Preguntas para responder

CONSULTA PRECONCEPCIONAL

1. ¿Cuál es el objetivo y cuál debe ser el contenido de una visita preconcepcional?

ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Visitas y seguimiento durante el embarazo

Organización de los cuidados prenatales

2. ¿Qué profesionales deben prestar los cuidados prenatales?

Visitas y seguimiento durante el embarazo

3. ¿El número de visitas de seguimiento durante el embarazo influye en los resultados de salud de la madre y/o del/la recién nacido/a?
4. ¿Cuál debe ser el contenido de la historia clínica?
5. ¿Cuál es la utilidad de la exploración rutinaria del índice de masa corporal (IMC) y vigilancia del peso, toma de tensión arterial, exploración mamaria y la exploración ginecológica al inicio del embarazo? ¿Cuál es la utilidad del cribado universal de trastornos hipertensivos [toma de Tensión Arterial (TA) y tiras reactivas] y en qué momento del embarazo debe realizarse? ¿Cuál es la utilidad del cribado universal de cáncer de cervix y en qué momento del embarazo debe realizarse?
6. ¿Cuál es la utilidad de la determinación del nivel de urea plasmática en una bioquímica?
7. ¿Cuál es la utilidad de la determinación del nivel de creatinina plasmática en una bioquímica?
8. ¿Cuál es la utilidad de la determinación del nivel de ácido úrico plasmático en una bioquímica?
9. ¿Cuál es la utilidad del cribado universal de sífilis en gestantes y en qué momento del embarazo debe realizarse?
10. ¿Cuál es la utilidad del cribado universal de la enfermedad de Chagas en gestantes y en qué momento del embarazo debe realizarse?
11. ¿Cuál es la utilidad del cribado universal de clamidia en gestantes y en qué momento del embarazo debe realizarse?
12. ¿Cuál es la utilidad del cribado universal de vaginosis bacteriana en gestantes asintomáticas y en qué momento del embarazo debe realizarse?
13. ¿Cuál es la utilidad del cribado universal para rubeola en gestantes y en qué momento del embarazo debe realizarse?

Han transcurrido más de 4 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

14. ¿Cuál es la utilidad del cribado universal de infecciones por toxoplasma en gestantes y en qué momento del embarazo debe realizarse?
15. ¿Cuál es la utilidad del cribado universal para varicela en gestantes y en qué momento del embarazo debe realizarse?
16. ¿Cuál es la utilidad del cribado universal para citomegalovirus en gestantes y en qué momento del embarazo debe realizarse?
17. ¿Cuál es la utilidad del cribado universal para virus hepatitis B en gestantes y en qué momento del embarazo debe realizarse?
18. ¿Cuál es la utilidad del cribado universal para la hepatitis C en gestantes y en qué momento del embarazo debe realizarse?
19. ¿Cuál es la utilidad del cribado universal del estreptococo del grupo B en gestantes y en qué momento del embarazo debe realizarse?
20. ¿Cuál es la utilidad del cribado universal del virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes y en qué momento del embarazo debe realizarse?
21. ¿Cuál es la utilidad del cribado universal de bacteriuria asintomática en gestantes y en qué momento del embarazo debe realizarse?
22. ¿Cuál es la utilidad del cribado universal para la anemia y en qué momento del embarazo debe realizarse?
23. ¿Cuál es la utilidad de la determinación del nivel de ferritina en una bioquímica?
24. ¿Cuál es la utilidad del cribado universal para la incompatibilidad Rh y en qué momento del embarazo debe realizarse?
25. ¿Cuál es la efectividad y las pautas más apropiadas para la profilaxis anti-D en la prevención de la sensibilización Rh?
26. ¿Cuál es la utilidad del cribado universal de patología tiroidea y en qué momento del embarazo debe realizarse?
27. ¿Cuál es el método de cribado más adecuado para el despistaje de la diabetes gestacional? ¿En qué momento del embarazo debe realizarse el cribado de la diabetes gestacional? ¿Qué criterios son los más adecuados para considerar a una embarazada como diabética gestacional?
28. ¿Cuál es la utilidad del cribado universal del riesgo de parto pretérmino y en qué momento del embarazo debe realizarse?
29. ¿Es beneficioso realizar un plan de nacimiento durante el embarazo?

Exploración ecográfica y diagnóstico prenatal

30. ¿En qué semana de gestación se deben realizar las exploraciones ecográficas? ¿Se deriva alguna complicación de la realización de las exploraciones ecográficas?
31. ¿Qué información derivada de las pruebas ecográficas debe aportarse? ¿De qué manera y en qué momento debe aportarse esta información?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

32. ¿Cuál es el rendimiento del test combinado para el cribado de cromosomopatías frente a la realización de pruebas invasivas?

Control del crecimiento y bienestar fetales

33. ¿Es útil la medición de la altura uterina para predecir el control del crecimiento fetal?
34. ¿Cuál es el beneficio del estudio *doppler* de las arterias uterinas y de la arteria umbilical en los embarazos de bajo riesgo?
35. ¿Son necesarios los controles rutinarios de cardiotocografía para la evaluación antenatal del bienestar fetal? De ser necesarios, ¿a partir de qué semana de gestación?

Vacunas durante el embarazo

36. ¿Qué vacunas están indicadas y cuáles están contraindicadas durante la gestación?

Estilos de vida durante el embarazo

Hábitos alimentarios

37. ¿Es necesario realizar indicaciones específicas sobre los hábitos alimentarios y la dieta durante el embarazo?
38. ¿Cuáles son las recomendaciones sobre ingesta alimentaria durante el embarazo?
39. Con una dieta variada, ¿se cubren las necesidades de micronutrientes como hierro, vitaminas o yodo?

Suplementación farmacológica de nutrientes

40. ¿Cuál es el efecto de la profilaxis con hierro en mujeres durante el embarazo?
41. ¿Es necesario realizar una suplementación farmacológica con yodo durante el embarazo?
42. ¿Es necesario realizar una suplementación farmacológica con ácido fólico durante el embarazo?
43. ¿Es necesario realizar una suplementación farmacológica con complejos vitamínicos durante el embarazo?
44. ¿Son seguros los suplementos alimentarios (ácidos grasos omega3) durante el embarazo?

Medicación durante el embarazo

45. ¿Que fármacos de uso corriente son seguros durante el embarazo?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Alcohol y tabaco durante el embarazo

46. ¿Cuáles son las consecuencias del consumo de alcohol durante el embarazo?
47. ¿Existen programas para reducir el consumo de alcohol dirigidos a las mujeres embarazadas?
48. ¿Cuáles son las consecuencias del tabaquismo activo y pasivo durante el embarazo?
49. ¿Existen programas de deshabituación tabáquica específicos dirigidos a las mujeres embarazadas?

Ejercicio durante el embarazo

50. ¿Es necesario el ejercicio físico o la práctica del deporte en determinadas circunstancias durante el embarazo?

Cambios psicológicos del embarazo. Estrés psicosocial y trastornos afectivos

51. ¿Cuáles son las herramientas con un mejor rendimiento en la detección de trastornos mentales durante el embarazo?

Sexualidad

52. ¿La actividad sexual se relaciona con la aparición de problemas durante el embarazo? ¿La actividad sexual se relaciona con la aparición de contracciones de parto?

Viajes

53. ¿Qué consejos son necesarios realizar durante el embarazo a las mujeres que desean viajar?

Manejo de problemas frecuentes durante el embarazo

54. ¿Cuál es el efecto de las intervenciones para el tratamiento de las náuseas y vómitos durante el embarazo?
55. ¿Cuál es el efecto de las intervenciones para prevenir o tratar la pirosis durante el embarazo?
56. ¿Cuál es el efecto de las intervenciones para la prevención o el alivio del estreñimiento durante el embarazo?
57. ¿Cuál es el efecto de las intervenciones para la prevención o el alivio de las varices durante el embarazo?
58. ¿Cuál es el efecto de las intervenciones para la prevención o el alivio de las hemorroides durante el embarazo?
59. ¿Cuál el efecto de las intervenciones usadas para la prevención o el tratamiento de la lumbalgia durante el embarazo?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Manejo de la gestación en presentación podálica a partir de la semana 35

60. ¿Qué intervenciones han mostrado un beneficio para intento de versión externa a cefálica exitosa?
61. ¿Cuáles son las condiciones idóneas para la realización de una versión externa?
62. ¿Cuál es el momento idóneo para la realización de un intento de versión externa a cefálica?

Preparación al nacimiento

63. ¿Qué eficacia ha demostrado la realización de programas de educación para la preparación al nacimiento?

Manejo de la gestación a partir de la semana 41

64. ¿Cuál es el manejo obstétrico más adecuado de la gestación a partir de la semana 41?

ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO

Atención durante el puerperio hospitalario

65. ¿Qué controles y cuidados son las más adecuados para el/la recién nacido/a durante el ingreso hospitalario?
66. ¿Qué controles y cuidados son los más adecuados para la madre durante el ingreso hospitalario?
67. ¿Qué profesional es el idóneo para el control de puerperio hospitalario?
68. ¿Cuáles son los beneficios de la no-separación y el alojamiento conjunto madre-bebé durante la estancia hospitalaria para la salud materna y neonatal? ¿Cuáles son los beneficios del colecho durante la estancia hospitalaria para la salud materna y neonatal?

Alta hospitalaria y consejos sobre cuidados durante el puerperio

69. ¿Cuáles son los beneficios y seguridad del alta hospitalaria precoz?
70. ¿Cuál es la información idónea y los cuidados recomendados en el momento del alta hospitalaria? ¿Cuáles son los signos de alarma, relacionados con la madre y el/la recién nacido/a, de los que hay que informar al alta hospitalaria?

Visitas de control durante el puerperio en atención primaria

71. ¿Qué controles son los idóneos en el puerperio en atención primaria, y en qué momento y lugar deben realizarse? ¿Quién es el/la profesional idóneo para asistir el puerperio en atención primaria?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Manejo de problemas frecuentes durante el puerperio

72. ¿Cuál es el beneficio de los tratamientos para el dolor perineal?
73. ¿Cuál es el beneficio de los tratamientos para la cefalea postpunción dural?
74. ¿Cuál es el beneficio de los tratamientos para la lumbalgia postpunción dural?
75. ¿Cuál es el beneficio de los tratamientos para el estreñimiento?
76. ¿Cuál es el beneficio de la rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico durante el puerperio?

Anticoncepción durante el puerperio

77. ¿En qué momento se puede iniciar un tratamiento anticonceptivo tras el parto?
78. ¿Qué consideraciones especiales deben realizarse tras el parto según el tipo de anticonceptivo?

Salud mental durante el puerperio

79. ¿Cuáles son las herramientas con un mejor rendimiento en la detección de trastornos mentales durante el puerperio?
80. ¿El contacto de la madre con otras redes de madres y grupos de apoyo reduce el riesgo de problemas mentales y depresión posparto?

Lactancia

81. ¿Qué prácticas favorecen la instauración de la lactancia materna durante el puerperio?
82. ¿Qué prácticas favorecen el mantenimiento de la lactancia materna durante el puerperio?
83. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado para las grietas en el pezón, la ingurgitación mamaria y la mastitis?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Clasificación de la calidad de la evidencia y gradación de la fuerza de las recomendaciones

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE			
Calidad de la evidencia científica	**Diseño del estudio**	**Disminuir la calidad si**	**Aumentar la calidad si**
Alta	ECA	**Limitación en el diseño:** Importante **(-1)** Muy importante **(-2)** **Inconsistencia (-1)** **Evidencia directa:** Alguna **(-1)** incertidumbre Gran **(-2)** incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa **Datos imprecisos (-1)** **Sesgo de notificación:** Alta probabilidad de **(-1)**	**Asociación:** • Evidencia científica de una fuerte asociación (RR>2 o <0,5 basado en estudios observacio-nales sin factores de confusión) **(+1).** • Evidencia científica de una muy fuerte asociación (RR>5 o <0,2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos) **(+2)** Gradiente dosis respuesta **(+1)** Todos los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado **(+1)**
Moderada			
Baja	Estudios observacionales		
Muy baja	Otros tipos de diseño		

Implicaciones de la fuerza de recomendación en el sistema GRADE		
Implicaciones de una recomendación fuerte		
Mujeres	**Clínicos**	**Gestores / Planificadores**
La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían	La mayoría de mujeres deberían recibir la intervención recomendada.	La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones.
Implicaciones de una recomendación débil:		
Mujeres	**Clínicos**	**Gestores / Planificadores**
La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada pero un número importante de ellas no.	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para diferentes mujeres y que el médico tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias.	Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones de la GPC

Consulta preconcepcional

Enfermedades crónicas	
√	Se sugiere informar a las mujeres que planifican un embarazo y padecen una enfermedad crónica sobre la posible repercusión en la evolución de su enfermedad y en los resultados perinatales. Se sugiere realizar una detallada anamnesis para identificar todos los posibles riesgos y planificar adecuadamente el embarazo. En algunos casos de mujeres con diabetes, epilepsia, hipotiroidismo u otras enfermedades crónicas, al principio del embarazo puede ser necesario reevaluar el tratamiento habitual por el médico/a que atiende el proceso.
√	En mujeres que planifican su embarazo, con sobrepeso u obesidad (IMC≥25 kg/m^2) y con más de un factor de riesgo adicional de diabetes (incluyendo antecedentes de diabetes gestacional), se sugiere el cribado para detectar la prediabetes y la diabetes tipo 2.
√	En mujeres que planifican su embarazo y son diabéticas se sugiere optimizar el control glucémico hasta alcanzar, antes del embarazo, el mejor control posible.
√	En mujeres que planifican su embarazo y presentan hiertensión arterial (HTA) crónica se sugiere revisar la medicación antihipertensiva por si fuera conveniente su modificación.
√	En mujeres que planifican su embarazo y presentan epilepsia se sugiere revisar la medicación por si fuera conveniente modificarla o suspenderla antes del embarazo e iniciar la suplementación con ácido fólico (5 mg/día) almenos un mes antes de la concepción y mantenerla hasta las 12 semanas de gestación.
Antecedentes reproductivos	
√	En todas las mujeres que planifican su embarazo se sugiere evaluar los antecedentes reproductivos.
√	En mujeres que planifican su embarazo y presentan antecedentes de parto pretérmino se sugiere evaluar y controlar las posibles causas de recurrencia antes del siguiente embarazo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

√	En mujeres que planifican su embarazo y presentan antecedentes de abortos de repetición (más de tres pérdidas reproductivas según el Colegio Británico de Obstetricia y Ginecología) se sugiere realizar un estudio para identificar las posibles causas y valorar su tratamiento.
√	En mujeres que planifican su embarazo y presentan antecedentes de muerte fetal se sugiere completar el estudio de las posibles causas y modificar los posibles factores de riesgo asociados.
√	En mujeres que planifican su embarazo y presentan antecedentes de cesárea se sugiere aconsejar esperar un mínimo de 18 meses hasta el siguiente parto.
Enfermedades infecciosas	
√	En mujeres que planifican su embarazo y que no están inmunizadas frente a la hepatitis B se sugiere la vacunación antes del embarazo.
√	En mujeres que planifican su embarazo y presentan alto riesgo de infección por virus de la hepatitis C (VHC) se sugiere el cribado de hepatitis C para ofrecer información sobre los posibles riesgos de transmisión vertical.
√	En mujeres que planifican su embarazo y que no están inmunizadas frente a la rubeola se sugiere la vacunación antes del embarazo con vacuna triple vírica y tomar precauciones para evitar el embarazo durante los 28 días siguientes a la vacunación.
√	En mujeres que planifican su embarazo se sugiere aconsejar sobre las medidas adecuadas para evitar la infección por *Toxoplasma gondii* durante el embarazo.
Nutrición	
√	En mujeres que planifican su embarazo se sugiere recomendar una dieta equilibrada de nutrientes.
√	En mujeres que planifican su embarazo se sugiere recomendar el consumo de sal yodada.
√	En mujeres que planifican su embarazo y que presentan un índice de masa corporal≥25 kg/m^2 o ≤18 kg/m^2 se sugiere ofrecer información y consejo dietético así como la realización de actividad física.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Consumo de sustancias tóxicas	
√	En mujeres que planifican su embarazo se sugiere realizar una anamnesis detallada sobre el consumo de tabaco, alcohol, fármacos y otras sustancias psicoactivas.
√	En mujeres que planifican su embarazo y son fumadoras o consumen alcohol, se sugiere recomendar el abandono del consumo y proponer intervenciones de deshabituación.
√	En mujeres que planifican su embarazo y que consumen drogas, se sugiere recomendar el abandono del consumo con intervenciones de deshabituación.
Intervenciones educativas y de promoción de la salud	
√	En mujeres que planifican su embarazo se sugiere recomendar la realización de ejercicio físico de manera habitual.
Suplementos farmacológicos	
√	En las mujeres que planifican su embarazo se sugiere la suplementación diaria con 0,4 mg de ácido fólico desde al menos uno o dos meses previos a la concepción. En las mujeres con antecedentes de defectos del tubo neural, que han tenido un hijo anterior con defecto del tubo neural, son diabéticas o están tomando anticonvulsionantes, se recomienda la suplementación diaria con dosis de 5 mg de ácido fólico.
√	Se sugiere no administrar de manera sistemática una suplementación diaria con yodo a las mujeres que planifican su embarazo.
√	Se sugiere no administrar de manera sistemática a las mujeres que planifican su embarazo una suplementación diaria con un preparado multivitamínico para evitar defectos del tubo neural.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Atención durante el embarazo

Organización de los cuidados prenatales

Fuerte	Se recomienda que los cuidados prenatales en las gestaciones sin complicaciones sean proporcionados por las matronas y el/la médico/a de familia, con la participación del resto de los/las profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria y el apoyo de la unidad obstétrica correspondiente.
√	Se sugiere que las visitas prenatales programadas en las gestaciones sin complicaciones puedan coordinarse por matronas.

Visitas y seguimiento durante el embarazo

Número de visitas	
Débil	Se sugiere un programa de seguimiento de entre 6 y 9 visitas en mujeres con bajo riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo o el parto.
Contenido de la historia clínica	
Fuerte	Se recomienda que en la primera visita prenatal se realice una anamnesis registrando la información en una historia clínica estructurada con la finalidad de valorar el estado general de la mujer e identificar posibles factores de riesgo.
√	Se sugiere que la historia clínica se actualice en cada visita de seguimiento del embarazo.
√	Se sugiere registrar toda la información en una historia clínica informatizada y compartida que facilite la integración de todos los niveles de atención (primaria y hospitalaria).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Utilidad de la exploración rutinaria del Índice de Masa Corporal (IMC), vigilancia del peso, toma de tensión arterial, exploración mamaria y exploración ginecológica durante el embarazo. Utilidad del cribado universal de trastornos hipertensivos y de cáncer de cervix	
Fuerte	Se recomienda calcular el índice de masa corporal en la primera visita prenatal, para identificar a aquellas mujeres que requieran un seguimiento de la ganancia del peso durante su embarazo.
Fuerte	Se recomienda tomar la presión arterial en cada visita prenatal para detectar el riesgo de preeclampsia.
Débil	Se sugiere no realizar una exploración mamaria como método de cribado de cáncer de mama, ni con el fin de promocionar la lactancia materna ni identificar posibles dificultades en el amamantamiento.
Débil	Se sugiere no realizar una exploración ginecológica en el transcurso de las visitas prenatales con la finalidad de predecir la posibilidad de un parto pretérmino o de detectar patología ginecológica.
Débil	Se sugiere no realizar una pelvimetría con la finalidad de valorar la necesidad de cesárea en mujeres con un bebé con presentación cefálica a término.
Débil	Se sugiere no realizar tactos vaginales ni la maniobra de Hamilton como procedimiento de rutina en aquellas mujeres con un embarazo sin complicaciones antes del término y que no tengan ninguna indicación de finalización de la gestación.
Débil	Se sugiere no realizar una citología cervical rutinariamente durante la primera visita prenatal para valorar el riesgo de cáncer de cérvix.
√	Se sugiere retrasar la citología hasta 6 u 8 semanas tras el parto en mujeres con una historia previa de citologías negativas a las que les corresponde una nueva prueba de cribado, salvo en los casos en los que existan dudas sobre el seguimiento del cribado por parte de la mujer o hayan transcurrido más de 5 años desde la última citología.
Débil	Se sugiere la determinación de proteinuria en cada visita prenatal para detectar el riesgo de preclampsia.
√	Se sugiere individualizar la valoración del peso durante el embarazo, evitando pesar rutinariamente en todas las visitas prenatales.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Parámetros útiles de la bioquímica durante el embarazo	
Débil	Se sugiere no determinar de manera rutinaria el nivel de urea en sangre en mujeres embarazadas.
Débil	Se sugiere no determinar de manera rutinaria el nivel de creatinina en sangre en la determinación bioquímica inicial para determinar el riesgo de hipertensión durante el embarazo en mujeres sin riesgo de sufrir complicaciones durante su gestación.
√	Se sugiere determinar el ácido úrico en suero en la analítica del segundo trimestre como un signo de alerta de preeclampsia en mujeres normotensas.
Cribado de infecciones durante el embarazo	
Débil	Se sugiere ofrecer un cribado rutinario de sífilis a todas las mujeres embarazadas en la primera visita del embarazo.
√	Dado que las pruebas de cribado de sífilis pueden dar resultados falsos positivos, se sugiere disponer de protocolos adecuados de diagnóstico.
Fuerte	Se recomienda ofrecer la realización de un cribado de la enfermedad de Chagas en la primera visita del embarazo a todas aquellas mujeres originarias o que han permanecido durante un tiempo en una zona endémica.
Débil	Se sugiere no realizar un cribado sistemático de clamidia a todas las mujeres embarazadas.
Débil	Se sugiere ofrecer un cribado de clamidia a mujeres embarazadas asintomáticas que tengan riesgo de infecciones de transmisión sexual.
Débil	Se sugiere no realizar un cribado rutinario de vaginosis bacteriana a todas las mujeres embarazadas.
Fuerte	Se recomienda ofrecer un cribado de rubeola a las gestantes en la primera visita prenatal para valorar la inmunidad frente a la rubeola y posibilitar la vacunación tan pronto como sea posible en el posparto de mujeres no inmunizadas.
Débil	Se sugiere no ofrecer el cribado de infección por toxoplasma a toda mujer gestante.
√	Se sugiere informar a las mujeres sobre las medidas dietéticas e higiénicas dirigidas a reducir el riesgo de una infección por Toxoplasma.

Han transcurrido más de cinco años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

√	Se sugiere que en el transcurso del embarazo, en la anamnesis se realice un cribado de varicela mediante la revisión de los antecedentes médicos personales de varicela de la mujer, con el fin de evitar el contacto con cualquier persona que tenga varicela en el caso de no estar inmunizada, y que consulte con un profesional sanitario en caso de contacto.
√	Se sugiere aconsejar a las gestantes seronegativas al virus de la varicela zóster que eviten el contacto con cualquier persona que tenga varicela, y que consulte con un profesional sanitario en caso de contacto.
Fuerte	Se recomienda no realizar un cribado de citomegalovirus en el embarazo.
Débil	Se sugiere informar a la mujer de una serie de medidas higiénicas dirigidas a evitar la exposición a la saliva y a la orina que pueden contener el citomegalovirus.
Fuerte	Se recomienda ofrecer un cribado de la hepatitis B a todas las mujeres embarazadas en su primera visita.
√	Se sugiere que en los casos en los que la gestante presente antígeno HbsAg (+) sea remitida al servicio correspondiente para estudiar si es portadora asintomática o padece una hepatopatía crónica, con el fin de instaurar tratamiento si procede y programar un seguimiento.
Fuerte	Se recomienda no realizar un cribado universal del virus de la hepatitis C (VHC) en mujeres embarazadas.
√	Se sugiere valorar la realización de cribado del virus de la hepatitis C en mujeres que se consideren que tienen riesgo de infección por el VHC: antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral, receptoras de transfusiones sanguíneas, trasplantadas antes de la década de los 90, mujeres Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) positivas, portadoras del VHB, con historia de intervenciones con endoscopias o hemodiálisis, o que tengan una pareja con una infección del VHC.
Débil	Se sugiere ofrecer un cribado universal para la colonización por estreptococo B entre la semana 35 y 37 de gestación para disminuir el riesgo de sepsis neonatal.
Fuerte	Se recomienda ofrecer un cribado universal de VIH en la primera visita prenatal.
√	Se sugiere repetir la determinación en la última analítica del embarazo en mujeres con riesgo de infección por VIH.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Fuerte	Se recomienda la realización de un cultivo de orina en todas las mujeres embarazadas en la primera visita del embarazo para detectar la presencia de bacteriuria asintomática para prevenir el riesgo de infección de tracto urinario superior y de bajo peso al nacer.
Cribado de anemia durante el embarazo	
Débil	Se sugiere realizar un cribado universal de anemia en mujeres embarazadas durante la primera visita prenatal.
√	Se sugiere repetir el cribado universal de anemia en mujeres embarazadas alrededor de las 28 semanas de gestación.
√	Se sugiere establecer el diagnóstico de anemia en el embarazo cuando la hemoglobina es inferior a 11 g/dl en el primer trimestre, inferior a 10,5 g/dl en el segundo e inferior a 11 g/dl en el tercer trimestre.
Fuerte	Se recomienda determinar el nivel de ferritina en suero para confirmar un diagnóstico dudoso de anemia ferropénica.
Cribado de isoinmunización Rh	
Fuerte	Se recomienda realizar un cribado de compatibilidad Rh, del grupo sanguíneo ABO y de anticuerpos irregulares a todas las mujeres embarazadas durante la primera visita prenatal.
Fuerte	Se recomienda repetir la determinación de anticuerpos anti-Rh a las mujeres embarazadas Rh negativo con incompatibilidad Rh entre las 24 y 28 semanas de gestación.
Profilaxis anti-D	
Fuerte	Se recomienda ofrecer profilaxis prenatal rutinaria con una administración de 300 µg (1.500 UI) de inmunoglobulina anti-D a las mujeres embarazadas Rh negativo y no sensibilizadas para reducir el riesgo de sensibilización.
Fuerte	Se recomienda administrar la profilaxis prenatal como dosis única a las 28 – 30 semanas de gestación a las mujeres Rh negativo y no sensibilizadas.
Fuerte	Se recomienda administrar dosis única de inmunoglobulina anti-D durante las primeras 72 horas tras cualquier episodio de potencial sensibilización (aborto, embarazo ectópico, mola parcial, biopsia de corion, amniocentesis, cordocentesis, versión cefálica externa).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Fuerte	Se recomienda administrar una dosis adicional de inmunoglobulina anti-D si se produce una hemorragia fetomaterna de entre 10 y 15 mL.
Fuerte	Se recomienda ofrecer profilaxis con la administración de 300 µg (1.500 UI) de inmunoglobulina anti-D a las mujeres Rh negativas y no sensibilizadas cuyo recién nacido (RN) sea Rh positivo durante las primeras 72 horas posparto.
Cribado de hipotiroidismo	
√	Se sugiere la realización de cribado de la función tiroidea en la primera visita en gestantes con factores de riesgo de disfunción tiroidea: mujeres mayores de 30 años, mujeres con historia familiar de enfermedad tiroidea, mujeres con antecedentes personales de enfermedad tiroidea, mujeres con DM 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 que presumiblemente son deficientes en yodo.
Cribado de diabetes gestacional	
√	Se sugiere que en las gestantes sin riesgo de complicaciones se valoren los siguientes factores de riesgo de diabetes gestacional durante las primeras visitas del embarazo: IMC≥30 kg/m^2, antecedentes de hijos macrosómicos con peso al nacer ≥4,5 kg, antecedentes de diabetes gestacional, o antecedentes familiares de primer grado de diabetes.
√	Se sugiere realizar un cribado de diabetes gestacional durante el primer trimestre en aquellas mujeres con antecedentes de diabetes gestacional.
√	Se sugiere repetir el cribado entre las semanas 24 y 28 de gestación en aquellas mujeres en las que se identifique cualquiera de los factores de riesgo de diabetes gestacional con un resultado negativo en el cribado del primer trimestre, o con un resultado positivo y una curva de glucemia normal.
√	Se sugiere realizar el test de O'Sullivan entre las semanas 24-28 como prueba de cribado, informando a las mujeres sobre las características de la prueba.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Cribado de riesgo de parto pretérmino	
Débil	Se sugiere no realizar rutinariamente una determinación ecográfica de la longitud del cuello uterino.
Débil	Se sugiere no determinar de forma rutinaria mediante ecografía la tunelización del cuello uterino a toda mujer embarazada sin signos o síntomas previos de amenaza de parto prematuro.
Plan de parto y nacimiento	
Débil	Se sugiere ofrecer a las mujeres embarazadas la posibilidad de elaborar un plan de parto y nacimiento a partir de la semana 28 que permita conocer las preferencias de la mujer.
√	Se sugiere que el plan sea recibido por el hospital e incorporado a la historia clínica con la finalidad de que los/las profesionales que atiendan el parto conozcan los deseos de la mujer y puedan planificar el parto conjuntamente.

Exploración ecográfica y diagnóstico prenatal

Cronología	
Fuerte	Se recomienda la realización de dos ecografías durante el embarazo en mujeres sin factores de riesgo.
Fuerte	Se recomienda realizar una primera ecografía al final del primer trimestre (11 -13^{+6}) y la segunda alrededor de la semana 20.
Débil	Se sugiere no realizar una ecografía rutinaria durante el tercer trimestre del embarazo.
Información	
√	Antes de cada exploración ecográfica se sugiere informar a la mujer sobre las características y objetivos de la prueba, así como de las limitaciones de la ecografía, comprobando que la mujer ha entendido la información proporcionada.
√	Se sugiere informar a la mujer sobre el objetivo y las implicaciones de hallazgos patológicos de la ecografía para facilitar la toma de decisiones informadas, así como de las limitaciones de las exploraciones ecográficas de rutina.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Despistaje de cromosomopatías	
Fuerte	Se recomienda ofrecer un test combinado (edad materna, medición de la translucencia nucal, PAPP-A y fracción libre de β-hCG) entre las semanas 11 y 13^{+6} para determinar el riesgo de síndrome de Down.
Fuerte	Se recomienda ofrecer un test cuádruple entre las semanas 13^{+0} y 17^{+0} únicamente a aquellas gestantes a las que no se les ha podido realizar un cribado durante el primer trimestre.

Control del crecimiento y bienestar fetales

Medición de la altura uterina	
Débil	Se sugiere realizar la medición de la altura uterina en las consultas prenatales a partir de la semana 24 de gestación como parte de las intervenciones para evaluar el crecimiento fetal.
Estudio doppler de arterias uterinas	
Débil	En los embarazos con bajo riesgo de desarrollar complicaciones se sugiere no realizar de forma rutinaria *Doppler* utero-placentario y umbilical/fetal.
Cardiotocografía	
Débil	Se sugiere no realizar monitorización del bienestar fetal mediante cardiotocografía antes de la semana 40 de gestación en mujeres embarazadas sin riesgo de desarrollar complicaciones.

Vacunas durante el embarazo

√	Los/las profesionales sanitarios deben dar información a las mujeres sobre los riesgos que suponen para el feto y el recién nacido/a determinadas enfermedades inmunoprevenibles. Es necesario que el/la profesional sanitario revise durante la visita prenatal conjuntamente con la mujer su calendario vacunal, y que se discutan los beneficios derivados de la vacunación.
Fuerte	Se recomienda no administrar la vacuna atenuada de la gripe, o la vacunación antirubeola, antiparotiditis, antisarampión, y antivaricela durante el embarazo ya que están contraindicadas.
Fuerte	Se recomienda ofrecer la administración de la vacuna antigripal inactivada durante la temporada gripal a todas las mujeres embarazadas durante cualquier momento del embarazo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Fuerte	Se recomienda ofrecer la administración de la vacuna para difteria y tétanos a aquellas mujeres embarazadas que no tienen una pauta de vacunación completa, evitando su administración durante el primer trimestre de embarazo.
Fuerte	En el caso de las mujeres embarazadas en las que no existe evidencia de inmunización contra el virus de la rubeola se recomienda ofrecer la administración de una dosis de vacuna triple vírica posparto, valorando sus beneficios y riesgos durante el periodo de lactancia.
Fuerte	En las mujeres embarazadas en las que no existe evidencia de inmunización contra el virus de la varicela se recomienda administrar la primera dosis de la vacuna tan pronto termine el embarazo y, siempre que sea posible, antes de ser dada de alta del hospital. La segunda dosis de la vacuna debe administrarse entre las 4 y las 8 semanas después de la primera dosis.

Estilos de vida durante el embarazo

Hábitos alimentarios

Indicaciones específicas	
Débil	Se sugiere ofrecer un consejo nutricional a las gestantes con el fin de conseguir una dieta equilibrada y adecuar la ingesta de calorías a las necesidades del embarazo.
Débil	Se sugiere recomendar una dieta proteica-energética equilibrada en aquellas gestantes en las que se identifique una ingesta alimentaria insuficiente.
Débil	Se sugiere no recomendar de manera rutinaria una dieta con altos contenidos proteicos o isocalórica en gestantes.
Débil	Se sugiere recomendar una restricción proteico-energética a gestantes con sobrepeso o un incremento ponderal excesivo durante la gestación (>570 g por semana).
Micronutrientes en la dieta	
Débil	Se sugiere realizar una valoración de los hábitos alimentarios de la embarazada en el primer contacto con profesionales sanitarios. En esta valoración debería estimarse cuál es la ingesta diaria de alimentos para poder cuantificar su valor nutricional, y así poder informar a la mujer sobre una dieta adecuada para sus necesidades y sobre la conveniencia de complementar la dieta.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Suplementación farmacológica de nutrientes

Suplementación farmacológica con hierro	
Débil	Se sugiere no ofrecer de forma rutinaria la suplementación con hierro en mujeres gestantes.
Suplementación farmacológica con yodo	
Débil	Se sugiere la suplementación farmacológica durante la gestación con yoduro potásico a dosis de 200 µg/día en aquellas mujeres que no alcanzan las cantidades diarias recomendadas de ingesta de yodo con su dieta (3 raciones de leche y derivados lácteos + 2 g de sal yodada).
Suplementación farmacológica con ácido fólico	
Fuerte	Se recomienda la suplementación diaria en dosis de 0,4 mg/día (400 µg/día) de ácido fólico durante las primeras doce semanas de gestación.
√	En pacientes que utilizan fármacos antiepilépticos se recomienda una dosis diaria de 5 mg, independientemente del tipo de antiepiléptico que se use.
Suplementación farmacológica con complejos multivitamínicos	
√	Se sugiere informar a las mujeres embarazadas que deben evitar la ingesta de suplementos de vitamina A en dosis superiores a 2.500 UI o 750 µg por su teratogenicidad.
√	Se sugiere no suplementar a las mujeres con complejos multivitamínicos durante la gestación.

Medicación durante el embarazo

√	Se sugiere que durante el embarazo se prescriba el menor número de fármacos y en la menor dosis posible, limitándose su uso a aquellas circunstancias en las que los beneficios esperados para la madre y el feto superen a los riesgos conocidos para el feto.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Alcohol y tabaco durante el embarazo

Débil	Se recomienda que las mujeres que estén embarazadas o estén planificando un embarazo se abstengan de consumir alcohol.
√	Las mujeres deben ser informadas de que beber alcohol en exceso durante el embarazo (definida como más de 5 bebidas estándar o 7,5 unidades en una sola ocasión) supone un riesgo para el feto.
Fuerte	En el caso de que las mujeres decidan consumir alcohol durante el embarazo, se recomendará que se evite el consumo de más de una unidad de alcohol al día (equivalente a un cuarto de litro de cerveza, o 25 ml de licor o una copa de vino de 125 ml).
Débil	Se sugiere realizar algún tipo de intervención orientada a reducir el consumo de alcohol en aquellas mujeres en las que se detecta un consumo de riesgo durante el embarazo.
Fuerte	Se debe recomendar a las mujeres embarazadas que abandonen por completo el consumo de tabaco.
Fuerte	Se debe recomendar a las mujeres que planifican quedarse embarazadas que abandonen por completo el consumo de tabaco.
Fuerte	Se recomienda proporcionar a las gestantes fumadoras información detallada sobre los efectos del tabaquismo en su salud y en la del feto, así como sobre los beneficios del abandono del tabaco.
Fuerte	Se recomienda ofrecer a las gestantes fumadoras intervenciones basadas en la educación y motivación (incluida la participación en programas de deshabituación tabáquica) para conseguir el abandono del tabaquismo.
Débil	Se sugiere informar a las mujeres embarazadas que no quieren dejar de fumar y no acepten las intervenciones no farmacológicas, acerca de los riesgos y beneficios de la terapia de reemplazo a base de nicotina (NRT).

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Ejercicio durante el embarazo

√	Se recomienda ofrecer consejo individualizado sobre el inicio o mantenimiento de la actividad física, así como la intensidad, duración y frecuencia de la misma.
√	Las mujeres embarazadas deben ser informadas de los peligros potenciales de ciertas actividades durante el embarazo, por ejemplo, deportes de contacto, deportes de alto impacto y los deportes de raqueta que pueden implicar riesgo de traumatismo abdominal; las caídas o el estrés articular excesivo y el buceo pueden causar problemas en el nacimiento del feto y la enfermedad de la descompresión del feto.

Cambios psicológicos del embarazo. Estrés psicosocial y trastornos afectivos

Débil	Se sugiere realizar un cribado del estado psicosocial de las gestantes cuando exista sospecha de algún factor relevante que pueda afectar el desarrollo del embarazo o el posparto.
√	Se sugiere que los/las profesionales de la salud estén alerta ante los síntomas y signos de la violencia de género durante el embarazo, preguntando a las mujeres por posibles malos tratos en un ambiente en el que se sientan seguras, al menos en la primera visita prenatal, trimestralmente y en la revisión posparto.

Sexualidad

Débil	Se sugiere informar a las mujeres embarazadas y sus parejas que durante el embarazo pueden mantenerse relaciones sexuales de manera habitual debido a que no se asocian a ningún riesgo para el feto.

Viajes

√	Se sugiere realizar una valoración de los posibles riesgos que puedan derivarse de un viaje dependiendo de las circunstancias de la gestante y del momento del embarazo en el que exprese su deseo de viajar.
√	Cuando se expresa el deseo de viajar, se sugiere aconsejar a la mujer que se informe de las posibles restricciones que para las embarazadas establecen las compañías de transportes.
√	Cuando se expresa el deseo de viajar en avión, se sugiere informar a la mujer sobre el aumento de riesgo de tromboembolismo venoso en viajes de larga distancia.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Manejo de problemas frecuentes durante el embarazo

Naúseas y vómitos

Débil	Se sugiere ofrecer tratamiento con piridoxina para el alivio de las náuseas y vómitos durante las etapas iniciales de la gestación.
Débil	Se sugiere la administración de antihistamínicos (dimenhidrinato y meclicina), jengibre (ginger) y/o sesiones de acupresión o acupuntura como alternativas terapéuticas a la administracion de piridoxina para el alivio de las náuseas y los vómitos durante las etapas iniciales de la gestación.
Débil	Se sugiere emplear las fenotiacinas (tietilperazina) como última opción terapéutica para el alivio de las náuseas y vómitos durante las etapas iniciales de la gestación.

Pirosis

√	Se sugiere informar a las gestantes con pirosis sobre modificaciones en el estilo de vida y la dieta.
Débil	Se sugiere el uso de antiácidos para el alivio de la pirosis en mujeres embarazadas.
Débil	Se sugiere la combinación de ranitidina (antagonista de los receptores H2) con los antiácidos cuando persiste la pirosis tras el tratamiento de antiácidos solos.

Estreñimiento y hemorroides

Débil	En mujeres embarazadas con estreñimiento se sugiere aumentar la ingesta de alimentos ricos en fibra para incrementar la frecuencia de defecación.
Débil	En mujeres embarazadas con estreñimiento se puede considerar el uso de laxantes que incrementan el volumen del bolo fecal como laxantes de primera línea para aumentar la motilidad intestinal.

Varices

Débil	Se sugiere informar a las mujeres que la aparición de varices es frecuente durante el embarazo, y que el uso de medias de compresión puede contribuir a mejorar la sintomatología, aunque no asegura su prevención.
Débil	Se sugiere ofrecer rutósido (troxerutina) por vía oral a aquellas embarazadas con insuficiencia venosa para aliviar su sintomatología.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Hemorroides

Débil	Se recomienda considerar el uso de rutosidas (troxerutina) vía oral para el tratamiento sintomático de hemorroides grado 1 y 2 en embarazadas.

Lumbalgia

Débil	Se sugiere la realización de ejercicios acuáticos y otros programas de ejercicio individualizados, así como los masajes terapéuticos para aliviar la lumbalgia durante el embarazo.

Manejo de la gestación en presentación podálica a partir de la semana 35

Débil	Se sugiere ofrecer la versión cefálica externa a aquellas gestantes con feto en presentación podálica en una gestación a término (37 semanas) y sin contraindicaciones para el procedimiento con el fin de reducir las presentaciones podálicas y las cesáres por este tipo de presentación.
Débil	Se sugiere la administración de fármacos tocolíticos previa al intento de versión cefálica externa, en aquellas gestantes con un feto único en presentación podálica que hayan aceptado la realización de la versión cefálica externa.
Débil	Se sugiere no realizar un intento de versión cefálica externa antes del término (37 semanas) en aquellas gestantes con un feto en presentación podálica.
√	Se sugiere tener en cuenta las siguientes condiciones que han mostrado tener una relación con el éxito de la versión cefálica externa: multiparidad, ausencia de encaje de presentación podálica, útero relajado, cabeza fetal palpable, peso de la madre menor de 65 kg y con criterios ecográficos de localización posterior de la placenta, posición de nalgas completa e índice de líquido amniótico >10.

Preparación al nacimiento

√	Se sugiere ofrecer a todas las gestantes y sus parejas, la oportunidad de participar en una programa de preparación al nacimiento con el fin de adquirir conocimientos y habilidades relacionadas con el embarazo, el parto, los cuidados del puerperio, del/la recién nacido/a y con la lactancia.

Manejo de la gestación a partir de la semana 41

Débil	Se sugiere ofrecer a las mujeres embarazadas la posibilidad de inducir el parto en el momento que se considere más adecuado a partir de la semana 41 y antes de alcanzar la semana 42 de gestación, después de informar sobre los beneficios y riesgos de la inducción.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Atención durante el puerperio

Atención durante el puerperio hospitalario

Controles y cuidados postnatales del recién nacido/a durante la estancia hospitalaria	
Fuerte	Se recomienda realizar una sola exploración física del recién nacido/a en las primeras 24 horas a su nacimiento con la finalidad de identificar complicaciones que puedan requerir de cuidados especializados.
√	Se recomienda que se identifique correctamente al bebé desde el momento de la ligadura del cordón umbilical y evitar en lo posible la separación de la madre y su recién nacido. Antes de cualquier separación física entre la madre y el bebé se sugiere que se coloque un sistema de identificación con los datos personales de ambos, que deberá estar visible durante toda la estancia hospitalaria.
Fuerte	Se recomienda la limpieza del cordón umbilical con agua y jabón, secado posterior y cobertura con gasas limpias que deben cambiarse frecuentemente, y el cambio del pañal tras deposiciones o micciones del bebé, con la finalidad de mantener el cordón seco y limpio. Este cuidado del cordón umbilical se debe realizar hasta su caída siguiendo las medidas de asepsia e higiene de lavado de manos. Se recomienda iniciar estos cuidados exclusivamente en el momento que acabe el contacto entre la madre y su recién nacido.
Fuerte	Se recomienda que tras el nacimiento se administre a los bebés una dosis intramuscular de vitamina K de 1 mg para prevenir un episodio hemorrágico provocado por el déficit de esta vitamina.
√	Se sugiere que, cuando los padres no acepten la administración intramuscular de vitamina K, se administre una pauta oral de 2 mg al nacimiento, seguido, en los lactados al pecho total o parcialmente, de 1 mg semanal hasta la 12 semana de vida.
Fuerte	Se recomienda la administración de un antibiótico tópico en el recién nacido/a tras el parto para reducir el riesgo de conjuntivitis neonatal.
√	Se sugiere usar pomada de eritromicina al 0,5 % o pomada de tetraciclina al 1 %, en un formato unidosis para aumentar la seguridad del procedimiento.
√	Se sugiere no separar al recién nacido únicamente con el propósito de administrarle la vitamina K o el colirio antibiótico, respetando el tiempo de contacto piel con piel con su madre para realizar este procedimiento.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Controles y cuidados de la madre durante el puerperio hospitalario	
√	Se recomienda que los controles y cuidados prestados a la madre durante el puerperio hospitalario se dirijan a la identificación de signos que puedan alertar de complicaciones, prestar los cuidados que faciliten la recuperación del proceso del parto y a fomentar el autocuidado y cuidados del bebé, sobre todo en cuanto a alimentación e higiene, así como favorecer el vínculo entre la madre y el bebé.
Profesional idóneo para el control del puerperio hospitalario	
Fuerte	Se recomienda que durante el puerperio hospitalario la atención y cuidados a las madres y sus bebés sean coordinados y prestados por una matrona, identificando aquellos casos que puedan requerir cuidados adicionales o atención especializada.
Beneficios de la no separación y el colecho durante el puerperio hospitalario	
Fuerte	Se recomienda que los bebés sanos se coloquen inmediatamente tras el nacimiento, sobre el abdomen o el pecho de la madre y mantengan un contacto íntimo piel con piel.
√	Se sugiere que durante las dos primeras horas de vida el contacto piel con piel sea supervisado por un profesional sanitario con la finalidad de identificar posibles complicaciones en los bebés.
Débil	En madres con recién nacidos sanos, se sugiere que durante las noches de estancia hospitalaria en el posparto, el recién nacido/a duerma en una cuna adosada (tipo sidecar) a la cama de la madre.

Alta hospitalaria y consejos sobre cuidados durante el puerperio

Beneficios del alta precoz	
Débil	Se sugiere ofrecer el alta hospitalaria antes de las 48 horas a aquellas mujeres cuyos bebés hayan nacido a término y sin complicaciones, siempre que se pueda garantizar un adecuado seguimiento.
Información idónea y signos de alerta al alta hospitalaria	
Débil	Se sugiere recomendar la participación en actividades educativas tras el parto, dirigidas específicamente a la formación de las madres y padres sobre aspectos relacionados con la salud, desarrollo y relación con sus bebés.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

√	Se sugiere que, durante el ingreso tras el parto, se aprovechen los contactos rutinarios con las madres y sus parejas para ofrecerles información de utilidad sobre los cuidados del bebé y sobre los signos de alerta en la madre o el bebé que son motivo de consulta. Es necesario animar a las madres y sus parejas a aprovechar estos momentos para resolver dudas y expresar posibles temores relacionados con el cuidado de sus bebés.
√	Se sugiere que antes del alta se entregue a las madres y sus parejas materiales informativos que permitan la resolución de dudas sobre el cuidado del bebé.

Visitas de control durante el puerperio

Controles y profesionales idóneos durante el puerperio en atención primaria	
Fuerte	Se recomienda garantizar la continuidad de cuidados de las mujeres y sus bebés tras el alta hospitalaria, mediante un modelo asistencial en el que la matrona coordine la actuación de los diferentes profesionales que intervienen en la atención a las madres, recién nacidos y sus familias.
√	Se sugiere que antes del alta se concierte el primer contacto con la matrona de Atención Primaria o con el Centro de Atención Primaria de referencia para el tercer o cuarto día de vida.
√	Se sugiere ofrecer un mínimo de dos consultas en los primeros 40 días tras el alta hospitalaria, la primera entre las 24 - 48h tras el alta, y una al final de la cuarentena.
√	Se sugiere ofrecer a las mujeres la realización de visitas domiciliarias tras el alta hospitalaria de acuerdo a sus circunstancias y la evolución y características de su embazo y parto. Estas visitas irán dirigidas a asesorar y proporcionar asistencia sobre los cuidados para la mujer y el recién nacido/a.
√	Se sugiere ofrecer a aquellas mujeres que no deseen recibir visitas domiciliarias la realización de visitas en un Centro de Atención Primaria u Hospital para realizar una valoración global de su salud y la del/la recién nacido/a y recibir el asesoramiento necesario.
√	Se sugiere que en cada visita posparto se explore el estado emocional de las mujeres, su apoyo familiar y social y las estrategias de afrontamiento desarrolladas para hacer frente a las situaciones de la vida diaria, valorando con ellas y sus parejas o familiares cualquier cambio emocional o en el estado de ánimo.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de práctica clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Manejo de problemas frecuentes durante el puerperio

Tratamientos para el dolor perineal	
Débil	Se sugiere la administración de paracetamol vía oral (una dosis de 500 a 1.000 mg cada 8 a 12 horas) en caso de dolor perineal después del parto.
Débil	Se sugiere considerar la analgesia rectal con diclofenaco en caso de dolor perineal durante las primeras 48 horas después del parto.
Débil	Se sugiere no tratar el dolor perineal después del parto con anestésicos de aplicación tópica.
Débil	Se sugiere utilizar el tratamiento con frío localizado (compresa de hielo y compresas de gel frías) como segunda línea de tratamiento para el dolor perineal después del parto.
Tratamientos para la cefalea pospunción	
√	Se sugiere que las mujeres con cefalea persistente tras analgesia epidural sean derivadas al servicio de anestesiología correspondiente para una adecuada valoración y tratamiento.
Débil	Se sugiere no administrar hormona adrenocorticotropa (ACTH) intramuscular, cafeína vía oral o sumatriptán subcutáneo para el tratamiento de la cefalea posterior a la punción dural.
Débil	Se sugiere no administrar un parche hemático epidural para el tratamiento de la cefalea posterior a la punción dural como primera línea terapéutica.
Tratamientos para la lumbalgia	
√	Se sugiere que las mujeres con lumbalgia después del parto reciban un manejo terapéutico similar al de la población general.
Tratamientos para el estreñimiento	
Fuerte	Se recomienda ofrecer consejo a aquellas mujeres con estreñimiento durante el puerperio para que refuercen la ingesta de fibras naturales y líquidos en su dieta.
Fuerte	Se recomienda la administración de un laxante estimulante de la motilidad intestinal u osmótico en aquellas mujeres en las que persiste el estreñimiento a pesar de haber aumentado la ingesta de fibras naturales y líquidos.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Beneficios de la rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico	
Débil	Se sugiere iniciar la práctica de ejercicios de suelo pélvico durante la preparación al nacimiento para reducir el riesgo de incontinencia urinaria tras el parto.
Débil	Se sugiere realizar un programa de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en mujeres que presentan incontinencia urinaria o fecal después del parto.

Anticoncepción

Tipos de anticoncepción	
√	Se sugiere que los/las profesionales sanitarios promuevan durante el puerperio espacios en los que se pueda tratar con las mujeres y sus parejas aspectos relacionados con el consejo contraceptivo y la vivencia de la sexualidad en esta etapa.
√	Se sugiere consultar los "Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos" de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para individualizar la elección del método anticonceptivo más adecuado de acuerdo con las características y antecedentes de cada mujer.
Fuerte	En mujeres que desean planificar sus futuros embarazos y que no mantienen lactancia materna exclusiva se recomienda informar sobre la necesidad de anticoncepción y la introducción del método que mejor se adapte a su situación, a partir de los 21 días tras el parto.
Débil	En las mujeres sin riesgo de transmitir o adquirir una infección de transmisión sexual, se sugiere recomendar el metodo lactancia-amenorrea (MELA) hasta los 6 meses tras el parto siempre que persista la amenorrea y se realice lactancia materna exclusiva.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Salud mental en el puerperio

Herramientas para la detección de trastornos mentales durante el puerperio	
Débil	Se sugiere que en las diferentes visitas con la mujer tras el parto se le realicen las siguientes preguntas para identificar la posibilidad de una depresión posparto: "Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se sentía triste, deprimida o sin esperanza?" "Durante el último mes, ¿Se ha preocupado porque con frecuencia sentía poco interés por realizar actividades y además no sentía que le proporcionaran placer?"
Débil	Se sugiere no continuar con el diagnóstico de depresión posparto si la mujer contesta negativamente a las preguntas.
Fuerte	Se recomienda utilizar la escala *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS, Anexo 5) para confirmar el diagnóstico de la depresión tras el parto en las mujeres que hayan respondido afirmativamente a las preguntas.
√	Se sugiere tomar como punto de referencia para el diagnóstico de depresión posparto una puntuación de más de 12 puntos en la EPDS.
Débil	Se sugiere el empleo de la escala EPDS en las seis primeras semanas tras el parto para asegurar que se discrimina correctamente el riesgo de depresión de las mujeres.
Grupos de apoyo durante el puerperio	
√	Se sugiere la realización de grupos posparto en Atención Primaria, que ofrezcan apoyo psicológico durante el puerperio y refuercen la adquisición de los conocimientos y habilidades que ya se han trabajado en los grupos de preparación al nacimiento durante el embarazo.

Lactancia

Prácticas para favorecer la instauración de la lactancia materna	
Fuerte	Se recomienda ofrecer a todas las mujeres embarazadas información y apoyo para la instauración de la lactancia materna.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Prácticas para favorecer el mantenimiento de la lactancia materna	
Fuerte	Se recomienda ofrecer de manera activa a todas las madres un apoyo dirigido a poder mantener la duración y exclusividad de la lactancia materna de manera prolongada. En caso de ofrecer este apoyo es preferible que se ofrezca de manera individualizada siguiendo los 10 pasos recomendados por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al nacido y lactancia (IHAN).
Débil	Se sugiere informar a las madres de la disponibilidad de materiales y actividades educativas para promocionar la lactancia materna.
Tratamiento de las complicaciones de la lactancia materna	
Débil	Se sugiere utilizar un tratamiento antibiótico, además del mantenimiento de la lactancia materna, con un vaciado frecuente para resolver la mastitis infecciosa.
Débil	Se sugiere fomentar que las mujeres inicien la lactancia materna tan pronto como les sea posible para prevenir complicaciones como la ingurgitación mamaria o el dolor y lesiones en el pezón.
Débil	Se sugiere recomendar que las mujeres con ingurgitación mamaria amamanten a sus bebés de manera frecuente y continuada, con la posibilidad de realizarse masajes en el pecho y estimularlo para expulsar la leche manualmente.
Débil	Se sugiere ofrecer actividades formativas sobre la postura de la madre y el bebé durante el amamantamiento, los signos de agarre adecuado y los signos de transferencia eficaz de la leche.
Débil	Se sugiere el uso de compresas de agua tibia tras el amamantamiento en aquellas madres que amamanten con dolor o lesiones en los pezones.
√	Se sugiere realizar al menos una observación de la toma antes del alta hospitalaria para comprobar un adecuado amamantamiento y siempre que aparezcan complicaciones como ingurgitación, dolor o grietas en el pezón para ayudar a corregir las dificultades en el agarre del bebé.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.