

EMBARAZO:

CAPTACIÓN, VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO NORMAL. CONDUCTA A SEGUIR EN SITUACIONES PATOLÓGICAS DURANTE LA GESTACIÓN

Guía de Actuación Clínica en A. P.

AUTORES

Rosario González Candelas

Médico de Familia. C.S. Salvador Pau. Valencia

M^a Fe Cháfer Climent

Médico Residente. C.S. Salvador Pau. Valencia

Rosa M^a Gas Marqués

Matrona de Atención Primaria. C.S. Salavador Pau. Valencia

Javier Monleón Alegre

Jefe del Servicio Obstetricia del Hospital Universitario La Fe. Valencia

Carmen Barona Vilar

Jefa Sección Perinatal. Servicio de Salud Infantil y de la Mujer
Consellería de Sanidad

Eduardo Plá Ernst

Jefe de la Unidad de Planificación Familiar y Sexualidad
Servicio de Promoción de Salud. Consellería de Sanidad

Inmaculada Aliaga Valero

Trabajadora social. C.S. Salvador Pau. Valencia



1. INTRODUCCIÓN

El Centro de Salud constituye la estructura física y funcional en el que el Equipo de Atención Primaria desarrolla la mayor parte de sus actividades y es la institución sanitaria más accesible para la población. Esto convierte al centro de salud en un lugar idóneo en el que realizar la captación, valoración y seguimiento del embarazo normal.

La tasa de natalidad de la Comunidad Valenciana ha ido disminuyendo desde los años 70, encontrándose el índice de fecundidad en 1.16 hijos por mujer en el año 1999.

2. DEFINICIONES BÁSICAS

EDAD GESTACIONAL: tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación hasta el momento considerado. Se expresa en días y/o en semanas.

DURACIÓN DEL EMBARAZO: tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha del parto, independientemente de que el producto de la concepción nazca vivo o muerto. Se expresa en semanas.

PARTO: expulsión o extracción de un feto de 500 g o más de peso (o 22 semanas de gestación), vivo o muerto.

PARTO PRETÉRMINO: parto que ocurre antes de las 37 semanas (259 días) de gestación.

PARTO A TÉRMINO: el que se produce entre las semanas 37 y 42 (259-294 días) de gestación.

EMBARAZO PROLONGADO: el que dura más de 42 semanas (294 días) de gestación. Al finalizar hablaremos de PARTO POSTÉRMINO.

ABORTO: expulsión o extracción de un feto o embrión de menos de 500g o de menos de 22 semanas de gestación.

3. DIAGNÓSTICO

Sospecharemos embarazo en toda mujer en edad fértil con amenorrea. Debe realizarse la confirmación del embarazo mediante test inmunológico de la hCG en orina, que se positiviza a la semana de la primera falta en el 95% de los casos. Si el test es negativo, persiste la amenorrea y se trata de una mujer con ciclos regulares, repetiremos el test a los 7 días del primero.

Si persiste la duda se debe determinar la β -hCG libre en sangre.

4. VALORACIÓN INICIAL Y SEGUIMIENTO

La primera visita a la gestante debe realizarse lo más pronto posible una vez que se confirme el embarazo y su seguimiento se prolongará hasta el puerperio.

El plan de consultas que se establece es el siguiente:

Examen inicial: lo antes posible, antes de las 8 semanas

Cada 4 semanas entre la semana 8 y la 32

Cada 2 semanas entre la semana 32 y la 36

Cada semana hasta finalizar el embarazo

Visita postnatal a los 7-10 días del parto

CAPTACIÓN

La captación de la mujer tendrá lugar bien cuando exista sospecha de embarazo, bien ante un embarazo confirmado. Se podrá realizar en cualquiera de las consultas del Equipo: médico de familia, enfermera, matrona y trabajadora social (importante en los casos de inmigrantes y de mujeres que no tienen tarjeta de asistencia sanitaria), e incluso desde la unidad de recepción de usuarios del Centro de Salud.

A la mujer gestante se la remitirá directamente a la matrona o a su médico de cabecera.

VISITA INICIAL

Intentaremos realizarla antes de la semana 8 de gestación y comprenderá las siguientes actividades:

- I. Apertura de la historia de salud (si no tuviera)
- II. Cumplimentación de la cartilla maternal
- III. Valoración del riesgo obstétrico

4.1. Apertura de la historia clínica:

A) ANTECEDENTES:

- Antecedentes familiares:

Enfermedades crónicas: diabetes, HTA, neoplasias.

Enfermedades hereditarias y cromosomopatías.

Enfermedades infecto-contagiosas entre los convivientes.

-Antecedentes del cónyuge.

-Antecedentes personales:

Estado de inmunización (rubeola, tétanos, difteria).

Intervenciones quirúrgicas, transfusiones.

Enfermedades crónicas: diabetes, HTA, neoplasias.

Enfermedades infecciosas: hepatitis, tuberculosis, sífilis, o VIH.

Alergias.

Consumo de fármacos y/o tóxicos (alcohol, drogas).

Riesgos profesionales.

Grupo sanguíneo y Rh.

-Antecedentes obstétrico-ginecológicos:

Edad de la menarquia, fórmula menstrual.

Métodos anticonceptivos empleados.

Infertilidad.

Embarazos previos: abortos o fetos muertos, legrados, vacuna anti-D, cesáreas, prematuridad, recién nacido de bajo peso. Hijos vivos: estado de salud.

-Gestación actual:

Embarazo deseado o no.

Fecha de la última menstruación: a partir de esta se calculará la edad gestacional y la fecha probable de parto mediante la fórmula de Nagêle (FUM + 9 meses + 7 días).

Fecha de la primera prueba de embarazo positiva.

Grupo sanguíneo y Rh del padre.

Valoración del riesgo obstétrico.

B) EXPLORACIÓN FÍSICA

-Examen general:

Peso, talla, índice de masa corporal.

Tensión arterial y pulso.

Edemas.

Exploración mamaria.

Auscultación cardio-pulmonar.

Exploración abdominal.

Uroanálisis mediante tira reactiva.

-Examen ginecológico y obstétrico: se realizará por el especialista.

C) EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Citología: aunque no existe criterio unánime se puede realizar cuando no existan datos de una citología reciente o si existiendo hubiera algún tipo de patología.

Análisis de orina: glucemia, proteínas, acetona, nitritos y células hemáticas.

Bioquímica: glucemia basal, ácido úrico, creatinina, transaminasas, hierro.

Hemograma. (RECOMENDACIÓN B)

Grupo sanguíneo, Rh y anticuerpos irregulares. (RECOMENDACIÓN A).

Serología (circular 1/97): IgG de rubeola (RECOMENDACIÓN B), IgG de toxoplasma, antígeno de superficie para el virus B de la hepatitis (HbsAg) (RECOMENDACIÓN A), VDRL o RPR (RECOMENDACIÓN A) y anticuerpos frente a VIH (previo consentimiento de la embarazada) (RECOMENDACIÓN A EN GRUPOS DE RIESGO Y RECOMENDACIÓN C EN EL RESTO).

4.2. Cumplimentación de la cartilla maternal:

Esta labor la realizará la matrona utilizando el modelo de Cartilla Maternal de la Consellería de Sanidad.

4.3. Valoración del riesgo obstétrico:

Se realizará en todas las visitas, constituyendo un proceso continuo durante todo el embarazo de modo que se detecte precozmente la aparición de cualquier factor que obligue a reclasificar el grado de riesgo del embarazo.

El riesgo obstétrico se puede clasificar en:

-Riesgo bajo o 0: en ausencia de factores de riesgo

-Riesgo medio o 1:

- Anomalía pélvica identificada clínica y/o radiológicamente.
- Baja estatura materna (< 1.5 metros)
- Cardiopatía 1: que no limita su actividad física.
- Condiciones socioeconómicas desfavorables.
- Patología psicosocial.
- Control insuficiente de la gestación: menos de 4 visitas prenatales o 1ª visita después de la semana 20.
- Edad extrema: menores de 15 años o mayores de 35.
- Embarazo no deseado.
- Esterilidad previa de 2 o más años.
- Fumadora habitual.
- Fecha de la última menstruación incierta.
- Gestante con Rh negativo.
- Gran multiparidad: 5 o más fetos de por lo menos 28 semanas.
- Hemorragia del primer trimestre de embarazo.
- Incompatibilidad Rh.
- Incremento de peso menor de 5 Kg o superior a 15 Kg al final del embarazo
- Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática (por urinocultivo)
- Obesidad (IMC >30)
- Período intergenésico inferior a 12 meses.

-Riesgo alto o 2:

- Anemia grave. Hb < 9 g/dl o hematocrito < 25%
- Cardiopatía 2: limitación ligera de su actividad física.
- Cirugía uterina previa.
- Diabetes gestacional.
- Embarazo gemelar o múltiple.
- Embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación.
- Enfermedades endocrinológicas.
- Hemorragia en el segundo y /o en el tercer trimestre.

Hidramnios u oligoamnios.

Historia obstétrica desfavorable: dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, deficiencia mental o sensorial de probable origen obstétrico.

Infección materna: virus de la hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubeola, sífilis, HIV, estreptococo B.

Obesidad mórbida (IMC >40).

Preeclampsia leve (TAD \geq 90 mmHg y/o TAS \geq 140 mmHg)

Sospecha de malformación fetal.

Presentación viciosa constatada tras la semana 38 de gestación.

-Riesgo muy alto o 3:

Amenaza de parto prematuro (antes de la semana 37).

Cardiopatías 3 o 4: supone una importante limitación de su actividad física o ésta provoca su descompensación.

Diabetes mellitus previa a la gestación.

Consumo de tóxicos (alcohol, drogas)

Incompetencia cervical.

Isoinmunización: Coombs indirecto positivo en paciente Rh negativo.

Malformación uterina.

Muerte perinatal recurrente.

Placenta previa.

Preeclampsia grave (TAD \geq 110 mmHg y/o TAS \geq 160 mmHg)

Patología asociada grave.

Retraso del crecimiento intrauterino.

Rotura prematura de membranas.

Positividad al VIH. SIDA y complejos asociados.

La presencia de un factor de riesgo implica la inclusión de la gestante en el grupo correspondiente.

Si existe más de un factor de riesgo se incluirá a la mujer en función del factor de riesgo más elevado.

Las gestaciones de riesgo bajo así como las de riesgo medio, tras la valoración por el obstetra, podrán ser controladas en Atención Primaria, manteniendo las interconsultas protocolizadas con el obstetra.

Las gestaciones de riesgo alto o muy alto se controlarán en Atención Especializada.

4.4. VISITAS DE SEGUIMIENTO

A- ANAMNESIS

En todas las visitas, el facultativo o la matrona que visiten a la gestante se interesarán tanto por su estado físico (síntomatología urinaria, sueño, alimentación, insuficiencia venosa periférica) como por su estado psicoemocional (estado de ánimo, relaciones sexuales). También se valorará el riesgo obstétrico y se vigilará la existencia de riesgos laborales y de hábitos o comportamientos perjudiciales para su salud o para la del feto.

B- EXPLORACIÓN FÍSICA

- **Peso:** la gestante gana, por término medio, entre 9 y 12 Kg durante el embarazo, siendo el incremento mínimo durante el primer trimestre (1-2 Kg). Hablaremos de aumento de peso excesivo cuando el incremento ponderal supere los 15 Kg y de aumento de peso insuficiente cuando sea inferior a 5 Kg.

- **Tensión arterial:** en los dos primeros trimestres de embarazo se suele producir un ligero descenso de la TA, sobre todo de la TA diastólica. La toma de la TA en todas las visitas se recomienda como cribado de la preeclampsia. (RECOMENDACIÓN B). Deberemos hacer una vigilancia más exhaustiva en las siguientes situaciones:

Si la TA no disminuye en el segundo trimestre de embarazo.

Si la TA sistólica aumenta 30 mmHg respecto a la inicial.

Si la TA diastólica aumenta 15 mmHg respecto a la inicial.

- Frecuencia cardíaca fetal.
- Altura uterina.
- Presencia de movimientos fetales.
- El resto de exploración será igual que en la visita inicial, incluyendo el uroanálisis con tira reactiva, que se realizará en todas las visitas y que incluirá nitritos, leucocitos y proteínas.

C- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Se realizará un hemograma, una bioquímica sanguínea y un sedimento de orina al trimestre.

- Si el sedimento urinario es patológico o aparece bacteriuria es obligado realizar un urinocultivo.

- Urinocultivo sistemático en la semana 12-16 de gestación para descartar bacteriuria asintomática (RECOMENDACIÓN A).

D- PRUEBAS ESPECIALES

- Atención Primaria:

TEST DE O'SULLIVAN

Se realizará a todas las gestantes no diabéticas entre la semana 24 y 28 de gestación. Consiste en la administración de 50g de glucosa y la determinación a los 60 minutos de la glucemia en plasma venoso. Se considera positivo cuando el resultado de la glucemia es MAYOR O IGUAL a 140 mg/dl (RECOMENDACIÓN C).

El test de O'Sullivan se puede realizar también en el primer trimestre en gestantes con algún factor de riesgo:

Edad >35 años.

Obesidad: IMC > 30 kg/m² .

Diabetes gestacional previa.

Antecedentes de macrosomía.

Glucemia basal entre 100-125 mg/dl.

Historia familiar de diabetes. (familiares de primer grado)

TEST DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA

Se realizará en gestantes no diabéticas en las que el test de O'Sullivan es positivo.

Se administrará 100 g de glucosa vía oral y se considera positivo cuando 2 valores de glucemia plasmática de la curva sean iguales o superiores a los siguientes:

	Basal	1 hora	2 horas	3 horas
Glucemia plasmática (mg/dl)	105	190	165	145

Un TTOG positivo es diagnóstico de diabetes gestacional y es motivo de remisión al especialista correspondiente.

PREVENCIÓN DE LA INCOMPATIBILIDAD Rh (D)

En las mujeres Rh negativo en las que la detección de anticuerpos irregulares fue negativa en la primera determinación al inicio del embarazo, se recomienda repetir la prueba a las 24-28 semanas (RECOMENDACIÓN B). Si persiste negativo, se realizará profilaxis sistemática de la isoimmunización Rh administrando inmunoglobulina Anti-D en las siguientes situaciones:

En la semana 24-28 de gestación se administrará una dosis de 300 µg vía intramuscular (RECOMENDACIÓN B).

Si nace un niño Rh + se recomienda repetir la dosis preferentemente antes de 72 horas (RECOMENDACIÓN A).

De esta forma se conseguirá evitar la isoimmunización materna y la consiguiente enfermedad hemolítica en la posterior descendencia Rh positiva.

Se recomienda también la administración de una dosis completa de inmunoglobulina D en todas las mujeres Rh negativo no sensibilizadas después de un aborto electivo y amniocentesis (RECOMENDACIÓN B).

La inmunoglobulina Anti-D la proporcionará la farmacia del Hospital de referencia. De no ser así se remitirá a la gestante al ginecólogo.

SCREENING DE ESTREPTOCOCO B

Los estreptococos del grupo B son causa importante de infecciones en recién nacidos y embarazadas. En el recién nacido se puede manifestar como septicemia, neumonía o meningitis, y el 25% de los casos se da en prematuros. En la mujer puede causar corioamnionitis y endometritis postparto.

Para evitar estas patologías se realizará un cultivo para el despistaje del estreptococo del grupo B a todas las embarazadas en la semana 35-37 de gestación. Se obtendrán 2 tomas:

– Vulvovaginal: por fricción de la torunda en la zona del introito vaginal, entre los labios mayores y menores.

– Ano-rectal.

El resultado del cultivo se anotará en un lugar visible en la Cartilla Maternal

• Atención especializada

Aunque estas pruebas serán realizadas por el obstetra, es conveniente que el médico de familia conozca sus indicaciones, realización y significado, ya que con frecuencia las mujeres gestantes solicitarán el asesoramiento de su médico de cabecera.

ECOGRAFÍA:

Pese a que no se ha demostrado que la ecografía precoz, tardía o seriada en el embarazo normal mejore la mortalidad o la morbilidad perinatal (RECOMENDACIÓN C), debido a su fácil manejo y accesibilidad es una prueba altamente extendida en control del embarazo en nuestro país.

Los objetivos de su utilización en gestantes de bajo riesgo son:

– Primer trimestre: determinar la actividad embrionaria, edad gestacional, existencia de embarazo múltiple, embarazo ectópico y detección de malformaciones fetales.

– Segundo trimestre: estimación de la edad gestacional, existencia de embarazo múltiple y detección de malformaciones fetales (RECOMENDACIÓN C).

- Tercer trimestre: cribado del retraso del crecimiento uterino, presentación fetal, evaluación de la función placentaria, existencia de embarazo múltiple y detección de malformaciones fetales (RECOMENDACIÓN D).

Se aconseja la realización de una ecografía en cada trimestre (RECOMENDACIÓN C)

DETECCIÓN DE CROMOSOMOPATÍAS Y DEFECTOS DEL TUBO NEURAL

Ecografía: se aconseja para conocer la edad gestacional en caso de que existan dudas acerca de la misma y previa a la realización de cribado bioquímico.

En embarazadas con riesgo elevado de defectos del tubo neural o con elevación en los niveles de alfafetoproteína se aconseja la práctica de ecografía de alta resolución alrededor de la semana 20.

Cribado bioquímico: se puede ofertar a todas las mujeres embarazadas < 35 años y sin riesgo de cromosomopatía en la semana 15 de gestación (RECOMENDACIÓN B). Se les debe aclarar que es una prueba de cribado (con una sensibilidad del 45-60%) y no una prueba diagnóstica, y que en caso de estar alteradas serán necesarias pruebas complementarias (ecografía de alta resolución, amniocentesis). Se consideran marcadores bioquímicos de sospecha los siguientes:

- Alfafetoproteína (AFP) elevada: sugestiva de defectos del tubo neural.
- AFP baja: sospecha de síndrome de Down.
- β -hCG elevada.

Amniocentesis: se ofertará a todas las gestantes con riesgo elevado de tener un hijo con síndrome de Down (RECOMENDACIÓN B):

- Embarazadas de edad > 35 años.
- Embarazo previo con cromosomopatía documentada.
- Portadora conocida de una transposición cromosómica relacionada con S. Down.
- Historia previa de abortos habituales.
- Sospecha o evidencia ecográfica de malformación fetal y/o cromosomopatía (pliegue nuca).
- Presencia de marcadores bioquímicos sugestivos de cromosomopatía.

La amniocentesis se deberá realizar alrededor de la semana 16.

5. ACTUACIONES Y REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES.

Los controles de la embarazada se efectuarán a diferentes niveles y por distintos profesionales. En esquema el reparto de actividades será el siguiente:

MATRONA

Es la principal responsable del control de la gestante sin factores de riesgo. Se encargará de:

- abrir la Historia de Salud (si no tuviera) y cumplimentar la **CARTILLA MATERNAL**
- seguimiento del embarazo de bajo y medio riesgo
- realizar la educación maternal y la preparación al parto
- derivar a los distintos niveles de asistencia (obstetra, médico de familia, trabajadora social) según los protocolos establecidos
- colaborar con el obstetra en la monitorización fetal
- valorar el riesgo obstétrico

MÉDICO DE FAMILIA

Realizará:

- apoyo y coordinación con la matrona en el seguimiento del embarazo de bajo y medio riesgo
- valoración global de la mujer embarazada, clasificando el embarazo según el riesgo obstétrico
- control y tratamiento de la patología médica asociada que pudiera aparecer durante la gestación
- vigilancia de la aparición de factores de riesgo

OBSTETRA

Efectuará:

- la vigilancia del desarrollo embrionario y fetal
- al menos 3 ecografías (semanas 12, 20 y 32/34 de gestación)

- el examen ginecológico de la gestante
- el seguimiento y tratamiento de la patología obstétrica
- el control de los embarazos de riesgo alto o muy alto

TRABAJADORA SOCIAL

Sus funciones son:

Estudio, valoración e intervención en la situación socio-familiar de aquellas gestantes que presentan riesgo social. Por riesgo social se entiende:

- Embarazo en población adolescente.
- Problemas de salud de la gestante o pareja (enfermedad mental, drogodependencia, VIH).
- Escasez de recursos económicos.
- Rechazo o falta de apoyo familiar.
- Conflictividad en la pareja.
- Embarazo no controlado.
- Carencia en la atención de los hijos que ya tienen.
- Ausencia de vivienda o vivienda con malas condiciones de habitabilidad.
- Planteamiento de adopción o de interrupción voluntaria del embarazo.

Información, orientación y asesoramiento sobre prestaciones sociales y recursos sociales y/o sanitarios.

Coordinación con el Equipo de Atención Primaria y otras unidades de apoyo (Hospitales y Unidades de Apoyo).

Coordinación con los profesionales de los recursos sociales: servicios sociales municipales, residencias materno-infantiles, programa de drogodependencias.

Seguimiento de los casos en los que se ha intervenido, incluso cuando se ha tenido el hijo se continúa la intervención con el grupo familiar.

REGISTRO DE ACTIVIDADES

En la siguiente tabla se recogen la periodicidad y el registro de actividades a desarrollar en el embarazo normal:

Semana de gestación	8	12	16	20	24	28	32/34	36/38	38/40	40/41	41/ 42
Historia de salud	M/F										
Cartilla maternal	M										
Riesgo obstétrico	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F
Exploración general:											
-Peso, TA, edemas	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F
-Talla	M/F										
Exploración obstétrica:											
-Altura uterina		M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
-Perímetro abdominal	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
-Frec. cardíaca fetal			M	M	M	M	M	M	M	M	M
-Movimientos fetales			M	M	M	M	M	M	M	M	M
Tira reactiva orina	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Pruebas complementarias	M/F		M/F	M/F	M/F		M/F	M			
-Sedimento urinario	X			X			X				
-Urinocultivo	X		X								
-Bioquímica	X			X			X				
- Hemograma	X			X			X				
-Grupo y Rh	X										
-Ac. irregulares (Rh -)	X				X ²						
-Serología	X						X ²				
-O'Sullivan	X ¹				X						
-Estreptococo B								X			
Ecografía		O		O			O				
Cribado bioquímico			O								
Educación maternal	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Preparación al parto							M	M	M	M	M

M=Matrona F= Médico de familia O= obstetra T= Todos

1, en gestantes de riesgo

2, sí en control anterior resultados negativos

6. TRATAMIENTO. EDUCACIÓN SANITARIA.

Evidentemente la gestación es un proceso fisiológico que no requiere tratamiento. Sin embargo sí es conveniente realizar un repaso acerca de las necesidades de distintos nutrientes que pueden requerir la administración de suplementos a lo largo del embarazo.

6.1. SITUACIONES QUE REQUIEREN SUPLEMENTO SISTEMÁTICO.

Embarazo múltiple.

Embarazos muy próximos entre sí.

Gran multiparidad.

Lactancia prolongada.

Mala situación socio-económica.

Ser oriunda de país en que es frecuente la desnutrición.

6.2. NECESIDADES NUTRICIONALES Y SUPLEMENTOS EN EL EMBARAZO:

CALCIO: las recomendaciones de calcio en el embarazo son de 1200 mg/día. Este aporte debe conseguirse a través de la dieta y sólo en aquellos casos en que no esté asegurado se recurrirá a dar suplementos. En este caso asegurar una suficiente ingesta hídrica sobre, todo en verano.

Se recomiendan suplementos de calcio en gestantes con riesgo de padecer hipertensión arterial y preeclampsia (RECOMENDACIÓN A), aunque no existe evidencia acerca de cuál debe ser la dosis recomendada.

HIERRO: se debe conseguir una reserva máxima de hierro antes del embarazo. Durante la gestación no existe evidencia para recomendar o rechazar el empleo sistemático de suplementos de hierro en gestantes no anémicas (RECOMENDACIÓN C), aunque la OMS recomienda administrar suplementos a dosis de 30 mg por feto y día a partir del tercer mes.

También son aconsejables los suplementos en casos de ingesta inadecuada o en presencia de factores de riesgo de deficiencia de hierro (embarazos múltiples, ferropenia materna, hemorragias uteroplacentarias).

ÁCIDO FÓLICO: los estudios demuestran el efecto beneficioso de la administración de ácido fólico en la prevención de defectos del tubo neural y sobre los índices hematológicos maternos. Se recomienda:

Administración oral de ácido fólico a dosis de 4mg/día en mujeres que han tenido un embarazo afectado de defecto del tubo neural durante un período que comprende desde los tres meses previos a la gestación hasta el primer trimestre de embarazo (RECOMENDACIÓN A).

Administración de 0,4 a 0,8 mg/día de ácido fólico a todas las mujeres no incluidas en el apartado anterior y que estén planeando quedarse embarazados desde al menos un mes antes y durante el primer trimestre de gestación (RECOMENDACIÓN A).

6.3. EDUCACIÓN SANITARIA

Además de la Educación Maternal, que se realizará fundamentalmente de forma grupal por parte de la matrona, todos los profesionales que visiten a la mujer ges-

tante deben aprovechar el momento de la consulta para realizar educación sanitaria, incidiendo en los siguientes aspectos.

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Debe ser completa, variada y equilibrada. Hay que insistir en que, aunque hay un aumento en las necesidades calóricas de 300-400 calorías/día, esto no significa comer el doble o comer para dos.

La dieta debe garantizar la ingesta de 1200 mg/día de calcio.

Se debe aumentar el consumo de frutas, verduras, hortalizas y cereales.

Las carnes y los pescados se consumirán, preferiblemente a la plancha o hervidos, siendo aconsejable evitar su consumo crudo.

Se debe controlar el consumo de grasas y de hidratos de carbono refinados.

CONSUMO DE TÓXICOS

Se debe desaconsejar el consumo de alcohol (RECOMENDACIÓN B), tabaco (RECOMENDACIÓN A) y de sustancias tóxicas.

HIGIENE Y VESTUARIO

Se debe recomendar la higiene diaria con ducha, estando totalmente desaconsejado el baño en el último período del embarazo. Tras realizar el aseo es conveniente el uso de cremas hidratantes para prevenir la aparición de estrías.

No se deben realizar lavados vaginales.

Se debe realizar una correcta higiene bucal y vigilar la aparición de caries u otras enfermedades odontológicas.

El vestido será cómodo, adecuado para su estado, debiendo evitarse el uso de fajas (salvo indicación médica) y de calcetines o medias muy ajustadas.

El calzado será cómodo y preferiblemente con tacón cubano de 3 cm de alto:

SEXUALIDAD

En gestaciones normales no es necesario modificar los hábitos sexuales de la mujer, aunque es conveniente evitar relaciones coitales en el último mes de embarazo.

TRABAJO

Cuando el trabajo que realiza la mujer entraña algún peligro para su salud y la del feto se podrá solicitar el cambio a un puesto de trabajo de menor riesgo.

EJERCICIO FÍSICO Y DESCANSO

Se deben evitar los deportes bruscos y de riesgo. Son aconsejables los paseos y la natación (excepto al final del embarazo).

Es aconsejable aumentar las horas de descanso y sueño.

VIAJES

Se puede realizar viajes, siendo el mejor momento para realizarlos entre el 4º y el 7º mes de gestación. Se debe llevar cinturón de seguridad por debajo del abdo-

men en todos los desplazamientos que se realicen en automóvil. Pueden realizarse desplazamientos en barco y en avión.

6.4. EMPLEO DE FÁRMACOS DURANTE EL EMBARAZO

A la hora de prescribir un fármaco en la embarazada debemos tener en cuenta las siguientes premisas:

No debemos administrar NINGÚN fármaco durante el primer trimestre a menos que sea imprescindible.

Educar a las mujeres para evitar la automedicación (responsable del 30% de la ingesta de fármacos).

Considerar la relación beneficio/riesgo y administrar la mínima dosis eficaz.

No debemos considerar ningún fármaco seguro para el feto en un 100%

Evitar fármacos de reciente comercialización y utilizar aquellos con los que se tenga mayor experiencia en gestantes.

Tener en cuenta que la medicación tópica también se absorbe, sobre todo si es liposoluble, se aplica en grandes superficies o con oclusión.

CLASIFICACIÓN DE LOS FÁRMACOS PARA SU USO DURANTE EL EMBARAZO:

Ni en nuestro país ni en el ámbito de la Agencia Europea del Medicamento existe una clasificación que agrupe a los fármacos con el posible riesgo para el feto. Por ello se emplea la clasificación de la FDA, que agrupa a los fármacos en 5 CATEGORÍAS:

- Categoría A: los estudios controlados en mujeres no demuestran riesgo para el feto en el primer trimestre y no existe riesgo evidente en el resto del embarazo. La posibilidad de lesión fetal parece remota.

- Categoría B: estudios de reproducción realizados con animales no indican riesgo para el feto, pero no existen estudios controlados sobre mujeres embarazadas; o estudios de reproducción en animales han mostrado efectos adversos que no están confirmados en estudios controlados en el primer trimestre.

- Categoría C: estudios en animales han revelado efectos adversos en el feto y no existen estudios controlados en mujeres; o no se dispone de estudios en mujeres y animales. Los fármacos de este grupo deben administrarse sólo si el beneficio potencial justifica el riesgo potencial para el feto.

- Categoría D: existe evidencia positiva de riesgo para el feto humano, pero se acepta su empleo en mujeres embarazadas a pesar del riesgo, si está indicado en una situación vital o por una enfermedad en que no pueden prescribirse fármacos más seguros o estos resultan ineficaces.

- Categoría X: estudios en animales y en humanos han demostrado alteraciones fetales o existe evidencia de riesgo fetal basándose en la experiencia huma-

na y/o en animales. El riesgo de su uso en embarazadas sobrepasa claramente cualquier posible beneficio y están contraindicados en toda mujer que está o pudiera estar embarazada.

En el Anexo 1 se recoge la clasificación de los fármacos más comunmente empleados en función del riesgo para el feto y para el recién nacido en caso de lactancia materna.

Para cualquier duda o consulta acerca de un fármaco nos podemos dirigir al Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos (SITT) llamando al teléfono 91 394 15 94.

VACUNAS EN EL EMBARAZO

A la hora de vacunar a una embarazada hemos de considerar el riesgo de padecer la enfermedad y el riesgo que conlleva la vacuna tanto para la madre como para el feto.

- Hemos de tener en cuenta las siguientes normas:
- Están contraindicadas las vacunas con virus vivos.
- Una mujer no embarazada pero en edad fértil que es vacunada con virus vivos debe evitar el embarazo en los tres meses siguientes.
- No existe contraindicación para realizar durante la gestación inmunizaciones con virus muertos o atenuados durante el segundo y tercer trimestre.

VACUNA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA (CATEGORÍA C): está indicada si la mujer no está inmunizada previamente o han transcurrido más de 10 años de la última dosis. La pauta de vacunación dependerá de la situación previa:

Embarazada no vacunada: administrar una dosis en el tercer y en el sexto mes.

Vacunación incompleta: administrar una dosis en el séptimo mes.

Vacunación completa: se puede dar una dosis de recuerdo si hace más de 5 años de la última dosis en el séptimo mes de embarazo.

VACUNA ANTIGRI PAL (CATEGORÍA C): puede indicarse siguiendo los mismos criterios que en población general. Es preferible administrarla después del primer trimestre.

7. INTERCONSULTA.

En el control de la mujer embarazada es indispensable el apoyo de las matronas y la estrecha colaboración con el obstetra. Se recomienda que toda embarazada con un riesgo obstétrico bajo o medio sea controlada por el especialista al menos una vez por trimestre. Los embarazos de riesgo alto o muy alto serán seguidos por el especialista.

El médico de Atención Primaria deberá remitir al especialista los siguientes casos:

- Aparición de factores que aumenten el riesgo obstétrico.
- Existencia de sangrado vaginal.
- Rotura de membranas.
- Dolor abdominal constante o intermitente.
- Cefalea intensa.
- Transtornos de la visión.

8. CONDUCTA A SEGUIR EN SITUACIONES PATOLÓGICAS DURANTE LA GESTACIÓN.

Dada la gran accesibilidad del médico de familia, las consultas que realizan las mujeres embarazadas son innumerables, por lo que debemos conocer las patologías más frecuentes en el embarazo. A continuación se revisan las consultas que con mayor frecuencia realizan las gestantes en nuestro nivel, bien por la accesibilidad, bien por el comienzo agudo del cuadro.

8.1. ANEMIA

En la gestante los niveles de hemoglobina, hematocrito y hematíes están fisiológicamente disminuidos.

Definimos anemia a un Hb < 11 g/dl o un Hto < de 33%

El 90% de las anemias del embarazo son ferropénicas y se tratan con 60 mg de hierro elemental al día.

Si la anemia se debe a déficit de ácido fólico administraremos hierro (60 mg/día) y ácido fólico a dosis de 5 mg/día.

Según su gravedad las anemias en el embarazo se clasifican en:

- Anemia leve: Hb entre 10 y 11 g/dl o Hto entre 30 y 33%
- Anemia moderada: Hb entre 9 y 10 g/dl o Hto entre 25 y 30%
- Anemia grave: Hb < 9 g/dl o Hto <25%

8.2. INFECCIÓN URINARIA

Se considera infección urinaria a la aparición de bacteriuria y leucocituria.

Es la complicación infecciosa más frecuente durante el embarazo y puede revestir especial gravedad tanto para la madre como para el feto.

Los principales factores de riesgo de infección urinaria en el embarazo son:

- Antecedentes de infección urinaria antes del embarazo.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Presencia de diabetes.

Clínicamente se puede presentar de dos formas:

- Bacteriuria asintomática: aparece en el 2-11% de embarazos
- Infección sintomática:
 - Cistitis aguda, en el 1,5% de embarazos
 - Pielonefritis aguda, en el 1-2% de embarazos
- El patógeno más frecuentemente implicado es la E.Coli.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

Consiste en la presencia de más de 100.000 unidades formadoras de colonias por ml de orina en ausencia de signos o síntomas de infección del tracto urinario. Cultivos con recuentos entre 10.000 y 100.000 UFC/ml deben ser repetidos para confirmar o descartar la presencia de infección.

La importancia de su detección y tratamiento radica en:

- Hasta un 40% de las gestantes con bacteriuria asintomática no tratada puede desarrollar una pielonefritis aguda en el tercer trimestre de embarazo o en el postparto.
- Constituye un factor de riesgo para el parto pretérmino y el bajo peso al nacer.
- Se ha descrito su asociación con fallo renal en años posteriores.
- El tratamiento adecuado elimina todos los riesgos.

Para su detección se aconseja la realización de un urinocultivo a todas las gestantes entre la semana 12-16 (RECOMENDACIÓN A), ya que su aparición es más frecuente en el primer trimestre de embarazo.

CISTITIS AGUDA

Se trata de síndrome caracterizado por clínica de urgencia, frecuencia miccional, disuria y molestias suprapúbicas en ausencia de síntomas de afectación general. Hay que destacar que sólo el 50% presentarán un cultivo positivo (más de 100.000 UFC/ml); en los casos en que existe clínica pero el urinocultivo es negativo hablaremos de SÍNDROME URETRAL AGUDO, que en la mayoría de las ocasiones se deberá a una infección por *Clamidia trachomatis*.

La cistitis aguda se presenta con más frecuencia en el segundo trimestre de embarazo.

PIELONEFRITIS AGUDA

Es la complicación médica importante más frecuente del embarazo. Es un cuadro grave que aparece con mayor frecuencia en el tercer trimestre de embarazo y en general ha estado precedido de una bacteriuria asintomática. Es la causa más frecuente de ingreso de la gestante antes del parto.

Clínicamente se caracteriza por la aparición de fiebre alta, escalofríos y malestar general acompañados de dolor lumbar uni o bilateral, que se irradia por el trayecto ureteral y por los flancos hacia las fosas ilíacas. La presencia de hipotensión y/o taquipnea son signos de mal pronóstico y anuncia posibles complicaciones.

Esta patología debe ser remitida con urgencia al especialista.

TRATAMIENTO

En la bacteriuria asintomática la terapia se elegirá en función del resultado del antibiograma y de la categoría de riesgo del fármaco. En general se utilizan dentro de la CATEGORÍA B las penicilinas, los inhibidores de las betalactamasas, como amoxi-clavulánico, aztreonam, cefalosporinas, nitrofurantoína y fosfomicina trometamol.

En la cistitis aguda, y hasta que llegue el resultado del antibiograma, se puede ensayar un tratamiento empírico con amoxicilina-ácido clavulánico, fosfomicina trometamol o cefalosporinas de primera o segunda generación.

Tras la aparición de una infección urinaria es conveniente repetir el cultivo al finalizar el tratamiento y posteriormente una vez al mes hasta finalizar el embarazo.

8.3. ESTREÑIMIENTO

Es un proceso que tiene tendencia a agravarse a medida que progresa el embarazo. Las principales medidas a tomar son higiénico-dietéticas:

- Aumentar consumo de frutas y verduras.
- Aumentar la fibra dietética (cereales y pan integral)
- Abundante ingesta de agua (en ocasiones ayuda el tomar un vaso de agua tibia en ayunas).
- Tomar aceite de oliva crudo.
- Mantener un horario regular de deposiciones.

Si estas medidas resultan insuficientes, se pautarán laxantes que incrementen la el bolo fecal: metilcelulosa, lactulosa, plantago ovata (CATEGORÍA B) o los estimulantes: bicaólido, fenolftaleína, sen, picosulfato, senósidos. Están contraindicados los estimulantes salinos (sales de magnesio, fosfatos, citratos), emolientes (docusoto sódico, parafina) irritantes y enemas jabonosos.

8.4. HEMORROIDES

El tratamiento básico consiste en recomendar medidas higiénico-dietéticas:

- Evitar el estreñimiento.
- Baños de asiento, preferiblemente con agua fría.
- Pomadas anticongestivas, anestésicas o antiinflamatorios locales.

8.5. VARICES

Durante todo el embarazo se deben seguir las siguientes medidas para evitar su progresión:

- Control de la ganancia ponderal.
- Medidas posturales.
- Evitar bipedestación prolongada.
- Ejercicios de piernas, caminar.
- Evitar exposición al sol y fuentes de calor.
- Uso de calzado cómodo y bajo.
- Duchas alternantes en miembros inferiores de agua fría y tibia.
- Usar medias de compresión decreciente hasta la cintura.

8.6. PIROSIS

Su incidencia aumenta a medida que progresa el embarazo. Las principales medidas a tomar están encaminadas a evitar el reflujo:

- Comidas frecuentes y poco copiosas.
- Evitar el decúbito hasta al menos una hora postingesta.
- Limitar el consumo de excitantes, alcohol y tabaco.
- Elevar la cabecera de la cama 20 cm.

Si estas medidas fracasan podemos emplear alcalinos tipo almagato o hidróxido de aluminio (CATEGORÍA B), y si los síntomas persisten o existe una esofagitis evidenciada con endoscopia se puede emplear cimetidina, ranitidina, famotidina, omeprazol o sucralfato (CATEGORÍA B). Se desaconseja el empleo de bicarbonato sódico.

8.7. NAUSEAS Y VÓMITOS

Son frecuentes durante el primer trimestre del embarazo, siendo en general esporádicos y matutinos. Suelen desaparecer con el tiempo y no interfieren la correcta nutrición de la embarazada.

En general no requieren tratamiento farmacológico. De precisarlos, se pueden emplear doxilamina, meclocina y si fallan metoclopramida (CATEGORÍA B).

Los vómitos refractarios al tratamiento y la hiperemesis gravídica deben ser remitidos al especialista.

8.8. INFECCIÓN RESPIRATORIA DE VÍAS SUPERIORES

En general son de origen vírico y no precisan tratamiento.

Si la sintomatología es muy florida o mal tolerada podemos tratar con paracetamol (CATEGORÍA B), mucolíticos tipo bromhexina (CATEGORÍA A), acetil-cisteína, ambroxol o carbocisteína (CATEGORÍA B).

En caso de tos persistente se empleará, si es imprescindible, dextrometorfano, codeína o dihidrocodeína (CATEGORÍA C).

8.9. SÍNDROMES ÁLGICOS

Como analgésico, el más recomendado es el paracetamol (CATEGORÍA B).

Dentro del grupo de los AINEs podemos recurrir a: diclofenaco, ibuprofeno, indometacina, ketoprofeno, naproxeno (CATEGORÍA B). Hay que tener en cuenta que los AINEs, incluido el AAS, están desaconsejados en el tercer trimestre.

8.10. ANSIEDAD

Si es imprescindible el uso de un tranquilizante hay que recordar que las benzodiazepinas pertenecen a la CATEGORÍA D y no deben emplearse durante el embarazo.

Como ansiolítico podemos emplear buspirona (CATEGORÍA B) y como tranquilizantes el haloperidol (CATEGORÍA C).

9. ATENCIÓN EN EL PUERPERIO Y LA LACTANCIA

Se denomina puerperio al período comprendido entre el momento del parto y la aparición de la primera menstruación. Su duración oscila entre 5 y 8 semanas.

Tras el parto se debe realizar una visita de control a los 7-10 días por parte de la matrona. Esta visita se realizará en el domicilio siempre que sea posible, siendo conveniente la coordinación con el pediatra. En esta consulta se valorará:

- Condiciones físicas de la vivienda y del entorno próximo al recién nacido.
- Apoyo familiar y social con que cuentan la madre y el recién nacido.
- Valoración del estado emocional de la madre y grado de adaptación al rol maternal.

- Exploración física de la puérpera: estado general, TA temperatura, altura y contractilidad uterina, cantidad y aspecto de los loquios, estado de las mamas y, en su caso, de la herida de episiotomía o cesárea.

- Interrogar acerca del ritmo defecatorio y descartar patología hemorroidal.

El médico de cabecera debe estar atento en el puerperio tardío a la aparición de problemas como: tensión emocional y/o fatiga, problemas de relación con su pareja, molestias mamarias, estreñimiento, hemorroides, depresión, tiroiditis y mastitis.

En este período hay que remitir a distintos niveles:

- Al ginecólogo a los 40-45 días para revisión.

- A Salud Mental si sospechamos depresión postparto.

- A la trabajadora social si se detecta: malos tratos, malnutrición, falta de cobertura sanitaria o de recursos económicos, vivienda insalubre, padres toxicómanos o alcohólicos.

- A planificación familiar para establecer anticoncepción regular.

- A urgencias de del Hospital si aparece:

- Hemorragia abundante (500 cc).

- Fiebre alta, movilización uterina dificultosa o loquios malolientes, sugestivos de endometritis puerperal.

- Signos de trombosis venosa profunda (remitir a cirujano vascular).

- Absceso pélvico o abscesos múltiples en mamas.

9.1. EDUCACIÓN SANITARIA

9.1.1. Recomendaciones sobre la lactancia: fomentar la lactancia materna explicando las ventajas económicas e inmunológicas para el recién nacido, y de afectividad entre la madre y el niño. Se debe lavar el pezón y la areola con agua y secarlos bien antes y después de cada toma.

Si no puede o no desea dar pecho a su hijo se instruirá a la madre acerca de la lactancia artificial.

Si la mujer lo pide o está indicado por algún motivo la supresión de la lactancia se administrará Cabergolina a dosis de 0,25 mg cada 12 horas durante 2 días. Como alternativa se puede emplear Bromocriptina a dosis de 5 mg/día repartidos en dos tomas, vía oral, durante 14 días.

9.1.2. Recomendaciones sobre alimentación y ejercicio: se aconsejará una dieta equilibrada que mantenga un aporte de 1.500 mg/día de calcio. Si existe déficit se administrarán suplementos de hierro.

Es conveniente que deambulen lo más pronto posible y en cuanto puedan que inicien los ejercicios físicos encaminados a potenciar la musculatura abdominal y del periné. En caso de haberse practicado cesárea se debe esperar 1 mes para iniciar los ejercicios físicos.

9.1.3. Higiene: se deben desaconsejar los baños, incluso en la bañera de casa, hasta que hayan transcurrido 40 días del parto. Se recomendará la ducha para la higiene corporal.

Los genitales se lavarán con agua tibia y se secarán bien.

9.1.4. Relaciones sexuales y planificación familiar: se debe aconsejar la abstinencia de relaciones coitales hasta que transcurran 40 días del parto.

En este período hay que desmitificar errores acerca de la anticoncepción que proporciona la lactancia materna. Se aconsejará el uso de métodos barrera o la minipíldora, que contiene sólo progesterona y se puede administrar al día siguiente del parto, aunque en general se comienza el mes, y se toma de forma continua, sin descanso. (Ver tema de anticoncepción).

9.2. LICENCIAS POR MATERNIDAD

Toda mujer que ha dado a luz tiene derecho 16 semanas de descanso laboral ampliables 2 semanas más por cada hijo a partir del segundo en los partos múltiples. Seis de ellas se disfrutarán obligatoriamente después del parto.

Si ambos progenitores trabajan, la madre puede ceder al padre hasta 4 semanas del descanso maternal, que podrá hacer coincidir con el descanso de la madre.

Para la lactancia de los hijos menores de 9 meses, la madre o el padre podrán ausentarse del puesto de trabajo durante una hora, que podrá fraccionarse en dos períodos de 1/2 hora durante la jornada, o a reducir la jornada laboral en 1/2 hora diaria.

10. BIBLIOGRAFÍA

1-Trillo C, Peláez J, Raposo A, Pérez M. El programa de la mujer desde la perspectiva del médico de familia. Centro de Salud. Mayo 2001: 304-308.

2-Capitán M, Cabrera R. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. MEDIFAM 2001; 11: 207-215.

3-Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para la prevención de la infección perinatal por Estreptococo del Grupo B. Prog Obstet Ginecol 1998; 41: 431-435.

4-Román MT, Hernández A, Herrero JB. Patologías frecuentes de la mujer embarazada en Atención Primaria en Las competencias del médico en Atención Primaria. 1999. Ed Ergon, S.A.

5-Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Infecciones del Tracto Urinario en la Embarazada. 2001. Ediciones Mayo S.A.

6-Vedia C. Fármacos y embarazo (I). 7DM 2000; 428: 96-99.

7-Bosal B, Richart M, Luque M, Gutiérrez L, Pastor R, Cabrero J, Reig A. Signos y síntomas gastrointestinales durante el embarazo y puerperio en una muestra de mujeres españolas. Aten Primaria 2001; 28: 53-58.

8-Herberg S, Galán P, Preziosi P, Aissa M. Consecuencias del déficit de hierro en mujeres embarazadas. Clin Drug Invest 2000; 19 Suppl 1: 1-8.

9-Doval JL, Del Alamo A, Menéndez C, Blanco S. Protocolos de Obstetricia y Ginecología para Atención Primaria. Grupo Auña Médica, S.A. 1999.

10-Guía de Medicina Clínica Preventiva. U.S Preventive Services Task Force. Edición Española. Volumen 1, 1998.

11- Guía de Medicina Clínica Preventiva. U.S Preventive Services Task Force. Edición Española. Volumen 2, 1998.

12- Guía de Medicina Clínica Preventiva. U.S Preventive Services Task Force. Edición Española. Volumen 3, 1998.

13-Guía de Medicina Clínica Preventiva. U.S Preventive Services Task Force. Edición Española. Volumen 4, 1998.

14-Manual de medicina clínica preventiva. Ed: Medical Trends, S.L. 1999.

15-Protocolos de Obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 3ª Edición. Ed. Masson1996.

16-Guía de Actuación en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 1998.

17-Guía de Fármacos en el embarazo y la lactancia. Ediciones Mayo. 2001.

18-Control Prenatal del Embarazo Normal. Consellería de Sanitat. Generalitat Valençiana. Pendiente de publicación.

19-Wald NJ, Watt HC, Hackshaww AK. N Engl J Med 1999; 341: 461-467.

ANEXO 1: UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS EN EMBARAZO Y LACTANCIA

Nota: estas listas son orientativas. Para cualquier duda o consulta dirigirse al Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos Español . Teléfono: 91394 15 94

ANTIINFECIOSOS	CATEGORIA	EMBARAZO	LACTANCIA
Ac. Nalidixico	Quinolona	C	S
Ac. Pipemídico	Quinolona	C	N
Aciclovir	Antivírico	C	S
Amoxicilina-Clavulánico	Antibiótico	B	S
Amoxicilina	Antibiótico	B	S
Ampicilina	Antibiótico	B	S
Azitromicina	Antibiótico	B/C	N
Bacampicilina	Antibiótico	B	S
Cefaclor	Antibiótico	B	S
Cefadroxilo	Antibiótico	B	S
Cefalexina	Antibiótico	B	S
Cealotina	Antibiótico	B	S
Cefixima	Antibiótico	B	S
Cefotaxima	Antibiótico	B	S
Cefoxitina	Antibiótico	B	S
Ceftriaxona	Antibiótico	B	S
Cefuroxima	Antibiótico	B	S
Ciprofoxacino	Quinolona	C	N
Claritromicina	Antibiótico	C	N
Clindamicina	Antibiótico	B	S
Cloranfenicol	Antibiótico	C	S/N
Clotrimazol	Antifúngico	B	S
Diacetilmidecamicina	Antibiótico	B	N
Doxicilina	Antibiótico	D	N
Eritromicina	Antibiótico	B	S
Estreptomicina	Antibiótico	D	N
Etambutol	Antituberculoso	B	S
Fluconazol	Antifúngico	C	S
Gentamicina	Antibiótico	C	S
Isonazida	Antituberculoso	C	S
Itraconazol	Antifúngico	C	S
Ketaconazol	Antifúngico	C	S
Lincomicina	Antibiótico	B	S
Mebendazol	Antihelmíntico	C	S
Metronidazol	Antiinfeccioso	B	S
Neomicina	Antibiótico	C	N
Nistatina	Antifúngico	B	S
Nitrofurantoina	Antibacteriano	B	S
Norfloxacino	Quinolona	C	N
Ofloxacino	Quinolona	C	N
Penicilina G acuosa/benzatina/procaína	Antibiótico	B	S
Penicilina V	Antibiótico	B	S
Polimixina B	Antibiótico	B	S
Rifampicina	Antituberculoso	C	S
Roxitromicina	Antibiótico	B	N
Sulfametoxazol	Sulfonamida	B/D	S
Tetraciclina	Antibiótico	D	N
Tetraciclina tópica	Antibiótico	D	S
Tobramicina	Antibiótico	D	S
Trimetoprim	Antibacteriano	C	S
Vancomicina	Antibiótico	C	S
Violeta de Genciana	Antifúngico	C	N

ANTIHIISTAMÍNICOS	CATEGORÍA	EMBARAZO	LACTANCIA
Astemizol	Antihistamínico	C	S
Azatidina	Antihistamínico	B	N
Ciproheptadina	Antihistamínico	B	N
Clorfeniramina	Antihistamínico	B	S
Dexclorfeniramina	Antihistamínico	B	N
Doxilamina	Antihistamínico	B	S
Prometazina	Antihistamínico	C	S
Terfenadina	Antihistamínico	C	S

DIURETICOS	CATEGORÍA	EMBARAZO	LACTANCIA
Amilorida	Diurético	B	S
Ciclotiazida	Diurético	D	N
Clortalidona	Diurético	D	S
Espironolactona	Diurético	D	S
Furosemida	Diurético	C	S
Hidrocorotiazida	Diurético	D	S
Indapamida	Diurético	B	S
Torsemida	Diurético	B	S

HIPOLIPEMIANTES	CATEGORÍA	EMBARAZO	LACTANCIA
Bezafibrato	Antilipémico	B	N
Clofibrato	Antilipémico	C	N
Colestipol	Secuestrante ácidos biliares	B	S
Estatinas	Antilipémico	X	N
Fenofibrato	Antilipémico	C	N
Gemfibrozilo	Antilipémico	C	N
Probucol	Antilipémico	B	N
Resincolestiramina	Secuestrante ácidos biliares	C	S

APARATO CARDIOVASCULAR	CATEGORÍA	EMBARAZO	LACTANCIA
Amiodarona	Antiarrítmico	C	N
Amlodipino	Bloqueante Ca	C	S
Atenolol	B-Bloqueante	D	S
Bisoprolol	B-Bloqueante	C/D	S
Captopril	Hipotensor	D	N/S
Digoxina	Glucósido diurético	C	S
Diltiazem	Bloqueante Ca	C	S
Dinitrato de isosorbida	Vasodilatador	C	N
Enalapril	Hipotensor	D	N/S
Felodipino	Bloqueante Ca	C	S
Flecainida	Antiarrítmico	C	S
Hidralazina	Hipotensor	C	S
Labetalol	B-Bloqueante	C/D	S
Lidocaina	Antiarrítmico	C	S
Lisinopril	Hipotensor	D	S
Metildopa	Hipotensor	C	S
Nicardipino	Bloqueante Ca	C	S
Nifedipino	Bloqueante Ca	C	S
Nimodipino	Bloqueante Ca	C	S
Nitroglicerina	Vasodilatador	B/C	S
Propranolol	B-Bloqueante	C/D	S
Quinapril	Hipotensor	D	N
Ramipril	Hipotensor	D	N
Verapamilo	Bloqueante Ca	C	S

APARATO DIGESTIVO	CATEGORIA	EMBARAZO	LACTANCIA
Almagato	Antiácido	B	S
Bismuto	Antidiarreico	D	N
Cimetidina	Antiulceroso	B	N
Cisaprida	Antiemético	C	S
Domperidona	Antiemético	C	S
Famotidina	Antiulceroso	S	S
Lactulosa	Laxante	C	S
Loperamida	Antidiarreico	B	S/N
Metamizol	Antiespasmódico	C/D	N
Metilcelulosa	Laxante	B	S
Metoclopramida	Antiemético	B	S/N
Misoprostol	Antiulceroso	X	N
Omeprazol	Antiulceroso	B/C	S
Ranitidina	Antiulceroso	B	S/N
Simeticona	Antiflatulento	C	S

APARATO RESPIRATORIO	CATEGORIA	EMBARAZO	LACTANCIA
Acetilcisteína	Mucolítico	B	S
Ambroxol	Mucolítico	B	S
Aminofilina	Broncodilatador	C	S
Bromuro de ipatropio	Broncodilatador	B	S
Bromhexina	Mucolítico	A	S
Carbocisteína	Mucolítico	B	S
Carbocisteinato de lisina	Mucolítico	B	N
Codeína	Antitusígeno	C/D	S
Dextrometorfano	Antitusígeno	C	S
Difilina	Broncodilatador	C	S
Dihidrocodeína	Antitusígeno	C	N
Guafinesina	Mucolítico	C	S
Ioduro potásico	Mucolítico	D	S
Salbutamol	Broncodilatador	C	N
Teofilina	Broncodilatador	C	S

HORMONAS	CATEGORIA	EMBARAZO	LACTANCIA
Andrógenos		X	N
Beclometasona	Glucocorticoide	C	S
Betametasona	Glucocorticoide	C	S
Bromocriptina	Inhibidor lactancia	C	N
Cabergolina	Inhibidor lactancia	C	N
Calcitonina		B	S
Clorpropamida	Antidiabético	C	N
Contrceptivos orales		X	
Cortisona	Corticoides	D	N
Dexametasona	Glucocorticoide	C	S
Estrógenos		X	S
Gliburida	Antidiabético	C	N
Glizipida	Antidiabético	C	N
Hidrocortisona	Glucocorticoide	B	S
Insulina	Antidiabético	B	S
Levotiroxina	Tiroides	A	S
Prednisolona	Glucocorticoide	B	S
Prednisona	Glucocorticoide	B	S
Progestágenos		D/X	S
Tolbutamida	Antidiabético	C	S
Triamcinolona	Glucocorticoide	C	N
Yodo 125/131	Antitiroideo	X	N

INMUNOGLOBULINAS	CATEGORIA	EMBARAZO	LACTANCIA
Inmunoglobulina anti-D		C	N
Resto inmunoglobulinas		C	S

SANGRE Y COAGULACION	CATEGORIA	EMBARAZO	LACTANCIA
Ac. aminocaproico	Coagulante	C	N
Dicumarol	Anticoagulante	D	S
Enoxaparina	Anticoagulante	B	S
Estreptoquinasa	Trombolítico	C	N
Heparina	Anticoagulante	B/C	S
Pentoxifilina	Hemorreológico	C	N
Protamina	Antiheparina	C	N
Uroquinasa	Trombolítico	B	N
Warfarina	Anticoagulante	D	S

SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO	CATEGORIA	EMBARAZO	LACTANCIA
Adrenalina	Simpaticomimé	C	N
Atropina	Antiespasmódico y antimuscarínico	C	S
Baclofeno	Relajante muscular	C	S
Dopamina	Simpaticomimético	C	S
Efedrina	Simpaticomimético	C	S
Ergotamina	Simpaticolítico	D	N
Escopolamina	Antiespasmódico y antimuscarínico	C	S
Fenilefrina	Simpaticomimético	C	N
Noradrenalina	Simpaticomimético	C	N
Salbutamol	Simpaticomimético	C	N
Terbutalina	Simpaticomimético	B	S

SISTEMA NERVIOSO	CATEGORIA	EMBARAZO	LACTANCIA
CENTRAL			
Ac. acetilsalicílico	AINE	C/D	S
Aceclofenaco	AINE	B	S
Alprazolam	Benzodiazepina	D	N
Amitriptilina	Antidepresivo	D	S
Amobarbital	Barbitúrico	D/B	N
Anfetaminas	Estimulantes	C	N
Buprenorfina	Opiáceo	C	S
Buspirona	Ansiolítico	B	N
Carbamazepina	Anticonvulsivante	C	S
Clonazepan	Benzodiazepina	D	N
Clorazepato	Benzodiazepina	D	N
Clordiazepóxido	Benzodiazepina	D	N
Clorpromazina	Tranquilizante	C	N/S
Diazepan	Benzodiazepina	D	S
Diclofenaco	AINE	B/D	S
Fenilbutazona	AINE	C/D	S
Fenitoína	Anticonvulsivante	D	S
Fenobarbital	Barbitúrico	D	S
Fentanilo	Opiáceo	B/D	S
Fluoxetina	Antidepresivo	B/C	S
Flurazepan	Benzodiazepina	X	N
Halazepan	Benzodiazepina	D	N
Haloperidol	Tranquilizante	C	S
Ibuprofeno	AINE	B/D	S
Indometacina	AINE	B/D	S
Ketoprofeno	AINE	B/D	S
Lorazepan	Benzodiazepina	D	N
Maprotilina	Antidepresivo	B	S
Meprobamato	Ansiolítico	D	N
Midazolam	Benodiazepina	D	N
Morfina	Opiáceo	B/D	S
Naloxona	Antagonista opiáceo	B	S
Naltrexona	Antagonista opiáceo	C	N
Naproxeno	AINE	B/D	S
Paracetamol	Analgésico antipirético	B	S
Paroxetina	Antidepresivo	B	S
Pentazocina	Opiáceo	C/D	N
Piroxicam	AINE	B/D	S
Promazina	Tranquilizante	C	N
Sertralina	Antidepresivo	B	S
Venlafaxina	Antidepresivo	C	N

MISCELANEA	CATEGORIA	EMBARAZO	LACTANCIA
Alopurinol	Antigotoso	C	S
Calcio	Minerales	B	S
Colchicina	Antigotoso	D	S
Fósforo	Minerales	C	S
Oxitocina	Oxitócico	A	S
Povidona yodada	Antiséptico	D	S
Probenecid	Antigotoso	B	N
Inmunoglobulina anti-D		C	S
Resto inmunoglobulinas		C	N
Vitaminas hidrosolubles		A	S
Vitamina A		A/X	S
Vitamina D		A/D	S
Vitamina E		A/C	S
Vitamina K		C/X	S



EMBARAZO

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

El seguimiento del embarazo con riesgo obstétrico bajo y medio puede realizarse en atención primaria (AP), siendo la matrona del equipo el profesional básico en esta actividad.

- Riesgo bajo o 0: en ausencia de factores de riesgo
- Riesgo medio o 1: Anomalia pélvica identificada clínica y/o radiológicamente, Baja estatura materna (< 1.5 metros), Cardiopatía 1: que no limita su actividad física, Condiciones socioeconómicas desfavorables, Patología psicosocial, Control insuficiente de la gestación: menos de 4 visitas prenatales o 1ª visita después de la semana 20, Edad extrema: menores de 15 años o mayores de 35, Embarazo no deseado, Esterilidad previa de 2 o más años, Fumadora habitual, Fecha de la última menstruación incierta, Gestante con Rh negativo, Gran multiparidad: 5 o más fetos de por lo menos 28 semanas, Hemorragia del primer trimestre de embarazo, Incompatibilidad Rh, Incremento de peso menor de 5 Kg o superior a 15 Kg al final del embarazo, Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática (por urinocultivo), Obesidad (IMC >30) y Período intergenésico inferior a 12 meses.
- Las gestaciones de riesgo alto o muy alto se controlaran en atención especializada.

REGISTRO DE ACTIVIDADES

Semana de gestación	8	12	16	20	24	28	32/34	36/38	38/40	40/41	41/42
Historia de salud	M/F										
Cartilla maternal	M										
Riesgo obstétrico	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F
Exploración general:											
-Peso, TA, edemas	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F	M/F
-Talla	M/F										
Exploración obstétrica:											
-Altura uterina		M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
-Perímetro abdominal	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
-Frec. cardíaca fetal			M	M	M	M	M	M	M	M	M
-Movimientos fetales			M	M	M	M	M	M	M	M	M
Tira reactiva orina	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Pruebas complementarias	M/F		M/F	M/F	M/F		M/F				
-Sedimento urinario	X			X			X				
-Urinocultivo	X		X								
-Bioquímica	X			X			X				
- Hemograma	X			X			X				
-Grupo y Rh	X										
-Ac. irregulares (Rh -)	X				X ²						
-Serología*	X						X ²				
-O'Sullivan	X ¹				X						
-Estreptococo B								X			
Ecografía		O		O			O				
Cribado bioquímico			O								
Educación maternal	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
Preparación al parto							M	M	M	M	M

M=Matrona F= Médico de familia O= obstetra T= Todos

1, en gestantes de riesgo: Obesidad, mayor de 35 años, antecedentes de diabetes gestacional y antecedentes familiares de diabetes

2, sí en control anterior resultados negativos

(*) Serología (circular 1/97): IgG de rubeola (RECOMENDACIÓN B), IgG de toxoplasma, antígeno de superficie para el virus B de la hepatitis (HbsAg) (RECOMENDACIÓN A), VDRL o RPR (RECOMENDACIÓN A) y anticuerpos frente a VIH (previo consentimiento de la embarazada) (RECOMENDACIÓN A en grupos de riesgo y RECOMENDACIÓN C en el resto)

HABITOS SALUDABLES, NECESIDADES NUTRICIONALES Y SUPLEMENTOS EN EL EMBARAZO

- Evitar el consumo de tabaco (Recomendación A), alcohol (Recomendación B) y drogas psicótropas y disminuir la ingesta de café. Realizar una dieta equilibrada asegurando la ingesta diaria de 1,2 grs/día de calcio, recomendando suplementos en gestantes con riesgo de padecer hipertensión arterial (Recomendación A). Practicas sexuales seguras para evitar ETS. Evitar exposición a teratógenos farmacológicos y ambientales (radiaciones)

- Administración oral de ácido fólico a dosis de 4mg/día en mujeres que han tenido un embarazo afectado de defecto del tubo neural durante un período que comprende desde los tres meses previos a la gestación hasta el primer trimestre de embarazo (RECOMENDACIÓN A) y de 0,4 a 0,8 mg/día de ácido fólico a todas las mujeres no incluidas en el apartado anterior y que estén planeando quedarse embarazadas desde al menos un mes antes y durante el primer trimestre de gestación (RECOMENDACIÓN A).

- En el puerperio fomentar la lactancia materna explicando las ventajas económicas e inmunológicas para el recién nacido, y de afectividad entre la madre y el niño. Se debe lavar el pezón y la areola con agua y secarlos bien antes y después de cada toma. Si no puede o no desea dar pecho a su hijo se instruirá a la madre acerca de la lactancia artificial.

VACUNAS EN EL EMBARAZO

- Tetanos-Difteria (CATEGORÍA C): está indicada si la mujer no está inmunizada previamente o han transcurrido más de 10 años de la última dosis. La pauta de vacunación dependerá de la situación previa: Embarazada no vacunada: administrar una dosis en el tercer y en el sexto mes. Vacunación incompleta: administrar una dosis en el séptimo mes. Vacunación completa: se puede dar una dosis de recuerdo si hace más de 5 años de la última dosis en el séptimo mes de embarazo.



- Antigripal (CATEGORÍA C): puede indicarse siguiendo los mismos criterios que en población general. Es preferible administrarla después del primer trimestre.

CRITERIOS DE DERIVACION

- En el control de la mujer embarazada es indispensable el apoyo de las matronas y la estrecha colaboración con el obstetra. Se recomienda que toda embarazada con un riesgo obstétrico bajo o medio sea controlada por el especialista al menos una vez por trimestre. El médico de AP deberá remitir al especialista en los siguientes casos: Aparición de factores que aumenten el riesgo obstétrico. Existencia de sangrado vaginal. Rotura de membranas. Dolor abdominal constante o intermitente. Cefalea intensa. Trastornos de la visión.

ABORDAJE ANTE UN POSIBLE CASO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

En primer lugar nuestra actitud como profesionales debe ser de apoyo, evitando emitir juicios u opiniones sobre los deseos de la mujer o sobre sus circunstancias personales, independientemente de nuestras creencias. En segundo lugar hemos de informar sobre las posibilidades que legalmente asisten a la mujer. En la legislación española desde el año 1985 existen tres supuestos en los que se despenaliza el aborto si lo practica un médico directamente o bajo su dirección, en un establecimiento sanitario autorizado y con la autorización de la mujer.

- Aborto terapéutico: En caso de grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada. No se contemplan límites en la edad gestacional.
- Aborto ético: Si el embarazo es el resultado de una violación, siempre que esta se haya denunciado previamente. El límite legal para la realización de la IVE es de 12 semanas de gestación.
- Aborto eugenésico: Si se presupone que el niño nacerá con taras físicas o psíquicas. Existe un límite legal de 22 semanas de gestación