

RESUMEN TEMA 26: PAI EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

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

LIMITE DE ENTRADA:

Mujer con test de gestación positivo

LIMITE FINAL:

- Aborto espontáneo
- IVE
- Detección de anomalías congénitas
- Parto prematuro
- Finalización del puerperio inmediato

LIMITES MARGINALES:

- Embarazo ectópico y enfermedad trofobástica
- Atención a los cuidados adicionales(1)
- Atención a la cesárea y al parto instrumental en general

(1) La gestante en la que se identifique una necesidad de cuidados adicionales estará sujeta además de a la atención básica, a una atención diferenciada acorde con la necesidad detectada, que no está recogida en el PAI EPP. Gestante con Necesidad de Cuidados Adicionales

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

- Consumo de drogas, tales como heroína o cocaína.
- Hepatitis crónica o infección por VIH
- Obesidad (IMC>30) o bajo peso (IMC

Descarga autorizada a 44597401 Maria Aurora
Gallego Gallero, agallegogallero@gmail.com, IP:
188.26.222.218

SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO

VISITA	QUIEN	ACTIVIDADES
1º Recepción gestante	Servicio de Atención a la ciudadanía	Identificación inequívoca de la gestante (nombre, apellidos, fecha nacimiento y NUHSA)
2º Valoración Semana 6-10	M.F., matrona y enfermera	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica estructurada: antecedentes Exploración general: presión arterial, IMC Ofertar diagnóstico prenatal para detección de anomalías congénitas. Pruebas de laboratorio (entre 9 y 10 SG): Rh, ABO, sífilis, rubéola, hepatitis B, VIH, marcadores bioquímicos, urocultivo. (VER ANEXO 1). Quimioprofilaxis: ácido fólico (400 mcg/día) y yoduro potásico (200mcg/día equivale a tres raciones de lácteos y 2 gr sal yodada) Apertura y cumplimentación de Documento de Salud de la Embarazada (DSE) Recomendaciones: vacuna antigripal inactivada (durante la temporada gripal), medidas preventivas de toxoplasmosis, tabaquismo, contraindicación de antisépticos yodados
3º valoración Semana 12	Obstetra, auxiliar de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> Anamnesis y exploración clínica En caso de aceptación del diagnóstico prenatal, se realizará el Cribado Combinado del 1er Trimestre Ecografía del 1er trimestre. Reforzar consejos: ácido fólico y yodo, dieta, hábitos de vida saludables, beneficios de la lactancia materna.
4º Preparación al nacimiento y crianza PRIMER TRIMESTRE	Matrona, enfermera de AP	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar la asistencia de la pareja Contenidos: cuidados, dudas y temores en el embarazo, cambios fisiológicos, molestias habituales, consejos sobre hábitos de vida saludables, beneficios de la lactancia materna, explorar expectativas, vacunas, riesgos para el feto y RN de determinadas enfermedades inmunoprevenibles.
5º Valoración Semana 16	Médico de familia, matrona, enfermera	<ul style="list-style-type: none"> Exploración clínica: P.A. peso, altura uterina Gestantes no investigadas previamente: Cuádruple Test (VER ANEXO 2).

6º Valoración Semana 20	Obstetra, auxiliar de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración clínica: peso y P.A. • Ecografía del 2º trimestre: cribado de malformaciones estructurales
7º Valoración Semana 24	Matrona, médico de familia, enfermera	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración clínica: peso, PA, altura uterina, auscultación fetal. • Solicitar: cribado para anemia (si Hb<10,5gr/dl), O'Sullivan, test de Coombs indirecto a Rh- • Recomendar vacuna antitetánica Td (con pauta de vacunación incompleta)
8º Preparación al nacimiento y crianza TERCER TRIMESTRE (> 28 SG)	Matrona, enfermera de AP	<ul style="list-style-type: none"> • Ofertar un mínimo de tres sesiones • Contenidos: entrenamiento de técnicas de relajación, respiración y ejercicio, dudas y temores, fomento de lactancia materna, • Informar sobre: derechos de los padres y RN, proceso del parto, distintas opciones de analgesia, beneficios de la prueba del talón, vacunas, donación voluntaria de sangre de cordón umbilical (DVSCU).
9º Valoración Semana 28	Médico de familia, matrona, enfermera	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración clínica: peso, PA, altura uterina, auscultación fetal • O'Sullivan de tercer trimestre a gestantes que no hayan sido estudiadas previamente, sospecha de macrosoma o hidramnios. • Rh – no sensibilizadas: 300µg (1500 UI) de gammaglobulina anti-D • Plan de parto
10º Valoración Semana 34	Obstetra, auxiliar de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración clínica: peso y PA • Ecografía de 3er trimestre: vitalidad y estática fetal, estimación del crecimiento fetal, anomalías de origen placentario, volumen de líquido amniótico, estudio del flujo útero-placentario
11º Valoración Semana 36	Matrona, médico de familia, enfermera	<ul style="list-style-type: none"> • Exploración clínica • Solicitar cultivo vagino-rectal del EGB (excepto si se ha detectado con anterioridad en urocultivo, hijo anterior afecto de una infección neonatal por EGB) • NO se recomienda estudio de coagulación rutinario previa a la analgesia neuroaxial en gestantes sanas.

12° Valoración	Obstetra, matrona, auxiliar de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Gestantes nulíparas: Semana 39</u> Exploración clínica: peso, PA, AU, estática fetal y auscultación fetal • <u>Gestantes nulíparas y multíparas: Semana 40</u> Exploración clínica Cardiotocografía Informar sobre las distintas opciones de analgesia, en caso de epidural se entregará consentimiento informado.
13° Valoración Semana 41	Obstetra, matrona, auxiliar de enfermería	<p>Exploración clínica: peso, PA, AU, estática fetal, explicar y ofrecer la maniobra de Hamilton.</p> <p>Ecografía para valorar líquido amniótico, mediante la técnica de la mayor bolsa vertical.</p> <p>Cardiotocografía</p> <p>Ofrecer la posibilidad de inducir el parto a partir de la 41 semanas y antes de la 42</p> <p>Informar sobre analgesia</p>
14° Recepción de la gestante en el hospital	Servicio de atención a la ciudadanía	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación inequívoca de la mujer mediante pulsera identificativa • Traslado al área de partos
15° Área de paritorio. Valoración	Matrona, obstetra, auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar y comprobar DSE. • Si acepta DSCU, cumplimentar formulario • Atender expectativas del Plan de Parto • Exploración clínica • NO está indicado realizar registro cardiotocográfico en gestantes sin riesgos adicionales • Valorar dinámica uterina si se objetiva o la gestante la refiere. • Tacto bimanual sólo cuando se objetive dinámica uterina: dilatación, posición, consistencia, borramiento. Presentación y altura de la misma • Especuloscopia si se sospecha bolsa rota.
16° Asistencia a la fase de dilatación (1ª fase del parto)	Matrona, obstetra, anestesiólogo, auxiliar	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el acompañamiento • Apertura de partograma. En caso de DSCU extraer muestras de sangre materna. • NO rasurado púbico. NO enemas. • Si se necesita lavado vaginal, se realizará con agua corriente, NO antiséptico. • Valorar: dinámica uterina, auscultación fetal, dilatación cervical y estado de las membranas ovulares. • En condiciones normales las exploraciones se realizarán cada 4 horas. • Consideraciones para el bienestar fetal:

		<p>auscultación fetal intermitente (AFI), monitorización electrónica fetal intermitente (MEFI), cambio de AFI o de MEFI a monitorización fetal continua cuando: LA teñido, alteración de la FCF, fiebre materna, sangrado durante el parto, uso de oxitocina, demanda de la mujer, durante 30 minutos después de establecida la analgesia epidural y después de la administración de cada bolo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • NO uso rutinario de pulsioximetría. NO amniorrexis artificial ni perfusión de oxitocina de forma rutinaria si hay progreso. • Si no hay progreso, romper bolsa. Si 2 horas más tarde el progreso de la dilatación es <1cm, hay un retarse en el progreso de la dilatación y se ofrecerá estimulación con oxitocina. Ofrecer epidural antes de poner oxitocina. • Alivio del dolor: inmersión en agua caliente, masaje y contacto físico, pelotas de goma, técnicas de respiración o relajación, inyección de agua estéril, TENS, óxido nitroso, administración de opioides parenterales (junto con antieméticos), administración de remifentanilo monitorizando SO₂ materna y prescripción de oxígeno complementario. Analgesia neuroaxial
<p>17º Asistencia</p> <p>Al periodo expulsivo (2ª fase del parto)</p> <p>Al recién nacido</p> <p>Y al alumbramiento (3ª fase del parto)</p>	<p>Matrona, obstetra, auxiliar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar que se adopte la posición más cómoda • Evitar episiotomía rutinaria • Evitar pujos precoces (antes de tener sensación de pujo) y/o sostenidos (maniobra de Valsalva), así como presión fúndica (maniobra de Kristeller). • Recomendación de pujo espontáneo. En caso de ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva de la segunda etapa del parto. • Durante la segunda etapa del parto: no realizar masaje perineal, aplicación de compresas calientes, protección activa del periné mediante técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal y pidiendo a la mujer que no empuje. • NO usar anestésico local en spray.

		<ul style="list-style-type: none"> • <u>2ª fase del parto prolongada:</u> <u>Fase pasiva de la 2ª etapa del parto</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ duración normal en nulíparas con o sin epidural= 2 horas ➤ duración normal en multíparas sin epidural= 1 hora, con epidural= 2 horas. <u>Fase activa de la 2ª etapa del parto</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Duración normal en nulíparas con epidural= 2 horas, sin epidural= 1 hora ➤ Duración normal en multíparas con o sin epidural= 1 hora Los tiempos totales deben <u>acortarse 1 hora</u> en gestantes con <u>cesárea anterior</u> sin parto vaginal previo • Manejo activo del alumbramiento, o 3ª fase del parto (10 UI iv/im) • ENTORNO AL NACIMIENTO: Ambiente silencioso, poca luz, puertas cerradas, mínimo número de profesionales • SUTURA 1er grado: si se sutura 2º grado: técnica continua Material sintético de absorción normal • Recién nacido: piel con piel, identificación, Apgar, pinzamiento tardío del cordón umbilical, NO sondaje nasogástrico ni rectal. Posponer la exploración del RN (al menos la primera hora de vida). Determinación de gases (arterial y venoso), muestra de sangre del cordón en Rh-. • Postparto inmediato vigilar: Madre: tono uterino, pérdida de sanguínea, constantes vitales, evacuación de vejiga. RN: temperatura, no bañar en las primeras horas, alentar a la lactancia materna preferentemente durante la primer hora Permanencia en postparto inmediato un mínimo de 2 horas. Después de esas dos horas: profilaxis oftálmica y vit k 1 mg im.
--	--	--

<p>18° Hospitalización</p> <p>Y</p> <p>Alta hospitalaria</p>	<p>Pediatra, obstetra, enfermera, matrona, auxiliar de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la inscripción en RUPYNA en las primeras 24h desde el nacimiento. • Complimentar el Documento de Salud Infantil. Comprobar antes del alta el resultado del cribado de estreptococo. • Valoración clínica de la madre: involución uterina, aspecto de los loquios, sangrado genital, constantes, estado de la episiotomía/desgarro si los hubiere, aconsejar deambulación precoz. • Mujeres Rh-, administrar dentro de las 72 horas postparto inmunoglobulina anti-D cuando el RN sea Rh+. • Atención al neonato: exploración física, administración de primera dosis de VHB (im), a los RN de madres portadoras de VHB se les administrará en las primeras horas de vida, una dosis de inmunoglobulina y vacunación universal, pero se adelantará la segunda dosis de vacuna al mes de vida. Los cuidados del cordón sólo requieren mantenerlo limpio y seco, la limpieza con agua y jabón y el secado el suficiente. La postura del RN en la cuna será en decúbito supino, información y apoyo a la lactancia materna (LM), cribado de hipoacusia, pasadas las primeras 24 horas tras el nacimiento. • Alimentación del RN: el puerperio es un momento clave para promocionar y apoyar la lactancia materna, LM a demanda y exclusiva, a partir de las 24h de vida necesitará un mínimo de 8-12 tomas al día, se ha de evaluar al menos dos tomas de pecho al día para detectar precozmente problemas de agarre o succión y se verificará antes del alta que el bebé toma de manera adecuada • RN con lactancia artificial: se debe enseñar a la mujer a la correcta medición de las cantidades de la toma, limpieza, esterilización y almacenamiento. Así como a preparar correctamente el biberón hirviendo la leche al menos a 70°C para eliminar el E. Sakasakii que puede crecer en la leche en polvo. • Se dará el alta hospitalaria antes de las 48 horas a aquellas mujeres sin patología puerperal, cuyos bebés hayan nacido a término y sin complicaciones. • En el momento del alta: informe del alta para la mujer, informe del alta del RN, formulario para la recogida de la muestra del cribado de
--	---	---

		metabolopatías, y cita para el cribado de hipoacusia si este no se ha realizado antes del alta hospitalaria.
19° Visita puerperal	Matrona, enfermera de AP	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de datos del parto y vivencias. • Valoración de: estado actual, anímico, emocional (si se sospecha depresión postparto aplicar Escala de Edinburgh), apoyo familiar, estrategias de afrontamiento. • Valorar si precisa exploración de: mamas, cicatriz de episiotomía o cesárea, involución uterina y loquios. • Exploración del RN: aspecto general, vitalidad, hidratación, coloración, reflejos, estado del ombligo. Evaluación de la nutrición del RN. • Completar calendario vacunal en aquellas mujeres en las que no exista evidencia de inmunización, tan pronto como sea posible después del parto. • Recomendaciones: higiene general, cuidados de episiotomía, ejercicios para recuperación del periné, paracetamol vo en caso de dolor perineal, uso de tratamiento con frio localizado, programa de entrenamiento de suelo pélvico en mujeres que presentan incontinencia después del parto. Uso de laxante tipo lactulosa en aquellas mujeres en las que persiste el estreñimiento. • Refuerzo de la lactancia natural • Actividad sexual y anticoncepción.

OBSERVACIONES

Se solicitarán las siguientes pruebas cuando existan los factores de riesgo descritos a continuación.

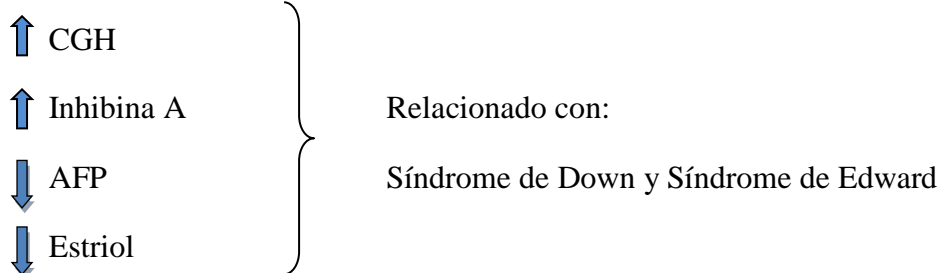
- **VHC:** si existen antecedentes de consumo de drogas vía parenteral, gestantes receptoras de transfusiones sanguíneas, trasplantadas, mujeres con VIH, gestante portadora de VHC.
- **Enfermedad de Chagas:** todas aquellas mujeres originarias o que han permanecido durante un tiempo en una zona endémica.
- **Cribado de disfunción tiroidea:** mujeres mayores de 30 años, mujeres con historia familiar de enfermedad tiroidea, con antecedentes personales de enfermedad tiroidea, con diabetes mellitus tipo 1 u otros trastornos autoinmunes, mujeres con antecedentes de abortos de repetición, de irradiación de cabeza o cuello, en tratamiento sustitutivo con levotiroxina o que viven en zonas presumiblemente deficientes en yodo.
- **Diabetes gestacional (Test de O'Sullivan):** IMC \geq 30, antecedentes de hijos macrosómicos, antecedentes de diabetes gestacional o glucemia basal alterada/tolerancia alterada a la glucosa, antecedentes familiares de primer grado de diabetes.

Cuádruple Test: es más precisa si se realiza entre la semana 16 y 18. Se miden los siguientes valores en sangre

- Inhibina A
- Alfafetoproteína (AFP)
- Estradiol libre
- HCG

Si nos encontramos:

↑ AFP se relaciona con: embarazo gemelar, anencefalia, defecto intestinal, aborto espontáneo, espina bífida, tetralogía de Fallot y Sd. De Turner.



ANEXOS

1. CONSEJOS PRECONCEPCIONALES

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

2. MANEJO DE PROBLEMAS FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO

- Náuseas y vómitos
- Pirosis
- Estreñimiento
- Hemorroides
- Varices
- lumbalgia

3. RCTG

4. ESCALA POSTNATAL DE EDIMBURGH