → Aplicar frío local e valorar antihemorroidais tópicos. → Considerar o uso de rutósidos vía oral para tratamento sintomático de hemorroides de grao 1 e 2 en embarazadas.
Pirose e ardor epigástrico	<ul style="list-style-type: none"> → Evitar alimentos e hábitos que o empeoren. → Se é preciso, utilizaranse antiácidos non absorbibles e valorarase a combinación con ranitidina (antagonista dos receptores H2) cando persista a pirose tras tratamento só con antiácidos.
Edemas e varices en MMII	<ul style="list-style-type: none"> → Informar ás xestantes de que a aparición de varices é frecuente durante o embarazo e que o uso de medias elásticas de compresión pode contribuír a mellorar a sintomatoloxía. → Valorar o uso de rutósido vía oral en embarazadas con insuficiencia venosa para aliviar a sintomatoloxía.
Lumbalxia	<ul style="list-style-type: none"> → Debida á hiperlordose. → Recomendación: hixiene postural, exercicios de reforzamento da musculatura abdominal e lumbodorsal (exercicios acuáticos e outros programas de exercicio individualizados), calor local así como masaxes terapéuticas para aliviar a lumbalxia durante o embarazo. → Se é necesario un analxésico utilizarase o paracetamol.
Parestesias e cambras	<ul style="list-style-type: none"> → Son frecuentes a meralxia parestésica e cambras nocturnas en extremidades inferiores. → Recomendación: masaxes e exercicios de estiramento, non evidencia de utilidade do tratamento farmacolóxico.
Melasma	<ul style="list-style-type: none"> → Hiperpigmentación en áreas fotoexpostas. → Recomendación: evitar exposición solar e empregar fotoprotectores.

MOTIVOS POLOS QUE DEBE ACUDIR A URXENCIAS

- Vómitos persistentes, mareos, febre, dor intensa de cabeza, inchazón xeneralizada, dor ao orinar ou caídas.
- Ausencia ou diminución brusca de movementos fetais (despois da semana 22 de xestación).
- Sangrado vaxinal, perdas de líquido pola vaxina ou rotura da bolsa das augas, dor abdominal ou contraccións que non ceden co repouso.
No caso de rotura de membranas e líquido amniótico de cor verdosa ou teña un sangrado vaxinal maior ca unha regra, debe acudir a urxencias o máis axiña posible, sen demora.
- No caso de que as contraccións non cedan co repouso, sexan regulares e cada vez máis fortes ou dolorosas durante polo menos una hora (máis ou menos cada 5 minutos se é o primeiro parto, ou cada 10 se xa ten parido).
- Unha vez no hospital, comprobarán que a muller embarazada e o seu bebé están ben de saúde, e determinarán se pode regresar para a casa ou se hai motivo para quedar ingresada.

A.6

INFORMACIÓN PARA
TRASMITIR Á USUARIA



Reforzar a idea de que estar embarazada non é estar enferma.

PARTO E NACEMENTO

- No momento do parto, expresarlle á matrona cales son as súas inquedanzas ou expectativas e como lle gustaría que se desenvolvesen o parto e o nacemento. No caso de que cumprimentara un plan de parto, facerllo saber á matrona para que o revise.
- A matrona controlará o benestar fetal mediante a monitorización, intermitente ou continua segundo sexa preciso, facilitando que se poida mover con liberdade.
- Evitar permanecer deitada boca arriba; adoptar a posición que lle resulte máis cómoda. As posicións verticais e a deambulación asócianse a un mellor benestar da muller, a un acurtamento da fase de dilatación e a expulsivos de menor duración.
- Pódense inxerir líquidos claros durante o parto: preferiblemente bebidas isotónicas (axudan a combater a cetose), tamén auga ou infusións. Evitar os lácteos.
- Non son necesarias nin a lavativa nin o rasurado do perineo.
- Durante o parto facilitarase que estea acompañada pola persoa que elixa e que lle proporcione tranquilidade e seguridade. O apoio emocional continuado por parte da persoa acompañante e da matrona farán que se sinta segura e tranquila, o que facilitará o progreso do parto e diminúe a necesidade de recurrir a o uso de analxesia farmacolóxica.
- Existen métodos para o alivio da dor non farmacolóxicos (masaxes, aplicación de bolsas de auga quente, baños/duchas de auga quente, infiltracións de auga destilada no rombo de Michaelis para o alivio da “dor de cadrís”, etc).
- Existen métodos farmacolóxicos de alivio da dor que se poden combinar cos non farmacolóxicos (opioides intravenosos e intramusculares, inhalación de óxido nítrico e analxesia epidural), procurando usar a menor dose efectiva e que teña mínimos efectos adversos sobre a nai e o bebé.

EDUCACIÓN MATERNAL PRENATAL

- Ofrecer a todas as embarazadas, e se é o caso, ás súas parellas, a posibilidade de asistir ás sesións de grupo de educación maternal pre e posnatal co fin de proporcionarlles información e recursos para afrontar a maternidade/paternidade de maneira saudable e positiva.

SEXUALIDADE

- Nun embarazo de curso normal a actividade sexual non ten efectos nocivos e non necesita ser modificada. Recoméndase evitar o coito, se existe hemorraxia xenital ou ameaza de parto prematuro.
- Recoméndase que tanto os varóns como as mulleres que voltan dunha área afectada por virus do Zika empreguen métodos barreira nas relacións sexuais (vaxinais, anais ou orais) con embarazadas sempre durante todo o embarazo. [\(ver anexo A.3\).](#)

EXERCICIO

- Durante o embarazo existe unha menor tolerancia ao esforzo físico, por iso é recomendable realizar exercicio suave de maneira regular, tres ou máis veces por semana (as máis seguras son natación, hidroximnasia, ioga, camiñar e os exercicios físicos de preparación para o parto....). Individualizar o inicio, mantemento, intensidade, duración e frecuencia da actividade física.
- Desaconsellar o exercicio que supoña distensión abdominal e/ou risco elevado de caídas, así como o deporte de alta competición, de impacto, de mergullo ou violento.



Reforzar a idea de que estar embarazada non é estar enferma.

→ A dieta debe ser variada, equilibrada e fraccionada (5 comidas/día).

→ **Recoméndase:**

- Almorzo abundante (25% da inxestión calórica total).
- Pobre en graxas saturadas e rica en ácidos graxos esenciais.
- Escasa en azucres simples.
- Aumentar a inxestión de fibra.
- Preferencia por alimentos frescos e de elaboración sinxela (evitando fritura e rebozados), limitando enlatados e precociñados.

Para máis información: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Alimentaci%C3%B3n-segura-durante-el-embarazo?idioma=es>

Iodo

O iodo é un micronutriente indispensable para a vida do ser humano. As necesidades de iodo varían ao longo da vida e é preciso inxerilo en pequenas doses a diario porque non se pode almacenar no organismo. Calcúlase que a dose recomendada, durante o embarazo e lactación materna, é de 250-300 mcg/día. Aínda que o iodo se encontra presente en diversos alimentos, as cantidades son variables e en xeral insuficientes para cubrir os requirimentos durante o embarazo, que son un 50% superiores aos da poboación xeral, ademais de haber un aumento da perda de iodo pola urina. No primeiro trimestre prodúcese unha importante subida fisiolóxica da T4 libre circulante, ata nun 50% máis, a pesar de ter un adecuado aporte alimentario de iodo.

Unha persoa pode ser deficiente en iodo e producir cantidades insuficientes de tiroxina (T4) sen que a TSH estea aumentada. O déficit de iodo no caso da nai, maniféstase mediante o crecemento da glándula tiroide e a diminución de tiroxina (T4), aínda que a nai non teña clínica de hipotiroidismo. O déficit de iodo durante o embarazo, especialmente no primeiro trimestre, pode alterar o normal *desenvolvemento cerebral fetal* e producir diferentes alteracións en función da gravidade do déficit, que se poden previr mediante unha adecuada *inxestión de iodo* por parte da nai. Canto maior sexa o grao de hipotiroxinemia materna, maior será a probabilidade de que o cerebro fetal non dispoña da T4 libre necesaria. Esta transferencia de hormonas tiroideas da nai ao feto non se interrompe cando a tiroide fetal comeza a sintetizar e segregar as súas propias hormonas iodadas.

Á hora de tomar unha decisión sobre a necesidade ou non de recomendar a suplementación universal con *ioduro potásico* durante a xestación, hai que ter en conta se a poboación xeral é iodo deficiente ou non.

Neste sentido a Organización Mundial da Saúde establece varios indicadores epidemiolóxicos para determinar se unha poboación é deficiente en iodo, entre eses indicadores está a determinación de **TSH en sangue neonatal**, que constitúe un excelente indicador do nivel de hormonas tiroideas presentes no cerebro neonatal. Unha poboación considérase suficiente en iodo cando a frecuencia de TSH neonatal >5mU/L é inferior ao 3%, polo que esta porcentaxe considérase o punto de corte para considerar que unha poboación é deficiente en iodo e ten risco de padecer un trastorno por déficit deste oligoelemento.

A enquisa do *Sistema de información sobre condutas de risco para a saúde* (SICRI) do 2016, amosa que un 81% das xestantes entrevistadas declararon haber tomado suplemento de iodo durante algún momento do embarazo. Por outro lado, cos datos dispoñibles sobre as concentracións de TSH en sangue dos neonatos que rexistra o *Programa galego para a detección precoz de enfermidades endócrinas e metabólicas no período neonatal*, **non se pode descartar que Galicia siga a ser deficiente en iodo.**

Tendo en conta estes datos, débese seguir recomendando a inxestión dun suplemento de **ioduro potásico (200 mcg/día)** durante o **período preconcepcional, embarazo e lactación materna**, ademais da **inxestión diaria adecuada iodo.**

A.6

INFORMACIÓN PARA
TRASMITIR Á USUARIA



Reforzar a idea de que estar embarazada non é estar enferma.

Peixes e mariscos

Os peixes e mariscos son excelentes fontes de ácidos graxos omega-3; pero hai que ter en conta tamén que teñen mercurio (Hg) en forma de metil mercurio (MeHg), a forma máis tóxica.

O composto orgánico metil mercurio (MeHg) afecta aos riles e ao Sistema Nervioso Central, en especial durante o desenvolvemento do feto; atravesada tanto a barreira hematoencefálica como a placenta. Pode provocar alteracións no desenvolvemento normal do cerebro dos lactantes e a doses maiores inducir cambios neurolóxicos nos adultos. Asociouse neurotoxicidade e nefrotoxicidade a incidentes de intoxicación aguda por MeHg en humanos. En fetos a neurotoxicidade relacionouse con exposicións crónicas a baixas concentracións de Hg.

As concentracións máis elevadas de MeHg atópanse en peixes de gran tamaño, tanto de auga doce como salgada, situados no nivel máis alto da cadea trófica. Noutros alimentos o mercurio está principalmente en forma inorgánica e considérase que supón menor risco que a forma orgánica.

Polo tanto, ás mulleres embarazadas ou que poidan chegar a estalo, mulleres en período de lactación ou nenos de pouca idade (entre 1 e 30 meses) débeseles recomendar **evitar consumir as especies máis contaminadas con mercurio** (peixe espada, atún vermello, quenlla, anguía, peixe agulla e lucio) e limitar o seu consumo durante a lactación e primeira infancia.

Dietas veganas

→ Recomendarlle que consuma:

- Leite de soia, tofu, moitas verduras e legumes ricos en ferro, como espinaca, feixón branco, feixón negro e garavanzos. Para alcanzar as recomendacións de **inxestión de proteína** durante o embarazo, suxerir á embarazada vegana que aumente o consumo diario en 25 gramos por día durante o segundo e terceiro trimestre para alcanzar unha inxestión de 71 gramos de proteína/día. Para aumentar 25 gramos de proteína á súa dieta habitual pode engadir 1-1/2 cunca de tofu ou lentellas, 3-1/2 cuncas de leite de soia.
- Verduras de follas escuras, tofu enriquecido con calcio e outros alimentos enriquecidos con calcio para obter a cantidade recomendada de calcio, suxerirlle que consuma 8 ou máis porcións/día de alimentos altos en calcio. No caso de non inxerir un aporte adecuado de calcio coa dieta, **valorar a necesidade de prescribir un suplemento farmacolóxico de calcio**.
- Alimentos con alto contido de **ferro** cada día, como os grans enteiros (feixón branco, frixoles e garavanzos), tofu e verduras de folla verde (espinacas).

TOXOINFECCIÓN ALIMENTARIA

1 Listeriose

Evitar a infección por *Listeria monocytogenes* que pode ser causada pola inxestión de comida contaminada como paté, queixos brandos e frescos (a menos que estean feitos con leite pasteurizada), alimentos listos para comer como salchichas, carnes frías ou enlatadas, peixes afumados e refrixerados (troita, salmón, bacallau) e alimentos sobrantos. Non consumir leite nin derivados lácteos sen pasteurizar.

2 Salmonelose

Evitar consumir alimentos que conteñan ovo cru como a maionesa, carne crúa ou pouco cociñada, leite e lácteos non pasteurizados ou alimentos en contacto con terra contaminada con *Salmonella*. A infección por *Salmonella* pode producir deshidratación, bacteremia, meninxite ou artrite reactiva (síndrome de Reiter) e pode afectar tamén ao feto.

3 Toxoplasmose

Informar de **medidas hixiénico dietéticas de prevención** da infección.

- Lavar ben as verduras, hortalizas e froitas e espelicar as froitas antes de comelas.
- Lavar ben as mans e os utensilios de cociña despois da manipulación de carne crúa, aves, mariscos, froitas e verduras sen lavar.
- Desaconsellar o consumo de embutidos e carnes curadas, sempre que non sexan previamente conxelados durante polo menos 24 horas a -20°C.
- Non comer carne crúa ou pouco cociñada, haina que cociñar ben para reducir o risco de infección.
- Evitar o contacto directo das mans con excrementos de gato (terras, areeiros).
- Usar guantes nos traballos de xardinería-horta e lavar ben as mans ao rematar.

A.6

INFORMACIÓN PARA
TRASMITIR Á USUARIA



Reforzar a idea de que estar embarazada non é estar enferma.

VIAXES

- Non están contraindicadas, nin sequera en avión. Se as viaxes son longas, recomendar que pare cada dúas ou tres horas para descansar e estirar as pernas. Cara ao final da xestación evitanse as longas. O cinto de seguridade é obrigatorio e a banda inferior do mesmo debe estar por debaixo do abdomen, na parte ósea da cadeira.
- No caso de viaxes internacionais recomendar á xestante que contacte cos Centros de Vacinación Internacional dous meses antes da partida, para máis información:
<https://www.sergas.es/Saude-publica/Vacinaci%C3%B3n-e-recomendaci%C3%B3ns-para-viaxeiros?idioma=es>

HIXIENE

- Recomendar ducha diaria, xa que na xestación aumenta a suor e o fluxo vaginal.
- Extremar a limpeza da boca, derivar á Unidade de Saúde Bucodental (USBD).

VESTIDO

- Utilizar prendas cómodas e amplas, o calzado será confortable con tacón medio.
- A faixa atrofía a musculatura abdominal, non se usará salvo prescrición facultativa.
- Recomendar activación de musculatura de transversal abdominal (faixa abdominal) para estabilización da columna e ante situacións de hiperpresión abdominal (risa, tose, estornudo, micción, defecación, levantamento de pesos,...).
- Non se aconsellan medias e calcetíns que causen compresión local (favorecen as varices).

TRABALLO

- Pode desenvolver o seu traballo habitual. Evitar exposición a produtos tóxicos, radiacións ionizantes, hipertermias exógenas e endógenas e fatiga física ou psíquica excesiva.

CITOMEGALOVIRUS

- **Evitar** o contacto con saliva, lágrimas, sangue, seme e ouriños de persoas con **citomegalovirus** (sobre todo se está embarazada). Como prevención, lavar as mans con regularidade e sempre despois de cambiar cueiros.
- O citomegalovirus (CMV) é un virus común que infecta a persoas de todas as idades. Unha vez que o CMV se aloxa no corpo dunha persoa, permanecerá alí para sempre podendo reactivarse ou incluso reinfectarse cunha cepa diferente do virus.
- A maioría das persoas infectadas polo CMV non presentan signos nin síntomas porque o sistema inmunitario dunha persoa san impide que o virus cause a enfermidade. Con todo, a infección por CMV pode causar graves problemas de saúde nas persoas co sistema inmunitario debilitado, así como aos bebés infectados polo virus antes de que nazen (infección conxénita por CMV).

VARICELA

- No caso de non estar vacinada nin ter sufrido varicela, evitar o contacto con persoas con **varicela** e en caso de contacto avisar ao persoal sanitario.

CAFEÍNA

- A cafeína pasa a través da placenta e da barreira hematoencefálica e os seus metabolitos acumúlanse no cerebro do feto. A exposición á cafeína pode causar vasoconstrición uteroplacentaria e hipoxia fetal. A vida media da cafeína aumenta entre o primeiro e o terceiro trimestre, o que incrementa a exposición fetal.
- Existe unha relación dose-resposta entre a ingestión de cafeína e peores resultados perinatais, incluído un menor peso ao nacer, maior probabilidade de aborto espontáneo e morte fetal intrauterina.
- Varias organizacións recomendan diminuír o consumo de cafeína a menos de 200 mg/día para mulleres embarazadas (equivalente a aproximadamente dous cafés/día).
- A cafeína atópase no café, té, refrescos ou sodas, chocolate, algunhas bebidas enerxéticas e medicamentos.

A.6

INFORMACIÓN PARA
TRASMITIR Á USUARIA



Reforzar a idea de que estar embarazada non é estar enferma.

ALCOHOL

- O alcohol é un potente teratóxeno, sendo o cerebro o órgano máis sensible. O seu consumo durante o embarazo é a principal causa de defectos conxénitos e de desenvolvemento.
- As alteracións van desde a síndrome alcohol fetal, que inclúe problemas físicos e mentais moi graves, a cadros de hiperactividade e falta de atención, con fracaso escolar.
- Non se coñece ningún período do embarazo e lactación seguro, polo que non hai unha cantidade de alcohol segura.

TABACO

- Reducir o consumo de tabaco non é suficiente, o consumo de 5-6 cigarros tamén é nocivo. Non existe un consumo seguro. Aconsellar deixar de fumar, reducir o consumo durante a xestación non é unha opción recomendable. Os cigarros baixos en nicotina son igualmente prexudiciais para a saúde.
- Insistirle á muller que se ela fuma o bebé tamén fuma. Con cada chupada, a nicotina e outros compostos do cigarro chegan ao feto, e fan que a súa respiración sexa máis lenta e o seu corazón latexe máis á presa, chegándolle menos osíxeno e dificultando o seu crecemento normal. Pai e nai fumadores = consumo de 80 cigarros/ano do neno/a.
- Ao deixar de fumar diminúe o risco de presentar:
 - Aborto espontáneo (perda do bebé).
 - Parto prematuro, que adoita acompañarse de falta de madurez fetal.
 - Alteracións na placenta: desprendemento placentario, que dá lugar a hemorrxias.
 - Malformacións conxénitas e morte fetal ou perinatal.
- Insistir nas vantaxes de non fumar para os seus fillos ou fillas como menos risco de padecer síndrome de morte súbita –durante o primeiro ano de vida–, déficit de atención ou hiperactividade; catarros, bronquite, asma, pneumonías e otites; faltarán menos á escola e terán máis facilidades no seu proceso de aprendizaxe.
- Os pais e as nais son un exemplo a seguir. Os fillos e fillas de pais e/ou nais fumadores teñen máis do dobre de posibilidades de converterse en fumadores.
- Se non logra evitar o consumo de tabaco, deberíase ofrecer terapia substitutiva da nicotina.

Máis información dirixida a mulleres embarazadas ou que o pretendan: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/3411/Muller%20embarazada.pdf>

Guía de autoaxuda para deixar de fumar: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/3408/Solta%20amarras.pdf>

OUTRAS DROGAS ILEGAIS

- O consumo drogas (cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, opiáceos e drogas de deseño) durante a xestación é prexudicial para a muller embarazada e a para a futura criatura, polo que se debe recomendar evitar o seu consumo durante o embarazo.
- O consumo destas drogas pode causar un maior risco de aborto espontáneo, baixo peso do neonato ao nacemento, prematuridade, malformacións conxénitas, síndrome de abstinencia e problemas de aprendizaxe e comportamento na infancia.
- Derivar ao profesional axeitado para valoración e tratamento da adicción e evitar complicacións maternas e fetais.

MEDICAMENTOS

Evitar calquera medicamento ou preparados de herboristería salvo os aconsellados polo/a médico/a.



TÉCNICA

- A embarazada estará sentada, co brazo descansando sobre unha mesa a nivel do corazón, con manguito adecuado á circunferencia do seu brazo e tras repouso de 5 - 10 minutos antes da medición.
- **É importante medila sempre na mesma posición e no mesmo brazo.**
- O manguito debe rodear o 80% da circunferencia do brazo e debe inflarse rapidamente e logo baleirarse a razón de 2-3 mm Hg por segundo.
- A presión diastólica corresponde á V fase de Korotkoff, cando desaparecen os sons do latido cardíaco e só usar a IV fase cando a V se detecta a nivel de cero.
- **Valorarase aumento sobre cifras ao inicio da xestación** de 30 milímetros de mercurio a sistólica ou 15 mm Hg a diastólica. Se descoñecemos a presión arterial inicial deberemos considerala anormal cando a presión arterial sistólica sexa maior ou igual de 140 mm Hg ou a diastólica sexa maior ou igual a 90 mm Hg.
- **Considérase hipertensión valores de T.A \geq 140/90 mmHg** confirmados en dúas ocasións separadas por un intervalo de polo menos 6 horas e despois de repouso de 10 minutos. En caso de que se confirme calquera tipo de hipertensión, a xestante deberá ser derivada ao nivel hospitalario. A vixilancia posterior mediante controis periódicos da tensión arterial pode realizarse en colaboración co nivel asistencial de atención primaria e para evitar desprazamentos innecesarios da xestante.
- A **preeclampsia** é un problema de saúde frecuente e causa un aumento significativo na morbilidade e mortalidade materna e perinatal. A preeclampsia non só provoca un aumento na presión arterial, xa que a insuficiencia placentaria pode ser tamén causa dun ACIU.
- A **identificación precoz** dos factores de risco permite unha vixilancia especial en mulleres que non reciben profilaxe farmacolóxica (maior frecuencia de controis da TA e do alto do fondo uterino despois das 20 semanas naquelas mulleres con algún dos factores de risco pero que sigan os seus controis nas unidades de baixo risco).

Factores de risco para a preeclampsia

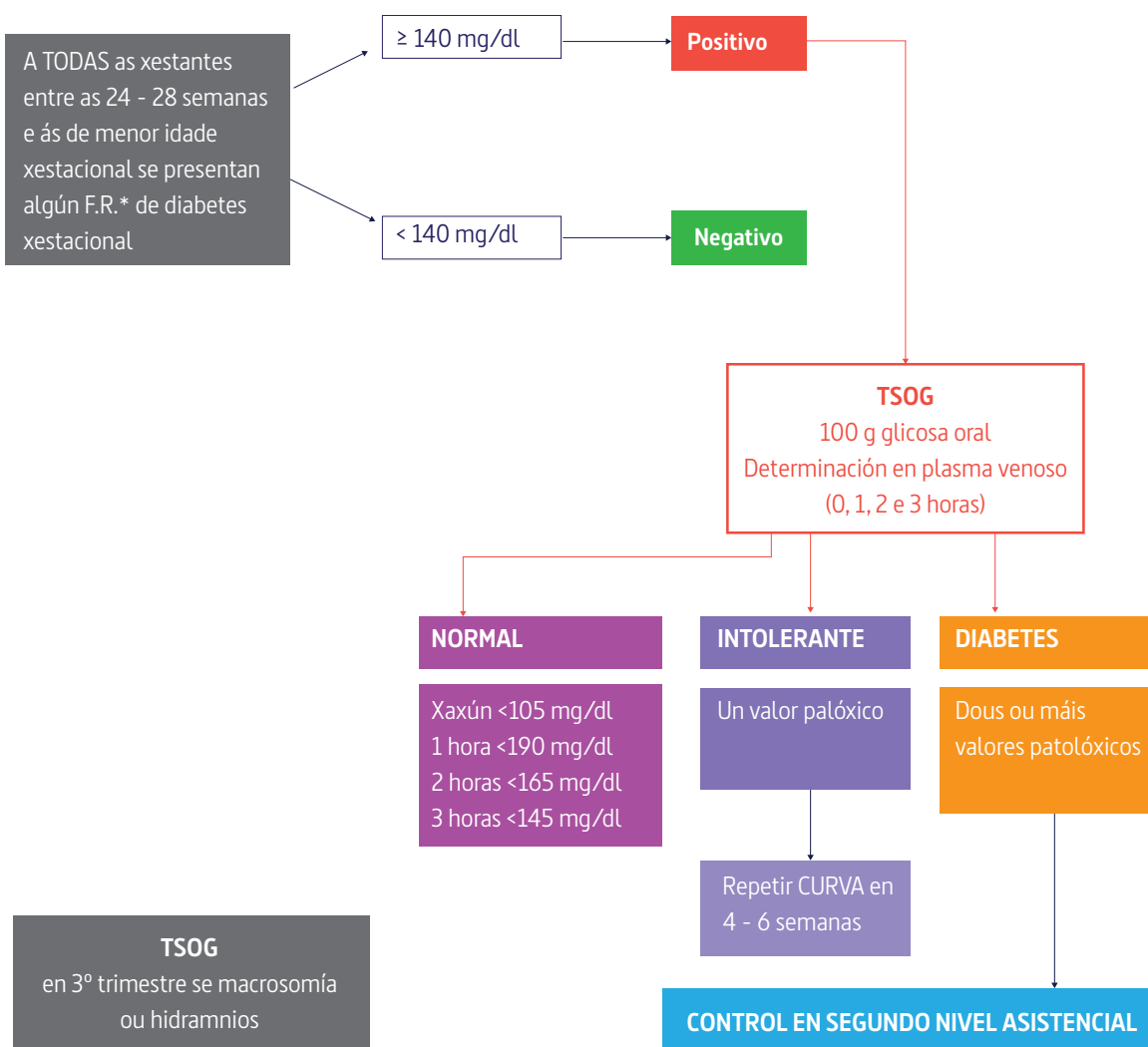
- Síndrome antifosfolipídico.
- Enfermidade renal o autoinmune.
- Nai - irmá con preeclampsia.
- Preeclampsia previa.
- Diabetes prexestacional.
- Xestación múltiple.
- Nuliparidade.
- Intervalo de xenésico de máis de 10 anos.
- IMC \geq 35 kg/m².
- Idade \geq 40 anos.
- Hipertensión previa.



TÉCNICA

→ Administrar 50 g. de glicosa oral (non é preciso xaxún), e determinación da glicemia á hora en plasma venoso. En centros que por dificultades técnicas non garanten tempos adecuados ata o laboratorio se poderá realizar en sangue capilar con reflectómetro.

Na primeira consulta, se hai factores de risco de diabetes *



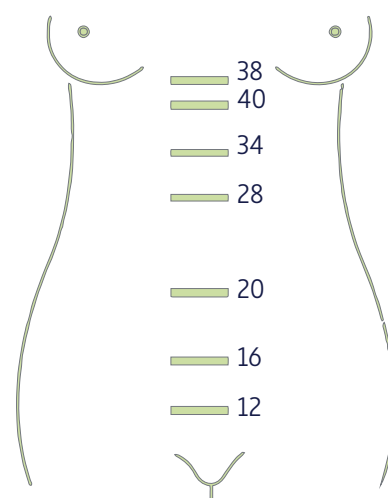
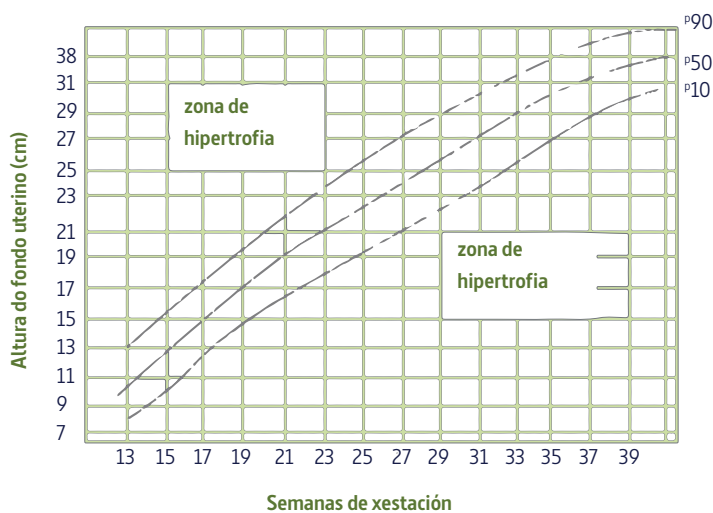
Factores de risco de diabetes xestacional (F.R.):

- Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²).
- Antecedentes persoais de diabetes durante a xestación previa.
- Antecedentes de diabetes en familiares de primeiro grao.
- Antecedentes de feto previo macrosómico (≥ 4.500 g).

TÉCNICA

- **A altura do fondo** uterino é a distancia que separa a sínfise do pube do fondo do útero.
- Debe medirse e anotarse en cada consulta dende as 20 ás 36 semanas.
- Coa muller en decúbito supino, aplícase un dos extremos da cinta métrica sobre o bordo superior da sínfise do pube na liña mediana e fíxase co dedo polgar.
- Esténdese a cinta métrica sobre a liña media e remóntase a man, esvarando o seu bordo cubital ao longo da cinta ata o punto no que desaparece a resistencia do útero subxacente; a cifra que aparece debaixo do borde cubital da man é a altura do fondo do útero.
- **O ritmo de crecemento da altura do fondo uterino** ata a 36ª SG é duns 4cm/mes. (para control de crecemento fetal entre as 20-36 semanas).

Altura do fondo uterino
segundo a idade xestacional



Fonte: Fescina, R.N. y Cols; Clap; 1990



A alimentación óptima do/a lactante e neno/a pequeno/a é a lactación materna de maneira exclusiva ata os 6 meses (180 días) e a partir de aquí introducir a alimentación complementaria, adecuada e segura, mantendo a lactación natural ata os dous anos de idade ou máis.

Despois dos seis meses o leite materno continúa aportando nutrientes de maior calidade que os aportados polos alimentos complementarios así como factores protectores que a alimentación complementaria non proporciona polo que a lactación materna debe seguir sendo a demanda ata os dous anos ou máis. Deste xeito, o leite materno, aporta o 50% das necesidades de enerxía do lactante ata o ano de idade e un terzo durante o segundo ano de vida.

Son ben coñecidos os beneficios a curto e a longo prazo que a lactación materna brinda, tanto ao neno/a como á nai, incluíndo a protección do/a neno/a fronte a problemas agudos e crónicos.

Tal como recolle a guía de Práctica Clínica sobre lactación materna do Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade (2017), a evidencia científica actual pon de manifesto que os nenos e nenas non aleitados teñen máis enfermidades, máis graves e máis longas, non só durante o período de lactación, senón moitos anos despois. Así, a lactación materna de máis de tres meses de duración pode diminuír ata un 77% o risco de otite media, un 75% o risco de infeccións respiratorias de vías baixas, un 40% o risco de asma e un 42% o risco de dermatite atópica. Unha lactación materna de máis de seis meses de duración pode diminuír tamén o risco de padecer leucemia nun 20% e nun 36% o risco de morte súbita. Ademais, parece que a lactación natural diminúe o risco de enfermidade celíaca, obesidade e diabetes de tipo 1 e 2 na idade adulta.

Ademais de proporcionarlles protección fronte a moitas enfermidades, favorece o seu desenvolvemento cognitivo e facilita o establecemento dun apego seguro. A crianza con alimentación natural promove un frecuente e estreito contacto físico co/a lactante, favorecendo o establecemento do vínculo afectivo e a creación dun **apego seguro**, o que resulta óptimo para o seu desenvolvemento e fai que a nai experimente un gran sentimento de satisfacción e autoestima. Investigacións no campo da Neurobioloxía como as de *Michael J. Meaney*, poñen de manifesto como o ambiente no que se desenvolve a crianza dun bebé vai a modificar a expresión dos xenes que regulan as respostas endócrinas e de comportamento fronte ao estrés, así como o desenvolvemento sináptico do hipocampo. A adaptación ao medio ambiente ven dada pola plasticidade do epixenoma e ten como resultado a formación de distintos fenotipos que son herdables, podendo manterse na estirpe celular por moitas xeracións. Estas e outras investigacións recentes, amosan a importancia dos coidados maternos. O modo de crianza e o tipo de apego no que a crianza con lactación materna resulta de vital importancia na expresión do epixenoma.

A lactación materna tamén ten **beneficios para a nai**, tanto a curto como a longo prazo, xa que reduce o risco de hemorraxia posparto, de cancro de mama e de ovario entre as nais que dan lactación materna. As nais que aleitan de xeito exclusivo e frecuente teñen menos do 2% de risco para volver embarazarse durante os 6 meses seguintes ao parto, sempre e cando sigan con amenorrea.

A.10

ALIMENTACIÓN DO
NEONATO E DO NENO
OU NENA PEQUENOS



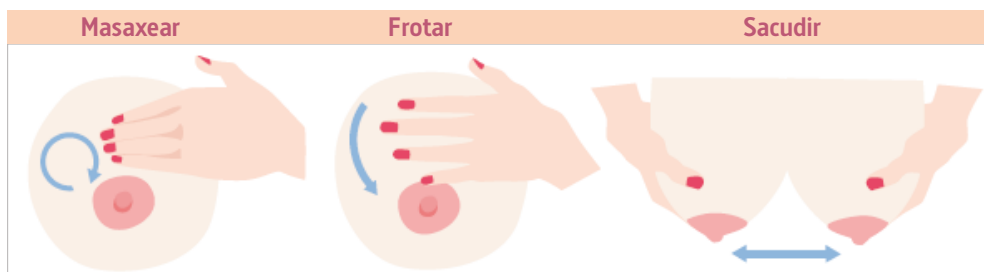
Información a transmitir ás mulleres embarazadas e nais lactantes

- O contacto **pel con pel** nada mais nacer co recentemente nado, e deixar que se agarre espontaneamente ao peito de maneira ininterrompida durante polo menos 1h facilita o inicio da lactación materna e o establecemento do vínculo afectivo.
- Recoñecer cando o bebé está listo para aleitar (sinais temperás, intermedias e tardíos de fame). Que pida axuda ao persoal sanitario para atopar a **postura** máis cómoda (a postura de crianza biolóxica favorece o agarre espontáneo), evitando que o pescozo do recentemente nado estea virado ou flexionado.
- Se a nai ten dúbidas, que pida axuda a un/unha profesional sanitario/a para que realice unha **valoración da postura**, agarre e signos de transferencia eficaz do leite.

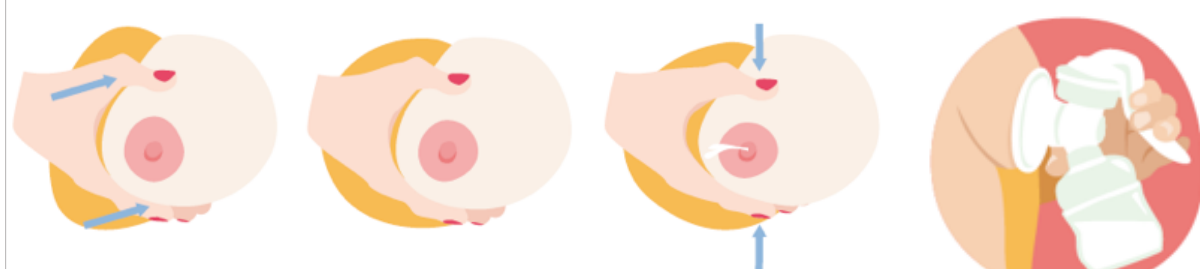


Imaxes tomadas do manual de participante do curso de "Consello en lactación materna: Curso de Capacitación" da OMS. WHO/CDR/93.5. UNICEF/NUT/93.3.

- Comentarlle ás nais que os bebés acabados de nacer teñen o estómago pequeno (do tamaño dunha cereixa ao nacer e dunha noz aos tres días), que o leite dixíreo moi rapidamente, polo que necesitan mamar con frecuencia. As tomas non teñen por que ser cada tres horas. O importante é que realicen polo menos oito tomas ao día e non se fagan pausas de máis de cinco ou seis horas. Algúns acabados de nacer agrupan algunhas tomas durante unhas horas e logo espázanas. Se a pausa se prolongase máis de cinco ou seis horas, é convinte intentar espertalo e poñelo ao peito. Se ten dificultades para despertalo/a, o contacto pel con pel estimulará os seus reflexos e facilitará o inicio da toma.
- No caso de precisar suplementar, utilizaríase como primeira opción o leite materno extraído, e para a súa administración, utilizar un dos seguintes sistemas (culleriña, vaso, dedo-xiringa ou relactador) evitando o uso de tetinas sempre que sexa posible. **Non administrar suplementos de leite de fórmula** sen prescrición clínica que o xustifique.
- Que pida axuda a un/ha profesional sanitario/a no caso de que o/a bebé teña unha perda de peso igual ou superior ao 7% do peso ao nacemento.
- Pedir axuda a un/ha profesional sanitario/a para que lle ensine as **técnicas de extracción** do leite (manual ou mediante a utilización dun extractor manual ou eléctrico).



Realizar a extracción do leite



Imaxes tomadas da Guía para nais que aleitan do Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade (2017).

A.10

ALIMENTACIÓN DO
NEONATO E DO NENO
OU NENA PEQUENOS



- Ás veces, para aumentar a produción de leite, poderíase valorar a utilización de **galactogogos**.
- No caso de **ingurxitación mamaria** recomendaráselle aumentar a frecuencia das tomas e no caso de dor, pode que lle prescriban un analxésico antiinflamatorio (ibuprofeno, paracetamol...).
- Se hai **dor relacionada coa lactación materna** é necesario identificar a causa e pedir axuda a un/ha profesional sanitario/a ata conseguir unha posición e agarre adecuados.

No caso que a dor sexa producida por un frenillo lingual curto, como pode dificultar o agarre correcto e producir dor durante a toma, intentarase conseguir un agarre profundo para diminuír ou evitar que o bebé comprima a mamila coas enxivas. Pode que precisen máis tempo para mamar e pode axudar coa compresión manual do peito durante a succión. Cando interfere coa lactación pode ser necesaria a corrección cirúrxica.

- Se hai inflamación, edema, calor, aumento da sensibilidade, febre maior de 38.5°C, calafríos e dor de cabeza ou presenta unha dor profunda na mama durante ou despois da toma, que pida axuda a un/ha profesional sanitario/a. No caso de **mastite** é necesario manter a lactación materna e baleirar adecuadamente o peito. Senón mellora en 24 horas debe acudir ao seu médico para iniciar tratamento antibiótico (cefalexina, cefadroxilo ou cloxacilina) durante 10 - 14 días e mantendo a lactación. Evitar o uso de amoxicilina con clavulánico porque favorece a presenza de cándidas.
- Proporcionar á embarazada información das vantaxes e como realizar un **coleito seguro**. Axuda a percibir os sinais de fame do seu bebé e facilita as tomas a peito frecuentes e sen restricións.
- Os test de detección precoz de metaboloopatías e a administración da vitamina K intramuscular débese realizar mentres o bebé está tomando o peito, como método de **analxesia** no caso de procedementos dolorosos.

PARA MÁIS INFORMACIÓN

Dirixida a usuarias

- Consellos para unha boa lactación materna.
<https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/436/Consellos%20para%20una%20boa%20lactaci%C3%B3n%20materna.pdf>
- Guía para las madres que amamantan. Guía dirixida a mujeres que desean amamantar o que amamantan, así como a sus parejas y familiares.
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_560_Lactancia_Osteba_paciente.pdf
- Directorio de Asociacións Prolactación Materna galegos.
<https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/437/Directorio%20de%20Asociaci%C3%B3ns%20Prolactaci%C3%B3n%20Materna.pdf>

Dirixida a profesionais

- Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf
- Decálogo da lactación materna da Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.
http://www.familiaysalud.es/sites/default/files/decalogo_lactancia_materna_aepap_gallego.pdf

No caso de que, tras recibir toda a información sobre as vantaxes da lactación materna para o bebé e a nai e das consecuencias da alimentación con fórmula, a nai non opte pola lactación materna ou esta non sexa posible, explicarlle como preparar un biberón con fórmula artificial.

PARA MÁIS INFORMACIÓN

- Alimentación artificial.
<https://coidatecoidame.sergas.es/Unha-alimentacion-saudable/Lactacion-artificial-adaptada?idioma=es>
- Lactación artificial e biberón.
<http://www.familiaysalud.es/vivimos-sanos/alimentacion/alimentarse-cada-edad/lactancia-artificial-y-biberon>



Para previr o sobrepeso e a obesidade infantil

RECOMÉNDASE

Evitar

- Dar **papas azucradas e galletas xa no primeiro ano de vida.**
- **Forzar ao bebé a comer** sen respectar ou coñecer os signos de saciedade: virar a cara, pechar a boca, dicir “non”, taparse a boca, chorar, gritar. Nos nenos de máis idade non se debe subornar para conseguir que coman máis.
- **Leites de crecemento:** algunhas con cereais, galletas ou cacao incorporados en doses excesivas e mantidas durante longos períodos de tempo. O 60% destes leites levan azucres engadidos.
- Tomar **cereais azucrados**, mal chamados “de almorzo” de forma habitual.
- Doses **excesivas** de comida (que poden comezar con sobredosificación de biberóns) e animar a que acabe o prato.
- Exceso de tempo con **pantallas:** tabletas, móbiles, televisión, computador, consolas.
- **Comer fóra da casa** con frecuencia, xa que así se elixen poucas hortalizas, bebidas azucradas no canto de auga, cómense máis alimentos menos saudables e pídense sobremesas azucradas en lugar de froita.
- Consumo habitual de **bebidas azucradas:** lácteos e batidos azucrados ou chocolateados, zumes (sexan ou non caseiros), **refrescos** tipo “deportivo”, de cola, de laranxa, sabor té...etc.
- Consumo habitual e diario de: galletas, pan brioche, bolos, croissants, madalenas, donuts, etc.
- Consumo habitual de **aperitivos salgados** (patacas fritas, ganchiños, triángulos, gusaniños, estrelas...) e **aperitivos** (barriñas de cereais..).
- **Durmir menos** horas do aconsellado: de 10 a 15 horas segundo idades.
- **Comer rápido** sen mastigar ou mirando pantallas, comer por **aburrimiento**, comer por **diversión**, sobre todo fin de semana e festividades (aniversarios, entroidos, nadal, partidos de fútbol...).

Favorecer

- **Lactación materna exclusiva** ata os 6 meses e logo continuar ata polo menos os dous anos, xunto coa alimentación complementaria adecuada e segura segundo a idade do lactante.
- **Lactación materna prolongada** 2-3 anos e non só os 6 primeiros meses de vida.
- Se a alimentación é artificial alimentar con vaso a partir do primeiro ano de vida.
- **Comer en familia** sen ver pantallas e dar exemplo comendo saudablemente todos os familiares e a contorna do neno
- Consumir **máis froitas e verduras** (mínimo 5 ao día); ter comida saudable (cenorias cortadas, tomates, froiteiro atractivo, froitos secos con casca....etc) sempre á vista e ao alcance.
- **Porcións adecuadas á idade**, actividade e tamaño do neno. Os pratos dos nenos han de ser máis pequenos que os dos adultos.
- Facer a **lista da compra** con tempo e calma, ademais de programar menús. As prásas cargan o carro de pizzas preparadas, embutidos e en xeral de produtos procesados pouco saudables.
- **Non ter na casa** patacas fritas, aperitivos, bebidas azucradas, galletas, lácteos azucrados, natillas, aínda que os irmáns e pais non teñan sobrepeso. Toda a familia debe comer de forma saudable, senón a situación é vivida como castigo para o neno ou nena de xenética “aforradora” (con xenes que predispoñen para a obesidade).
- **Máis actividade física** diaria: ir ao colexio andando, pasear e xogar cada día no exterior; os fins de semana facer excursións a pé en familia. Realizar actividades deportivas.



- Valoran a presentación e posición fetal.
- A paciente estará co abdome espido, deitada nunha superficie firme e dura, e preferiblemente coa vexiga baleira.
- Durante as primeiras tres manobras o/a matró/a ou o/a médico/a deben estar ao lado dereito, mirando cara á cara da paciente.

1^a
Manobra



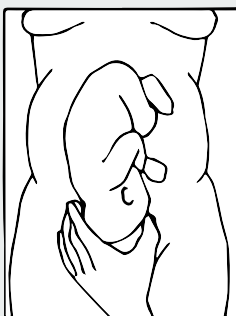
- Identificación do **fondo uterino**, pálpase suavemente coas dúas mans a superficie deste, para determinar que polo se encontra nel, (as nádegas son unha superficie nodular e branda e a cabeza é dura e redonda e pelotea).

2^a
Manobra



- Con ambas mans estendidas a ambos lados do abdome trátase de identificar onde se encontra o **dorso fetal**, (superficie será plana fronte múltiples nódulos, que son partes pequenas fetais). Se cada man palpa un polo fetal encontrámonos ante unha situación transversa.

3^a
Manobra



- Palpación entre o polgar e os outros dedos da man do **polo fetal** situado sobre a pube. Se este polo é duro e pelotea será a cabeza. Un polo brando, irregular e sen peloteo serán as nádegas. Non poderá realizarse o peloteo se esta está encaixada.

4^a
Manobra



- Mirando cara aos pés da paciente, deslízanse as palmas das mans polos flancos da paciente e trátase de introducilas na pelve ósea: valora a **flexión-deflexión da cabeza** (pouco valor clínico fóra do traballo de parto).



Denomínase versión cefálica externa (VCE) ao conxunto de manobras que mediante manipulación externa a través do abdome materno buscan converter a presentación fetal en cefálica naqueles fetos que se atopen nunha presentación diferente desta.

Existe consenso na literatura en que un parto en cefálica é preferible a un parto en podálica ou unha cesárea.

A taxa media de éxito da VCE é un 50%, cun rango entre o 40% e o 78%.

Os factores que se asocian a unha VCE mais exitosa son: a multiparidade, a maior cantidade de líquido amniótico, a inserción posterior da placenta e a presentación de pés.

A idade materna, a idade xestacional, a presenza dunha cicatriz uterina e o peso estimado fetal non inflúen na maior ou menor taxa de éxito.

→ A VCE está indicada en todas as xestantes que presenten un feto en presentación diferente da cefálica no terceiro trimestre e que non presenten ningunha contraindicación absoluta á mesma.

→ A VCE débese realizar a término (≥ 37 semanas).

Contraindicacións absolutas

- Situacións que por si mesmas sexan indicación de cesárea (placenta previa oclusiva, tumor previo, malformacións fetais que condicionen a vía de parto...).
- Xestación múltiple.
- Malformación uterina.
- Feto morto.
- Compromiso fetal.
- Antecedentes de desprendemento de placenta ou signos de desprendemento placentario.
- Preeclampsia grave/síndrome HELLP.
- Isoinmunización Rh.
- Oligoamnios severo (columna máxima < 2 cm).

Contraindicacións relativas

- Deben de ser avaliadas desde o servizo candidato a realizar a VCE xa que existe variabilidade nos criterios.
- Trala ecografía do terceiro trimestre a todas as xestantes que cumpran criterios de inclusión e sen contraindicacións absolutas daráselles información do procedemento e das vantaxes e inconvenientes do mesmo.
- Tamén se debe informar que a VCE é un proceso doloroso para a paciente. A maioría dos estudos refírenos como unha dor de intensidade moderada e duración breve. O uso de analxesia durante a versión diminúe a dor, mellora a experiencia da paciente e a aceptabilidade do procedemento. As estratexias para alivio da dor quedarán a criterio do servizo de Anestesiología e Reanimación de cada centro.
- O procedemento debe ser realizado nunha contorna que garanta unha adecuada asistencia perinatal. Aínda que o risco de cesárea urxente é moi baixo, é preciso ter garantido o acceso inmediato a un quirófano.

Requisitos

- É necesario cumprimentar un documento de consentimento informado para VCE.
- Tamén deben pasar a consulta con anestesia e ter unha analítica con hemograma e probas de coagulación realizados nas últimas 6 semanas.
- Desexable que estea en xaxún.
- En caso de fracaso ou repetir a presentación non cefálica trala VCE, pódese intentar nova versión transcorridos uns días si segue cumprindo os criterios de inclusión.
- En caso de versión errada, ou rexeitamento á mesma realizácese cesárea electiva a partir das 39 semanas.



Bibliografía

Bibliografía



- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Recomendaciones de consumo de pescado para poblaciones sensibles debido a la presencia de mercurio. Abril 2011. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/para_consumidor/Recomendaciones_mercurio.pdf
- Aguado Albillos MI et al. Prestación por riesgo durante el embarazo frente a incapacidad laboral. FMC. 2016;23(5):280-5.
- Alós Cortés et al. Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas. Actualización 2012. Documento de consenso SEIMC/SEGO/SEN/SEQ/SEMFYC. J.I. / Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013;31(3):159-172.
- Álvarez Pasquín MJ, Batalla Martínez C, Comín Bertrán E, Gómez Marco JJ, Pericas Bosch I, Pachón del Almo J. et al. Actualización 2003 PAPPs: Prevención enfermedades Infecciosas. Grupo de expertos del PAPPs. Atención primaria 2009; 39 (supl 3): 67-87.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Frequently asked questions: nutrition during pregnancy. Available at: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Nutrition-During-Pregnancy/#should> Retrieved August 18, 2017
- Ashoor G, Syngelaki A, Poon LC, Rezende JC, Nicolaides KH. Fetal fraction in maternal plasma cell-free DNA at 11-13 weeks' gestation: relation to maternal and fetal characteristics. Ultrasound Obstet Gynecol. 2013; 41: 26-32.
- Australian Technical Advisory Group on Immunisation (ATAGI). The Australian immunisation handbook 10th ed (actualizado 2017). Canberra: Australian Government Department of Health, 2017. Disponible en: <http://www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/content/home>
- Bayón Yusta JC, Orruño Aguado E, Portillo Villares MI, Asua Batarrita J. Cribado prenatal para la detección del síndrome de Down mediante el análisis de ADN fetal en sangre materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2016. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.
- Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Comisión de Seguimiento del Programa de Detección Prenatal de Anomalías Cromosómicas. Protocolo para la detección de aneuploidías en ADN fetal libre en sangre materna. Servicio Cántabro de Salud 2016.
- Burgos J, Cobos P, Rodríguez L, Osuna C, Melchor JC, Fernandez-Llebreg L, et al. External Cephalic Version: A Review of the Evidence. Curr Womens Health Rev. 2011;7:405-15.
- NICE clinical guideline: Antenatal care - routine care for the healthy pregnant woman. NHS; 2008 . Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG62fullguideline.pdf>
- Atención preconcepcional, recomendaciones en embarazo de bajo riesgo. Grupo de expertos del PAPPs, Atención primaria 2007; 39 (supl 2):
- Casimiro-Soriguer Escofet FJ. Guía para la prevención de defectos congénitos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- Cluver C, Hofmeyr GJ, Gyte GM, Sinclair M. Interventions for helping to turn term breech babies to head first presentation when using external cephalic version. Cochrane Database Syst Rev. 2012;1:CD000184.
- Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública. Guía de prevención dos trastornos causados polo déficit de iodo na Comunidade Autónoma de Galicia. Santiago de Compostela: Xunta Galicia, Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública, 2007.
- Comisión de Seguimiento del Programa de Detección Prenatal de Anomalías Cromosómicas. Gobierno de Cantabria. Protocolo para la detección de aneuploidías en ADN fetal libre en sangre materna. Edición 2016.
- Collaris RJ, Oei SG. External cephalic version: a safe procedure? A systematic review of version-related risks. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004;83:511-8.
- De Vicente MA; Diaz C. Síntesis de la evidencia científica relativa a los riesgos laborales en trabajadoras embarazadas (periodo 2000-2010). Accesible en http://www.istas.ccoo.es/descargas/Sintesis_evidencia_trab_embarazadas.pdf
- Deborah A. Driscoll, M.D., and Susan Gross. Prenatal Screening for Aneuploidy. The New England Journal of Medicine. June 11, 2009; 360:2556-62.
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco (OSTEBA). Cribado prenatal para la detección del síndrome de Down mediante el análisis de ADN fetal en sangre materna. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Edita Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1ª edición, octubre, 2016.
- Di Renzo G, Melin P, Berardi A, Blennow M et al. Intrapartum GBS screening and antibiotic prophylaxis: a European consensus conference. J Matern Fetal Neonatal Med, Early Online: 1-17. 2014.



Bibliografía

Bibliografía



- Dirección Xeral de Saúde Pública. Recomendacións para o diagnóstico precoz do VIH en Galicia 2017 [monografía en internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade; 2017. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/4799/Recomendacions_diagnostico_precoz_2017.pdf
- Dondorp W, Guido de Wert, Yvonne Bombard, Diana W Bianchi, Carsten Bergmann, Pascal Borry et al. European Journal of Human Genetics Non-invasive prenatal testing for aneuploidy and beyond: challenges of responsible innovation in prenatal screening. (2015), 1–13 & 2015. Macmillan Publishers Limited. 1018-4813/15.
- Douglas Wilson R. et al. Genetics Committee. Pre-conception Folic Acid and Multivitamin Supplementation for the Primary and Secondary Prevention of Neural Tube Defects and Other Folic Acid-Sensitive Congenital Anomalies. SOGC Clinical Practice Guideline. No. 324, May 2015 (Replaces #201, December 2007). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26334606>
- Driscoll et al. Prenatal Screening for Aneuploidy. The New England Journal of Medicine, 2009, vol.:360 iss:24 pág.:2556 -2562.
- Duckitt K, Harrington D. Risk factors for preeclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. BMJ 2005; 330:565.
- FIGO Working Group on Best Practice in Maternal–Fetal Medicine. Best practice in maternal–fetal medicine.. International Journal of Gynecology and Obstetrics 128 (2015) 80–82.
- Fred A English, Louise C Kenny, Fergus P McCarthy Risk factors and effective management of preeclampsia. Integr Blood Press Control. 2015; 8: 7–12. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4354613/>
- Gil MM, Quezada MS, Revello R, Akolekar R, Nicolaides KH. Analysis of cell-free DNA in maternal blood in screening for fetal aneuploidies: updated meta-analysis. Ultrasound Obstet. Gynecol. 2015; 45: 249-266.
- Gómez Rodríguez MJ. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. TESIS DOCTORAL: Evolución de los criterios de selección de gestantes en riesgo de cromosomopatía fetal. Papel de la edad materna. Madrid, 2017.
- 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.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE), Sociedad Española de Diabetes (SED) y Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Asistencia a la gestante con diabetes. Guía de práctica clínica actualizada en 2014. Documento de consenso. Avances en Diabetología. Vol. 31. Núm. 2. Marzo - Abril 2015.
- Hernández Aguilar MT, Martín Morale JM, Lozano de la Torre MJ, Lasarte Velillas et al. Información complementaria al documento Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Junio 2010.
- Hofmeyr GJ, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10:CD000083.
- Hutton EK, Hannah M, Ross S, Delisle M-F, Carson G, Windrim R, et al. The Early External Cephalic Version (ECV) 2 Trial: an international multicentre randomised controlled trial of timing of ECV for breech pregnancies. BJOG. 2011;118:564-77.
- International society of professionals in ultrasound for obstetrics and gynecology (ISUOG). Practice Guidelines: invasive procedures for prenatal diagnosis. Ultrasound Obstet Gynecol 2017; 49 (3): 414-418. Published online in Wiley Online Library. DOI: <https://doi.org/10.1002/uog.17375>. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/uog.17375> .
- Jahanfar S, Jaafar SH. Effects of restricted caffeine intake by mother on fetal, neonatal and pregnancy outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6. Art. No.: CD006965. DOI: 10.1002/14651858.CD006965.pub4. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006965.pub4/epdf/abstract>
- Kramer M, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, Igumnov S, Fombonne E, Bogdanovich N, Ducruet T, Collet JP, Chalmers B, Hodnett E, Davidovsky S, Skugarevsky O, Trofimovich O, Kozlova L, Shapiro S. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group. Arch Gen Psychiatry. 2008 May;65(5):578-84. doi: 10.1001/archpsyc.65.5.578.



Bibliografía

Bibliografía



- López-Álvarez Muiño XL, Doval Conde XL, Blanco Pérez S y Álvarez Prieto XL. Embarazo. Fisterra. Atención primaria en la red. Fecha de la última revisión: 09/09/2013. Disponible en <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/embarazo/>
- Lu MC. Recommendations for preconception care. Am Fam Physician. 2007 Aug 1;76(3):397-400.
- Lucena García S, Fernández Escribano M, Fernández Mundet N, Muedra Sanchez et al. Guía de valoración de riesgos laborales en el embarazo y lactancia en trabajadoras del ámbito sanitario. Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación. Instituto de Salud Carlos III. Asociación Nacional de Medicina del Trabajo en el Ambito Sanitario. Junio 2008.
- Lyle R. Petersen, Denise J. Jamieson, Powers A, Honein A. Zika Virus. N Engl J Med 2016;374:1552-63. DOI: 10.1056/NEJMra1602113.
- Mackie A. Using cell-free fetal DNA as a diagnostic and screening test: current understanding and uncertainties. BJOG. 2017 Jan;124(1):47. doi: 10.1111/1471-0528.14123. Epub 2016 May 31.
- Mellado Peña MJ, García López-Hoterlano M. Zika. Impacto y morbilidad en Pediatría. Evid Pediatr. 2016;12:38.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Directrices para la evaluación de riesgos y protección de la maternidad en el trabajo. 2011.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la prevención de defectos congénitos. Madrid. 2006.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia materna de la AEP. Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural. Edita Instituto Nacional de la Seguridad Social. Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas. 2010.
- Neus Moreno, Dolores Romano, Susana Brunel. Guía sindical para la prevención de riesgos durante el embarazo y la lactancia. Edita Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. ISTAS. Enero 2008.
- NICE Clinical guideline: Antenatal care. September 2012 Last updated: April 2016. nice.org.uk/guidance/qs22
- NICE Clinical guideline: Antenatal care for uncomplicated pregnancies. Published: 26 March 2008. Last updated: January 2017. nice.org.uk/guidance/cg62.
- Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. ISBN: 978-92-75-33094-4 NLM WS120. Washington, D.C.: OPS, 2010.
- Palomaki GE, Gernalyn M Messerlian, PhD & Jacquelyn V Halliday, MS. Prenatal screening for common aneuploidies using cell-free DNA. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [actualizado: 15 marzo, 2019; citado 8 abril 2019]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/prenatal-screening-for-common-aneuploidies-using-cell-free-dna?search=%20prenatalscreening-for-common-aneuploidies-using-cell-free-dna&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Peacock A, Hutchinson D, Wilson J, McCormack C, Bruno R, Olsson CA et al. Adherence to the Caffeine Intake Guideline during Pregnancy and Birth Outcomes: A Prospective Cohort Study. Nutrients 2018, 10, 319; doi:10.3390/nu10030319.
- Real MM, Rodríguez-Pinilla E, García-Benítez MR, Mejías C, Fernández P, Ortega A, Martínez-Frías ML. Consumo de cafeína durante el embarazo. Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas. Centro de Investigación sobre anomalías congénitas (CIAC) Instituto de Salud Carlos III. CIBER de Enfermedades Raras (CIBERER) – Instituto de Salud Carlos III. Propositus, ASEREMAC, ECEMC Hoja Informativa, nº 17. Junio 2009.
- Reveiz L, Gyte GML, Cuervo LG, Casasbuenas A. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 10. Art. No.: CD003094. DOI: 10.1002/14651858.CD003094.pub3
- Roca Saumell C, Soriano-Arandes A, Solsona Díaz LL, Gascón Brustenga J y Grupo de consenso Chagas-APS. Documento de consenso sobre el abordaje de la enfermedad de Chagas en Atención Primaria de salud de áreas no endémicas Aten Primaria. 2015;47(5):308-317.
- Rosman AN, Guijt A, Vlemmix F, Rijnders M, Mol BWJ, Kok M. Contraindications for external cephalic version in breech position at term: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92:137-42.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Chickenpox in Pregnancy. Green-top Guideline No. 13. London: RCOG; January 2015. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg13.pdf>
- Salomon LJ, Alfirevic Z, Berghella V, Bilardo C, Hernandez-Andrade E, Johnsen SL et al. Practice guidelines for performance of the routine mid-trimester fetal in ultrasound scan. Ultrasound Obstet Gynecol. 2011 Jan;37(1):116-26. doi: 10.1002/uog.8831.
- Salomon LJ, Alfirevic Z, Bilardo CM, Chalouhi GE, Ghi T, Kagan KO et al. ISUOG practice guidelines: performance of first-trimester fetal ultrasound scan. Ultrasound Obstet Gynecol. 2013 Jan;41(1):102-13. doi: 10.1002/uog.12342.



Bibliografía

Bibliografía



- Servizo Galego de Saúde. Protocolo de cribado da enfermidade de Chagas en mulleres embarazadas. Edición 2014.
- Servizo Galego de Saúde. Guía informativa sobre o descanso por maternidade. Información para profesionais do Servizo Galego de Saúde. Versión 1/2012.
- Servizo Galego de Saúde. Folleto de Protección da maternidade. Información para as profesionais en situación de embarazo ou durante o período de lactación natural.
- Servizo Galego de Saúde. Plan de parto e nacemento. Edición 2016.
- Servizo Galego de Saúde. Guía Técnica Abordaxe de disfuncións do solo pelviano feminino. Edición 2016.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos asistenciales de obstetricia (ProSEGO). Control prenatal del embarazo normal. Protocolo actualizado en julio de 2010. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_protocolo_control_prenatal_2010.pdf
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Versión cefálica externa. Prog Obstet Ginecol 2015;58:337-40 - DOI: 10.1016/j.pog.2014.11.007.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Grupo expertos SESEGO y SEMEPE consensuado con AEDP. Cribado y diagnóstico precoz de anomalías genéticas. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/362940364/Gap-Cribado-1206>
- U.S. Food & Drug Administration. Consejos sobre el consumo de pescado: Lo que las embarazadas y los padres deben saber. Recurso online. [Actualizado en 1/29/2017]. Disponible en: <https://www.fda.gov/Food/ResourcesForYou/Consumers/ucm536869.htm>
- Vallikkannu N, Nadzratulaiman WN, Omar SZ, Si Lay K, Tan PC. Talcum powder or aqueous gel to aid external cephalic version: a randomised controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:49.
- Varela-Lema L, Puñal-Riobóo J, Ballini L. Screening of fetal trisomies 21, 18 and 13 by noninvasive prenatal testing. Rapid assessment of other health technologies using the HTA Core Model® for Rapid Relative Effectiveness Assessment. Amsterdam: EUnetHTA. EUnetHTA Project ID: OTCA03. Disponible en: https://www.eunetha.eu/wp-content/uploads/2018/03/OTCA03_Screening-of-fetal-trisomies-21-18-and-13-by-noninvasive-prenatal-testing_V1.5.pdf
- Verani JR, McGee L, Schrag SJ. Prevention of perinatal group B streptococcal disease revised guidelines from CDC. MMWR. 2010;59:1-32.
- Victora CG, Lessa B, Loret C, Quevedo L, Tavares R, Gigante DP, Gonçalves H, Barros FC. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. Lancet Glob Health 2015; 3: e199-205.
- Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.ossy.org.ar/pdf/bibliografia/3.31.pdf>
- WHO. Prevention of neural tube defects. Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC), Standards of Maternal and Neonatal Care developed by the Department of Making Pregnancy Safer. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/neural_tube_defects.pdf
- WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Department of Making Pregnancy Safer. Geneva: WHO; 2007.



Servizo Galego
de Saúde



Asistencia Sanitaria

Procesos

81

D