



**Guia de bones pràctiques
en l'atenció de l'embaràs, del
puerperi i del període neonatal
a l'àrea de salut maternoinfantil
de les Illes Balears**



G CONSELLERIA
O SALUT
I
**B
/**

**Guia de bones pràctiques
en l'atenció de l'embaràs,
del puerperi
i del període neonatal
a l'àrea de salut maternoinfantil
de les Illes Balears**



G CONSELLERIA
O SALUT
I
B
/

La present guia és una revisió del document

"Guia de bones pràctiques en l'atenció de l'embaràs, del part, del puerperi i del període neonatal en l'àrea de salut maternoinfantil de les Illes Balears" publicada l'any 2014 pel Servei de Salut dels Illes Balears

*Guia de bones pràctiques en l'atenció de l'embaràs,
del puerperi i del període neonatal
a l'àrea de salut maternoinfantil de les Illes Balears*

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

2017

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

Guia de bones pràctiques en l'atenció de l'embaràs, del puerperi i del període neonatal a l'àrea de salut maternoinfantil de les Illes Balears.

Atenció Primària

AUTORA

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

AUTORS COL-LABORADORS

- **M.^a Carmen Carrascosa Martín.** Comare. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Bartolomé Villalonga Mut.** Infermer de pediatria. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Consuelo Fernández Yagüe.** Comare. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Maria Assumpta Uris Coll.** Comare. Àrea de Salut de Menorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Aina Mateu Palmer.** Infermera de pediatria. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Joan Antoni Cardona Palmer.** Metge especialista en ginecologia i obstetrícia. Hospital Universitari Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Marian García Baratas.** Comare. Responsable de l'Estrategia de Salut Sexual i Reproductiva. Direcció General de Salut Pública i Participació.
- **Joana M. Crespi Rul-ian.** Comare. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.

- **María Caimari Jaume.** Metgessa especialista en endocrinologia. Hospital Universitari Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.

REVISORS

- **Eugenia Carandell Jäger.** Metgessa de família. Coordinadora del Gabinet Tècnic del Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **M.^a José Gibert Castañer.** Doctora en medicina i cirurgia. Especialista en obstetrícia i ginecologia. Unitat de Reproducció Humana. Hospital Universitari Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Antonia Cladera Riera.** Comare. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Joana M. Moll Pons.** Infermera. Consultora de lactància certificada IBCLC 308-74957. Hospital de Son Llätzer. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Miquel Juan Clar.** Metge especialista en ginecologia i obstetrícia. Cap del Servei d'Obstetrícia i Salut Reproductiva de l'Hospital Son Llätzer. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Nacho García Pineda.** Metge de família. Direcció d'Assistència Sanitària. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Angèlica Miguélez Chamorro.** Infermera. Subdirecció d'Atenció a la Cronicitat. Coordinació Sociosanitària, Salut Mental i Malalties poc Freqüents. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Ana Mascaró García.** Mediadora cultural. Coordinadora de l'equip de mediadors culturals de l'atenció primària. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.

- **Mar Duque Alonso.** Infermera de pediatria. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Gabriella Bianco.** Psicòloga i psicoterapeuta. Directora del Centro de Psicología y Psicoterapia de la Mujer y Perinatal.
- **Carmen Sánchez-Contador Escudero.** Metgessa. Coordinadora de cancer. Direcció General de Salut Pública i Participació. Conselleria de Salut.
- **Mercedes Codina Marcet.** Metgessa especialista en endocrinologia. Hospital Universitari Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Teresa Pou Navarro.** Subdirectora de qualitat, desenvolupament professional i recursos estructurals del Hospital Universitari Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Carmen Santos Bernabeu.** Metgessa. Directora d'Atenció Primària. Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Dolores Mora Burgos.** Treballadora social. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Guillem Artigues Vives.** Infermer. Servei de Promoció de la Salut. Direcció General de Salut Pública i Participació.
- **Angel Arturo López González.** Mètge. Responsable de salut laboral i lluita contra el tabaquisme. Direcció General de Salut Pública i Participació.
- **Antònia Galmes Truyol.** Metgessa. Coordinadora de vacunes. Direcció General de Salut Pública i Participació.
- **Rosa M^a Lluïl Cantallops.** Veterinària. Negociat de Higiene dels Aliments d'Origen Animal. Direcció General de Salut Pública i Participació.

ENTITATS REVISORES

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

TRADUCCIÓ

- **Bartomeu Riera Rodríguez.** Servei Lingüístic. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.
- **Joana Maria Munar Oliver.** Servei Lingüístic. Conselleria de Salut.

REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA

- **Silvia Sastre Suárez.** Unitat de Documentació Biomèdica. Gabinet Tècnic d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Conselleria de Salut.

La Guia de bones pràctiques en l'atenció de l'embaràs, del puerperi i del període neonatal en l'àrea de salut maternoinfantil de les Illes Balears forma part del projecte finançat a través de Fons per a Polítiques de Cohesió Territorial per desenvolupar les Estratègies de Salut dels l'SNS 2008 a les comunitats autònomes. Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut, Ministerio de Sanitat i Servei Social i Igualtat.

COORDINACIÓ

- **Pilar Ferrer de Sant Jordi Montaner.** Comare. Professora emèrita del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears. †

† - In Memoriam

ÍNDEX DE CONTINGUTS

1. Atenció pregestacional	13
2. Atenció de l'embaràs	17
2.1. Seguiment de l'embaràs normal: primera visita i visites successives	19
2.1.1. <i>Història clínica</i>	20
<i>Fitxa 1. Contingut de la història clínica</i>	21
2.1.2. <i>Avaluació del risc durant l'embaràs</i>	23
<i>Fitxa 2. Avaluació del risc en l'embaràs</i>	24
2.1.3. <i>Avaluació de l'estat psicològic</i>	25
2.1.4. <i>Avaluació del risc de violència de gènere</i>	25
2.1.5. <i>Exploració</i>	25
<i>Fitxa 3. Seguiment de l'embaràs normal. Primera visita i visites successives</i>	26
2.1.6. <i>Document de salut de l'embarassada</i>	27
2.2. Informació i promoció de la salut durant l'embaràs	27
<i>Fitxa 4. Informació i promoció de la salut en l'etapa pregestacional i prenatal</i>	28
2.2.1. <i>Administració de suplementos farmacològics</i>	33
<i>Fitxa 5. Administració de suplementos farmacològics i polivitamínics</i>	34
2.2.2. <i>Prevenió de malalties transmissibles. Immunització activa i passiva</i>	36
<i>Fitxa 6. Prevenió de malalties transmissibles. Immunització activa i passiva</i>	37
2.2.3. <i>Assessorament sobre canvis fisiològics</i>	38
<i>Fitxa 7. Assessorament sobre els canvis fisiològics durant l'embaràs</i>	39
2.2.4. <i>Assessorament sobre el cribratge de defectes congènits</i>	41
2.2.5. <i>Preparació prenatal per a la maternitat i la paternitat</i>	41
<i>Fitxa 8. Preparació prenatal per a la maternitat i la paternitat</i>	42
2.2.6. <i>Pla de part i naixement</i>	43
<i>Fitxa 9. Informació i assessorament per elaborar el pla de part i naixement</i>	44
2.3. Proves i pràctiques clíniques durant l'embaràs	45
2.3.1. <i>Analítiques i serologies</i>	45
<i>Fitxa 10. Analítiques i serologies</i>	46
2.3.2. <i>Cribratge de la diabetis gestacional</i>	51
<i>Fitxa 11. Cribratge de la diabetis gestacional</i>	52
2.3.3. <i>Diagnòstic prenatal</i>	53
<i>Fitxa 12. Diagnòstic prenatal</i>	54
2.3.4. <i>Exploració ecogràfica</i>	55
<i>Fitxa 13. Exploració ecogràfica</i>	56
2.3.5. <i>Altres pràctiques clíniques durant l'embaràs</i>	57
<i>Fitxa 14. Altres pràctiques clíniques durant l'embaràs</i>	58
2.4. Atenció de l'embaràs en situacions de vulnerabilitat especial	60
2.4.1. <i>Atenció a la diversitat</i>	60
2.4.2. <i>Atenció sanitària de dones amb mutilació genital femenina</i>	60

2.4.3. Atenció a la discapacitat	61
2.4.4. Atenció de dones adolescents.....	61
<i>Fitxa 15. Embaràs i puerperi en situacions de vulnerabilitat especial</i>	<i>62</i>
3. Atenció del puerperi en l'atenció primària.....	65
3.1. Seguiment del puerperi.....	67
3.2. Abordatge de les alteracions de la salut física i del benestar	67
3.3. Promoció de la salut en el puerperi.....	68
3.4. Atenció a l'estat psicològic i emocional	68
3.5. Criança, aferrament i vincle emocional.....	68
<i>Fitxa 16. Atenció del puerperi a l'atenció primària</i>	<i>69</i>
<i>Fitxa 17. Anticoncepció postpart.....</i>	<i>73</i>
3.6. Atenció en situacions de vulnerabilitat especial	76
3.7. Grups de postpart “de mare a mare”	76
4. Atenció neonatal en l'atenció primària	77
4.1. Primera visita	79
4.2. Promoció de la salut	79
<i>Fitxa 18. Primera visita neonatal en el centre d'atenció primària.....</i>	<i>80</i>
5. Lactància.....	85
5.1. Informació i promoció prenatal de la lactància materna.....	87
<i>Fitxa 19. Informació i promoció prenatal de la lactància materna.....</i>	<i>88</i>
5.2. Prevenció de complicacions a les mames	91
<i>Fitxa 20. Prevenció de complicacions a les mames.....</i>	<i>92</i>
5.3. Manteniment de la lactància materna.....	93
5.4. Lactància materna i tornada a la feina.....	93
5.5. Lactància materna i riscos laborals.....	93
5.6. Lactància materna, fàrmacs, plantes i tòxics.....	93
<i>Fitxa 21. Manteniment de la lactància materna</i>	<i>94</i>
<i>Fitxa 22. Observació d'una presa.....</i>	<i>96</i>
5.7. Grups de suport a la lactància materna.....	97
5.8. Alimentació amb llet de fórmula	97
5.9. Codi internacional de comercialització de sucedanis de la llet materna (OMS/UNICEF, 1981).....	98
6. Annexos.....	99
Annexe I 6.1. Legislació.....	101
6.1.1. Directiva 92/85/CEE	101
6.1.2. Directiva 90/394/CEE.....	101
6.2. Taules de risc laboral.....	101
6.2.1. Llista no exhaustiva dels agents, dels procediments i de les condicions de treball .	101
6.2.2. Llista de substàncies, preparats i procediments.....	101
6.2.3. Llista no exhaustiva dels agents i de les condicions de treball.....	102
Annexe II 6.3 Alimentació segura durant la gestació	102
7. Bibliografia	105

PRESENTACIÓ

Identificar les bones pràctiques en l'atenció sanitària forma part dels objectius del Tercer Programa de Salut de la Unió Europea (2014-2020).

Les bones pràctiques constitueixen un dels elements sobre els quals es fonamenta la qualitat assistencial en els entorns sanitaris. Algunes de les finalitats prioritàries de les guies de bones pràctiques són millorar l'atenció sanitària, ajudar els professionals i els pacients, oferint-los les evidències científiques més bones disponibles, disminuir la variabilitat de la pràctica clínica, millorar la qualitat assistencial i, en definitiva, la salut de la població.

És important impulsar i afavorir els projectes que abordin les guies de bones pràctiques com a instruments dins el cicle de qualitat i com a motor del canvi de la pràctica professional.

El suport institucional és fonamental per aportar els mitjans necessaris, afavorir els entorns de pràctica basada en l'evidència i gestionar l'assistència sanitària amb un grau elevat d'excel·lència.

Agraesc l'esforç de tots els professionals que amb la seva implicació, la seva experiència i el seu coneixement han fet possible l'elaboració d'aquesta guia.

Patricia Gómez Picard
Consellera de Salut

Aquesta “Guia de bones pràctiques en l’atenció a l’embaràs, del puerperi i del període neonatal”, s’ha elaborat a partir de la revisió de l’evidència científica disponible i tenint en compte tant la perspectiva de gènere, com l’òptica de la Promoció de la Salut.

El procés de la maternitat és una oportunitat per acompanyar a la dona per un camí saludable. Les bones pràctiques dels professionals sanitaris en l’atenció i cures de manera integral i holística garanteix l’equitat i la protecció de les dones i la seva família i molt especialment de les dones embarassades més vulnerables. També es posa de manifest en aquesta guia el respecte a la identitat, la cultura, l’origen, la determinació i a la voluntat de les embarassades.

Amb la publicació d’aquesta guia, finalitzam un treball d’uns quants anys en el qual han participat molts de professionals dels àmbits de l’Atenció Primària i Hospitalària, així com de la Salut Pública. Vull agrair la feina i el temps que han dedicat. També volem agrair al Ministerio de Sanidad el suport financer per a l’edició. Esperam que sigui útil i que pugui ser avaluada, revisada i actualitzada de manera adequada.

La salut sexual i reproductiva és una de les prioritats d’aquest govern, i està entre els acords de governabilitat que l’han fet possible.

Maria Ramos Monserrat
Directora de Salut Pública i Participació

*En memòria de Pilar Ferrer de Sant Jordi,
infermera i comare, un far que ha
il·luminat la professió.*

*Va lluitar, compartir i innovar.
Sempre la recordarem.*

INTRODUCCIÓ

L'elaboració d'aquesta guia es justifica per la necessitat de disposar d'una informació actualitzada des de la millor evidència científica i facilitar una eina que permeti als professionals aplicar les recomanacions basades en els coneixements més actuals i seguint les directrius del sistema nacional de salut, des del consens més gran possible. A més, pretén facilitar uns criteris comuns que possibilitin l'actuació coordinada entre els diferents nivells assistencials, disminuir la variabilitat en la pràctica clínica i crear un clima d'enteniment entre els professionals dels diferents àmbits assistencials amb la intenció de brindar una atenció més homogènia i de més qualitat a les nostres dones i a les seves famílies.

Els drets relatius a la salut sexual i reproductiva han estat reconeguts internacionalment com a drets humans. El naixement és un esdeveniment de canvi de vida que afecta la mare i tota la família, tant en la salut física com en la salut psicosocial. Aquesta guia pretén ser un recurs més que faciliti la tasca assistencial, ja que posa a disposició dels diferents professionals d'una manera molt pràctica les recomanacions del sistema nacional de salut contingudes en l'Estratègia del part normal (2007), en l'Estratègia en salut sexual i reproductiva (2010), en els estàndards i en les recomanacions de la maternitat hospitalària del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat (2009), en la Llei de salut de les Illes Balears (2003) i en una extensa bibliografia sobre la maternitat sense riscos. Tots aquests documents recomanen una assistència universal, equitativa, justa, de qualitat i amb calidesa; un canvi d'actituds, d'aptituds i de rols; un tracte participatiu i respectuós amb les creences i els valors de les usuàries i dels seus familiars, i insisteixen en la necessitat d'oferir una informació veraç i comprensible, que faciliti la participació en la presa de decisions.

Les recomanacions d'aquesta guia no tenen caràcter normatiu, ja que l'objectiu principal és posar a disposició dels professionals sanitaris una eina que faciliti i contribueixi a aug-

mentar les condicions de seguretat, qualitat i millora assistencial.

La millora en la salut i el benestar de la gestant i dels seus familiars durant el procés reproductiu està condicionada per una assistència prenatal/postnatal de qualitat. La visita pregestacional; el seguiment durant les primeres setmanes de la gestació; la detecció precoç de possibles riscos; la prevenció de conseqüències no volgudes per a la mare i per a la criatura; la informació adequada, comprensible i accessible; l'atenció des d'un model biopsicosocial, i el suport generós i constant a una lactància eficaç, tot això contribuirà a disminuir les taxes de morbiditat i mortalitat perinatal.

L'atenció precoç durant el cicle reproductiu ofereix immillorables oportunitats per promoure la salut, la qual cosa és un exponent clar de la medicina preventiva. Els avantatges que implica la vigilància precoç no són nous, ja que ja varen ser reconeguts pel metge mallorquí Damià Carbó en la seva obra *Libro del arte de las comadres*, publicada l'any 1541. Però potser correspon al metge escocès John William Ballantyne (1861-1923) el gran mèrit d'haver introduït el concepte d'atenció prenatal amb la publicació l'any 1902 de la seva obra *A manual of antenatal pathology and hygiene of the foetus*.

Els fonaments del seguiment prenatal i postnatal, les cures proposades i la capacitat d'influir en la salut materna i perinatal han canviat molt d'aleshores ençà. El nostre sistema nacional de salut aposta per oferir una atenció basada en l'excel·lència, personalitzada, que —a més de la identificació precoç dels riscos biològics— prevegi també els riscos psicosocials i que consideri les necessitats específiques de cada usuària contribuint al naixement, a la lactància i a la criança satisfactoris.

En resum: en aquesta guia es pretén posar a l'abast dels professionals els coneixements científics més actuals sobre l'atenció a les gestants i a les seves famílies durant el procés reproductiu.

JUSTIFICACIÓ

Antecedents i anàlisi de la situació a les Illes Balears

A les Illes Balears, els indicadors de salut maternoinfantil en termes de mortalitat i morbiditat milloren de manera constant. Demogràficament, s'ha passat de 841.669 habitants l'any 2001 a més d'un milió actualment, la qual cosa suposa un increment important en la taxa de natalitat.

Altres dades que cal tenir en compte són l'augment d'alguns dels indicadors de risc —com ara la prematuritat, el pes baix en néixer...—, l'augment dels casos tractats d'infertilitat —i, consegüentment, l'augment del nombre de casos de gestacions múltiples—, els embarassos no controlats de mares adolescents i immigrants i l'alta taxa d'embarassos no volguts i d'interrupcions voluntàries de l'embaràs. La immigració implica barreres en la comunicació i costums i cultures diferents. Sovint les dones no coneixen la cartera de serveis sanitaris de què disposen a la nostra comunitat. Tot això suposa un augment del nombre d'embarassos i de parts no controlats, de risc, especialment quan es presenten situacions de pobresa o marginalitat.

Segons alguns estudis recents, el 7 % de les dones asseguren que han patit maltractaments. La sensibilització del personal sanitari permetrà que es detectin aquests casos i que s'ofereixi ajuda a les víctimes.

El part és la causa més freqüent d'ingrés als hospitals espanyols. L'atenció hospitalària dels parts s'ha d'articular des del punt de vista organitzatiu i estructural com un espai on s'ofereix assistència multiprofessional a la gestant, a la criatura i als seus familiars. Actualment disposam d'equips

multiprofessionals capacitats per acompanyar la gestant i els seus familiars, per informar-los i per tenir-ne cura durant el procés de naixement, amb l'objectiu de garantir-los intimitat, confidencialitat, seguretat i calidesa durant l'estada a l'hospital i fomentant-ne la capacitat i el dret de participar en la presa de decisions, des del respecte a la diversitat i a la multiculturalitat.

Aquesta guia ha tengut en compte l'enfocament de gènere com a valor emergent que recull la Llei orgànica 3/2007, de 22 de març, per a la igualtat efectiva de dones i homes, l'objectiu de la qual és evitar les discriminacions per diferències biològiques o per estereotips socials associats en els quals encara avui puguem estar immersos. Actualment, el gènere està considerat com un determinant de la salut necessari per garantir una atenció de la salut que sigui integral, equitativa i igualitària durant el procés reproductiu, tenint-ne en compte no només la dimensió biològica sinó també els factors psicosocials i de gènere, determinants de la vulnerabilitat de les dones en la maternitat. Aquest model biopsicosocial d'atenció de la salut reproductiva ha de considerar prioritària la visibilització de la dona com a subjecte de la maternitat, evitar la patologització i la medicalització del part, afavorir l'apoderament de la dona, possibilitar la recerca d'autonomia i autoresponsabilitat en la presa de decisions i assegurar la salut de la mare i de la criatura amb el grau més petit possible d'intervenció compatible amb la seguretat d'ambdós.

Pilar Ferrer de Sant Jordi Montaner



ATENCIÓN PREGESTACIONAL

Consideracions

- La *visita pregestacional* es defineix com qualsevol trobada entre una dona en edat fèrtil i un professional de la salut per a qualsevol qüestió relacionada amb un possible embaràs o amb la contracepció.
- La salut de les dones abans de la concepció influeix de manera decisiva en l'evolució de la gestació. Quan es planeja un embaràs és l'ocasió ideal per emprendre accions d'educació sanitària, ja que la gestant i els seus familiars mostren motivació i predisposició i és important revisar-ne els hàbits de vida per potenciar-ne els sans i reduir o canviar-ne els insans.

Objectius

- Promoure la salut de les dones i de la seva descendència per mitjà d'activitats preventives i de promoció de la salut i recomanacions avalades per l'evidència científica adaptades a les condicions particulars de cada dona i potenciant l'experiència de la maternitat com a procés saludable.
- Avaluar el risc *pregestacional* per esbrinar els factors que poden dificultar o facilitar la concepció i el desenvolupament posterior de l'embaràs i poder incidir-hi de manera precoç.
- Informar sobre les possibles implicacions de les malalties amb l'embaràs i derivar-la a l'especialista corresponent si és procedent.
- Valorar l'exposició a riscos laborals i ambientals d'ambdós membres de la parella, si la dona en té, i derivar-los al servei de salut laboral pertinent davant qualsevol sospita.

Activitats

- **Elaboració de la història clínica**
(*Vegeu la fitxa 1*)
 - Incidir en els antecedents familiars —d'ambdós membres de la parella— que puguin influir en la salut de la futura criatura.
- **Avaluació del risc**
(*Vegeu la fitxa 2 i l'annex I*)

- **Realització de proves complementàries**
(*Vegeu la fitxa 10*)
- **Informació i promoció de la salut**
(*Vegeu la fitxa 4*)
 - Recalcar els beneficis que reporta un embaràs planificat.
 - Recomanar l'assistència prenatal precoç.
 - Promoure la lactància materna.
- **Activitats preventives**
 - Recomanacions sobre suplements farmacològics (*vegeu la fitxa 5*).
 - Prevenció de malalties transmissibles (*vegeu la fitxa 6*).
- **Altres activitats preventives segons el risc previsible**
 - Contracepció efectiva.
 - Contracepció definitiva.
 - Tècniques de reproducció assistida.
 - Adopció.
 - Assessorament sobre el cribratge de defectes congènits (*vegeu la fitxa 12*).
 - Consell genètic a les parelles en les circumstàncies següents:
 - Una criatura anterior nascuda amb algun defecte congènit.
 - Història d'avortament de repetició o morts perinatals.
 - Antecedents personals de la parella de defecte congènit o de minusvalidesa física o sensorial.
 - Antecedents familiars de defecte congènit o de minusvalidesa física o sensorial fins al tercer grau.
 - Consanguinitat de qualsevol grau.
 - Parelles exposades a tractaments de radioteràpia i/o quimioteràpia a causa de processos oncològics.



ATENCIÓ DE L'EMBARÀS

Consideracions

- La cura de l'embaràs en la majoria de les ocasions no necessita intervencions mèdiques complexes, ja que incumbeix una població sana i és un procés fisiològic únic i de transcendència especial en la vida de la gestant i dels seus familiars.
- L'atenció de qualitat a les gestants implica una coordinació adequada entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada.

Objectius

- Proporcionar cures contínues durant el període prenatal i evitar medicalitzar el procés en els casos de les gestants sanes.
- Facilitar cures addicionals a les gestants que en necessitin.

Recomanacions

- Respectar la fisiologia de l'embaràs.
- Les visites, les proves i els procediments han d'estar basats en l'evidència científica i han de comptar amb l'opinió i el desig de cada gestant pel que fa a aplicar-los.
- Personalitzar les cures tenint en compte els aspectes psicosocials.
- Proporcionar informació fidedigna i actualitzada que permeti a les gestants prendre decisions informades, i facilitar-los suport continuat i expert.
- Les cures prenatales en les gestacions sense complicacions han de ser proporcionades principalment per la comare, amb la participació de la resta dels professionals sanitaris dels equips d'atenció primària i el suport de la unitat obstètrica corresponent.
- En cas que l'embaràs presenti alguna complicació, s'ha de derivar al metge de família, a l'obstetra o a l'especialista adequat per a cada cas.
- Explicar a la gestant quin professional s'encarregarà de les cures. Les visites prenatales s'han de fer preferentment en l'àmbit de l'atenció primària, perquè

és més accessible i còmode per a la gestant.

- Informar la gestant per escrit sobre el contingut de cada visita i comentar amb ella les diferents opcions. Fer coincidir les visites i les proves tant com sigui possible.
- La informació s'ha de reforçar entregant a la gestant documents impresos amb continguts informatius assequibles i actualitzats.

2.1. Seguiment de l'embaràs normal: primera visita i visites successives

Consideracions

- La primera visita és el primer contacte de la gestant amb la comare. Per això és important crear un clima d'intimitat, de respecte, d'amabilitat i de confiança, que són factors que influeixen en una bona relació durant el seguiment de l'embaràs.
- És la visita de durada més llarga i permet avaluar la salut de la gestant, classificar el nivell de risc de la gestació i facilitar-li informació sobre les cures bàsiques, les recomanacions i els cribratges.

Recomanacions

- Fer la primera visita abans de la 12a setmana de la gestació.
- Es recomana fer entre quatre i vuit visites al llarg d'una gestació normal sense complicacions.
- Fer el seguiment i l'avaluació continuada del risc al llarg de la gestació. El nivell de risc s'ha d'establir en la primera visita i s'ha d'actualitzar en cada una de les visites successives. Cal determinar el calendari de les cites prenatales depenent del risc.
- Deixar un espai de temps perquè la gestant i la seva parella, si en té, puguin expressar les seves inquietuds i els seus dubtes.

- Recomanar a la gestant i a la seva parella que anotin totes les preguntes que se'ls vagin acudeixin abans de la consulta següent.
- Promoure les cures, les proves i la informació adequada en cada moment de l'embaràs. Cada cita prenatal ha de ser estructurada al voltant d'uns objectius clars.

2.1.1. Història clínica

(Vegeu la fitxa 1)

Objectiu

- Valorar els antecedents familiars i personals des d'una perspectiva biopsicosocial i amb enfocament de gènere.

Recomanació

- Elaborar la història clínica en la primera visita de l'embaràs, preferentment abans de la 12a setmana de la gestació. Convé disposar de prou temps per fer-ho en un ambient de confidencialitat.

FITXA 1. CONTINGUT DE LA HISTÒRIA CLÍNICA

DADES PERSONALS	DADES SOCIALS	DADES DE LA PARELLA
- Nom i llinatges, data de naixement, edat. - Número d'identificació personal: (núm. d'història clínica, DNI / permís de residència, núm. de la Seguretat Social). - Data d'inici de la història. - Domicili i telèfon de contacte. - Nom d'una persona de confiança de la dona i les seves dades de contacte (amb qui posar-se en contacte en cas de necessitat). - Nom del professional que obre la història.	- Nivell d'estudis. - Situació laboral actual. - Situació econòmica: ingressos estables. - Ètnia/país d'origen. - Religió.	- Estable / Matrimoni / Sense parella. - Edat de la parella. - Nivell d'estudis de la parella. - Aceptació de l'embaràs. - Situació laboral actual de la parella.
ANTECEDENTS FAMILIARS	ANTECEDENTS PERSONALS	HÀBITS SALUDABLES I TÒXICS
Ambdós membres de la parella: - Malalties hereditàries i congènites. - Antecedents de malformacions. - Hipertensió arterial, diabetis Mellitus, malalties mentals. - Altres antecedents.	- Malalties que hagi patit o actuals, físiques i psíquiques (cal insistir en les malalties tropicals o endèmiques segons la procedència de l'embarassada). - Al·lèrgies. - Cirurgies anteriors. - Transfusions de sang. - Vacunes contra la rubèola, el tètanus, l'hepatitis B i varicel·la. - Fàrmacs (fàrmac i dosi). - Antecedents de violència.	- Hàbits dietètics habituals. - Exercici físic o esport habitual. - Tabac (evolució i nombre de cigarrets/dia). - Alcohol (evolució i grams/dia). - Drogues (evolució i quantitat/dia). - Condicions de treball (agents, procediment, etc.). - Contacte habitual amb tòxics ambientals. - Altres hàbits que poden influir desfavorablement en l'embaràs.

FITXA 1. CONTINGUT DE LA HISTÒRIA CLÍNICA (CONT.)

ANTECEDENTS GINECOLÒGICS	ANTECEDENTS OBSTÈTRICS I	ANTECEDENTS OBSTÈTRICS II
• Edat de la menarquia. • Fórmula menstrual. • Edat de l'inici de les relacions sexuals. • Història anticonceptiva (des de quan utilitza mètode anticonceptiu, darrer que ha emprat i fins a quina data). • Esterilitat prèvia. • Data de la darrera citologia. • Anomalia congènita de l'aparell reproductor. • Altres patologies ginecològiques. • Conductes de risc. • Infeccions de transmissió sexual prèvies i actuals de l'embarassada o de la seva parella.	• Fórmula obstètrica (embarassos a terme / parts prematurs / avortaments / fills vius). • Descripció tabulada dels embarassos anteriors, evolució, tipus de part, complicacions puerperals, pes i sexe de les criatures en néixer, tipus de lactància. • Data de la darrera regla (DUR). • Data prevista de part (DPP) x DUR / DPP corregida per ecografia del 1r trimestre. • Data del primer test d'embaràs positiu. • Estat general físic i psíquic. • Gestació planificada (sí/no).	• Acceptació inicial de la gestació (sí/no). • Mesures preventives prèvies a l'embaràs (presa pregestacional de folats i iode). • Dades i exploracions prèvies. • Demanar a la dona quina intenció té respecte de la lactància materna, si té experiències anteriors i si el seu entorn social i familiar afavoreix l'alletament. Investigar els prejudicis o les preocupacions de la dona amb relació a la lactància. Iniciar la història de lactància.

2.1.2. Avaluació del risc durant l'embaràs

(Vegeu la fitxa 2)

Objectius

- Evitar la medicalització excessiva en els casos d'embarassos que no necessitin cures addicionals.
- Facilitar cures prenatales addicionals a les gestants que en necessitin.
- Facilitar l'ordenació dels serveis dirigits a l'embaràs, al part i al puerperi.

FITXA 2. AVALUACIÓ DEL RISC EN L'EMBARÀS

GESTACIONS QUE NECESSITEN CURES ADDICIONALS			
GESTACIONS SENSE COMPLICACIONS	RISC MITJÀ	RISC ALT	RISC MOLT ALT
Embarassos en què no s'ha detectat cap factor de risc sistematitzat en els grups de risc mitjà, alt i molt alt.	• Gestacions en què la morbmortalitat durant el període d'embaràs, part i puerperi està augmentada. • Anomalies pelvianes. • Estatura baixa (menys de 150 cm). • Gestacions en dones menors de 17 anys o majors de 38 anys. • Índex de massa corporal superior a 30 al començament de la gestació. • Índex de massa corporal inferior a 18 al començament de l'embaràs. • Gestant amb factor Rh negatiu. • Fumadora habitual. • Condicions socioeconòmiques desfavorables. • Esterilitat prèvia. • Gran multiparitat: quatre o més fetus viables o més de sis embarassos. • Període intergenèsic inferior a un any. • Risc laboral (vegeu l'annex). • Risc d'infeccions de transmissió sexual. • Control insuficient de la gestació (menys de quatre visites). • Embaràs no desitjat. • Metrorràgies durant el primer trimestre. • Cardiopaties de grau I. • Incrementes excessius o insuficients de pes (< 5 kg i > 15 kg). • Infecció urinària baixa o bacteriúria asintomàtica.	• Pertànyer al grup de risc alt suposa que la morbmortalitat durant el període d'embaràs, part i puerperi està augmentada. • Anèmia greu: hemoglobina < 9 g/dl o hematòcrit < 25 %. • Embaràs gemel·lar. • Antecedents obstètrics desfavorables. • Cirurgia uterina prèvia. • Cardiopatia de grau II (límita parcialment l'activitat física i apareix dispnea d'esforç). • Endocrinopatia. • Diabetis gestacional. • Sospita de malformació fetal. • Obesitat mòrbida: índex de massa corporal superior a 40. • Hipertensió pregestacional. • Hipertensió sense proteïnúria. • Preeclàmpsia lleu. • Infecció materna.	• Gestants que presenten un indicador o més de risc molt alt. La probabilitat que apareguin complicacions durant l'embaràs o el part és alta. • Amenaça de part prematur. • Cardiopaties de grau III (activitat física inferior a l'habitual limitada per la dispnea). • Cardiopatia de grau IV (presenta dispnea en fer petits esforços o en repòs). • Creixement intrauterí restringit. • Diabetis pregestacional (I i II). • Drogoaddicció i alcoholisme. • Fetus mort. • Gestació múltiple. • Incompetència cervical. • Isoimmunització. • Malformació fetal confirmada. • Malformació uterina. • Mort perinatal recurrent. • Patologia associada greu. • Placenta prèvia. • Preeclàmpsia greu. • Ruptura de membranes preterme.

2.1.3. Avaluació de l'estat psicològic

Objectius

- Conèixer l'estat de salut de la gestant: antecedents, modalitats de reacció física i psíquica a factors d'estrès.
- Individualitzar-ne les necessitats, les demandes i les eleccions.
- Saber la disposició emocional de la gestant envers l'embaràs i els canvis que la maternitat implica.
- Identificar les gestants que estiguin en alguna situació que pugui afectar-ne i o alterar-ne l'equilibri psíquic.

Recomanacions

- Evitar l'estrès derivat de les exploracions innecessàries o d'informació alarmista, ja que s'ha demostrat que l'ansietat materna pot ser perjudicial per al fetus.
- Procurar suport psicoemocional, tant de l'entorn familiar com dels professionals, i també de grups de suport i d'educació a la maternitat i la paternitat.
- Oferir atenció psicològica a les parelles davant qualsevol pèrdua perinatal.
- Elaborar un pla escrit de cures per a l'embaràs des del primer trimestre de la gestació, per al part i per al postpart de les embarassades a les quals s'hagin diagnosticat trastorns mentals greus o que presentin premorbiditat.
- Valorar la derivació en els casos següents: *a)* dones que presenten símptomes de depressió o ansietat durant la gestació; *b)* dones en les quals es detecta o se sospita la presència d'una psicopatologia (prèvia o que es presenta durant l'embaràs); *c)* gestants que presenten experiències especialment traumàtiques en el passat.

2.1.4. Avaluació del risc de violència de gènere

Consideracions

- L'Organització de les Nacions Unides (ONU) defineix la violència de gènere com "tot acte de violència basat en la pertinença al sexe femení que tenguí o pugui tenir com a resultat un dany o patiment físic, sexual o psicològic per a la dona, així com les amenaces d'aquests actes, la coacció o la privació arbitrària de la llibertat, tant si es produeix en la vida pública com en la vida privada" (Declaració 48/104 de l'Assemblea General de les Nacions Unides sobre l'eliminació de la violència contra la dona).
- Diversos estudis posen de manifest que la violència masclista s'inicia o augmenta durant l'embaràs. L'Organització Panamericana de la Salut mostra que les dones embarassades són un 60,6% més susceptibles de patir violència que les dones que no estan embarassades.

Objectiu

- Identificar les dones que han patit situacions de violència (abús sexual, violència de la parella), que estan en risc de patir-ne o que en pateixen, i desenvolupar intervencions destinades a ajudar-les.

Recomanacions

- Preguntar rutinàriament per la situació de parella o familiar, com a mode d'avaluació psicosocial en l'obertura de la història clínica, i reavaluar-la en cada visita prenatal. *Exemples de les preguntes generals:* "Com van les coses a casa?". "Hi ha cap problema amb la parella o amb els fills?". "Com va la relació amb la parella?". "La considereu satisfactòria?".
- Seguir les recomanacions del protocol vigent de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.

2.1.5. Activitats i exploració

(Vegeu la fitxa 3)

FITXA 3. SEGUIMENT DE L'EMBARÈS NORMAL. PRIMERA VISITA I VISITES SUCCESSIVES

ACTIVITATS	EXPLORACIÓ
•Elaborar la història clínica (vegeu la fitxa 1) i actualitzar-la en cada visita prenatal incloent-hi els resultats de proves, ecografies, etc., i l'evolució de l'embaràs. •Datar l'edat gestacional inicialment segons la data de la darrera regla fins que es disposi d'una ecografia del primer trimestre. •Avaluar el nivell de risc (vegeu la fitxa 2), reavaluar-lo en cada visita prenatal i adaptar el pla de cures. •Avaluar l'estat psicològic i el risc de violència de gènere. •Exploració. •Emplenar el document de salut de l'embarassada. •Actualitzar el calendari vacunal (vegeu la fitxa 6). •Sol·licitar analítiques de sang, urinocultiu, proves de diagnòstic prenatal i ecografies amb la informació oportuna (vegeu les fitxes 10-13). •Informació i promoció de la salut (vegeu la fitxa 4).	•Pesar i mesurar les gestants i calcular-ne l'índex de massa corporal en la primera visita per identificar les que necessitin consell dietètic i informació sobre el guany de pes en l'embaràs. No es recomana pesar-les de manera rutinària en les visites prenatales successives. Cal individualitzar el seguiment del pes i controlar-lo quan proporcionï beneficis per evitar produir ansietat. •Mesurar la tensió arterial en totes les visites prenatales amb la tècnica correcta. •Es suggereix la determinació de proteïnúria en cada visita prenatal per detectar el risc de preeclàmpsia. •Mesurar l'altura uterina en cada visita prenatal successiva a partir de la 24a setmana de la gestació. •L'auscultació del batec fetal s'ofereix habitualment en les visites prenatales i generalment les gestants se'n senten molt satisfetes i els proporciona tranquil·litat, encara que cal tenir en compte que pot generar ansietat si no es localitza amb rapidesa en els primers mesos de la gestació. •Investigar l'estàtica fetal per palpació abdominal a partir de la 36a setmana de la gestació, quan la presentació pot influir en els plans per al naixement. •Ofertir un examen a les dones que hagin patit alguna mutilació genital a fi d'avaluar les atencions que poden necessitar durant el part. •No és recomanable l'exploració mamària a fi d'identificar dificultats per a l'alletament en els casos de dones sanes asintomàtiques. •No és recomanable l'exploració ginecològica de rutina per descartar infeccions, excepte en alguns casos (vegeu la fitxa 14). •Tampoc no es recomanen els tactes vaginals rutinaris per explorar les modificacions de l'estat del cervix ni per descartar la desproporció cefalopelviana. •No està indicada la maniobra de Hamilton en els casos de dones sanes sense indicació d'acabar la gestació.

2.1.6. Document de salut de l'embarassada

Objectius

- Crear i utilitzar un registre estructurat per facilitar a les gestants un sistema que els permeti obtenir les dades del seguiment de l'embaràs.
- Desenvolupar i utilitzar un document estandarditzat amb un conjunt mínim de dades.

Recomanació

- Recomanar a la gestant que dugui sempre el document estandarditzat a totes les visites de seguiment de l'embaràs a fi d'actualitzar-lo en cada visita. Es tracta del document d'informació de què disposa sobre la seva història clínica i les dades que resulten del seguiment de la gestació. També és una eina de comunicació entre els diferents nivells assistencials que intervenen en el seguiment de l'embaràs.

2.2. Informació i promoció de la salut durant l'embaràs

(Vegeu la fitxa 4)

Consideració

- L'embaràs és un bon moment per proporcionar a les gestants una bona informació sobre els hàbits que contribueixen a dur un estil de vida saludable.

Objectius

- Donar informació a les gestants basada en la millor evidència disponible, i també oferir-los suport que els permeti prendre decisions informades sobre les seves cures.
- Promoure la salut, el benestar i els estils de vida saludables de les dones i des seus familiars des del període pregestacional i durant l'embaràs.

Recomanacions

- La informació prenatal s'ha d'adaptar de tal manera que sigui fàcil d'entendre i accessible per a les embarassades amb necessitats addicionals (físiques, sensorials o d'aprenentatge) i per a les dones que no parlin cap de les llengües oficials de les Illes Balears.
- La informació s'ha de basar en l'evidència actual i ha de ser clara i precisa a fi de permetre a les gestants prendre decisions informades.
- Assegurar-se que les gestants entenen la informació i facilitar-los-la per escrit.
- Donar-los l'oportunitat d'expressar les seves preocupacions i de fer preguntes. Concedir-los prou temps per prendre decisions.
- Respectar les decisions de les gestants encara que vagin en contra de l'opinió del professional.
- Explicar-los els detalls de les proves de cribratge prenatal.

FITXA 4. INFORMACIÓ I PROMOCIÓ DE LA SALUT EN L'ETAPA PREGESTACIONAL I PRENATAL

ACTIVITAT	RECOMANACIONS
Activitat laboral	• Les dones sanes amb embarassos normals poden continuar, generalment, fent les tasques habituals si no representen cap risc per a la seva salut ni la de la criatura. • Aconsellar que es pari atenció en la necessitat de descansar. • Informar a les gestants dels seus drets i de les normatives laborals amb relació a la maternitat (gestació, postpart i lactància). • Recomanar en la visita preconceptiva la modificació dels hàbits nutricionals en els casos d'obesitat o de primesa extrema. • Recomanar la dieta mediterrània: - Consumir oli d'oliva (4 cullerades soperes d'oli cru). - Fruita (3-4 peces al dia), verdura (2 racions al dia), llegums (2-3 racions a la setmana). - Aliments rics en hidrats de carboni preferentment integrals (pa, pasta, arròs). - Proteïnes d'origen animal: carns magres, peix (2-3 racions a la setmana) sense oblidar el peix blau. - Fruits secs sense fregir i sense sal. - Productes lactis (llet, iogurt i formatge). El consum de mantega i nata no ha de ser superior a una ració al dia (una cullerada sopera). • Fer ingestes freqüents i evitar el dejuni prolongat. • Begudes: aigua, de 6 a 8 tassons al dia. No abusar de begudes refrescants o ensucrades. • No abusar del menjar ràpid, gelats, pastisseria especialment brioixeria industrial i llaminadures. • Limitar el consum de cafeïna a un màxim de 300 mil·ligrams diaris. La cafeïna és present en el cafè, el te i els refrescos de cola: - cafè: 80-100 mg per tassa - cafè descafeïnat: 3 mg per tassa - te: 28 mg per tassa - refrescos de cola: 30-50 mg per llauna • Recomanacions per evitar els riscos d'origen alimentari de major impacte durant la gestació (veure annex 6.3)
Alimentació i nutrició Alimentació segura durant la gestació <i>(Vegeu l'annex II)</i>	
Administració de suplementes <i>(Vegeu la fitxa 5)</i>	

ACTIVITAT	RECOMANACIONS
Sexualitat	Informar les gestants i les seves parelles sobre els aspectes següents: • Els canvis que poden esdevenir en el seu comportament sexual en les diferents fases de la gestació i dels canvis anatòmics habituals. • Les mesures de prevenció de les infeccions de transmissió sexual a fi d'evitar riscos afegits per al fetus. • No hi ha cap evidència per desaprovar el coit en cap moment de l'embaràs si no es presenta alguna patologia que ho desaconselli.
Activitat física i esport	• Informar que les dones gestants sanes poden fer exercici moderat, ja que no provoca resultats adversos en l'embaràs. • Evitar assolir estats d'hipertèrmia, deshidratació, taquicàrdia, taquipnea o cansament excessiu durant l'exercici. • Aconsellar fer exercici físic a l'aigua, ja que sembla que aporta beneficis per a les molèsties pròpies de l'embaràs i té efectes relaxants. • Recomanar fer exercicis del sòl pelvià. • Informar del perill potencial dels esports de contacte, dels d'alt impacte, dels esports enèrgics de raqueta —poden ocasionar traumatismes abdominals, caigudes o distensions articulars excessives— i del submarinisme, que pot provocar defectes congènits fetals i malalties al fetus causades per la descompressió.

ACTIVITAT	RECOMANACIONS
Viatges	• Informar les embarassades sobre l'ús correcte dels cinturons de seguretat: s'han de col·locar per dalt i per davall de l'úter, no damunt d'aquest. • Els viatges aeris de durada llarga estan relacionats amb un increment del risc de patir una trombosi venosa, encara que no és clar si n'hi ha un risc addicional durant l'embaràs. En la població general, l'ús de calces de compressió és eficaç per reduir aquest risc. • Les dones embarassades que han de viatjar a l'estranger s'han d'informar sobre els riscos i els beneficis de les vacunacions o profilaxis recomanades i les condicions sanitàries del país que visitaran. Hi ha informació disponible en la web <www.msc.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/viajesInter/home.htm> • S'han de recomanar mesures de prevenció del paludisme (o malària), dengue chikungunya i virus del Zika - Cal valorar de manera individualitzada les dones embarassades o amb intenció de quedar-s'hi. Es recomana que posposin els viatges a àrees amb transmissió si no són essencials. En cas que no sigui possible retardar el viatge, han d'extremar les mesures de precaució necessàries per evitar les picades de mosquits: - Utilitzar els repel·lents indicats per les autoritats de salut i de la manera que indica l'etiqueta. - Emprar roba que cobreixi la pell (màniga llarga) preferentment de color clar. - Usar mosquiteres impregnades o no de repel·lent, sobretot si s'allotgen en llocs sense aire condicionat. - Evitar l'ús de colònies i perfums. • Zika: En tractar-se d'una malaltia emergent buscar informació i actualització en els enllaços següents: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/zika/informacion/home.htm http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/DocsZika/ProtocoloABRILactua-ciON_embarazadas_Zika_8.04.2016.pdf

ACTIVITAT	RECOMANACIONS
Salut bucodental	• Revisió odontològica una vegada superat el primer trimestre: inclou l'exploració preventiva de la cavitat oral, neteja dental, l'educació i l'ensinistrament en la higiene bucodental.
Lactància materna	• Consell sobre la lactància materna (vegeu la fitxa 19).
Atenció a la gestant fumadora	• L'abandonament del consum de tabac durant l'embaràs permet reduir un 20 % el nombre d'infants amb baix pes en néixer, un 17 % dels parts preterme, fins i tot encara l'abandonament sigui tardà. • S'observen menys complicacions durant el part i una millora en la salut futura de la mare. • Les visites repetides durant el període prenatal poden permetre als professionals sanitaris implicats (obstetres, comares...) proporcionar ajuda a les embarassades que volen deixar de fumar. Durant l'embaràs la dona està especialment receptiva i és més probable que deixi de fumar... La gestant està molt motivada per aconseguir que el seu fill neixi al més sa possible. Per això, els professionals sanitaris haurien d'aprofitar aquesta motivació per aconseguir que la dona deixi de fumar. • Intervenció en l'embaràs: • Un assessorament breu d'entre 5 i 15 minuts pot augmentar les taxes d'abstinència entre un 30 i un 70 % comparat amb les aconseguides amb un simple consell. • Tot i que els millors resultats per a la salut s'obtenen amb un abandonament precoç del consum de tabac, deixar de fumar en qualsevol moment de l'embaràs comporta beneficis tant per a la mare com per al nadó. Per això, els professionals sanitaris han d'oferir intervencions efectives per deixar de fumar des de la primera visita prenatal i durant tot l'embaràs. • El tractament farmacològic s'ha de considerar quan una embarassada fumadora no aconsegueix deixar de fumar de cap altra manera i quan els beneficis de deixar de fumar sobrepassen els riscos de seguir fumant i els potencials riscos del tractament. • Aconsellar que la parella de la gestant deixi de fumar o que no ho faci en companyia d'ella ni dins la casa, a fi de millorar la salut de l'embarassada. • La intervenció recomanada en embarassades per deixar de fumar és un protocol d'intervenció breu i estructurat en cinc passes: - Esbrinar si la gestant fuma o no. - Aconsellar-li que deixi de fumar. - Ampliar el diagnòstic, i esbrinar si vol intentar deixar de fumar o no. - Ajudar, si escau, en l'intent d'abandonament. - Acordar-hi un seguiment.

FITXA 4. INFORMACIÓ I PROMOCIÓ DE LA SALUT EN L'ETAPA PREGESTACIONAL I PRENATAL (CONT.)

ACTIVITAT	RECOMANACIONS
Consum d'alcohol i altres substàncies addictives	• Informar sobre els riscos coneguts del consum d'alcohol i drogues d'abús. El consum d'alcohol durant els tres primers mesos de la gestació es relaciona amb un risc més elevat de patir un avortament. • Recomanar a les dones que estiguin embarassades o estiguin planificant un embaràs que s'abstinguin de fumar, consumir alcohol, cànnabis i altres drogues d'abús. Proposar intervencions de deshabitació. • En el cas de les dones que decideixin consumir alcohol durant l'embaràs, s'ha de recomanar que evitin consumir més d'una unitat d'alcohol al dia (equivalent a un quart de litre de cervesa, o 25 ml de licor o una copa de vi de 125 ml).
Medicaments, altres substàncies i teràpies complementàries	• Informar que poques medicines sense recepta han estat provades com a segures en l'embaràs, per la qual cosa s'han d'emprar tan poc com sigui possible durant la gestació. Els medicaments amb recepta s'han de prescriure només en els casos en què el benefici superi el risc. • Desaconsellar l'ús de qualsevol tipus de fàrmac o teràpia sense prescripció ni control a càrrec de professionals de la salut. La seguretat i l'eficàcia de la majoria de les teràpies complementàries no ha estat establerta per als embarassos. Hi ha algunes excepcions, com ara l'acupuntura i el gíngebre, que s'ha demostrat que són eficaços per reduir les náusees i els vòmits.

2.2.1. Administració de suplementes farmacològics

(Vegeu la fitxa 5)

Objectiu

- Valorar la necessitat d'aportar suplementes de substàncies per mitjà de preparats farmacològics administrats per la via oral a la gestant a fi d'evitar deficiències que puguin tenir repercussió sobre la seva salut o la de la seva descendència.

FITXA 5. ADMINISTRACIÓ DE SUPLEMENTS FARMACOLÒGICS I POLIVITAMÍNICS

SUPLEMENT	CONSIDERACIONS	OBJECTIUS	RECOMANACIONS
Àcid fòlic		Prevenir els defectes congènits del tub neural	Recomanar a totes les dones que vulguin quedar embarassades la ingesta pregestacional d'un suplement diari d'àcid fòlic des de tres mesos abans d'abandonar el mètode anticonceptiu fins a la 12a setmana de la gestació. Dosi recomanada: 0,4 mg diaris. A les dones que tenen antecedents de defectes del tub neural, han tingut un embaràs afectat, són diabètiques o prenen anticonvulsionants: Dosi recomanada: 4 mg diaris.
Iode	En aquests moments la suplementació universal amb iodur potàssic durant la gestació i la L.M. no està justificada a Espanya, ja que amb el contingut de iode a la sal iodada i en la llet i derivats és possible cobrir les necessitats mínimes. La suplementació farmacològica hauria de quedar restringida a les dones que no arriben als requeriments mínims amb la ingesta de iode amb la seva dieta.	Prevenir els trastorns per deficiència de iode.	Pregestacional: No es recomana administrar de manera sistemàtica una suplementació diària amb iode a les dones que planifiquen el seu embaràs. Durant la gestació: -A les dones que no arriben als requeriments mínims amb la ingesta de iode amb la seva dieta: (3 racions de llet de vaca o derivats lactis + 2 g de sal iodada cobreixen al voltant del 100% de les necessitats de iode) es recomana la suplementació farmacològica durant la gestació amb iodur potàssic a dosis de 200 mcg / dia -Incorporar de forma sistemàtica preguntes, a manera de cribratge, sobre els hàbits alimentaris en relació amb el consum de llet, sal iodada i d'altres fonts de iode com el peix.
Ferro		Tractar l'anèmia ferropènica diagnosticada durant l'embaràs.	No oferir de manera rutinària a l'embarassada la ingesta de ferro, ja que no hi ha prou evidència científica per sostenir aquesta acció i els efectes adversos podrien causar diarrea, nàusees, mal d'estómac o alteració en l'absorció d'altres substàncies. Iniciar el tractament amb ferro en els casos següents: - Si l'hemoglobina és <11 g / dl en el primer trimestre. - Si l'hemoglobina és <10,5 g / dl en el segon trimestre. - Si l'hemoglobina és <11 g / dl al tercer trimestre.
Polivitamínics		Aportar vitamines o altres substàncies de les quals l'embarassada pugui ser deficiària.	Informar que no hi ha cap evidència científica que sostengui l'administració de preparats polivitamínics a les gestants sanes, per la qual cosa no es consi- deren indicats durant l'embaràs.

FITXA 5. ADMINISTRACIÓ DE SUPLEMENTS FARMACOLÒGICS I POLIVITAMÍNICS (CONT.)

SUPLEMENT	RECOMANACIONS
Vitamina D	• Informar a les gestants sobre la importància de mantenir dipòsits adequats de vitamina D durant l'embaràs i la lactància. Per aconseguir els requeriments bàsics cal recomanar el següent: - Menjar Aliments que proporcionin vitamina D: peix, oli de peix, ou, aliments enriquits (vegeu la fitxa 4 sobre les precaucions alimentàries que cal prendre). - Exposar-se a la llum solar. • Convé determinar nivells de vitamina D a les gestants de risc: dones de pell fosca, dones amb limitada exposició solar per raons culturals o per romandre a casa llargs períodes de temps i dones vegetarianes, per a valorar la necessitat de suplementació.
Vitamina A	Els suplementes de vitamina A (consum de més de 700 micrograms) s'han d'evitar, ja que poden ser teratogens.

2.2.2. Prevenció de malalties transmissibles. Immunització activa i passiva

(Vegeu la fitxa 6)

Consideracions

- La prevenció de malalties transmissibles s'aconsegueix per mitjà de la vacunació, que equival a la immunitat que es produiria després de patir la infecció natural, però sense els riscos potencials que la transmissió d'una infecció de la gestant suposaria per al fetus.
- No se sap de cap risc per al fetus provocat per la immunització passiva d'embarassades amb preparacions d'immunoglobulines.

Objectiu

- Prevenir les infeccions administrant vacunes o immunoglobulines.

Recomenacions

- S'ha de completar la vacunació de la dona i assegurar l'actualització dels seus convivents, principalment, les del calendari infantil i les vacunes contraindicades en l'embaràs (triple vírica, varicel·la).
- La prevenció en situacions de risc elevat de contagi es pot dur a terme també amb immunoglobulines i altres medicaments.

Consideracions sobre el Zika

- A causa de la recent alerta sanitària global sobre el contagi i expansió del virus Zika i tenint en compte la transmissió matern fetal amb possibles malformacions congènites greus tenir molt present les recomanacions de la fitxa 6. En tractar-se d'una malaltia emergent buscar informació i actualització en els enllaços següents:

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

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

PREGESTACIONAL		DURANT L'EMBARÀS							
Rubèola i varicel·la Vacunar les dones seronegatives, descartar l'embaràs actual, assegurar l'anticoncepció i evitar l'embaràs almenys durant un mes després de la vacunació Tètan i diftèria • Si la pauta de vacunació és completa, no es recomana cap dosi addicional. • En els casos de dones amb primera vacunació incompleta, no s'ha de reprendre la vacunació, sinó que cal completar-la ("dosi administrada, dosi que hi compta") fins a la tercera dosi. • En els casos de les dones no vacunades es recomana seguir la pauta següent: - Primera dosi de la vacuna contra el tètan i la diftèria, tan aviat com sigui possible. - Segona dosi, quatre setmanes després de la primera dosi. - Tercera dosi, almenys sis mesos després de la segona dosi. - Cal evitar tant com sigui possible vacunar la gestant durant el primer trimestre.		- En general, les vacunes inactivades, toxoides i polisacàrids es poden administrar. Cal valorar sempre el balanç risc-benefici i les possibles contraindicacions o limitacions en la fitxa tècnica de cada vacuna. Les vacunes de gèrmens vius o atenuats estan contraindicades a causa del risc teòric per al fetus. No obstant això, l'evidència disponible suggereix que aquest risc és pràcticament nul en la majoria de les vacunes i, en general, no es recomana l'avortament terapèutic en vacunacions a dones durant un embaràs inadvertit; en aquest cas, cal informar adequadament la dona i evitar crear una alarma injustificada. Pel que fa a les recomanacions per viatjar, s'han de sol·licitar sempre en els centres de vacunació internacional. <table><tr><th>Vacunes contraindicades</th><th>Vacunes no recomanades (cal valorar-ne els riscos i els beneficis)</th><th>Vacunes segures</th></tr><tr><td> - triple vírica - rubèola - febre tifoide (via oral) - varicel·la - poliomielitis (via oral) - tuberculosi </td><td> - febre groga - poliomielitis per la via parenteral - còlera inactivada per la via oral - febre tifoide (de polisacàrids per la via parenteral) </td><td> - tètan, diftèria i tos ferina - grip - ràbia - hepatitis A i B - pneumococ - meningococs A i C </td></tr></table>		Vacunes contraindicades	Vacunes no recomanades (cal valorar-ne els riscos i els beneficis)	Vacunes segures	- triple vírica - rubèola - febre tifoide (via oral) - varicel·la - poliomielitis (via oral) - tuberculosi	- febre groga - poliomielitis per la via parenteral - còlera inactivada per la via oral - febre tifoide (de polisacàrids per la via parenteral)	- tètan, diftèria i tos ferina - grip - ràbia - hepatitis A i B - pneumococ - meningococs A i C
Vacunes contraindicades	Vacunes no recomanades (cal valorar-ne els riscos i els beneficis)	Vacunes segures							
- triple vírica - rubèola - febre tifoide (via oral) - varicel·la - poliomielitis (via oral) - tuberculosi	- febre groga - poliomielitis per la via parenteral - còlera inactivada per la via oral - febre tifoide (de polisacàrids per la via parenteral)	- tètan, diftèria i tos ferina - grip - ràbia - hepatitis A i B - pneumococ - meningococs A i C							
		• Vacunes recomanades en tots els embarassos: - Grip estacional, en temporada gripal. - Tos ferina: 1 dosi de vacuna diftèria-tètanus-tos ferina de càrrega reduïda en les setmanes 27 a 36, en cada embaràs. - Tètanus-diftèria en pautes incompletes o no vacunades. En aquest cas s'ha de substituir una dosi de Td per una de dTPa, que s'ha de fer coincidir amb les setmanes 27 a 36. - Tètanus-diftèria en profilaxi postexposició. Si coincideix amb el 3r trimestre, s'ha d'utilitzar dTPa (si encara no s'ha administrat). • Vacunes recomanades en circumstàncies específiques amb risc elevat de complicacions o d'exposició, que ha de valorar el professional corresponent (clínic, de salut pública o de vacunació internacional): hepatitis A, hepatitis B, meningococ C, meningococ ACWY, antipneumocòccica conjugada, ràbia, poliomielitis inactivada, febre groga, còlera inactivada oral, febre tifoide parenteral. • S'han de recomanar mesures de prevenció del paludisme (o malària), dengue chikungunya i virus del Zika (Veure fitxa 4)							

2.2.3. Assessorament sobre canvis fisiològics

(Vegeu la fitxa 7)

Consideracions

- Durant la gestació es produeixen diversos canvis físics i funcionals normals, la majoria dels quals són per adaptar-se a la nova situació, l'embaràs; alguns poden produir molèsties —poc més, poc menys— en la gestant.
- Els canvis psicològics durant la gestació són una conseqüència dels canvis fisiològics de l'embaràs, de l'evolució de la gestació i del sentiment de responsabilitat que l'arribada d'un nou membre a la família implica.

Objectius

- Proporcionar informació sobre les modificacions fisiològiques i sobre per què es produeixen i en quin moment de l'embaràs, a fi que no causin preocupació a la gestant.
- Informar sobre les pautes que poden ajudar-la a millorar o alleugerir les molèsties que puguin provocar-li.
- Promoure el benestar psicològic i emocional de la gestant.
- Promoure l'experiència de la maternitat com un procés saludable i una oportunitat per a la dona de prendre consciència dels seus recursos psíquics d'afrontament i de potenciar-los al llarg de tot el procés.

FITXA 7. ASSESSORAMENT SOBRE ELS CANVIS FISIOLÒGICS DURANT L'EMBARÀS

SIGNE/SÍMPTOMA	CAUSES	RECOMANACIONS
Nàusees i vòmits Es produeixen en el 80-85 % de tots els embarassos durant el primer trimestre	• Hormonals, emocionals. • Disminució de la motilitat gàstrica.	• Informar la gestant que la majoria dels casos de nàusees i vòmits en l'embaràs es resolen espontàniament. • Prendre un aliment abans de llevar-se i quedar ajaguda fins que desapareguin les nàusees. • Evitar prendre líquids durant les menjades. • Evitar els menjars greixosos i els que siguin difícils de digerir. • Fer cinc o sis menjades al dia lleugeres i poc abundants. • Evitar les olors fortes i desagradables. • Intervencions que semblen eficaces per reduir els símptomes: - no farmacològiques: gíngebre, acupuntura. - farmacològiques: antihistamínic, metoclopramida.
Gingivitis Es manifesta per la sagnia a les genives.	• Canvis en el pH de la saliva, turgència de les genives. • Hormonals. • Malaltia dental persistent.	• Recomanar una consulta odontològica. • Mantenir una higiene dental adequada utilitzant raspalls suaus i evitant traumatismes i infeccions.
Pirosi	• Disminució de la motilitat gàstrica per causes hormonals.	• Fer cinc o sis menjades al dia lleugeres, poc abundants, evitant els greixos i els fregits. • Evitar les begudes amb gas, l'alcohol, el tabac i el cafè. • No jeure després de menjar. • Colgar-se dues hores després d'haver sopat. • Oferir antiàcids a les dones l'acidesa de les quals continuï essent molesta malgrat les modificacions en els hàbits.

SIGNE/SÍMPTOMA	CAUSES	RECOMANACIONS
Restrenyiment i hemorroides	• Disminució de la motilitat gàstrica per causes hormonals. • Suplements de ferro. • Comprensió de la sigma i del recte per l'úter. • Ingesta pobre de fibra dietètica.	• Seguir una dieta rica en fibra i evitar les espècies i les begudes alcohòliques. • Augmentar la ingesta d'aigua (i prendre un tassó d'aigua en dejú). • Fer exercici moderat. • Intentar mantenir un horari regular diari d'evacuació intestinal. • Es pot considerar l'ús de laxants que incrementen el volum del bolus fecal. • Descansar en la posició de decúbit lateral esquerre. • Posar-se cada dia de 10 a 15 minuts en la postura genupectoral (o de pregària mahometana) per reduir la pressió a les venes rectals. • Banys d'aigua freda.
Variis	• Dificultat del retorn venós incrementat per la pressió de l'úter gràvid. • Predisposició familiar. • Treball en bipedestació. • Embarassos gemel·lars, fetus grans.	• Descansar en la posició de decúbit lateral esquerre. • Fer períodes de descans amb les cames alçades per damunt del maluc. • Fer cada dia exercicis circulatoris i passejades. • Massatges ascendents des del peu fins a l'engonal. • Evitar els períodes prolongats en bipedestació. • Evitar els períodes prolongats asseguda; no creuar les cames. • L'ús de calces elàstiques pot millorar els símptomes però no prevenir les venes varicoses. • Es pot considerar oferir rutósido per via oral a les embarassades que ho necessitin per alleujar els símptomes.
Mareigs	• Hipotensió postural. • Estasi venosa a les extremitats inferiors. • Hipoglucèmia.	• Fer exercici moderat, exercicis circulatoris i respiracions profundes. • Evitar els canvis bruscs de posició. • Evitar anar a llocs amb aglomeracions. • Estar en un lloc fresc. • Evitar els períodes llargs sense ingerir aliments.
Canvis psicoemocionals	• Sentiments d'ambivalència. • Transparència psíquica: records de la infantesa pròpia i de la relació materna. • Més fragilitat emocional. • Més dependència emocional de les persones importants per a ella. • Menys interès per tot allò que passa al seu voltant si no té relació directa amb el seu estat.	• Informar la gestant i la seva parella (si en té) dels canvis psicoemocionals habituals durant l'embaràs. • Potenciar l'acompanyament afectiu de la parella o d'una persona de confiança de la gestant durant tot el procés. • Informar la gestant que el fenomen de la transparència psíquica és un reajustament sa i necessari.

2.2.4. Assessorament sobre el cribratge de defectes congènits

(Vegeu la fitxa 12)

Objectius

- Informar sobre les diferents proves i exploracions disponibles per al diagnòstic prenatal de defectes congènits.
- És aconsellable subministrar per escrit tota la informació bàsica sobre el consell genètic i les característiques de les diferents proves i exploracions.

2.2.5. Preparació prenatal per a la maternitat i la paternitat

(Vegeu la fitxa 8)

Consideracions

- Durant l'embaràs, la gestant i la seva parella estan molt motivats preparant l'arribada de la criatura. És molt alta la probabilitat que les intervencions educatives individuals i grupals tinguin una bona resposta.
- L'educació sanitària grupal és una de les activitats bàsiques per canviar actituds i comportaments. L'eficàcia d'està relacionada no només amb les habilitats del docent, sinó també amb les aportacions de les persones participants i la interacció afectiva que s'hi estableix.
- El grup aporta ajuda, reforç i facilita l'intercanvi de coneixements entre totes les persones participants i estimula l'ús de les possibilitats i dels recursos individuals.

Objectius

- Proporcionar informació adequada sobre tot el procés de l'embaràs, el part, el naixement i la criança per tal d'eliminar por i incerteses.
- Aportar mesures de suport que ajudin la gestant i la seva parella a comprendre i explorar les necessitats socials pròpies, emocionals, psicològiques i físiques durant aquest període.
- Si l'embarassada té parella, promoure'n la implicació i la participació activa per afavorir l'acompanyament i el suport físic, psicològic i emocional a la gestant durant

l'embaràs. Ha de saber el paper que pot desenvolupar en el part, en el naixement i en les cures postnatales, i coresponsabilitzar-se en la criança.

- Promoure que la gestant i la seva parella siguin les protagonistes potenciant les seves capacitats per facilitar el procés fisiològic i la presa de decisions.
- Respondre a les expectatives i a les circumstàncies de cada dona i de la seva parella, fomentar una vivència satisfactòria i afavorir l'autonomia de la dona per a l'apoderament amb el suport de la seva parella.
- Fomentar el vincle afectiu (vegeu la fitxa 16).
- Promoure la lactància materna (vegeu la fitxa 19).

Recomanacions

- Dissenyar un programa tenint en compte les característiques de les embarassades i de les seves parelles que acudeixen a l'educació grupal, i també els continguts, els objectius, la metodologia, el cronograma de sessions, els recursos audiovisuals i materials necessaris, l'avaluació de la satisfacció i els resultats per millorar el programa.
- Disposar del material didàctic necessari de suport. Donar a conèixer experiències positives de processos i parts no medicalitzats (vídeos, testimonis de dones, etc.) i d'un espai físic, de material i d'equipament adequat.

FITXA 8. PREPARACIÓ PRENATAL PER A LA MATERNITAT I LA PATERNITAT

PARTICIPACIÓ DE LA PARELLA O LA PERSONA DE SUPORT	ACTIVITAT GRUPAL
• Informar sobre les necessitats específiques de cada dona en l'acompanyament i el suport afectiu. • Facilitar informació que estimuli el suport de les persones de l'entorn. • Promoure la comunicació individualitzada perquè la gestant i la seva parella (si en té) puguin exposar els temors, les inseguretats i les expectatives que tinguin. • Recomanar compartir les tasques quotidianes per evitar que l'embarassada pateixi una sobrecàrrega de feina i pugui gaudir del descans necessari. • Investigar l'actitud de la parella o de la persona de suport sobre la lactància materna.	• El programa de preparació maternal i paternal ha d'englobar tot el procés: embaràs, part, puerperi, lactància i cura del nounat. • Ha de fomentar la implicació i la participació activa de la dona i de la seva parella. • Potenciar l'apoderament de la dona facilitant la presa de decisions. • Cal dissenyar programes amb dinàmiques participatives i que incloguin entrenament psicofísic. • Continguts: - Promoure hàbits saludables i ajudar a mantenir una actitud positiva amb relació a l'embaràs, el part, el puerperi i la criança. - Proporcionar informació sobre els canvis fisiològics durant l'embaràs i consells per alleugerir les possibles molèsties, tenint en compte els aspectes emocionals i afectius. - Informar sobre els símptomes i els signes del preparat i d'alarma. - Informar sobre el desenvolupament fisiològic del treball de part, inclosos els mètodes no farmacològics i farmacològics disponibles per alleugerir el dolor i les tècniques respiratòries i de relaxació. - Proporcionar informació sobre l'hospital de referència on tindrà lloc el part. És ideal fer-hi una visita, sempre que sigui possible, amb la gestant i la seva parella, si volen. - Fomentar la lactància materna i explicar com instaurar-la i mantenir-la (<i>vegeu el capítol 5</i>). - Informar sobre el puerperi immediat, precoç i tardà, i sobre els canvis físics, psicològics i socials, alhora que es fomenta l'autocura de la mare, el suport de la parella i dels seus familiars, si en té (<i>vegeu el capítol 3</i>). - Informar sobre les cures neonatals: intervencions a l'hospital i cures a casa. - Fomentar el vincle emocional i les habilitats de criança (<i>vegeu el capítol 4</i>). - Informar sobre els drets de les dones i dels usuaris: • Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica (BOE núm. 274, suplement 21, de 2 de desembre de 2002, <www.boe.es/boe_catalan/dias/2002/12/02/pdfs/A03057-03062.pdf>). • Llei 5/2003, de 4 d'abril, de salut de les Illes Balears (BOIB núm. 55, de 22/04/2003, <http://boib.caib.es/pdf/2003055/mp3.pdf>).

2.2.6. Pla de part i naixement

Consideracions

- El Ministeri de Sanitat, va publicar l'any 2012 un model de pla de part i naixement en el qual informa sobre les pràctiques adequades (versus les pràctiques no aconsellades, per innecessàries o perjudicials) amb evidències científiques d'efectivitat amb relació a l'assistència en el procés de part i naixement, i també sobre les alternatives disponibles per facilitar a les embarassades la presa de decisions. Aquest pla recull les recomanacions de l'Estratègia d'atenció al part normal, de l'Estratègia nacional de salut sexual i reproductiva del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat i de la Guia de pràctica clínica sobre la atenció al parto normal.

Objectius

- Recollir en un document els dissenys i les expectatives de cada embarassada i de la seva parella respecte a l'embaràs, el part i el naixement de la criatura amb la informació i l'assessorament de la comare que atén l'embaràs.
- Oferir l'oportunitat d'expressar les preferències sobre els aspectes en els quals hi hagi alternatives igual d'eficaces i segures.
- Servir d'orientació a l'equip de professionals responsables de l'atenció de l'embarassada durant l'estada a l'hospital.

Recomanacions

- Diferenciar entre el pla de part i naixement i el consentiment informat.
- Executar el pla, sempre que l'embarassada vulgui, preferentment en la 28a i en la 32a setmana de la gestació per entregar-lo a l'hospital de referència o al que s'hagi elegit per al part, el qual ha d'incorporar el pla a la història clínica. Model de pla de part disponible en línia: <http://mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>.
- La comare responsable del seguiment de l'embaràs ha d'informar sobre com es durà a terme, explicar que pot ser modificat en qualsevol moment per la voluntat de la dona o per l'evolució del part i assessorar l'embarassada sobre tots els aspectes que hi estiguin relacionats (vegeu la fitxa 9). Es pot recomanar la lectura de la guia *Atención al parto normal: guía dirigida a mujeres embarazadas, a futuros padres, así como a sus acompañantes y familiares*, disponible en el web del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat (<www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracParMujer.pdf>)
- La informació que s'ofereix s'ha d'adaptar al nivell sociocultural de la dona i al de la seva parella. S'hi ha d'establir una relació empàtica que faciliti l'assimilació de la informació i la comprensió de les seves expectatives.
- En cas que algun aspecte recollit en el pla no pugui ser atès pel centre, aquest ha de contestar per escrit fent-hi constar les circumstàncies que ho motivin.
- Abans del part, la comare responsable d'atendre'l ha de revisar i comentar amb l'embarassada els aspectes recollits en el pla.

FITXA 9. INFORMACIÓ I ASSESSORAMENT PER ELABORAR EL PLA DE PART I NAIXEMENT

PRÀCTIQUES EFECTIVES	PRÀCTIQUES DE RUTINA INNECESSÀRIES	ALTERNATIVES EFICACES PER ALLEUGERIR EL DOLOR
• Acompanyament familiar a càrrec de la persona elegida i del professional (atenció continuada per part de la comare). • Ambient d'intimitat. • Tracte de l'embarassada amb el màxim respecte. Oferiment de tota la informació, implicació en la presa de decisions. • Llibertat de moviments durant el període de dilatació. • Ingesta de líquids clars (aigua, suc sense polpa, cafè, te, begudes isotòniques). • Control del batec fetal intermitent. • En condicions de normalitat, tactes vaginals en intervals de quatre hores. • Satisfacció —tant com sigui possible— de les expectatives de l'embarassada amb relació a l'alleujament del dolor durant el part. • Durant l'expulsiu, posar-se en la postura que resulti més còmoda. • Espoderaments espontanis. • Aplicació de compreses calentes al períneu durant l'expulsiu, sense massatge perineal. • Contacte “pell amb pell” amb el nounat immediatament i de manera ininterrompuda durant almenys una hora i inici de la lactància materna en aquest període. • Cures rutinàries del nounat després del contacte “pell amb pell”. • Allotjament conjunt de la mare i del nounat durant l'estada a l'hospital. • Pinçament tardà del cordó umbilical, passats dos minuts o quan deixi de bategar. • Manteniment de la calor del nounat alhora que es manté el contacte “pell amb pell” i se'l tapa i se l'exionga amb una manta o una tovalloleta calentes. • Administració de pomada oftàlmica per prevenir infeccions oculars. • Administració de vitamina K per mitjà d'una injecció intramuscular única o per la via oral en dosis successives.	• Amnioscòpia i cardiotocografia en la valoració inicial. • Rasurat del períneu. • Ènema. • Ruptura artificial de la bossa de les aigües. • Utilització d'oxitocina durant la dilatació. • Massatge perineal durant l'expulsiu. • Episiotomia. • Aspiració orofaríngia o nasofaríngia del nounat. • Bany del nounat en les primeres hores de vida. • Pas sistemàtic d'una sonda nasogàstrica o rectal al nounat.	En un part normal no induït, amb llibertat de moviments, en un ambient tranquil en què la dona se senti segura i còmoda, moltes dones poden aguantar el dolor gràcies als intervals entre les contraccions, que permeten descansar, i als analgèsics alliberats per l'organisme. • Mètodes no farmacològics: - Immersió en aigua calenta durant la fase activa de la primera etapa del part (≥ 4 cm de dilatació). - Massatge. - Ús de pilotes de goma. - Tècniques de relaxació i de respiració. - Injeccions d'aigua estèril per alleugerir el dolor lumbar. • Mètodes farmacològics: - Inhalació d'òxid nítrós. - Opioides per les vies intravenosa i intramuscular. • Aspectes de l'analgèsia epidural - Beneficis: • És el mètode més eficaç per alleugerir el dolor. • En dosis baixes permet, en molts casos, la deambulació. - Riscos: • Hipotensió materna i consegüent pèrdua del benestar fetal. • Febre intrapart. • Dificultat per a la micció i retenció urinària repetides. • Restricció de la mobilitat. • S'associa amb un expulsiu més prolongat i amb més risc de necessitar ajuda per al part per mitjà d'instruments.

2.3. Proves i pràctiques clíniques durant l'embaràs

2.3.1. Analítiques i serologies

(Vegeu la fitxa 10)

Objectiu

- Identificar, prevenir i tractar algunes malalties que afecten la salut de la gestant i del fetus.

Recomanació

- Fer les proves analítiques en què hi hagi una relació raonable entre el cost i l'eficàcia i que permetin prevenir malalties i determinar l'estat d'immunitat davant d'infeccions que poden afectar la salut d'ambdós.

FITXA 10. ANALÍTQUES I SEROLOGIES

DETERMINACIÓ	CONSIDERACIONS	OBJECTIUS	RECOMANACIONS
Hemoglobina	• Les demandes de ferro durant l'embaràs augmenten a causa dels requisits del fetus, de la placenta i de l'augment de la massa eritrocitària. • L'anèmia durant l'embaràs es diagnòstica per mitjà de la concentració d'hemoglobina. • Quan la gestant presenta anèmia amb sospita de deficiència de ferro, la prova d'elecció és la ferritina sèrica.	• Detectar possibles anèmies i instaurar el tractament.	• Sol·licitar analítica d'hemoglobina i d'hematòcrit en la primera visita de l'embaràs i entre la 24a i la 28a setmana de la gestació amb l'objectiu de detectar possibles anèmies. Valors de referència: - Primer trimestre: Hb> 11 g / ml - Segon trimestre: Hb> 10,5 g / dl - Tercer trimestre: He> 11g/dl • No es recomana fer la determinació rutinària de ferro sèric i de ferritina, ja que ocasiona sobretractaments.
Urinocultiu	• El tractament de la bacteriúria asimptomàtica redueix el risc de patir pielonefritis.	• Diagnòstic precoç de bacteriúria asimptomàtica.	• Fer un urinocultiu rutinari al començament de l'embaràs.
Varicel·la	• Els contactes de les embarassades es consideren susceptibles segons criteris clínics (antecedent recordat de malaltia) i de vacunació (2 dosis documentades).	• Identificar les gestants susceptibles d'infectar durant l'embaràs i oferir la vacunació en el postpart a les no immunitzades per tal de protegir-ne els embarassos futurs.	• Sol·licitar la determinació d'anticossos en la visita preconceptiva o en la primera visita de l'embaràs o recollir els resultats d'una determinació prèvia si se'n disposa. • Vacunar segons la pauta vigent: - Dones seronegatives en el cribatge preconceptual de la varicel·la. - Durant l'embaràs: vacunar contactes susceptibles. En el cas d'haver rebut una sola dosi s'ha de completar amb la segona. - Dones seronegatives després del part (cal informar-les que poden continuar amb la lactància). • Informar les dones que no poden quedar-se embarassades fins almenys un mes després d'haver rebut la vacuna. • Determinar anticossos al mes de la vacunació per tenir documentada la resposta immunològica per a embarassos posteriors.

FITXA 10. ANALÍTIQUES I SEROLOGIES (CONT.)

DETERMINACIÓ	OBJECTIUS	RECOMANACIONS
<i>Toxoplasma</i>		• No es recomana el cribratge universal pregestacional ni durant la gestació a causa de la baixa prevalença durant l'embaràs, de les incerteses que planteja el cribratge i de la possible teratogenicitat dels tractaments. • Recomanar a totes les embarassades que adoptin mesures de prevenció primària: - Evitar menjar carn poc feta i productes carnis curats, congelar la carn durant uns dies abans de consumir-la - redueix considerablement les probabilitats d'infecció. - Evitar el contacte directe de les mans amb excrements de moix o brutor del terra. - Emprar guants i rentar-se les mans després de tocar terra o de fer tasques de jardineria i abans de manipular aliments. - Rentar amb cura les verdures, les hortalisses i les fruites.
Citomegalovirus		• No es recomana el cribratge universal.
Hepatitis B	• En la visita pregestacional cal identificar les dones de risc alt seronegatives susceptibles de ser vacunades abans de l'embaràs: - Exposició laboral a sang humana o treballadores d'institucions de malalts mentals. - Parella/convivent portador de l'antigen de superfície de l'hepatitis B (HBsAg) o que sigui addicte a drogues per la via parenteral. - Recluses o personal d'institucions penitenciàries. - Receptores de repetides transfusions o d'hemoderivats - Dones que viatgen a zones d'incidència alta. • Durant la gestació cal identificar les embarassades amb marcadors del virus de l'hepatitis B a fi de determinar si el nouat necessitarà immunoglobulina, a més de la vacuna contra l'hepatitis B.	• Sol·licitar un estudi serològic del virus de l'hepatitis B a totes les dones de risc alt abans de l'embaràs i a totes les gestants en el primer trimestre, i repetir-lo en el tercer trimestre si el cribratge inicial ha estat negatiu i pertany a un grup de risc. • La vacuna es pot administrar durant l'embaràs si es considera que el risc d'infecció de la dona és alt. • No s'ha de desaconsellar la lactància materna a les dones seropositives.

DETERMINACIÓ	OBJECTIU	RECOMANACIONS
Rubeola	• Identificar les gestants susceptibles d'infectar durant l'embaràs i oferir la vacunació en el postpart a les no immunitzades per tal de protegir els embarassos futurs.	Convé sol·licitar la determinació d'anticossos en la visita preconcepciva o en la primera visita de l'embaràs o recollir els resultats d'una determinació prèvia si se'n disposa. Cal vacunar segons la pauta vigent: -Dones seronegatives en el cribratge preconcepcional de la rubèola. -Dones seronegatives després del part (cal informar-les que poden continuar amb la lactància). • Informar les dones que no poden quedar-se embarassades fins almenys un mes després d'haver rebut la vacuna. Determinar anticossos al mes de la vacunació per tenir documentada la resposta immunològica per a embarassos posteriors.
Lues	• Detectar i tractar de manera precoç la infecció per <i>Treponema pallidum</i> per evitar-ne les seqüeles a la mare i al nounat.	• Sol·licitar un estudi serològic de lues en el primer trimestre de l'embaràs i repetir-lo en el tercer trimestre si el cribratge inicial ha estat negatiu i pertany a un grup de risc.
VIH	• Conèixer l'estat serològic matern per establir l'estudi, la vigilància i el tractament adequat de les dones afectades, a fi de tenir cura de la seva salut i reduir el risc de transmissió vertical i postnatal.	• Sol·licitar un estudi serològic a totes les dones en el primer trimestre, després d'haver-los demanat el consentiment verbal. • Repetir la determinació en la darrera anàlítica de l'embaràs en dones amb risc de VIH. • Derivar les gestants a les quals s'ha diagnosticat una infecció pel VIH perquè siguin ateses i tractades per equips especialitzats.
Hepatitis C	• Pregestacional: Detectar les dones portadores de HVC per oferir-los informació sobre els possibles riscos de transmissió vertical.	• Pregestacional: Se suggereix el cribratge de VHC en dones que presenten antecedents d'alt risc d'infecció per VHC (antecedents de consum de drogues per via parenteral, o receptores de transfusions sanguínies o trasplantades abans de la dècada dels 90). • Durant l'embaràs: No es recomana la detecció de rutina perquè no hi ha proves suficients per confirmar-ne l'eficàcia i el balanç entre el cost i el benefici.

FITXA 10. ANALÍTIQUES I SEROLOGIES (CONT.)

DETERMINACIÓ	OBJECTIUS	RECOMENDACIONS
Serologia de la malaltia de Chagas-Mazza	• Identificar els nounats potencialment infectats per oferir-los tractament i evitar-los les seqüeles, ja que en aquesta edat el tractament precoç és molt eficaç, mentre que és ineficaç quan la malaltia es cronifica.	• Fer un cribratge serològic de la malaltia de Chagas (IgG anti-<i>Trypanosoma cruzi</i>) en el primer trimestre a les gestants d'origen llatinoamericà (excepte a les dels països del Carib, on la malaltia no és endèmica). • Fer proves parasitològiques durant els 6-9 primers mesos de vida de la criatura i posteriorment proves serològiques als infants de mares amb serologia positiva. • No es recomana la interrupció de la lactància materna, excepte en els casos aguts amb lesió i sagnia del mugró. • No es recomana aplicar un tractament de manera específica a la mare durant l'embaràs amb els fàrmacs actuals, ja que no se'n coneix el risc teratogènic i l'eficàcia en persones infectades de manera crònica és baixa.
DETERMINACIÓ	OBJECTIUS	RECOMENDACIONS
Grup sanguini, factor Rh i prova de Coombs indirecta	• Prevenir la sensibilització materna i identificar les gestants immunitzades.	PAUTAS D' ADMINISTRACIÓN DE GAMMA GLOBULINA ANTI-D • Administració de rutina: - Gestants amb factor Rh negatiu no sensibilitzades, en la 28a setmana. - Gestants amb factor Rh negatiu no sensibilitzades el nouat de les quals tenguí un factor Rh positiu abans de les 72 hores postpart. - Si no s'ha tractat abans de 72 hores després del part o d'esdeveniments sensibilitzants, encara s'ha d'administrar immunoglobulina anti-D fins a la 4a setmana a partir d'aquells. - Després d'un avortament o un embaràs ectòpic. - En cas que es diagnosti mola parcial. - Després d'una biòpsia del cori. - Després d'una amniocentesi. - Després d'una cordocentesi. - Després d'una versió cefàlica externa. • Dosi addicional: en cas d'hemorràgia fetomaterna de més de 10-15 ml.

FITXA 10. ANALÍTQUES I SEROLOGIES. (CONT.)

DETERMINACIÓ	CONSIDERACIONS	OBJETIUS	RECOMENDACIONS
Cribatge d'hipotiroïdisme	• La patologia tiroïdal materna pot tenir transcendència per a la salut de la mare i del fetus. • La majoria dels trastorns comuns, autoimmunitat/difusió, que afecten el tiroide i l'embaràs generalment no ocasionen símptomes ni signes. El diagnòstic és bioquímic.	• Diagnòstic i tractament de l'hipotiroïdisme durant la gestació, per evitar les principals complicacions obstètriques associades a la difusió tiroïdal. • Prevenir l'hipogalactèmia per alteració tiroïdal.	• Se suggereix la realització de cribratge de la funció tiroïdal en la primera visita a gestants a les dones amb factors de risc de disfunció tiroïdal: - majors de 30 anys, dones amb història familiar de malaltia tiroïdal - amb antecedents personals de malaltia tiroïdal -s amb DM tipus 1 o altres trastorns autoimmunes -amb antecedents d'avortaments de repetició -d'irradiació de cap o coll -en tractament substitutiu amb levotiroxina o que viuen en zones que presumiblement són deficientes en iode.

2.3.2. Cribatge de la diabetis gestacional

(Vegeu la fitxa 11)

Consideració

- Actualment a la nostra Comunitat Autònoma recomana mantenir l'estratègia del Grup Espanyol de Diabetis i Embaràs (GEDE 2015).

Objectiu

- Fer un diagnòstic precoç de la diabetis gestacional per prevenir complicacions en la mare i en el nounat.

FITXA 11. CRIBRATGE DE LA DIABETIS GESTACIONAL

PROVES DE CRIBRATGE	RECOMANACIONS
● Test d'O'Sullivan en el primer trimestre en els casos de gestants de risc alt: - Edat > 35 anys. - Obesitat (índex de massa corporal > 30 kg/m²). - Antecedents personals de diabetis gestacional o altres alteracions del metabolisme de la glucosa. - Resultats obstètrics previs que facin sospitar d'una DMG no diagnosticada (p. e. macrosomia). - Història de diabetis mellitus en familiars de primer grau. - Grups ètnics de risc (afroamericanes, asiàticoamericanes, hispanoamericanes, índies americanes). ● Si el cribratge del primer trimestre dona un resultat negatiu, cal repetir-lo entre les setmanes 24 i 28. ● Si el cribratge del primer trimestre dona un resultat positiu i una corba normal, cal repetir la corba entre les setmanes 24 i 28. ● Test d'O'Sullivan en el segon trimestre (entre les setmanes 24 i 28 de la gestació): universal. ● Test d'O'Sullivan en el tercer trimestre: en els casos de gestants que no hagin estat estudiades en el segon trimestre i en els que en l'estudi hagi resultat negatiu però posteriorment hagin desenvolupat complicacions que característicament s'associen a la diabetis gestacional (macrosomia fetal o polihidramnis), s'ha d'obviar la prova de cribratge i acudir directament a la sobre càrrega oral de glucosa.	● Respectar la decisió informada de les dones sanes sense factors de risc que decideixin no fer-se la prova de cribratge. ● Proporcionar a les gestants la informació següent: - La gestació amb diabetis gestacional acaba de manera satisfactòria en la majoria dels casos, sense complicacions i amb el naixement d'una criatura sana. - La diabetis gestacional no és una malaltia, sinó un potencial problema de nutrició del fetus: l'excés de glucosa que li arriba estimula la secreció d'insulina i, en conseqüència, el creixement del fetus pot accelerar-se i produir macrosomia. La macrosomia fetal s'associa a cert risc de distòcia d'espàlia. - Un bon control glucèmic durant l'embaràs pot reduir el risc de macrosomia fetal, de trauma durant el part, d'inducció del treball de part, de cesària, d'hipoglucèmia neonatal i de mort perinatal. - Habitualment, la diabetis gestacional respon a canvis en la dieta i en l'exercici. Entre el 10 % i el 20 % de les dones necessiten un tractament farmacològic. - La diabetis gestacional augmenta el risc de la gestant de patir una diabetis de tipus II en el futur. És convenient reavaluar totes les dones amb diabetis gestacional al cap de 6-12 setmanes després del part o una vegada acabada la lactància amb el test de sobre càrrega oral de glucosa (SOG) amb 75 grams. El risc de repetir un altre episodi de diabetis gestacional és del 70 %. - El control glucèmic matern i la lactància materna poden contribuir a reduir el risc del fill de patir obesitat i diabetis en el futur. - Concentracions elevades de glucosa, es un factor de risc que retarda la lactogènesis II

Modificat de Grup Espanyol de Diabetis i Embaràs (GEDE), 2015.

2.3.3. Diagnòstic prenatal

(Vegeu la fitxa 12)

Consideració

- Identificar anomalies fetals perquè la família pugui prendre decisions sobre la continuació o la interrupció de l'embaràs, preparar-se per al naixement i la criança d'una criatura amb problemes, programar el naixement en un centre especialitzat o fins i tot aplicar un tractament intrauterí, si cal.

FITXA 12. DIAGNÒSTIC PRENATAL

ASSESSORAMENT SOBRE EL CRIBRATGE DE DEFECTES CONGÈNITS

- Informar la dona i la seva parella durant la primera visita de l'embaràs sobre la possibilitat i els mètodes de diagnòstic prenatal d'anomalies cromosòmiques i de malformacions:
 - Càlcul del risc per a algunes anomalies.
 - Ecografies per diagnosticar precoçment certes anomalies de l'embrió o del fetus.
- Proporcionar-los informació rigorosa i imparcial, basada en evidències científiques i dirigida a capacitar-los per prendre decisions segons els valors i les preferències propis, amb prou temps perquè puguin decidir si es volen sotmetre a aquests cribratges i demanar aclariments.
- Aclarir l'abast i el significat de les proves i les decisions que pot ser necessari prendre en cada una de les fases del cribratge. La prova del cribratge valora únicament la probabilitat que el fetus presenti una trisomia autosòmica:
 - Risc baix: és improbable que el fetus tengui la síndrome de Down, però no indica que no hi hagi risc.
 - Risc alt: han de decidir si accepten que es faci un test diagnòstic invasiu (amniocentesi o biòpsia de la vellositat corial) per descartar o confirmar la sospita.
- Informar-los sobre els aspectes següents:
 - Riscs de les tècniques invasives.
 - Problemes associats a la síndrome de Down i possibilitats actuals de les persones que pateixen aquesta síndrome.
 - Pronòstic incert d'alguns dels altres trastorns cromosòmics diagnosticables; opcions i recursos tant si decideixen continuar la gestació com si decideixen interrompre-la.
 - Possibilitats de diagnosticar anomalies fetals estructurals per mitjà d'una ecografia i limitacions de la tècnica: índex de massa corporal de la mare, posició fetal durant l'exploració...
 - Taxes de detecció segons el tipus de malformació.
- Quan es detecta una anomalia fetal, l'embarassada i la seva parella han de ser informats de la transcendència que té, posant molt d'esment en llurs sentiments i emocions. Cal oferir atenció psicològica a les parelles que decideixin interrompre la gestació i en qualsevol cas de pèrdua del fetus.

PROVES RECOMANADES

- Prova combinada en el primer trimestre: transparència nucal, -HCG, PAPP-A feta entre l'11+0 i la 13+6 setmana de la gestació. Ofereix una bona taxa de detecció de la síndrome de Down i d'altres cromosomopaties, té una aplicació clínica fàcil i proporciona resultats en les fases primerenques de l'embaràs.
- Prova triple o quàdruple entre les setmanes 15a i 20a de la gestació a les dones que acudeixin tardanament al seguiment de l'embaràs.
- Ecografia per al cribratge d'anomalies estructurals entre les setmanes 19a i 21a de la gestació.

2.3.4. Exploració ecogràfica

(Vegeu la fitxa 13)

Objectiu

- Avaluar l'edat gestacional, detectar precoçment els embarassos múltiples i les malformacions fetals no sospitades clínicament, quan encara és possible la interrupció de l'embaràs.

Recomanació

- Explicar a la gestant els beneficis i les limitacions de l'ecografia obstètrica, per facilitar-li la presa de decisions informades.
- Durant l'embaràs sense complicacions es recomana fer de rutina dues ecografies a càrrec d'obstetres degudament entrenats i acreditats.
- En els casos d'embarassos de risc, el nombre d'ecografies i el moment en què s'han de fer són determinats per les característiques específiques de cada cas.
- Oferir a les gestants i als seus acompanyants informació centrada en la salut, empàtica i a demanda durant el procediment, a fi d'evitar l'estrès i l'angoixa.

FITXA 13. EXPLORACIÓ ECOGRÀFICA

	OBJECTIUS	CONTINGUTS	RECOMANACIONS
Ecografia del primer trimestre	• Valorar la viabilitat de la gestació. • Datar la gestació. • Diagnosticar precoçment els embarassos múltiples. • Detectar les patologies de la gestació (avortament, embaràs ectòpic, mola...). • Detectar les patologies ginecològiques associada (miomes, quists ovàrics...). • Diagnòstic d'algunes malformacions (p. ex., anencefàlia). • Marcadors ecogràfics precoços.	• Presència o absència d'embrió. • Presència o absència del batec cardíac fetal. • Nombre d'embrions. • Mesurament del sac gestacional i longitud crani-natges. • Localització i característiques del trofoblast. • Mesurament de la transparència nucal per valorar les anomalies cromosòmiques i el risc d'una cardiopatia fetal. • Valoració morfològica precoç: crani, tòrax, abdomen, columna i membres. • Observació de l'úter i dels annexos.	• Fer l'ecografia entre les setmanes 11 i 13+6 de la gestació.
Ecografia del segon trimestre	• Identificar anomalies fetals que permetin prendre decisions informades sobre diverses opcions: - Opció reproductiva: continuar l'embaràs o interrompre'l. - Preparar-se per al naixement d'una criatura amb anomalies i una discapacitat que podrien requerir cures pal·liatives i tractaments específics. - Gestionar el naixement en un centre especialitzat. - Teràpia intrauterina, si hi escau.		• Fer l'ecografia entre les setmanes 19a i 21a de la gestació.
Ecografia del tercer trimestre	• No hi ha evidències que donin suport a fer una ecografia rutinària en el tercer trimestre, ja que no ha demostrat cap benefici. Si se sospita l'existència d'un fetus amb restricció de creixement o si hi ha cap altra indicació, cal informar-ne l'embarassada i oferir-li l'ecografia.		

2.3.5. Altres pràctiques clíniques durant l'embaràs

(Vegeu la fitxa 14)

A) Cribratge prenatal de l'estreptococ del grup B

Objectiu

- Detectar els casos de dones portadores de l'estreptococ del grup B per aplicar-los un tractament intrapart i reduir la incidència de la sèpsia neonatal.

B) Citologia cervicovaginal

Objectiu

- Diagnòstic precoç del càncer de cèrvix.

C) Cardiotocograma

Objectiu

- Identificar els fetus que estan en una situació compromesa, de manera que es puguin aplicar les mesures apropiades per evitar un dany irreversible.

D) Versió cefàlica externa en presentacions podàliques

Objectiu

- Augmentar les possibilitats de part vaginal de les embarassades amb fetus en presentació podàlica a prop del terme.

E) Atenció de l'embaràs sense complicacions entre les setmanes 41a i 42a

Objectiu

- Oferir una atenció especial a l'embaràs entre les setmanes 41a i 42a de la gestació amb l'objectiu de prevenir el possible increment de la morbiditat fetal a partir d'aquesta edat gestacional.

F) Atenció de les dones que ja han experimentat una cesària

Objectiu

- Oferir la possibilitat d'un part vaginal a les dones que ja hagin experimentat una cesària i una incisió transversa baixa.

FITXA 14. ALTRES PRÀCTIQUES CLÍNiques DURANT L'EMBARàs

RECOMANACIONS	
Cribratge prenatal de l'estreptococ B	• Fer una presa de mostres i un cultiu en el tercer trimestre de la gestació, entre la 35a i la 37a setmana de la gestació.
Citologia cervicovaginal	• No és recomana la citologia cervicovaginal de rutina a totes les gestants, se suggereix retardar la citologia fins a 6 o 8 setmanes després del part en dones amb una història prèvia de citologies negatives a les quals correspon un nova prova de cribratge, excepte en els casos en què hi hagi dubtes sobre el seguiment del cribratge per part de la dona o hagin transcorregut més de 3 anys. • Fer la presa endocervical per mitjà de bastons de cotó mig remullats amb sèrum salí a fi de minimitzar la possible sagnia derivada de la presa de la mostra endocervical, i informar-ne la gestant per evitar que es preocupi. • Iniciar l'estudi del benestar fetal a partir de la 41a setmana de la gestació en els embarassos sense complicacions. • En els embarassos de risc alt, la patologia mateixa assenyalarà quan i amb quina freqüència s'ha de fer el cardiotocograma.
Cardiotocograma	
Versió cefàlica externa en presentacions podàliques	• En cas de presentació podàlica, s'ha d'oferir —sempre que se'n tengui experiència— la versió cefàlica externa per mitjà de la manipulació fetal a través de la paret abdominal materna. S'ha de fer preferiblement en la 36a setmana en el cas de les nul·líparaes i en la 37a setmana en el cas de les multipares. • Oferir-los la possibilitat d'un part vaginal en presentació podàlica si no té èxit la versió cefàlica externa, especialment en els casos de dones que hagin tingut un part vaginal anterior i que compleixin els requisits, amb la informació oportuna. • Informar les embarassades sobre els aspectes següents de la versió cefàlica externa: - Redueix la probabilitat d'un part en presentació podàlica. - Disminueix la probabilitat d'haver de recórrer a la cesària. - El part en cefàlica després d'una versió cefàlica externa reeixida s'associa amb una major proporció d'intervencions obstètriques que quan la versió cefàlica externa no és necessària. - La taxa d'èxit de la versió cefàlica externa és del 50 %, aproximadament, encara que pot haver-hi diferències individuals. - Hi ha poques contraindicacions absolutes i la taxa de complicacions és molt baixa. - Pot ser dolorosa i el procediment pot ser interromput si l'embarassada ho vol.

RECOMANACIONS

Atenció de l'embaràs sense complicacions entre la 41a i la 42a setmana de la gestació

- Estimar adequadament l'edat gestacional per mitjà de l'ecografia del primer trimestre.
- Oferir a la gestant a partir de la setmana 41+0 de la gestació la possibilitat d'esperar l'inici espontani del part o d'induir-lo amb el millor mètode disponible i la informació adequada.
- Abans de la inducció formal del treball de part es pot oferir l'alternativa d'un examen vaginal per desferrar les membranes.
- Si l'embarassada rebutja la inducció a partir de la 42a setmana, cal oferir-li vigilància freqüent per mitjà de dos cardiotocogrames setmanals, almenys, i l'estimació ecogràfica del volum del líquid amniòtic.
- Finalitzar la gestació davant de qualsevol signe de compromís fetal. L'oligoamni pot ser un marcador rellevant quan l'embaràs es prolonga.
- Informar les gestants sobre els aspectes següents:
 - Entre el 5 % i el 10 % dels casos, l'embaràs es prolonga més enllà de la 42a setmana.
 - A partir de la 40a setmana comencen a augmentar molt lentament els riscos per al fetus i la taxa de cesàries.
 - La inducció del treball de part és un procediment invasiu i dolorós. A fi de prendre una decisió informada i donar el consentiment, les embarassades necessiten informació suficient i fiable i temps per prendre la decisió. Han de conèixer el mètode d'inducció, el lloc, els detalls i les opcions de suport i d'alleujament del dolor.

Atenció de les dones que hagin experimentat una cesària prèviament

- Permetre el part vaginal d'inici espontani quan l'embarassada ja hagi experimentat una cesària prèviament, sempre que no hi hagi contraindicacions absolutes.
- En el cas que es consideri programar una cesària, no s'ha de fer abans de la 39a setmana completa, excepte en els casos d'urgència a causa d'alguna patologia materna o fetal que ho exigeixi.

2.4. Atenció de l'embaràs en situacions d'especial vulnerabilitat

2.4.1. Atenció a la diversitat

(Vegeu la fitxa 15)

Consideracions

- El flux migratori cap a les Illes Balears ha augmentat, cosa que implica l'aparició de necessitats específiques en matèria de salut sexual i reproductiva a causa de l'alta taxa de natalitat, les condicions socioeconòmiques i culturals de les dones immigrades i les malalties endèmiques dels països d'origen. A més, les circumstàncies psicosocials (dol migratori, falta de suport social o familiar) poden produir un cert malestar psicològic que pot afectar l'evolució de l'embaràs.
- D'altra banda, en un temps de globalització accelerada com l'actual, la diferència cultural és més intel·ligible; en la nostra intervenció podem aprofitar la riquesa cultural que les persones nouvingudes aporten.

Objectius

- Proporcionar una atenció precoç i adequada a les dones immigrades i a les seves parelles i facilitar-los la participació tenint en compte les particularitats i les patologies específiques segons el país d'origen i eliminant les barreres culturals i idiomàtiques.

2.4.2. Atenció sanitària de dones amb mutilació genital femenina

(Vegeu la fitxa 15)

Consideracions

- Segons la definició de l'Organització Mundial de la Salut, la mutilació genital femenina (MGF) comprèn tots els procediments que, de manera intencionada i per motius no mèdics, alteren o lesionen els òrgans genitals femenins.
- La MGF és un costum ancestral preislàmic, està entre molts pobles africans —encara que no exclusivament—, que té profundes

arrels socials i culturals. Però la MGF no es fa a tots els estats africans, ni tan sols en tots els grups ètnics d'un mateix estat. Tanmateix, segons estudis duits a terme a Gàmbia, s'ha comprovat que alguns pobles que tradicionalment no incloïen la MGF entre les seves tradicions actualment sí que ho fan en haver entrat en contacte amb altres grups i en haver-se assentat territorialment als seus poblats, com a part d'un procés adaptatiu més ampli.

- Tipus d'MGF segons la classificació de l'Organització Mundial de la Salut (1995):

- Tipus I: la *clitoridotomia* consisteix en l'eliminació del prepuci clitoridi, encara que generalment es conserva el clitoris. Anomenada "sunna" ('tradició'), és equivalent a la circumcisió masculina.

- Tipus II: l'*excisió o clitoridectomia* és la reseció parcial o total del clitoris i pot incloure el tall dels llavis menors i dels llavis majors.

- Tipus III: la *infibulació* consisteix en la sutura d'ambdós costats de la vulva, amb reseció del clitoris o sense. S'hi deixen dos petits orificis per permetre la sortida de l'orina i de la sang menstrual.

- Tipus IV: tots els altres procediments lesius dels genitals externs amb finalitats no mèdiques, com ara la perforació, la incisió, el raspament, la cauterització o la introducció de substàncies corrosives a la zona genital.

- Les principals raons adduïdes per dur a terme la MGF són les següents:

- *Higiene*: un home circumcidat equival a un "home net", d'acord amb l'Alcorà i, per tant, és de caràcter obligatori. Una dona circumcidada, per tant, és una "dona neta". Forma part de la sunna, encara que només és una recomanació, no una obligació, ja que l'Alcorà no en fa menció.

- *Ritu d'iniciació*: significa el pas de la infantesa a la pubertat, primer estadi de la vida adulta.

- *Simbòliques*: la circumcisió constitueix una *marca* per a tota la vida i simbolitza que també ho serà la unió d'una dona

circumcidada al grup. Es tracta d'una qüestió de cohesió social i de pertinença: hom és a dins o hom és a fora.

- *Estètiques*: el clitoris pot créixer massa.
- *Altres raons*: facilitar el part, prevenir la promiscuitat, augmentar les oportunitats matrimonials, preservar la virginitat, potenciar la fertilitat, mantenir una bona salut i prevenir el naixement d'infants morts en les primigràvides, ja que es creu que si la criatura toca el clitoris amb el cap en néixer pot morir o patir algun trastorn mental.
- Pel que fa a la prevalença de la MGF, la majoria de les nines i de les dones que l'han patida procedeixen de vint-i-vuit estats africans, encara que també se'n poden trobar a Àsia i a l'Orient Mitjà i apareix cada vegada més a Europa, a Austràlia, al Canadà i als Estats Units, principalment entre persones immigrades que procedeixen de Djibouti, Eritrea, la Guinea, Mali, Sierra Leone, Somàlia i el Sudan. S'estima que cada any uns altres dos milions de nines corren el risc de patir la MGF.

ESTAT	PREVALENÇA	TIPOLOGIA MÉS PREVALENT
Burkina Faso	72 %	I i II
Costa d'Ivori	42 %	I i II
Djibouti	93 %	III
Gàmbia	78 %	I i II
Ghana	4 %	I i II
Guinea	96 %	III
Nigèria	19 %	I i II
Senegal	28 %	I i II
Somàlia	98 %	III
Sudan	90 %	III

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

Consultar el protocol de prevenció i atenció a les dones i les nines sobre la mutilació genital femenina a les Illes Balears

2.4.3. Atenció a la discapacitat

(Vegeu la fitxa 15)

Objectius

- Proporcionar una atenció adequada a les dones amb alguna discapacitat, oferir-los els mitjans estructurals i la informació necessària que els permetin exercir el dret de decidir lliurement i de manera responsable el nombre de fills que volen, l'espaiament entre els embarassos i la manera satisfactòria de dur-los a terme.
- Facilitar la participació en el procés a les dones amb alguna discapacitat i a les seves parelles, tenint-ne en compte les circumstàncies, les particularitats, els desigs i les expectatives, i disposar dels mitjans adequats i la informació accessible en cada cas.

2.4.4. Atenció de dones adolescents

(Vegeu la fitxa 15)

Consideracions

- L'Organització Mundial de la Salut defineix l'adolescència com el període de la vida en la qual l'individu adquireix la maduresa reproductiva i transita pels patrons psicològics de la infantesa a la vida adulta, i en fixa els límits entre l'edat de 10 anys i 19.
- Diferents autors assenyalen que les embarassades adolescents segueixen sovint una dieta inadequada i accedeixen a l'atenció prenatal en un estadi avançat de la gestació. Es tracta d'un problema complex que exigeix un gran cost social i personal. Les adolescents embarassades tendeixen a patir més riscos de complicacions obstètriques, que poden repercutir en els nounats: retard del creixement intrauterí, prematuritat, pes baix en néixer...

Objectiu

- Proporcionar cures prenatales òptimes centrades en les necessitats de salut especials de les adolescents, que inclouen un abordatge obstètric, psicosocial i individualitzat.

FITXA 15. EMBARÀS I PUERPERI EN SITUACIONS DE VULNERABILITAT ESPECIAL

ATENCIÓ A LA DIVERSITAT	
Consideracions	Recomanacions
• Diferències culturals, que es poden presentar en l'atenció a les dones immigrades: - Idioma, manera d'expressar-se. - Estil de vida, codis de salut, nivell d'educació sanitària de la població d'on procedeixen. - Religió, patrons familiars. - Desconeixement del sistema sanitari i dificultats d'accés. - Menys ús de les consultes prenatales, inici tardà del seguiment de l'embaràs. - Interrupcions del seguiment a causa de viatges, tipus de treball (p. ex. servei domèstic). - Rols de gènere: rol de mare, relacions de poder masculí que afavoreixen la multiparitat, els intervals intergenèssics curts, l'aïllament i la dificultat d'integració. - Més prevalença d'embarassos en l'adolescència, ja que en moltes cultures l'edat del primer embaràs és menor que en el nostre context cultural. - Més prevalença de la interrupció voluntària de l'embaràs, desconeixement dels mètodes anticonceptius, més incidència de les infeccions de transmissió sexual. • Vivència de l'embaràs: les dones immigrades valoren la seguretat del medi sanitari a Espanya en l'atenció del part, però consideren excessives i massa freqüents les visites prenatales, i la preparació psicofísica, una pèrdua de temps. Sovint posen en dubte la necessitat de tècniques en el seguiment de l'embaràs, fonamentalment perquè en el seu context cultural és un procés natural. • Vivència del preparat i del part: - No comprenen que siguin citades en alguns casos (p. ex. inducció del part, control cardiotogràfic fetal) i no solen acudir a l'hospital fins que presenten els símptomes del part. - Respecte del dolor del part, no solen demanar analgèsia, ja que el dolor forma part del procés, encara que determinades circumstàncies —com la paritat (primiparitat) i la cultura— poden canviar aquesta decisió. - En algunes cultures la presència del marit durant el part no està ben vista. • Vivència del puerperi: quan el noutat necessita incubadora, ho interpreten com un signe que morirà o tindrà una discapacitat important. La relació amb el noutat és diferent, sobretot en les dones subsaharianes: p. ex., el fet que el personal sanitari demani el nom del noutat o manifesti que és guapo és contraproduent, ja que creuen que si se'l valora massa el perdran.	• Adaptar alguns aspectes del protocol de seguiment de l'embaràs per individualitzar les cures. • Facilitar des de l'atenció primària la incorporació al control de l'embaràs. L'assistència sanitària està garantida per llei a totes les dones, independentment de la situació administrativa que tinguin a Espanya. • Insistir i ajudar la dona immigrada a adaptar-se a l'organització sanitària de les Illes Balears. • Informar-la sobre aspectes específics: - Hàbits alimentaris, creences, pràctiques i rituals tradicionals que puguin tenir relació amb l'embaràs, el naixement i la cura del noutat. - La solitud amb relació al procés migratori, el risc de recidiva del dol migratori durant la gestació, les pràctiques religioses (p. ex. el Ramadà) i la mutilació genital femenina en dones procedents de països on s'acostuma a dur a terme. • Disposar de materials informatius (vídeos, fullets...) en diversos idiomes per facilitar la comunicació i assegurar la comprensió del que succeeix. • Utilitzar els recursos si estan disponibles: - Mediadors culturals, que no només tradueixen la llengua sinó que transmeten el sentit de les paraules en un context cultural diferent. • Insistir en l'educació sanitària i la prevenció durant l'embaràs, valorar noves estratègies d'educació grupal adaptades a les característiques i necessitats de l'embarassada aprofitant les capacitats i les aportacions culturals de la població nouvinguda (criança, lactància, etc.).

ATENCIÓ SANITÀRIA EN L'EMBARÀS I EN EL PUERPERI DE LES DONES QUE HAN PATIT MUTILACIÓ GENITAL	Seguiment de l'embaràs	Seguiment posterior al part
	• L'embaràs sol ser la primera vegada en què s'aborda la mutilació genital femenina (MGF). Per això, el personal sanitari ha d'adquirir coneixements i habilitats i actuar de manera empàtica, confidencial, respectuosa i natural. • La primera visita té una importància vital per poder establir una relació de confiança entre la dona i el o la professional. • És important identificar les dones que han patit MGF “preguntar-li si li han realitzat el tall” i registrar-ho en la seva història clínica, però és preferible plantejar per primera vegada el tema i l'exploració en les visites successives, quan ja s'hagi creat certa relació de confiança i respecte. • En els casos d'MGF, en l'exploració dels genitals externs s'observarà el tipus i l'extensió del fenomen, la presència de cicatrius rígides i l'elasticitat del teixit. • Qualsevol exploració s'ha de fer amb el consentiment previ de la dona, i fins i tot de vegades de la seva parella. • Els sentiments propis del personal sanitari davant de la MGF en el moment de l'exploració poden augmentar la incomoditat i la sensació de vergonya de la dona, cosa que pot propiciar que no torni a la consulta. Per això s'ha de controlar l'expressió d'aquests sentiments. • Cal evitar la presència de massa gent (estudiants...) i en ocasions de professionals masculins si la dona no vol que hi siguin presents. • Estratègies recomanades per introduir el tema de la MGF: - Preguntar a la dona si té problemes per orinar o per a la sortida de flux menstrual, infeccions urinàries, dispareúnia o dificultats en les relacions sexuals. - Indagar sobre l'actitud de la dona i la família sobre la MGF, si consideren que la faran a una futura filla, introduir el tema de les conseqüències per a la salut de la nina i de la il·legalitat de dur a terme qualsevol tipus d'MGF a Espanya. - Utilitzar l'educació sexual que s'imparteix durant el seguiment de l'embaràs per informar sobre la funció dels genitals externs. Es poden utilitzar làmines d'anatomia per parlar de l'aparell genital femení amb circumcisió i sense circumcisió i sobre les conseqüències mèdiques (infeccions, transmissió del VIH, hemorràgies...) psicològiques i sexuals de la MGF. - Si la MGF consisteix en una infibulació (poc freqüent en les immigrants que viuen a Espanya), s'ha de plantejar la necessitat de fer la desinfibulació entre la 20a i la 28a setmana de la gestació utilitzant anestèsia local o epidural. Si no es fa durant l'embaràs, s'ha de fer durant la segona fase del part.	• A més dels controls habituals, cal informar el personal sanitari responsable del seguiment del puerperi sobre els possibles canvis anatòmics de la dona en els casos de desinfibulació. • Explicar a la dona la relació entre els esquinçaments i les cicatrius ocasionades per la MGF. • En cas de desinfibulació, subratllar-li els aspectes positius derivats de la nova situació i donar-li suport psicològic perquè pugui afrontar aquest canvi. • Ensenyar-li a fer exercicis de recuperació perineal. • Assessorar la sobre el reinici de les relacions sexuals després del part: - Intentar no tenir relacions coïtals fins que les ferides cicatitzin completament. - Utilitzar lubricants vaginals en les relacions coïtals. • En cas que el nounat sigui una nina, assegurar-se que la mare i la seva parella són conscients de les conseqüències que la MGF implica per a la salut de la seva filla i recordar-los que és il·legal. • Tenir en compte que en parlar sobre la MGF es poden generar sentiments de culpabilitat per haver circumcidat una altra filla anteriorment. • Fer ressaltar els seus costums positius: la lactància materna prolongada, el contacte físic constant entre les mares i les criatures, el suport de la família extensa en la cura i en la seguretat dels infants dins la comunitat. • Indagar si la filla es criarà a Espanya o a l'Àfrica. Això implica poder comentar les dificultats que suposaria la mutilació per a la salut de la nina i també que es tracta d'una pràctica il·legal al nostre medi. Si la nina ha de tornar al seu país, cal informar que també s'hi estan produint canvis respecte d'aquesta qüestió. • Elaborar un informe per a l'equip de pediatria de referència a fi que pugui continuar les tasques de sensibilització sobre la prevenció de la MGF en la nina. Hi han de constar les activitats duïtes a terme fins al moment i la resposta de la mare i la seva parella en abordar el problema.

FITXA 15. EMBARASSOS I PUERPERI EN SITUACIONS DE VULNERABILITAT ESPECIAL (CONT.)

ATENCIÓ DE LES DONES ADOLESCENTS	
Recomanacions • Alleugerir els sentiments de por i aïllament que sovint senten les adolescents embarassades quan acudeixen a l'atenció prenatal. • Evitar les actituds culpabilitzadores i mostrar una actitud positiva i empàtica. • Proporcionar-los assistència psicològica, si en necessiten. • Afavorir el vincle entre la mare i el nounat. • Implicar la família materna i la pareja, si n'hi ha, en la cura de l'adolescent embarassada. • Facilitar-li l'accés senzill i ràpid a l'atenció psicosocial.	
ATENCIÓ DE DONES AMB ALGUNA DISCAPACITAT	
• Facilitar l'accessibilitat en general eliminant les barreres arquitectòniques, d'informació i d'organització. • Habilitar espais, instruments i pràctiques adequades a les necessitats de les dones. • Evitar l'intervencionisme injustificat i les accions que puguin significar discriminació. • Potenciar la capacitat de resiliència de les dones amb alguna discapacitat fent ressaltar les fortaleces i les habilitats que tenen i els progressos que fan. • Oferir el suport necessari en els aspectes de més vulnerabilitat. • Promoure accions per incrementar l'autonomia en l'àmbit familiar, la participació de la parella i el suport familiar en les feines de casa i en les cures necessàries segons cada cas. • Potenciar la comunicació amb el personal sanitari i desmitificar els estereotips, els mites i els prejudicis. • Fomentar els grups d'ajuda mútua i els punts d'informació entre dones amb alguna discapacitat que vulguin ser mares i aquelles que ja ho han estat.	



ATENCIÓ DEL PUERPERI EN L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

3.1. Seguiment del puerperi

(Vegeu la fitxa 16)

Consideracions

- El puerperi suposa un període de reajustament i de vulnerabilitat especial en la vida de les dones i del seu entorn familiar. L'atenció que ofereix el sistema sanitari és un element decisiu, d'una banda, per aconseguir que les puèrperes visquin aquest procés de manera serena i satisfactòria i que l'experiència enriqueixi el seu grau de salut, el de la criatura i el de les persones del seu entorn i, d'una altra banda, per evitar que es converteixi en una successió de dificultats.
- És essencial disposar de protocols basats en l'evidència sobre les cures puerperals per assegurar les bones pràctiques i eliminar les que no estiguin sustentades en dades científiques o que es revelin perjudicials o innecessàries.

Objectius

- Proporcionar continuïtat de les cures després de l'alta hospitalària.
- Promoure la salut de les puèrperes i dels seus nounats: atendre els dubtes que tinguin i donar-los pautes per aconseguir autonomia i ajudar la família en la integració del nou membre.
- Detectar les desviacions de la normalitat.
- Fomentar el vincle emocional i l'aferrament al nounat (vegeu la secció 3.4).
- Promoure la lactància materna (vegeu la fitxa 19).

Recomanacions

- Fer la primera visita puerperal a domicili o al centre de salut durant la primera setmana posterior a l'alta hospitalària.
- Oferir un pla d'atenció individualitzat per a cada puèrpera i la seva criatura, respectant les seves necessitats personals i culturals, les seves creences i els seus desigs.
- Informar-la sobre els signes i els símptomes d'alarma que requereixin atenció urgent (vegeu la fitxa 16).

- Oferir a la puèrpera l'oportunitat de parlar sobre el naixement i la seva experiència i de fer preguntes sobre l'atenció rebuda durant el treball de part i naixement.
- Preguntar a la puèrpera sobre el seu estat físic i emocional, sobre el suport familiar i social de què disposa i sobre les seves estratègies per gestionar assumptes quotidians.
- Animar la puèrpera, la seva parella i els seus familiars a comentar qualsevol canvi d'humor, estat emocional o comportament inusual.
- Oferir a totes les puèrperes una revisió al cap de 6-8 setmanes que se centri en la seva salut física i emocional.
- Facilitar a la puèrpera l'accés a grups de suport de postpart "de mare a mare".
- Informar i assessorar la puèrpera i la seva parella per identificar i valorar l'estat de normalitat de la seva criatura, els signes i els símptomes de problemes de salut comuns i de risc que requereixin l'assistència urgent i els aspectes de seguretat. Es pot planificar la resta de visites posteriors segons les necessitats individuals de cada puèrpera.

3.2. Abordatge de les alteracions de la salut física i del benestar

(Vegeu la fitxa 16)

Objectiu

- Abordar l'aparició de problemes físics i psicològics, facilitar una atenció ràpida i eficaç i prevenir les complicacions evitables.

3.3. Promoció de la salut en el puerperi

(Vegeu la fitxa 16)

Consideracions

- Qualsevol imposició sobre les cures que ha de dur a terme una puèrpera li pot generar estrès si no la pot complir adequadament. Mai no li n'han de suggerir si no tenen una base científica demostrada.

Objectius

- Durant aquest període, facilitar a la puèrpera informació adequada i consell sanitari per apoderar-la a tenir cura de la seva pròpia salut i de la seva criatura, en un llenguatge clar i també per escrit.

3.4. Atenció a l'estat psicològic i emocional

(Vegeu la fitxa 16)

Objectius

- Informar i tenir cura dels canvis emocionals i psicològics de la dona durant el puerperi normal.
- Prevenir i identificar precoçment la psicopatologia postpart i facilitar l'atenció específica a les necessitats de cada dona depenent de la cultura, la llengua, la diferent capacitat, les creences i l'aparició de símptomes de sospita de violència de gènere.

3.5. Criança, aferrament i vincle emocional

(Vegeu la fitxa 16)

Consideracions

- L'aferrament és un vincle afectiu entre el nounat i qui en tenen cura. Cobreix una necessitat primària, no apresada, d'establir vincles incondicionals i duradors, que s'interioritzen i li proporcionen seguretat i protecció.
- La vida afectiva des del naixement és la base que conformarà el futur adult i en condicionarà el mode de relació afectiva amb els altres en el futur i el caràcter. Per això l'important de crear vincles afectius de qualitat en els primers anys de la vida. En establir vincles d'aferrament segurs i estables es possibilita que posteriorment es pugui relacionar amb si mateix i amb els altres de la manera adequada.

Objectius

- Fomentar l'aferrament emocional de la mare i la seva parella amb la criatura potenciant el vincle biològic.
- Promoure una relació harmònica continuada i duradora amb el nounat, que li proporcionarà la seguretat emocional necessària per al seu benestar psicològic.

FITXA 16. ATENCIÓ DEL PUERPERI A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

ANAMNESI I EXPLORACIÓ	ABORDATGE DE LES ALTERACIONS	RECOMANACIONS GENERALS
Valoració de les constants vitals: • Tensió arterial, pols i temperatura.	• Individualitzar l'atenció.	
Valoració de la involució uterina i característiques del loqui: • Posició i mida de l'úter. • Presència o absència de coàguls. • Aspecte, color, quantitat i olor del loqui.	• La situació uterina anormalment alta i desplaçada lateralment ha de fer pensar en una subinvolució uterina. Descartar l'endometritis (retenció de restes placentaris).	
Avaluació de la micció i de l'evacuació: • Restrenyiment. • Investigar les molèsties urinàries. • Incontinència urinària o fecal.	• Detectar els casos de pèrdues involuntàries d'orina o fecals que no es resolten o que empitjoren i derivar-los per fer-ne una valoració i aplicar-los un tractament especialitzat.	• Aconsellar mesures dietètiques per combatre el restrenyiment i oferir un laxant suau si les mesures alimentàries no són eficaces. • Informar sobre els exercicis de recuperació perineal (com fer-los i quin moment és el més adequat).
Valoració del perineu: • Vigilar la cicatrització del perineu, si hi ha presència de ferides i descartar la presència d'hematomes, d'infecció i de dehiscència de la sutura. • Presència d'hemorroides. • Avaluat la presència de dolor. • Preguntar a la puèrpera en cada visita si té alguna preocupació sobre el procés de curació de qualsevol ferida perineal. Ferida quirúrgica a causa d'una cesària: • Descartar la presència d'hematomes, d'infecció, de seromes i de dehiscència.	• Aplicar cures en els casos de ferides obertes. • Aconsellar un tractament del dolor amb fred local. • Facilitar analgesia: utilitzar paracetamol com a primera opció i ibuprofèn com a segona si la puèrpera no és al·lèrgica a aquests fàrmacs i si no hi ha cap contraindicació. • Valorar les hemorroides greus, inflamades o prolapsades o qualsevol sagnia rectal. Recomana el tractament local.	• Explicar la higiene perineal, el canvi freqüent de les compreses, el rentat de les mans abans i després de manipular-les i la dutxa diària.

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

ANAMNESI I EXPLORACIÓ	ABORDATGE DE LES ALTERACIONS	RECOMANACIONS GENERALS
Valoració de les mames i suport de la lactància materna: ● Vigilar l'estat de turgència de les mames, la secreció de la llet, l'absència de signes inflamatoris, els símptomes d'ingurgitació, la tumefacció i el dolor. ● Avaluat l'estat dels mugrons: presència de clivelles. ● Observar una presa per ajustar la tècnica si és necessari <i>(vegeu la fitxa 22)</i>.	<i>(Vegeu el capítol 5 i la fitxa 20)</i>	<i>(Vegeu el capítol 5 i la fitxa 20)</i>
Valoració de la dieta i dels suplementes: ● Valorar la dieta. ● Valorar el tractament amb ferro, segons el cas. ● La suplementació vitamínica dependrà de les necessitats de la puèrpera.		● Recomanar una alimentació equilibrada, variada i rica en fibra, amb ingestes freqüents, especialment en el període de lactància. ● Durant la lactància materna s'ha d'evitar el consum de tonyina vermella, emperador o tauró per evitar l'exposició de la criatura al metil mercuri. ● No restringir la ingesta de líquids. <i>(Vegeu la fitxa 5)</i>
Sexualitat i anticoncepció posteriors al part: ● Preguntar en una visita puerperal sobre la vivència de la sexualitat. Disparèunia: ● Investigar qualsevol expressió o signe d'ansietat sobre el tema per part de la dona o de la seva parella. ● Preguntar sobre la represa de les relacions sexuals i la possible disparèunia al cap de sis setmanes des del part.	● Oferir una valoració del períneu a les dones que experimentin disparèunia. ● Aconsellar, si ho necessita, l'ús d'un gel lubrificant a base d'aigua per alleugerir la incomoditat durant les relacions sexuals, especialment si la dona està alletant.	● Involucrar la parella en l'expressió de les dificultats i les vivències respecte a la sexualitat en el període puerperal. ● Informar de les diferents vivències de la sexualitat després del part i dels canvis físics i emocionals esperats en el puerperi normal. ● Informar dels mètodes anticonceptius i del moment de reprendre'ls. Proporcionar una atenció proactiva a les dones que podrien tenir dificultats per accedir a les cures anticonceptives <i>(vegeu la fitxa 17)</i>

ANAMNESI I EXPLORACIÓ	ABORDATGE DE LES ALTERACIONS	RECOMANACIONS GENERALS
Valoració del benestar general: • Descans i son. • Astènia. • Mal d'esquena. • Migranyes. • Activitat física.	• Atendre les dones amb mal d'esquena puerperal com s'atén la població en general. • Si l'astènia és persistent i afecta l'estat general de la puèrpera, cal valorar els nivells d'hemoglobina i s'ha de descartar l'hipotiroidisme. Iniciar l'administració de suplementes de ferro si cal. • El tractament de la migranya lleu puerperal s'ha de basar en els protocols habituals de tractament. • L'estres, la preocupació i la falta de descans poden afectar la producció de llet.	• Recomanar a les dones que aprofitin els períodes de son de la criatura durant el dia per descansar. Promoure un repartiment adequat de les tasques domèstiques que faciliti el descans i la recuperació de la dona. • Informar les dones a les quals s'ha aplicat una analgesia epidural o espinal que informin de qualsevol migranya greu, especialment si apareix mentre estan assegudes o dretes. • Les dones amb migranyes haurien de rebre consells sobre la relaxació, el descans i el son suficients. • Assessorar la puèrpera sobre els exercicis físics en el postpart adequats a les seves condicions prèvies, les característiques personals, les preferències i les necessitats. Recordar que la prioritat en aquest període és la vivència positiva de la maternitat, el descans adequat, i no l'adaptació a patrons socials d'estètica que posen en risc la salut de les dones.
Valoració de l'estat psicològic i emocional: • Malenconia postpart. • Trastorn per estrès post-traumàtic. • Investigar el benestar emocional de la puèrpera, com ha gestionat els símptomes de tristesa o les alteracions psicoemocionals, el suport del seu entorn, les estratègies i els recursos per gestionar els afers diaris. • El part pot ser un esdeveniment prou estressant per desencadenar un trastorn d'estrès posttraumàtic. Cal prestar atenció als símptomes i als signes d'alteració de la salut mental en les setmanes i en els mesos posteriors al part i els punts principals del diagnòstic diferencial, i recomanar un acompanyament preventiu i un seguiment estret.	• Considerar les modificacions habituals en aquesta etapa per intentar detectar les situacions que s'allunyen de la normalitat. • Trastorn per estrès posttraumàtic: és una reacció que consisteix a revivir l'esdeveniment traumàtic amb somnis, records o escenes retrospectives. Els símptomes principals són els següents: - Reexperimentació del trauma (en forma de reviviscències <i>flash-backs</i> o malsons). - Evitació d'estímul relacionats amb el trauma. - Estat d'ansietat o nerviosisme que es desencadena amb la reexposició a detalls de l'esdeveniment traumàtic. • Ofrir ajuda: - Dones que presenten símptomes de tristesa i ansietat persistent, susceptibles de ser una depressió postpart, un trastorn obsessiu compulsiu postpart, una psicosi puerperal o un trastorn per estrès posttraumàtic. - Puèrperes que han patit una pèrdua perinatal. - Dones afectades per la violència de gènere.	• Fomentar l'autocura, la responsabilitat, l'apoderament, els recursos psicològics individuals i el suport del seu entorn. • Facilitar la comunicació entre professionals, parelles i famílies de les puèrperes per facilitar la detecció de canvis en l'estat d'ànim o en la conducta que no corresponguin al seu caràcter habitual. • Transmetre que el naixement d'una criatura requereix una adaptació i una reestructuració psíquica importants. Els reajustaments psicològics i emocionals són característics de moments vitals de transició i faciliten l'adaptació al canvi. • Promoure una afecció segura entre la mare i la criatura, la lactància, la criaça respectuosa i la formació de xarxes socials femenines d'autosuport. • Facilitar a les dones la informació professional experta i l'accés a grups de suport "de mare a mare", tant sobre el postpart com per al suport a la lactància materna i la criaça.

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

ANAMNESI I EXPLORACIÓ		RECOMANACIONS
Criança, aferrament i vincle emocional: ● Avaluar l'establiment de l'aferrament emocional en cada visita postnatal.		● Informar les dones i les seves parelles i familiars sobre les activitats que ajuden a establir el vincle amb la seva criatura: - proximitat i dedicació - contacte “pell amb pell” - contacte físic amb l'ús de portabebès - tècniques de cangur - alimentació - estimulació - massatge infantil ● Realitzar programes de formació parental en grup i donar-los continuïtat, i també animar les dones a desenvolupar xarxes socials afectives i de suport. ● Implicar la parella en les tasques de criança a fi de millorar les condicions vitals de la dona en aquest període i la futura relació paternofamiliar.
SIGNES I SÍMPTOMES D'ALARMA QUE REQUEREIXEN ATENCIÓ URGENT		
Hemorràgia postpart	● Pèrdua sobtada de sang o persistència d'una sagnia més gran que el que seria normal. ● Mareigs, desmai, palpitations/taquicàrdia.	
Infecció	● Febre, calfreds, dolor abdominal o loquis pudents.	
Preeclàmpsia/eclàmpsia	● Maldecap acompanyat d'un o més dels símptomes següents en les primeres 72 hores després del naixement: alteracions visuals, nàusees, vòmits.	
Tromboembolisme	● Dolor unilateral al ventre de la cama, enrogiment o inflor. ● Dificultat per respirar o dolor toràcic.	

FITXA 17. ANTICONCEPCIÓ POSTPART

MÈTODE ANTICONCEPTIU	MARES LACTANTS	MARES NO LACTANTS
• Anticoncepció hormonal combinada: - Oral. - Transdèrmica. - Vaginal. - Injectable (actualment no comercialitzada a Espanya). • Consideracions: - L'anticoncepció no és necessària en les tres primeres setmanes, ja que hi ha un major risc de tromboembolisme.	• S'ha d'evitar durant els primers sis mesos després del part. • Valorar-ne la utilització si altres mètodes no són possibles.	• Es pot iniciar a partir del 21è dia del part. • Recomanar anticoncepció addicional (barrera) durant set dies.
• Consideracions sobre el progestagen tot sol: - En els entorns en què la morbiditat de l'embaràs i els riscos de mortalitat siguin alts i l'accés als serveis sigui limitat, els anticonceptius de progestagen tot sol poden ser un dels mètodes disponibles i accessibles a les mares lactants immediatament després del part.	• La minipíndola i els implants de levonorgestrel i etonogestrel es poden usar abans de las 6 semanas pospart. • Els Injectables depot es poden usar a partir de les 6 semanas pospart. S'han descrit sagnies abundants quan s'administra l'injectable en el puerperi immediat.	• Minipíndola: - Se'n pot iniciar l'administració en qualsevol moment. - Si s'inicia després de 21 dies des del part, és necessària la protecció anticonceptiva addicional (barrera) durant dos dies. • Injectable depot: - Es pot administrar dins dels primers cinc dies posteriors al part. - La dona ha de ser informada dels riscos de patir una hemorràgia. • Implant de levonorgestrel i etonogestrel: - Es pot col·locar en qualsevol moment.

FITXA 17. ANTICONCEPCIÓ POSTPART (CONT.)

MÈTODE ANTICONCEPTIU	MARES LACTANTS	MARES NO LACTANTS
• Dispositiu intrauterí (DIU) - El risc de perforació uterina és major si el DIU s'insereix abans de la 4a setmana posterior al part.	• DIU de levonorgestrel: - Es recomana a partir de la 4a setmana posterior al part. • DIU de coure: - Si no s'insereix en les primeres 48 hores posteriors al part, se n'ha de retardar la inserció fins a la 4a setmana.	• Si no s'insereix en les primeres 48 hores posteriors al part, s'ha de retardar la inserció fins a la 4a setmana. Recomanar anticoncepció addicional (barrera) durant set dies. • Assegurar-se que no s'ha mogut fent una ecografia.
• Mètodes de barrera	• Preservatiu masculí i femení: - Es poden emprar immediatament. • Diafragma i caputxó cervical: - Són adequats fins que la involució uterina és completa. Cal emprar-los a partir de la 6a setmana posterior al part. - Espermicida: es pot emprar quan la puèrpera estigui llesta per reprendre les relacions sexuals. No té cap efecte advers sobre la lactància materna.	
• Mètodes naturals basats en el coneixement de la fertilitat: - Durant la lactància materna poden ser menys eficaços que quan no s'alleta. - La probabilitat de la represa de la fertilitat augmenta amb el temps després del part i amb la substitució de la llet materna per altres aliments.	• Menys de 6 setmanes després del part: - En els casos de dones amb amenorrea és més difícil detectar els signes de fertilitat i els canvis hormonal. • Mètode simptomàtic: - Es pot emprar després que s'hagi reiniciat la menstruació i quan la dona noti els signes de fertilitat. • Mètode basat en el calendari: - És fiable quan s'han tengut almenys tres menstruacions després del part i els cicles són regulars una altra vegada.	• ≥ 4 setmanes després del part: - És probable que la dona tingui la funció ovàrica suficient per detectar els signes de fertilitat i els canvis hormonal. - Es pot utilitzar el mètode del calendari després de tres menstruacions posteriors al part i els cicles regulars.

MÈTODE ANTICONCEPTIU	MARES LACTANTS	MARES NO LACTANTS
• Esterilització per obstrucció tubàrica: - Tenint en compte que l'esterilització és un procediment destinat a ser permanent, les dones han de ser acuradament assessorades sobre la disponibilitat de mètodes alternatius eficaços a llarg termini. • Mètode d'amenorrea de la lactància (MELA): - Quan la lactància materna no és exclusiva, s'associa amb un augment gradual en l'aparició de l'ovulació abans de la menstruació i amb una durada menor de l'amenorrea.	• <7 dies després del part: - L'esterilització es pot dur a terme amb seguretat. • De 7 a 42 dies: - Augmenta el risc de complicacions quan l'úter no està totalment involucionat. • > 42 dies l'esterilització es pot dur a terme amb seguretat. • Criteris per emprar el MELA: - Lactància a demanda exclusiva o gairebé, de dia i de nit amb intervals entre preses no superiors a sis hores i durant els primers sis mesos posteriors al part, si algun d'aquests criteris no es compleix cal utilitzar algun altre mètode - Si després de vuit setmanes després del part apareix la menstruació, la probabilitat d'embaràs és més alta. Recomanar un mètode anticonceptiu addicional. - Si el bebè té més de sis mesos, la probabilitat d'embaràs és més alta, fins i tot si la mare continua alletant. Recomanar un mètode anticonceptiu addicional.	• Els gestagens tot sols es poden administrar a les dones que alleten - El levonorgestrel s'excreta a través de la llet materna. Cal evitar prendre els comprimits abans d'alletar i cal recomanar a la mare que els prengui just després de donar el pit. • L'acetat de ulipristal (UPA) es pod utilitzar com a mètode de contracepció d'urgència per dones que alleten, tot i que es recomana interrompre la lactància materna durant les 24 hores posteriors a la prendre d'UPA, la llet materna s'ha d'extreure i de rebutjar durant 24 hores. • Les dones que alleten poden utilitzar anticonceptius orals combinats d'urgència. • DIU de coure (DIU-Cu): pot inserir-se com contracepció d'urgència dins dels primers 5 dies posteriors a les relacions sexuals no protegides, quan es pot estimar el temps de l'ovulació, el DIU-Cu pot ser inserit més enllà dels 5 dies després del coït, si cal, sempre que la inserció no es realitzi després de més de 5 dies des de l'ovulació.
• Anticoncepció d'urgència		

3.6. Atenció en situacions de vulnerabilitat especial

(Vegeu el capítol 2 i la fitxa 15)

Objectiu

- Facilitar que el personal sanitari que atén puèrperes conegui les característiques específiques i necessitats d'aquestes mares que es troben en situació de vulnerabilitat.

3.7. Grups de postpart “de mare a mare”

Consideracions

- Els grups de postpart sorgeixen com una activitat educativa enfocada a les mares i a les seves parelles que inclou assessorament sobre la lactància, la criança i la recuperació de la mare després del part.
- La criança és un període apassionant però estressant: sorgeixen moltes necessitats d'aprenentatge durant el període postpart primerenc, i no sempre es disposa de suport social o models de conducta per imitar.
- Fins a hores d'ara no és possible recomanar canvis en la pràctica dels grups de postpart, ja que no hi ha proves suficients per determinar els efectes de l'educació postnatal per tal d'optimitzar la salut infantil general i les relacions d'aferrament.

Objectius

- Proporcionar informació i educació per a la salut a les mares i les seves parelles per millorar les seves habilitats de criança i a la recuperació de la mare després del part.
- Promoure l'aferrament emocional amb el nou-nat.
- Facilitar la interacció i el suport “de mare a mare”.
- Donar suport al manteniment de la lactància materna.

Recomanació

- Facilitar l'accés a grups de suport postpart a les mares i les seves parelles que vulguin accedir-hi.

Continguts

- Informació sobre alimentació saludable.
- Atenció a la lactància materna (resoldre dubtes, instauració i manteniment de la lactància).
- Potenciar l'autoestima i la socialització de les mares.
- Implicar i responsabilitzar la parella en les cures de la criatura.
- Donar suport a ambdós membres de la parella en el reajustament dels seus nous rols.
- Importància de l'afectivitat, del vincle, del massatge infantil...
- Importància del manteniment de les relacions afectives i sexuals.
- Pautes sobre els signes i els símptomes d'alarma.
- Consells sobre les cures de la criatura adaptades a la situació particular de la família.
- Assessorament sobre exercicis específics de recuperació: perineal, musculoesquelètica, circulatòria i tècniques de relaxació.



ATENCIÓ NEONATAL EN L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

4.1. Primera visita

(Vegeu la fitxa 18)

Objectius

- Donar continuïtat en l'atenció sanitària des de la perspectiva de la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut.
- Avaluar la lactància materna.
- Detectar precoçment alguns problemes de salut: deshidratació hipernatrèmica, pèrdua excessiva de pes, hiperbilirrubinèmia, infeccions, malformacions amb debut clínic després de les 48 hores de vida (cardiopaties, malformacions intestinals, displàsia evolutiva del maluc, etcètera)
- Prevenir les rehospitalitzacions.

Recomanacions

- L'atenció s'ha de prestar en el centre d'atenció primària o a domicili 48-72 hores després de l'alta de la maternitat, o en tot cas abans que acabi la primera setmana de vida.
- Els objectius de qualsevol examen s'han d'explicar i els resultats s'han de compartir amb la família i s'han de registrar en la història de salut infantil. L'entrevista és una font d'informació i una eina per establir aliances d'intervenció a favor de la salut de la criatura: ha de permetre l'expressió d'inquietuds, preocupacions i preguntes dels familiars.
- Fer les exploracions de l'eficàcia de les quals es disposi de prou evidència.
- Tot examen ha de tenir en compte totes les facetes de la salut: físiques, psicosocials i educatives.
- La mare i la seva parella han de ser encoratjats per ser presents durant l'examen físic, a fi de promoure la participació d'ambdós en la cura de la criatura i perquè puguin aprendre més sobre les seves necessitats.

4.2. Promoció de la salut

(Vegeu la fitxa 18)

Objectius

- Proporcionar a la família informació, consells i pautes de cures útils per donar-los suport, i ajudar-los a entendre les necessitats i les demandes de la seva criatura, a reconèixer els signes i els símptomes de risc i a donar-hi les respostes adequades.
- Promoure hàbits saludables.

Recomanació

- Convé aportar a la família documentació escrita a tall de guies anticipants de les necessitats infantils fins a la visita següent.

FITXA 18. PRIMERA VISITA NEONATAL EN EL CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

HISTÒRIA DE SALUT INFANTIL	EXAMEN DE SALUT	RECOMANACIONS
● Contingut de la història: - Antecedents de salut familiars. - Antecedents personals relatius a l'embaràs, al part, al període perinatal i tots els que hagin ocorregut abans de l'obertura de la història. - Registre d'activitats preventives i els resultats d'aquestes: proves de cribratge de malalties congènites i cribratge universal de la hipocàusia. Comprovar si s'han administrat les dosis de vitamina K per la via oral (si és la que s'ha triat). - Emplenar la història de lactància. - Dades de composició i funcionament familiar (estructura i dinàmica): dades socioeconòmiques; autonomia dels membres de la família (psíquica i física); estils de vida dels membres de la família (hàbits, higiene, habilitats de la família). - Identificació de factors de risc individual i familiar: posició quan dorm, característiques del bressol, temperatura, etc. - Alimentació. - Deposicions. - Son i descans. - Al·lèrgies. - Ambient contaminat amb fum de tabac. - Signes/síntomes d'abús infantil.	● Valorar la lactància materna, observació de la presa (veure fitxa 22). ● Observar la interacció entre la mare i la criatura. ● Oferir immunitzacions de rutina d'acord amb el calendari vacunal vigent. ● Promoció de la salut. ● Examen físic: - Pes, talla i perímetre cranial. - Observació de l'estat general, de la respiració, del comportament, de l'activitat i de la postura. - Inspecció de la pell: color i textura, presència de marques de naixement o d'erupcions. - Inspecció del cap: fontanel·les, cara, nas, boca (presència de fissura palatina), orelles, coll i simetria general del cap i dels trets facials. - Explorar les possibles alteracions oculars: nistagme, absència del reflex vermell retinal, malformacions, fotofòbia. - Aspecte dels genitals i de l'anus: simetria de l'escrot; comprovar si ambdós testicles són a la bossa escrotal; anus permeable. - Auscultació cardiorespiratòria: presència de bufs cardíacs i arítmies; presència i simetria de pulsos perifèrics; esforç respiratori; freqüència respiratòria. - Exploració de l'aparell locomotor: clavícules, extremitats, mans, peus i dits; avaluació de la proporció i la simetria; aplicar les maniobres d'Ortolani i de Barlow. - Exploració de la columna vertebral; inspeccionar i palpar les estructures òssies i la integritat de la pell. - Palpació abdominal, inspecció del llobríglol, d'hèrnies, de visceromegàlies, etc. - Avaluació del sistema nerviós central: observar el to muscular, el comportament, els moviments i la postura (test de Denver i test d'Haizea-Llevant). - Detectar indicadors de maltractament.	● Abandonament de l'hàbit tabaquic dels convivents. ● Evitar tenir la criatura en ambients amb fum. ● A les mares que alleiten, recomanar-los la ingesta diària de 3 racions de llet o derivats +2 g de sal iodada ja que cobreixen al voltant del 90% de les necessitats de iode, a més del consum de peix marí. ● Únicament recomanar un suplement de 200 mcg / dia de iode potàssic a les dones que no arriben als requeriments mínims a la seva dieta. ● Protecció solar. ● Profilaxi amb vitamina D:400UI / dia - Es recomana suplementar a tots els lactants menors d'un any alimentats al pit, y a tots els lactants menors d'un any alimentats amb succeïni de llet humana que ingereixen menys d'1 litre diari de llet de fórmula. ● Profilaxi amb ferro oral si hi ha factors de risc perinatal de ferropènia.

PROMOCIÓ DE LA SALUT	
Informar sobre la capacitat social de la criatura	• Promoure el vincle afectiu (vegeu la fitxa 16). • Compartir l'experiència del part, col·laborar en el canvi de bolquers, cures del llombrígol, ajudar en la col·locació de la criatura al pit de la mare, afavorir el contacte "pell amb pell". • Els nounats necessiten moixaines, carícies, ser gronxats i abraçats: així se senten més segurs.
Alimentació amb llet de fórmula	<i>(Vegeu la secció 5.8)</i>
Prevenió de la síndrome de la mort sobtada del lactant	• Ajeure el lactant en la posició de decúbit supí, almenys fins als sis mesos d'edat. • Desaconsellar l'hàbit tabàquic de la mare, de la parella i d'altres persones de l'entorn, abans, durant i després de l'embaràs. • Recomanar la lactància materna. • Fer-lo dormir en un matalàs rígid, no tou. Evitar els coixins. • No desaconsellar l'ús del xumet durant el primer any de vida i recomanar no utilitzar-lo abans de les primeres sis setmanes, fonamentals per a la consolidació de la fase II de la lactogènesi. • Evitar l'abrigament excessiu, no tapar-li el cap, especialment si té febre. • Mantenir una temperatura agradable a l'habitació (entre 20 °C i 22 °C)
Característiques del bressol	• Bressol homologat per la Unió Europea. Matalàs ferm; evitar els coixins.
Seguretat	• Informar sobre la manera de prevenir accidents, especialment les cremades i les caigudes. • A l'automòbil, recomanar sistemes de retenció (0 i 10 kg): cabàs rígid subjecte amb arnesos de seguretat al seient posterior o una cadira-cistella col·locada en el sentit contrari a la marxa.

FITXA 18. PRIMERA VISITA NEONATAL EN EL CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA (CONT.)

PROMOCIÓ DE LA SALUT	
Llit familiar	• Avantatges del llit familiar: - Millora l'estabilitat respiratòria, l'oxigenació i la termoregulació de la criatura. - Provoca despertaments sincronitzats amb la mare i disminueix les fases profundes del son. - Augmenta la prevalença i la durada de la lactància materna i la producció de llet. - Facilita el descans de les mares que alleten. - Afavoreix el desenvolupament dels vincles d'aferrament. - Afavoreix l'establiment de patrons de son similars als dels adults. • Situacions en què el llit familiar pot implicar riscos: - Si la mare o la parella fumen. - Si la mare o la parella han pres alcohol, drogues o medicaments que causen son. - Quan alguna malaltia o condició afecti la consciència de la mare o de la parella envers la criatura (p. ex. obesitat mòrbida). - Lit compartit amb germans. - En un sofà, un llit tou, amb coixins o mantes pesades. - En condicions d'amuntegament a l'habitatge.
Còlic del lactant • Definició: - Episodi de plor i aparent dolor abdominal que pot ocórrer en qualsevol moment del dia o de la nit, encara que és més freqüent durant el capvespre o el vespre. • Criteri diagnòstic: - Plor que dura almenys tres hores al dia, durant almenys tres dies la setmana, durant tres setmanes en els primers mesos de vida. • Manifestacions: - Plor excessiu, crits elevats de to, irritabilitat i angouxa, cara enroigida, cames arronsades, arqueig de l'esquena, punys tancats, flatulència, abdomen rígid i dificultat per tranquil·litzar-se. - Es pot agreujar a causa de la sobrealimentació, els sucs no diluïts, les al·lèrgies alimentàries i l'estrès emocional.	• Tranquil·litzar la família d'una criatura sana amb còlic informant-los que generalment es tracta d'una fase passatgera. • Intervencions comportamentals: aplicar al noutat estratègies de confort; dir-li paraules tranquil·litzadores; bressolar-lo; agafar-lo en braços; fer-li massatges a l'abdomen; col·locar-lo de cap per avall damunt l'avantbraç, amb el palmell de la mà a l'abdomen, i fer-li petits moviments rítmics seus i flexionar-li les cames suauement; aplicar-li calor local. • Animar a cercar suport en altres membres de la família perquè ells puguin descansar. • Quan una mare comprova repetidament que la seva criatura està incòmoda amb algun aliment de la seva dieta, les intervencions dietètiques han d'estar enfocades a reduir o eliminar els al·lèrgens que poden ser presents en la llet de vaca i eliminar els ous, el blat i la fruita seca de la dieta de la mare. • Per al tractament del còlic es pot considerar l'ús de llet de fórmula hipoal·lèrgica en els casos de criatures alimentades amb lactància artificial, però només sota orientació de personal sanitari. • Comprovar la tècnica de lactància. Recomana que la criatura exhaurixi un pit abans de passar a l'altre.

PROMOCIÓ DE LA SALUT	Patrons d'evacuació normals durant les primeres setmanes • Deposicions freqüents d'excrements semilíquids (especialment en noutats alletats); també es poden presentar excrements durs difícils d'eliminar. • Les deposicions de la lactància materna són de color groc or amb grumolls i líquides. El nombre i la quantitat són variables: a partir del quart dia, un mínim de 3-4 deposicions diàries, com a signe indirecte de valoració de la ingesta. Passat el primer mes, les deposicions s'espaien cada varis dies; si són de consistència tova, es considera normal. • Si una criatura alimentada amb llet de fórmula està restreta, cal avaluar els aspectes següents: - La tècnica de preparació del biberó. - La quantitat de líquid que pren. - La freqüència de les preses. - La composició de la llet.
Patrons de son	• Durant la major part del dia la criatura sol dormir a intervals, segons l'infant pot ser molt variable. • Durant el son actiu de moviments oculars ràpids (REM, el 50 % en un noutat) lleuger, es desperta amb facilitat i necessita menjar o contacte físic per agafar el son. A partir dels sis mesos adapta les fases del son progressivament. • Ajeure l'infant en la posició de decúbit supí i anar canviant el costat de suport del cap per evitar deformitats cranials.
Signes i símptomes d'alarma	• Temperatura superior a 38 °C o inferior a 36 °C. • Plor excessiu i inconsolable o somnolència excessiva. • Diarrea: augment de les deposicions líquides i en nombre superior a l'habitual. La criatura alletada pot fer de 8 a 10 deposicions semilíquides en les primeres 4-6 setmanes i no es considera diarrea. • No haver eliminat el meconi en 24 hores. Deposicions i miccions escasses i fosques. • Deposicions amb sang (vermelles o negres) o sense color (blanques). • Pèrdua de pes, letargia i després irritabilitat. • Ictèrícia que va en augment o es manté durant més de quinze dies. • Si la criatura deixa d'alimentar-se: en cas de lactància materna, menys de vuit preses al dia. • Dificultat respiratòria i cianosi. • Convulsions. • Vòmits en escopetada acompanyats de pèrdua de pes. • Distensió abdominal progressiva acompanyada de vòmits i restrenyiment. • Presència de pudor, enrogiment o edema a la cicatriu umbilical.

FITXA 18. PRIMERA VISITA NEONATAL EN EL CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA (CONT.)

PAUTES DE CURES: RECOMANACIONS	
Cura del cordó umbilical	• Mantenir el cordó net i eixut. • Rentar-lo amb aigua i sabó una vegada al dia. • No cal emprar antisèptics si el cordó no presenta signes d'infecció. • No és necessari deixar la gasa enrotllada en el cordó. • Una vegada que el cordó hagi caigut, continuar curant-lo fins que cicatritzi completament. • Els antisèptics i odats estan contraindicats. • No emprar pólvores de talc ni faixes.
Canvi de bolquers	• Prevenir la dermatitis del bolquer. • Canviar els bolquers sovint, tantes vegades com calgui. • No es recomana emprar habitualment sabons, locions ni tovalloletes. • Si és necessari emprar sabó, ha de ser neutre i sense perfum.
Bany	• Posposar el primer bany fins al segon o el tercer dia després del naixement. • Triar un moment del dia tranquil. • L'habitació ha d'estar escalfada i no ha d'haver-hi corrents d'aire. • Preparar prèviament tot allò que s'hagi de menester. • Comprovar la temperatura de l'aigua (aproximadament 36 °C). Posar primer l'aigua freda i després la calenta per evitar les cremades. • Rentar la criatura amb la mà amb l'objectiu d'afegir-hi un efecte acariciador i relaxant a tot el cos: - Començar per les zones més netes (cara, braços...) i continuar per les més brutes (genitals). - En els nins no s'ha de forçar la pell del prepuci del penis. - Eixugar la criatura amb cura sense fregar i posar esment sobretot en eixugar-li els plecs i les aixelles. - Hom li pot posar una crema hidratant o oli i aprofitar per aplicar-li la tècnica de massatge infantil quan estigui receptiu. - No emprar bastonets per a les orelles, ja que compacten el cerumen i poden produir un èczema dins el conducte auditiu. Eventualment, per accident, poden perforar el timpà. • Tallar-li les ungles quan les tenguï llargues, en sentit recte, sense puntes, emprant-hi unes tisores amb les puntes romes. • Les lliganyes als ulls s'han de rentar amb sèrum fisiològic (amb una gasa per a cada ull). • En cas de secreció nasal que el molesti per respirar, rentar-li les fosses nasals amb sèrum fisiològic, preferentment abans de les preses o del son. Fer-li aquest rentat amb el cap de costat per evitar-li ennuegades.



5

LACTÀNCIA

La llet materna és l'aliment d'elecció durant els sis primers mesos de vida, de manera exclusiva, i la lactància continuada combinada amb l'alimentació complementària adequada fins als dos anys o fins que la mare i la criatura vulguin (s'hi inclouen nins i nines prematurs, bessons i malalts, llevat de raríssimes excepcions).

5.1. Informació i promoció prenatal de la lactància materna

(Vegeu la fitxa 19)

Consideracions

- L'evidència disponible indica que la taxa d'inici i la durada de la lactància materna es pot millorar amb l'educació estructurada abans del part, incloent-hi l'etapa pregestacional.
- L'educació en grup és útil per augmentar la confiança, sobretot en les dones primigestes. L'assessorament individual en la consulta i el suport durant el part també són eficaços.
- Els membres de l'equip d'atenció primària han d'estar compromesos amb la promoció, la protecció i el suport de la lactància materna i han de rebre prou suport i formació per desenvolupar aquests programes.
- La visita pediàtrica prenatal s'ha mostrat eficaç per augmentar la incidència de la lactància materna.
- Els implants mamaris de silicona no contraindiquen la lactància. En el cas de reducció mamària, la cirurgia conservadora de la glàndula sense secció dels conductes galactòfors permet l'alletament, les cirurgies on la cicatriu es baix del pit o lateral protegeixen més els conductes i les connexions nervioses.

Objectius

- Augmentar els coneixements i les habilitats de les dones sobre la lactància.
- Integrar la promoció, l'educació i el suport de la lactància materna per mitjà de la cura prenatal.

Recomanacions

- La lactància materna s'ha de presentar com la norma; l'alimentació artificial s'ha de considerar com l'excepció.
- Donar suport activament a la lactància materna en les consultes d'educació prenatal primerenca incidint en els riscos de la lactància artificial comparant-la amb la lactància materna.
- Proporcionar a les dones informació completa i actual (verbal i escrita) dels beneficis i de les tècniques d'alimentació de pit per mitjà de classes prenatales estructurades, individuals o en grup.
- Proporcionar informació sobre els recursos i els grups de suport a la lactància de les Illes Balears i animar les mares que hi contactin, ja què està demostrat que tenen a veure amb una major instauració i durada de la lactància materna.
- Quan una dona informada adequadament decideix donar alimentació artificial, ha de ser respectada i entrenada en les tècniques adequades.
- Considerar les raons culturals individuals de cada dona, família i comunitat.

FITXA 19. INFORMACIÓ I PROMOCIÓ PRENATAL DE LA LACTÀNCIA MATERNA

BENEFICIS DE LA LACTÀNCIA MATERNA	CONTRAINDICACIONS DE LA LACTÀNCIA MATERNA	RISCS DE LA LACTÀNCIA ARTIFICIAL
• Per a la criatura: - Afavoreix l'alliberament de l'hormona del creixement i un desenvolupament cerebral, fisiològic i immunològic òptims. - Protegeix de gran nombre de malalties: diarrea, infeccions respiratòries... - Disminueix o retarda l'aparició de problemes de tipus immunitari: al·lèrgies, malalties cròniques, leucèmia. - Prevé malalties en l'edat adulta: diabetis, hipercolesterolèmia, coronariopaties, càncer. - Major intel·ligència cognitiva i emocional. La lactància materna transmet seguretat afectiva. - Disminueix el risc de mort sobtada, d'excés de pes i obesitat, de malaltia celíaca, dels efectes nocius dels contaminants ambientals, de maltractament infantil. - La llet materna està sempre preparada i a la temperatura adequada, en perfectes condicions higièniques. Té beneficis molt importants en el cas de criatures prematures o malaltes. • Per a la mare: - Menys risc d'hemorràgia i anèmia. - Afavoreix la involució uterina perquè provoca contraccions uterines. - Recuperació més ràpida del pes previ a la gestació. - Menys risc de fractures òssies i d'osteoporosi postmenopàusica. - S'ha descrit un efecte protector en alguns casos de càncer de mama o d'ovari. - Millora el vincle emocional amb la criatura, augmenta l'autoestima, transmet seguretat i satisfacció per a ambdues.	• Infecció pel VIH: l'Organització Mundial de la Salut recomana des de 2009 la lactància materna fins als 12 mesos d'edat sempre que la mare seropositiva o la seva criatura estiguin prenent antiretrovirals durant aquest període. Així es redueix el risc de transmetre el virus i milloren les possibilitats de supervivència de la criatura. • Infecció pel virus de la leucèmia humana de cèl·lules T (HTLV tipus I i II). • Fàrmacs (molts pocs) i drogues contraindicades durant la lactància. Per més informació consultau la web www.e-lactancia.org • Malalties neonatals: - Galactosèmia clàssica (dèficit de transferasa): el dèficit parcial de transferasa, el dèficit de galactocinasa i el dèficit d'epimerasa són compatibles amb la lactància materna si se'n fa un seguiment. - Deficiència primària congènita de lactasa.	• Per a la criatura: - A curt termini: • Pitjor adaptació gastrointestinal a causa d'un trànsit intestinal més lent. • Augment de la incidència i de la durada dels processos infecciosos. • Taxes més altes d'hospitalització. • Risc d'infecció transmesa per un succedani contaminat. • Més risc de mortalitat postneonatal. - A mitjan i a llarg termini: • Dificultats digestives. • Pitjor desenvolupament neurològic. • Obesitat. • Càncer infantil. • Malalties autoimmunes. • Malalties al·lèrgiques. • Més risc de maltractament infantil i dificultats en l'establiment del vincle afectiu. • Més risc de patir efectes nocius causats per contaminants. • Per a la mare: - A curt termini: • Pitjor involució uterina. • Pitjor recuperació del pes previ a l'embaràs. • Més estrès i ansietat. - A mitjan i a llarg termini: comparades amb les dones que han donat lactància, hi ha més risc d'incidència d'algunes malalties, com l'artritis reumatoide, problemes cardíocirculatoris o diabetis de tipus II.

CONTINGUTS DE LA INFORMACIÓ

• Consulta pregestacional: - Demanar específicament a la dona quina intenció té respecte de la lactància, exposar clarament la recomanació a favor de la lactància natural i investigar els prejudicis o les preocupacions de la mare amb relació a l'alletament. • Primer trimestre: - Informar-la sobre els beneficis de la lactància materna i sobre els riscos de la lactància artificial per a la mare i per al nounat. - Eliminar barreres: autoestima, vergonya, limitacions socials i de temps, dieta i salut, falta de suport social, treball i cura dels infants i por del dolor.	• Segon trimestre: - Recomanar a les dones, a les seves parelles o a persones de suport assistir a cursos d'educació prenatal i lactància materna. - Animar a participar en un grup de suport, proporcionar contactes amb els grups locals. - Tractar el tema de la compatibilització de la lactància i la tornada a la feina: extracció i conservació de la llet materna i drets laborals. - Informar sobre els aspectes bàsics de la lactància materna: • Importància del contacte "pell amb pell" immediatament després del naixement i de mantenir-lo durant 60-120 minuts. • Inici precoç de la lactància durant el contacte "pell amb pell". • Allotjament conjunt les 24 hores. • Alimentació a demanda: la lactància sense restriccions de temps ni de freqüència ajuda a prevenir la congestió, augmenta la producció de llet i afavoreix l'augment de pes de la criatura. • La composició de la llet varia durant la presa: de vegades la criatura en té prou només amb un pit, però altres vegades en pren de tots dos. L'important és que es buidi alternativament un pit en cada presa, ja que la llet del final és més rica en greixos. • Posició i agafada; postures per alletar. • Patrons d'alimentació: durant els primers dies és habitual un patró variable, ja que la criatura pren petites quantitats de calostre i va augmentant de quantitat quan es produeix la pujada de la llet. Quan s'ha establert la llet de transició, sol alimentar-se cada 2-3 hores, però pot variar si es tracta d'una criatura sana. Els patrons individuals s'han de respectar. • Lactància materna exclusiva els sis primers mesos de vida. • Lactància complementada a partir dels sis mesos i fins als dos anys o més. • Explicar l'alimentació de la mare durant la lactància. • Recomanar una dieta que aporti les necessitats de iode (<i>vegeu fitxa 18</i>). • Proporcionar la <i>Guia de lactància materna</i>, en la qual figuren els telèfons de contacte dels grups de suport a la lactància materna de les Illes Balears.	• Tercer trimestre: - Entre la 28a i la 32a setmana de la gestació, ensenyar a la dona de manera pràctica la tècnica d'alletar: col·locació de la criatura al pit, diferents posicions, tècnica d'agafada i signes de lactància eficaç. - Explicar la fisiologia inicial de la lactància, impacte dels suplementos sobre la secreció làctia i observació dels pits i dels mugrons. - La visita pediàtrica prenatal s'ha mostrat eficaç en l'increment de la lactància materna. - Informar sobre les pràctiques del naixement que afavoreixen el millor inici de la lactància materna. - Assegurar-se que la dona tingui informació sobre com aconseguir ajuda per a la lactància a càrrec de professionals experts i sobre els grups de suport a la lactància materna a les Illes Balears. - Recomanar que el nounat sigui vist pels serveis de salut en un període de 48-72 hores després de l'alta per assegurar el desenvolupament òptim de la lactància materna.
---	--	--

FITXA 19. INFORMACIÓ I PROMOCIÓ PRENATAL DE LA LACTÀNCIA MATERNA (CONT.)

INFORMACIÓ PER A LES DONES SOBRE RECURSOS PER DONAR SUPORT A LA LACTÀNCIA MATERNA	
<i>Guia de la lactància materna</i> ● Publicada per la Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears. ● Disponible en català, anglès, àrab, francès i romanès a la pàgina web portalsalut.caib.es ● Inclou, entre altres aspectes: - Tècnica de lactància materna. - Extracció, conservació, emmagatzemament i descongelació de la llet materna. - Donació de llet. - Informació sobre l'alimentació de la mare, medicaments i altres substàncies. - Drets laborals.	Ajuda a la lactància materna: ● Associació Balear d'Alletament Matern www.abamlactancia.org ABAM MALLORCA-Sede central Carrer Rosa 3, 2º piso 617 897 175 / 637 250 508 / 656 587 657 abamlactancia@gmail.com ABAM MALLORCA-Llevant Carrer Santa Bassilisa s/n (Antic Centre de Dia), 07630 Campos. 677 111 560 / 655 540 126 ABAM MENORCA Carrer Alaior 36, 07760 Ciutadella 669 855 447 / 606 135 140 abammenorca@gmail.com ABAM EIVISSA l'Av. de la Pau s/n (Saló d'Actes de les Piscines Can Misses) 625 658 422 / 687 963 279 abameivissa@gmail.com

5.2. Prevenció de complicacions a les mames

(Vegeu la fitxa 20)

Objectiu

- Detectar els signes i els símptomes de complicacions en els estats inicials per prevenir les complicacions evitables a les mames lactants, aplicant bones pràctiques de suport a les dones després de l'alta.

FITXA 20. PREVENCIÓ DE COMPLICACIONS A LES MAMES

DOLOR ALS MUGRONS	CONGESTIÓ I INGURGITACIÓ	MASTITIS
• Explicar que la causa més freqüent de dolor o clivelles als mugrons és una mala posició en donar el pit. • Valorar una possible anquiloglòssia. • Si el dolor dels mugrons o les clivelles persisteixen després del reposicionament, s'ha de tenir en compte la possibilitat d'una infecció. Mes informació disponible a: http://www.centrorraices.com/docs/MONOGRAFIA%20CLINICA%20RAICES%201%20-%20DOLOR%20MAMA%20(I).pdf • El dolor freqüent acompanyat de canvis de coloració dels mugrons es poden associar a la síndrome de Raynaud. • Els tractaments tòpics per al dolor o per a les clivelles dels mugrons no s'han mostrat eficaços.	• Informar que els pits poden estar sensibles, fermes i dolorosos quan es produeix la pujada de la llet, al voltant del tercer dia després del part. Si la ingurgitació és intensa, s'ha de tractar amb alletament freqüent i prolongat del pit afectat, massatge suau, calor local i, si cal, extracció manual i analgèsia. • Emprar sostenidors sense cercols, de la mida adequada i que no comprimeixin.	• La mastitis disminueix la llum dels conductes lactis, la qual cosa provoca una durada major de les preses, més dolor i que el noutat quedi insatisfet. • Recomanar consultar en el cas que apareguin senyals o símptomes: de tipus gripal i pits amb alguna zona envermel·lida, dura, sensible i dolorosa, que pot cursar amb febre o sense i que pot causar abscessos. També es considera mastitis el dolor als mugrons en forma de punxades (fins i tot entre preses) o la lesió persistent dels mugrons. Pot ser unilateral o bilateral. • Revisar la tècnica d'alletament, valorar la presència del fre, micrognàtia (mandíbula petita), síndrome de Raynaud. • Continuar amb la lactància i iniciar mesures físiques: calor, massatge, afavorir el drenatge, succió freqüent del pit, variar les postures, aplicar fred local entre les preses (alleugereix el dolor per l'efecte vasoconstrictor i antiinflamatori). • Valorar fer un cultiu de la llet per conèixer l'agent causant i així poder aplicar el tractament antibiòtic adequat (tècnica de recollida: extracció manual d'1 mil·lilitre de llet de manera estèril, que s'ha de conservar refrigerada fins a la sembra). • Oferir analgèsia compatible amb la lactància materna si cal (paracetamol, antiinflamatori).
MUGRONS PLANS O INVERTITS	ANQUILOGLÒSSIA (FRENET CURT)	
• Informar que aquesta condició no és incompatible amb la lactància materna i que no necessiten preparació abans del part. • Oferir més suport i atenció a les primeres preses per garantir l'èxit de la lactància materna.	• Revisar-ho i derivar-ho per obtenir un diagnòstic qualificat si persisteixen els problemes de lactància materna després de confirmar que no es dona una bona agafada malgrat la bona col·locació del lactant al pit. Per la valoració de l'anquiloglosia es fa servir l'escala de Hazelbaker.	

5.3. Manteniment de la lactància materna

(Vegeu la fitxa 21)

Objectius

- Proporcionar el suport professional necessari durant l'inici i la continuació de la lactància materna a càrrec de persones formades capaces de revisar la tècnica i de detectar-hi possibles problemes.
- Evitar l'abandonament precoç de la lactància oferint informació a la mare i donant-li confiança sobre la seva capacitat d'alletar.

5.4. Lactància materna i tornada a la feina

(Vegeu la fitxa 21)

Objectius

- Facilitar a les dones informació adequada sobre les diferents opcions d'alimentació de la criatura en el moment d'incorporar-se a la vida laboral i sobre els riscos i els beneficis que se'n deriven.
- Informar les mares sobre els recursos i la legislació laboral per mantenir la lactància materna i assabentar-les adequadament sobre la compatibilitat de la feina i la lactància natural.

5.5. Lactància materna i riscos laborals

(Vegeu la fitxa 21)

Objectiu

- Prevenir els problemes de salut de la dona lactant i de la seva criatura derivats de l'exposició a riscos al lloc de treball.

5.6. Lactància materna, fàrmacs, plantes i tòxics

(Vegeu la fitxa 21)

Objectiu

- Donar a conèixer al personal sanitari els recursos disponibles per resoldre els dubtes sorgits amb relació a l'administració d'un medicament o d'un producte fitoterapèutic i amb les exploracions complementàries d'imatge, i evitar suprimir la lactància sense cap motiu.

FITXA 21. MANTENIMENT DE LA LACTÀNCIA MATERNA

SUPPORT A LA LACTÀNCIA MATERNA	LACTÀNCIA MATERNA I TORNADA A LA FEINA
• Recomanacions - Oferir des del començament l'assessorament de personal format en lactància materna i amb experiència tant a l'hospital com a l'atenció primària. - Demanar en cada consulta a la mare sobre la seva experiència amb la lactància per valorar l'eficàcia de l'alletament i identificar qualsevol necessitat de suport addicional. - Registrar els aspectes següents: • Si la dona percep insuficiència de llet, observar una presa (vegeu la fitxa 22), tranquil·litzar-la i donar-li suport per fomentar la seva autoestima amb relació a la capacitat de produir prou llet. • Si es considera necessari donar-li suplement: recomanar l'extracció de llet materna i que s'administri amb tècniques que no interfereixin en la succió (tassó, xeringa, suplementador, tècnica del "dit-xeringa" ...). - Encara que hi ha evidències sobre l'efecte protector de l'ús del xumet durant el son per prevenir la síndrome de la mort sobtada, es recomana evitar l'ús de xumets o tetines durant el període d'instauració de la lactància materna (4-6 setmanes després del part) per evitar la confusió amb el mugró i pel risc de reduir el nombre de preses; se n'han d'emprar només quan la lactància materna estigui ben establerta. - Informar les dones sobre els recursos disponibles a les institucions (vegeu la fitxa 19). - Per fer el seguiment del guany ponderal, l'Estratègia nacional de salut sexual i reproductiva recomana incloure a la cartilla de salut infantil el nou patró de creixement infantil. Corbes de creixement de l'Organització Mundial de la Salut, disponibles en la web <http://www.who.int/childgrowth/en>.	• Recomanacions - Recomanar la lactància materna exclusiva fins als sis mesos. Prèviament a la reincorporació laboral, la mare pot extreure llet i congelar-la i també extreure-la en el lloc de treball quan es reincorpori. Si la mare no vol o no pot extreure llet per deixar la criatura mentre ella treballa, es poden introduir altres aliments a partir dels quatre mesos quan ella no hi sigui i pot continuar amb la lactància de manera exclusiva quan sigui a casa. A partir del sisè mes s'ha d'organitzar la introducció d'alimentació complementària quan la mare treballi, a fi de conservar una bona ingesta de llet materna la resta del dia. - Oferir suport personal individualitzat sobre l'extracció de llet. - Facilitar informació escrita i pràctica sobre els procediments d'extracció, emmagatzemament, congelació i descongelació de la llet materna i la manera de resoldre els dubtes i les dificultats més freqüents (http://antiga.abamlactancia.org/pdf/DOSSIER_DE_CONSULTA.pdf). - Iniciar les extraccions i congelar la llet un temps abans de la incorporació laboral. - Durant la jornada laboral s'ha de treure llet per evitar la ingurgitació i mantenir la producció. - Després de la separació a causa de la reincorporació laboral, la criatura pot demanar amb més freqüència quan estigui amb la seva mare per recuperar la ingesta de llet i per una major demanda de contacte físic. - Posar en contacte les mares amb grups de suport perquè rebin consells pràctics sobre el tema.

LACTÀNCIA MATERNA I RISCS LABORALS	LACTÀNCIA MATERNA, FÀRMACS, PLANTES I TÒXICS AMBIENTALS
● Recomanacions: - Informar sobre els riscos que s'han d'avaluar als llocs de treball (<i>vegeu l'annex</i>). - Informació complementària en el document “Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural”, publicat per l'Associació Espanyola de Pediatria, disponible en <www.aeped.es/sites/default/files/LM_Y_RIESGO_LABORAL_COMITE_LM_AEP_2010_1.pdf>.	● Recursos informatius: - El web <www.e-lactancia.org> ajuda a prendre decisions encertades davant d'unes 1.500 opcions diferents que poden implicar una mare lactant. - Altres recursos disponibles a Internet: · <www.aeped.es/documentos/guia-rapida-compatibilidad-entre-medicamentos-y-lactancia-matern>. · <www.ihan.es/publicaciones/articulos/medicamentos_lactancia_AAP.pdf>. · <www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001189documento.pdf>.

FITXA 22. OBSERVACIÓ D'UNA PRESA

Nom de la mare:	Data:
Nom de la criatura:	Data de naixement:
SIGNES D'ALLETAMENT ADEQUATS	
SIGNES DE POSSIBLE DIFICULTAT	
Postura de la mare i de la criatura	
Mare relaxada i còmoda	Espatles tenses, inclinades cap a la criatura
Criatura en estret contacte amb la mare	Criatura lluny del cos de la mare
Cap i cos alineats davant el pit	Cap i cos sense alinear
Cos ben subjecte	Subjecte només pel cap i el coll
Acostament al pit amb el nas davant el mugró	Acostament al pit des de baix: llavi/mentó cap al mugró
Contacte visual entre la mare i la criatura	No hi ha contacte visual
Lactant	
Boca ben oberta	Boca poc oberta
Llavis superior i inferior evertits	Llavis estrets o invertits
La llengua envolta el mugró i l'arèola	No es veu la llengua
Galtes plenes i arrodonides en mamar	Galtes enfonsades en mamar
Més arèola visible per damunt del llavi superior	Més arèola per davall del llavi inferior
Moviments de succió lents i profunds, amb pauses	Moviments de succió superficials i ràpids
Es veu i se sent deglutir la criatura	Se senten espetecs o sorolls durant la xuclada
Signes de transferència de llet	
Humitat al voltant de la boca	Criatura intranquil·la, exigent, amolla i agafa el pit intermitentment
La criatura relaxa progressivament els braços i les cames	La mare sent dolor o molèsties al pit o al mugró
El pit s'ablaneix progressivament	El pit està vermell, inflat i adolorit
La mare nota signes d'ejecció	La mare no sent signes de reflex d'ejecció
Surt llet de l'altre pit	

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

5.7. Grups de suport a la lactància materna

Consideracions

- Està demostrada l'eficàcia dels grups de suport per prolongar la lactància.
- La major part dels dubtes durant la lactància materna no són de tipus mèdic i el suport “de mare a mare” pot ser més útil.

Objectiu

- Visibilitzar la importància de les organitzacions de mares voluntàries amb experiència personal i formació addicional sobre la lactància materna.

Recomanacions

- El personal sanitari responsable de garantir l'atenció a la mare i al seu nounat han de contactar i col·laborar amb els grups de suport a la lactància materna establerts a la seva àrea.
- S'han d'establir els cursos apropiats per redirigir les mares que necessitin suport des dels hospitals i els centres de salut cap als grups de suport, i viceversa.
- Fomentar els tallers de lactància als centres de salut unint la tasca sanitària amb la de les mares amb experiència en l'alletament.

Recomanacions

- Facilitar consells adequats i adaptats a la família i assistents, per garantir que aquesta alimentació es proporcioni de la manera més segura possible. Disponible a Internet: <www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines_sp.pdf>.
- Quan una dona expressa el desig d'abandonar la lactància materna i està segura de la decisió, en primer lloc hauria de ser informada sobre com fer un deslletament progressiu, ja que un deslletament brusc té riscos per a ella, des d'una ingurgitació fins una mastitis.
- Informar-la que les necessitats afectives de la criatura continuaran essent les mateixes i que les que fins ara satisfia per mitjà de la lactància materna han de ser substituïdes per altres manifestacions afectives, com ara agafar-la en braços o mantenir el contacte “pell amb pell”.

5.8. Alimentació amb llet de fórmula

Consideració

- Quan no sigui possible la lactància materna o no sigui l'opció que s'hagi triat, després d'informar la mare sobre els riscos de no alletar cal informar-la individualment i també els seus familiars sobre les possibilitats d'una alimentació de substitució que sigui acceptable, factible, assequible, sostenible i segura.

Objectius

- Proporcionar una alimentació amb llet de fórmula en les millors condicions per a la criatura.
- Capacitar la dona i la seva parella sobre el maneig i la preparació de la llet de fórmula.

5.9. Codi internacional de comercialització de sucedanis de la llet materna (OMS/UNICEF, 1981)

El Codi internacional de comercialització de sucedanis de la llet materna¹ regula els sistemes comercials i no comercials de distribució d'aquests productes, encara que això no obstaculitza la protecció i la promoció de la lactància natural. La legislació espanyola no obliga a complir aquest codi i, encara que es refereix a aspectes d'aquest, és menys restrictiva.²

Objectiu

- Proporcionar una nutrició segura i suficient alhora que es protegeix i es promou la lactància natural i s'assegura l'ús correcte dels sucedanis de la llet materna, quan siguin necessaris, amb informació adequada i mètodes apropiats de comercialització i distribució.

1 Disponible a http://ca.encydia.com/es/Codi_Internacional_de_Comercialitzaci%C3%B3_de_Sucedanis_de_Llet_Materna.

2 Reglamentació tecnosanitària específica dels preparats per a lactants i dels preparats de continuació: Reial decret 867/2008 (BOE núm. 131, 30/05/2008) www.boe.es/boe/dias/2008/05/30/pdfs/A25121-25137.pdf



ANNEXOS

Annexe I

6.1. Legislació

6.1.1. Directiva 92/85/CEE

Directiva 92/85/CEE del Consell, de 19 d'octubre de 1992, relativa a l'aplicació de mesures per promoure la millora de la seguretat i de la salut en el treball de la treballadora embarassada, que hagi donat a llum o en període de lactància.¹

6.1.2. Directiva 90/394/CEE

Directiva 90/394/CEE, de 28 de juny, relativa a la protecció dels treballadors contra els riscos relacionats amb l'exposició a agents cancerígens durant el treball.²

6.2. Taules de risc laboral

6.2.1. Llista no exhaustiva dels agents, dels procediments i de les condicions de treball³

A. Agents

1. Agents físics: quan es consideri que puguin implicar lesions fetals o provocar un despreniment de placenta, en particular els següents:

- a. Xocs, vibracions o moviments.
- b. Maneig de càrregues pesades que suposin un risc dorsolumbar.
- c. Sorolls.
- d. Radiacions ionitzants.
- e. Radiacions no ionitzants.
- f. Fred i calor extrems.
- g. Moviments i postures, desplaçaments (tant a l'interior com a l'exterior del lloc de feina), fatiga mental i física i altres càrregues físiques vinculades a l'activitat de la treballadora embarassada.

2. Agents biològics: els que contenen els grups de risc 2, 3 i 4 de l'article 2.d de la Directiva 90/679/CEE, en la mesura que se sàpiga que aquests agents o les mesures terapèutiques posen en perill la salut de les dones embarassades o del fetus i sempre que no figurin en l'annex II.

3. Agents químics: els següents, en la mesura que se sàpiga que posen en perill la salut de les dones embarassades i del fetus i sempre que no figurin en l'annex II:

- a. Substàncies R40 etiquetades, R45, R46 i R47 per la Directiva 67/548/CEE, en la mesura que no figurin en l'annex II.
- b. Agents químics que figurin en l'annex I de la Directiva 90/394/CEE (vegeu el punt 6.2.2).
- c. Mercuri i derivats.
- d. Medicaments antimicòtics.
- e. Monòxid de carboni.
- f. Agents químics perillosos de penetració cutània formal.

B. Procediments

Procediments industrials que figuren en l'annex I de la Directiva 90/394/CEE (vegeu el punt 6.2.2).

C. Condicions de treball

Treballs de mineria subterrània.

6.2.2. Llista de substàncies, preparats i procediments⁴

1. Fabricació d'auramina.
2. Treballs que suposin l'exposició a hidrocarburs aromàtics policíclics presents en el quitrà, en el sutge, en la brea, en el fum o en la pols d'hulla.
3. Treballs que suposin l'exposició a la pols i al fum o a les boires produïdes durant la calcinació i l'afinat elèctric de les mates de níquel.
4. Procediment amb àcid fort en la fabricació d'alcohol isopropílic.

1 Disponible en castellà a través de la web del Ministeri de Treball en Immigració <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1992L0085:20070627:ES:PDF>.

2 Disponible en castellà a través de la web del Ministeri de Treball en Immigració <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31990L0394:ES:HTML>.

3 Correspon a l'annex I de la Directiva 92/85/CEE.

4 Art. 2.c de l'annex I de la Directiva 90/394/CEE.

6.2.3. Llista no exhaustiva dels agents i de les condicions de treball⁵

A. Treballadores a qui es refereix l'article 2.a 1. Agents

- a. *Agents físics*: treballs en atmosferes de sobrepressió elevada (p. ex., locals a pressió, submarinisme...).
- b. *Agents biològics*: toxoplasma, virus de la rubèola (excepte si hi ha proves de les quals la treballadora embarassada està protegida contra aquest agent per estar immunitzada).
- c. *Agents químics*: plom i els seus derivats, en la mesura que aquests agents siguin susceptibles de ser absorbits per l'organisme humà.

2. Condicions de treball: treballs de mineria subterrània.

2. Treballadores en període de lactància a qui es refereix l'article 2.c

1. Agents químics: plom i els seus derivats, en la mesura que aquests agents siguin susceptibles de ser absorbits per l'organisme humà.
2. Condicions de treball: treballs de mineria subterrània.

Annexe II

6.3 ALIMENTACIÓ SEGURA DURANT LA GESTACIÓ

Per evitar els riscos d'origen alimentari de més impacte durant la gestació, seguiu aquests consells:

1. Netejau i desinfectau els vegetals (verdures, hortalisses i fruita) que vulgueu consumir crus. Podeu emprar lleixiu apte per a la desinfecció de l'aigua de beure (4 gotes per litre): submergeix els vegetals dins la dissolució durant almenys 10 minuts i rebejau-los bé. També heu d'aplicar aquest tractament a les ensalades en bossa i als brots de llavors (soja, alfals...).

2. Evitau consumir els aliments següents:

- Llet crua i derivats, com els formatges frescs o tendres (mozzarella, emmental, brossat, formatge blau, burgos, brie, camembert...).

- Ous crus o preparats que en contenguin, com les maioneses i altres salses i alguns productes de rebosteria (mousse, tiramisú, merenga...).

- Carn crua (carpaccio, bistec tàrtar...) i productes carnis no curats, com la sobrasada molt fresca o el paté refrigerat, a més dels productes carnis en tallades i envasats. La carn s'ha de cuinar com a mínim a 71 °C (el centre ha de canviar de color).

6. Carn de caça si s'ha abatut amb munició de plom.

- Peix cru i preparats, com el peix fumat o marinat, a més del sushi, el sashimi, el cebiche...

- Marisc cru o poc cuinat (ostres, musclos, escopinyes...).

- Emperador, tauró (tintorera, mussola...), tonyina vermella i lluç de riu. També durant l'alletament.

3. Per evitar el risc de contreure toxoplasmosi, si no es compta amb anticossos contra aquesta infestació es recomana no menjar productes carnis curats (cuixot salat, cecina...) o fermentats (xoriço, llonganissa, sobrasada...). A més, heu de seguir els consells higiènics sobre la manipulació de moixos.

4. Consumiu només sucres acabats de fer o sucres envasats pasteuritzats.

5. Preneu només els complementos alimentaris (vitamines i minerals) que estiguin recomanats.

⁵ Correspon a l'annex II de la Directiva 90/394/CEE.

Per evitar altres riscos d'origen alimentari, seguïu també aquests consells:

1. Consumiu preferentment aliments locals, naturals, de qualitat i de temporada.
2. Consumiu aliments que mostrin prou informació a l'etiqueta: origen, composició, dates de consum, manera de preparació i de conservació... i seguïu amb atenció les instruccions.
3. Evitau trencar la cadena de fred. A més, comprovau que el frigorífic està almanco a 4 °C i el congelador, a -18 °C.
4. Cuinau els aliments a 71 °C, com a mínim (s'arriba a la temperatura adequada quan el producte canvia de color al centre).
5. Per preparar diferents tipus d'aliments (cuinats i crus, vegetals i carn...) no empreu els mateixos estris ni les mateixes superfícies sense haver-los netejat abans; és a dir, netejau-los cada vegada que els empreu amb diferents tipus d'aliments.
6. Emmagatzemau els aliments separats segons la seva naturalesa (vegetals i carn, cuinats i crus...), tapats i a la temperatura requerida segons cada cas.
7. Descongelau els aliments dins del frigorífic i no els torneu a congelar.
8. Reencalentiu bé els plats cuinats, almanco fins a 75 °C, i feis-ho just abans de consumir-los. No reencalentiu més d'una vegada el mateix aliment.
9. Evitau que els aliments cuinats estiguin a la temperatura ambient: és millor refrigerar-los i consumir-los com més aviat millor.
10. Manteniu refrigerats els aliments que contenguin ou poc cuinat o cru i consumiu-los el mateix dia en què els hagueu preparat.
11. Si consumiu aigua de cisterna o de pou, assegura-vos que és potable.
12. En manipular i consumir aliments, procurau fer-ho amb el màxim d'higiene: rentau-vos bé les mans amb sabó i aigua calenta durant almanco 20 segons i sempre en aquests casos:
 - Abans i després de manipular els aliments.
 - Entre la manipulació de diferents tipus d'aliments (crus i cuinats, peix, carn i vegetals).
 - Després d'haver entrat en contacte amb una possible font de contaminació (anar al

lavabo, tossir, esternudar, tocar fems, tocar animals, si menjau...).

13. Cal netejar regularment la nevera. Netejant parets, safates i calaixos amb solució sabonosa per després d'aclarir aplicar amb un drap una dilució d'aigua amb lleixiu apte per a la desinfecció d'aigua de beguda. Posteriorment s'ha d'assecar bé amb un paper de cuina o un drap net abans de tornar a introduir els aliments.

Servei de Seguretat Alimentària i Nutrició:

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



BIBLIOGRAFÍA

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

11. Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria: al cuidado de la infancia y la adolescencia [Internet]. [Madrid]: el autor ; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Grupo PrevInfad. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. [aprox. 10 pantallas]. Disponible a: <http://www.aepap.org/previnfad/actividades.htm>
12. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Programa de Salud Infantil. Madrid: Ex Libris, 2009.
13. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers [Internet]. 2a ed. Ginebra (Suiza): ICCIDC: UNICEF: WHO; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.who.int/nutrition/publications/en/idd_assessment_monitoring_elimination.pdf
14. Atención al niño sano. AMF. 2010;6(4monográfico):179-235.
15. Austerra P. ¿Consentimiento informado?: ¿Qué es eso?. Mys [Internet]. 2005 [Consulta: 12 febr. 2012]; 15:[aprox. 1 p.]. Disponible a: http://mys.matriz.net/mys15/15_6.htm
16. Bailey BA, Sokol RJ. Pregnancy and alcohol use: evidence and recommendations for prenatal care. Clin Obstet Gynecol. 2008;51(2): 436-44.
17. Bailham D, Joseph S. Posttraumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. Psychology, Health & Medicine [Internet]. 2003 [Consulta: 12 febr. 2012];8(2):159-168. Disponible a: <http://mms.warwick.ac.uk/mms/getMedia/0F8CAD5E89CDC05801219DE8A01EB801.pdf>
18. Bailón E, Arribas L, Landa J. Actividades preventivas en el embarazo. [Internet]. Barcelona: SemFyc; 2009 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.papps.org/upload/file/05%20PAPPS%20ACTUALIZACION%202009.pdf>
19. Blair PS, Sidebotham P, Berry PJ, Evans M, Fleming PJ. Major Epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20-year population-based study in the UK. Lancet. 2006;367(9507):314-9.
20. Ballard JL, Auer CE, Khoury JC. Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. Pediatrics. 2002;110(5):e63.
21. Barona C, Fullana A, Mas R. Enfermedad de chagas importada: protocolo de actuación en la Comunidad Valenciana [Internet]. València: Generalitat Valenciana; 2009. [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL/PUBLICACIONES/INFAN_MUJER/PERINATAL/MAMUAL_ENF_CHAGAS.PDF
22. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005;115(2):496.
23. Breymann C, Honegger C, Holzgreve W, Surbek D. Diagnosis and treatment of iron-deficiency anaemia during pregnancy and postpartum. Arch Gynecol Obstet. 2010;282(5):577-80.

24. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna. Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2007 [Consulta: 12 febr. 2012];(2):[aprox. 1 p.]. Disponible a: <http://www.update-software.com/pdf/CD001141.pdf>
25. Bru C, Martínez JM, de Dios S. Mujeres que reciben asistencia preconcepcional en Granada. Matronas Prof [Internet]. 2008 [Consulta: 12 febr. 2012];9(1):11-14. Disponible a: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/6693/173/mujeres-que-reciben-asistencia-preconcepcional-en-granada>
26. Capitán M, Cabrera R. La consulta preconcepcional en Atención Primaria: evaluación de la futura gestante. Medifam [Internet]. 2001 [Consulta: 12 febr. 2012];11(4):61-77. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n4/hablemos%20de.pdf>
27. Caesarean section [Internet]. Londres (Reino Unido): National Institute for Clinical Excellence; 2011. [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13620/57163/57163.pdf>
28. Carandell E. Recomendaciones para la actuación sanitaria ante la violencia de género en la Comunitat Autònoma de les Illes Balears [Internet]. Palma: Servei de Salut de les Illes Balears : Atenció Primària de Mallorca; 2009 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.caib.es/govern/archivo.do?id=439942>
29. CDC.Kathryn M. Curtis,Naomi K. Tepper, Tara C. Jatlaoui, et al., U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. MMWR Recommendations and Reports / Vol. 65 / No. 3 disponible a: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6503a1_appendix.htm [data de consulta: 19/12/16].
30. CDC. Updated Recommendations for Use of Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid, and Acellular Pertussis Vaccine (Tdap) in Pregnant Women - Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2012. MMWR 62(07);131-135
31. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Parasites - Toxoplasmosis (Toxoplasma infection). Revisado en junio 2011, disponible en www.cdc.gov/parasites/toxoplasmosis/gen_info/pregnant.html
32. Cherry JD. Editorial Commentary: The Effect of Tdap Vaccination of Pregnant Women on the Subsequent Antibody Responses of Their Infants. Clin Infect Dis. 2015 Dec 1;61(11):1645-7. doi: 10.1093/cid/civ700. Epub 2015 Sep 15. PubMed PMID: 26374815.
33. Clinical Guidelines. Primary care interventions to Promote breastfeeding: U.S. preventive services Task Force recommendation Statement. Ann Intern Med. 2008;149(8):560-564.
34. Código Internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna [Internet]. Ginebra: OMS/UNICEF; 1981 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/files/nutrition_code_english.pdf

35. Comité de Lactancia de la EAPED. Manual de lactancia materna de la teoría a la práctica: lactancia materna para profesionales. Madrid: Panamericana; 2008.
36. Cómo prevenir las recaídas después de dejar de fumar. Disponible en: http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/prevenir_recaidas.pdf

Algoritmo de intervención. Disponible en:
http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/algoritmo_intervencion.pdf
37. Control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana: manual para profesionales sanitarios [Internet]. València: Generalitat Valenciana .Conselleria de Sanitat. Direcció General per a la Salut Pública. Servei de Salut Infantil i de la Dona; 2002 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://biblioteca.sp.san.gva.es/biblioteca/publicaciones/MATERIAL/PUBLICACIONES/INFAN_MUJER/PERINATAL/EMBARAZO/CONTROL_BASICO_DEL_EMBARAZO.PDF
38. Coonrod DV, Jack BW, Stubblefield PG, Hollier LM, Boggess KA, Cefalo R, et al. The clinical content of preconception care: infectious diseases in preconception care. Am J Obstet Gynecol. 2008 Dec;199(6 Suppl 2):S296-309.
39. Cuidados desde el nacimiento: recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas 2010 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
40. Delgado S, Arroyo R, Jiménez E, Fernández L, Rodríguez JM. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (I). Acta Pediatr Esp [Internet]. 2009 [Consulta: 12 febr. 2012];67(2):77-84. Disponible a: <http://www.ihan.es/cd/documentos/Mastitis%20infecciosas%20durante%20la%20lactancia%20I.pdf>
41. Demicheli V, Barale A, Rivetti A. Vacunas en mujeres para la prevención del tétanos neonatal. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 [Consulta: 12 febr. 2012];2 [aprox. 1 p.]. Disponible a: <http://www.update-software.com/pdf/CD002959.pdf>
42. Dennis CL, Creedy D. Intervenciones psicosociales y psicológicas para la prevención de la depresión postparto. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 [Consulta: 12 febr. 2012];2 [aprox. 1 p.]. Disponible a: <http://www.update-software.com/pdf/CD001134.pdf>
43. Díaz-Gómez NM. ¿En qué situaciones está contraindicada la lactancia materna?. Acta Pediatr Esp. 2005;63:321-327.
44. Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 10 de octubre de 1992 relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia [Internet]. [s.l.]: [s.n.]; s.d [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.belt.es/legislacion/vigente/seg_ind/prl/principios/comunitaria/D_92_85_CEE.pd

45. Doggett C, Burrett S, Osborn DA. Visitas domiciliarias durante el embarazo y el postparto para mujeres con problemas de alcohol o drogas. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 [Consulta: 12 febr. 2012];2. Disponible a: <http://www.update-software.com/pdf/CD004456.pdf>
46. Domínguez A, Pastor V, Sanz C, Salleras L. Vacunaciones en mujeres en edad fértil y en embarazadas. Calendario de vacunaciones sistemáticas del adulto y recomendaciones de vacunación para los adultos que presentan determinadas condiciones médicas, exposiciones, conductas de riesgo o situaciones especiales. Consenso 2009 Comité de Vacunas de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Medicina Preventiva 2010;26(1):26-30
47. Dormir en la misma cama con el bebé.UNICEF UK Baby Friendly Initiative con la Foundation for the Study of Infant Deaths. (Consulta: 22 de Diciembre 2012). Disponible a: http://www.ihan.es/cd/documentos/Colecho_UNICEF.pdf
48. Dorta E, Molina J, García-Fernández JA, Serra L. Gestación adolescente y su repercusión en el recién nacido: estudio de casos y controles. Clin Invest Gin Obst. 2004;31(4):118-23.
49. Elfenbein DS, Felice ME. Adolescent pregnancy. Pediatr Clin North Am. 2003;50(4):781-800.
50. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado [Internet]. 2a ed. [Sevilla]: Consejería de Salud; [2005] [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.juntadeandalucia.es/opencms/opencms/system/bodies/contenidos/publicaciones/pubcsalud/2005/csalud_pub_150/embarazo.pdf
51. Equipo de Programación de Zona Pediátrica. Zona pediátrica: Red 3.0 [Internet]. Buenos Aires: BAITEC; 2011 [Consulta: 12 febr. 2012]. Colecho; [aprox. 1 p.]. Disponible a: <http://www.zonapediatrica.com/enviar-contenido/colecho.html>
52. Estrada MD, et al. Descripción del estado de situación del cribado prenatal de las cromosopatías fetales más frecuentes -principalmente Síndrome de Down en el Estado español y propuestas de mejora en la práctica clínica habitual [Internet]. Madrid: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/72/AATRM%202006-03.pdf>
53. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
54. Estratègia de diabetis de les Illes Balears 2011-2015. Direcció General de Planificació i Finançament. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears.
55. Fabre E, Fernández A, Fortuna A. Consulta preconcepcional: manual de asistencia al parto normal. Zaragoza: Edelvives; 2001.

56. FAME. Iniciativa parto normal: documento de consenso [Internet]. Barcelona: Federación de asociaciones de Matronas de España; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.federacion-matronas.org/ipn>
57. Female genital mutilation: WHO Information Fact Sheet No. 241. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 2000.
58. Fernández MT. Manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año: guía de práctica clínica basada en la evidencia [Internet]. Valencia: Atención Primaria: Hospital Dr. Peset; 2004 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.aeped.es/sites/default/files/lm_gpc_peset_2004.pdf
59. Flores-Chávez M, De Fuentes I, Gárate T, Cañabate C. Diagnóstico de laboratorio de la enfermedad de Chagas importada. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007;25(2):29-37.
60. Flores-Chávez M, et al. Fatal congenital Chagas disease in a non-endemic area: a case report. *Cases Journal*. 2008;1:302.
61. Gagnon AJ, Bryanton J. Educación posnatal de padres para la optimización de la salud infantil general y las relaciones entre padres e hijos. Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2009 [Consulta: 12 febr. 2012];(2) [aprox. 1 p.]. Disponible a: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004068>
62. Gagnon AJ, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 [Consulta: 12 febr. 2012];2 [aprox. 1 p.]. Disponible a: <http://www.update-software.com/pdf/CD002869.pdf>
63. Galbe Sánchez-Ventura J, Grupo PrevInfad/PAPPS. Prevención del retraso psicomotor causado por déficit de yodo en la infancia [Internet]. [s.l.]: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria; 2005 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_yodo.pdf
64. García-Bermejo I. Cribado serológico en la gestante: controversias y consideraciones sobre algunos patógenos de transmisión vertical. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica (SEIMC): Control de Calidad SEIMC, 2003. Disponible a: <http://www.seimc.org/control/revisiones/serologia/Serogest.pdf>, (consultado 7-8-2012).
65. Gardiner PM, et al. The clinical content of preconception care: nutrition and dietary supplements. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2008 [Consulta: 12 febr. 2012];199(6Suppl2):S345-56. Disponible a: <http://www.beforeandbeyond.org/uploads/Nutrition%20and%20preconception%20health.pdf>
66. Gavilan M. Suplementos de yodo en embarazadas sanas. *Actualizaciones en Medicina de Familia AMF*. 2011;7:647-50
67. Glinoe D, et al. A randomised trial for the treatment of mild iodine deficiency during pregnancy: maternal and neonatal effects. *J Clin Endocrinol Metab*. 1995;80(1):258-69.

68. Girauta H, Valverde JM, Milán J, Uriarte B. Guía de ayuda para dejar de fumar [Internet]. Palma: Govern de les Illes Balears; 2005 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://portalsalut.caib.es/psalutfront/info?id=8850>
69. Gobierno Vasco .Dirección de Salud Pública. Suplementación Con Yodo Y Ácido Fólico Durante El Embarazo Y La Lactancia: Resumen Y Recomendaciones. Bilbao 2012. (Consulta 20 de Diciembre 2012). Disponible a: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnrI00/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/Taller_yodo_embarazo_lactancia.pdf
70. Guía de actividades preventivas y promoción de la salud en la infancia y adolescencia: documento de apoyo al programa de salud infantil y del adolescente [Internet]. Badajoz: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Extremeño de Salud; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.spapex.es/psi/guia_actividades_preventivas_inf_adol.pdf
71. Guía de actuación en la anticoncepción de urgencia [Internet]. Palma: Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Direcció General de Planificació i Finançament; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.caib.es/govern/archivo.do?id=288911>
72. Guía de autoayuda para dejar de fumar en la embarazada fumadora. Disponible en: http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/guia_autoayuda.pdf
73. Guia de pràctica clínica sobre infeccions de transmissió sexual: GPC-ITS 2009 [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2009 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Infeccions_de_transmissio_sexual/documents/Accés%20a%20la%20Guia.pdf
74. Guía técnica do proceso de atención ao embarazo normal [Internet]. [La Coruña]: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade: Servizo Galego de Saúde; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=50019&uri=http://www.sergas.es/cas/muller/docs/PMG03.pdf&hifr=900&seccion=0
75. Guía técnica do proceso de atención ao parto normal e puerperio [Internet]. [La Coruña]: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade: Servizo Galego de Saúde; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=50019&uri=http://www.sergas.es/cas/muller/docs/G4PartoNat.pdf&hifr=1100&seccion=0
76. Guía técnica do proceso de consulta preconcepcional [Internet]. [La Coruña]: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade: Servizo Galego de Saúde; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=50019&uri=http://www.sergas.es/cas/muller/docs/PMG02.pdf&hifr=900&seccion=0

77. Guía técnica do proceso de detección precoz de cancro de cervix [Internet]. [La Coruña]: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade: Servizo Galego de Saúde; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.sergas.es/gal/muller/docs/PMG07.pdf>
78. Guía técnica do proceso de educación maternal prenatal e postnatal [Internet]. [La Coruña]: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade: Servizo Galego de Saúde; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=50019&uri=http://www.sergas.es/cas/muller/docs/PMG05.pdf&hifr=900&seccion=0
79. Guía para la prevención de defectos congénitos: informes, estudios y documentos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/GuiaPrevencionDDCC.pdf>
80. Guías de práctica clínica en el SNS: guía de práctica clínica sobre la atención al parto Normal 2010 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracticaClinicaParto.pdf>
81. Guidelines for vaccinating pregnant women: from recommendations of the advisory committee on immunization practices (ACIP) [Internet]. [Atlanta (EE. UU.)]: U.S. Department of Health and Human Services; 1998 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/downloads/b_preg_guide.pdf
82. Grupo de Diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Granada: SAMFyC; 2010 [Consulta: 12 febr. 2012]. Gómez MG. Diabetes gestacional. Disponible a: http://www.grupodiabetessamfyc.cica.es/index.php?option=com_content&view=article&id=119&Itemid=89
83. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10
84. Grupo de trabajo para el estudio y prevención de la muerte súbita del lactante del síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL). Libro Blanco de la muerte súbita del lactante. 2ª ed. Madrid: Ediciones ERGON; 2003.
85. Grupo de trabajo Previnfad. Recomendaciones sobre actividades preventivas y de la promoción de la salud. [Internet]. [Madrid]: Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria; 2009 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/recomendaciones_previnfad-papps_2009.pdf
86. Grupo de Trabajo tos ferina 2015 de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Adenda al programa de vacunación frente a tos ferina en España: vacunación en el embarazo. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.

87. Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE). Asistencia a la gestante con diabetes. Guía de práctica clínica actualizada en 2014. *Av Diabetol.* 2015;31(2):45---59
88. Haider BA, Bhutta ZA. Suplementos de micronutrientes múltiples para mujeres durante el embarazo. *La Biblioteca Cochrane Plus* [Internet]. 2006 [Consulta: 12 febr. 2012];(2)[aprox. 1 p.]. Disponible a: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004905>
89. Hale TW. *Medicamentos y Lactancia Materna.* [Madrid]: EMISA; 2004.
90. Heath CC, Sulik SM. Contraception and preconception counseling. *Prim Care.* 1997;24(1):123-33.
91. Hernández MT, Aguayo J. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. La lactancia materna: Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica: recomendaciones del Comité de la Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc).* 2005;63:340-56.
92. Hernández MT, et al. Información complementaria al documento orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural. [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2010. [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.aeped.es/sites/default/files/LM_Y_RIESGO_LABORAL_COMITE_LM_AEP_2010_1.pdf
93. Howell EM, Heiser N, Harrington MA. Review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women. *J Subst Abuse Treat.* 1999;16(3):195-219.
94. Information for people who use NHS services: Induction of labour [Internet]. Londres (Reino Unido): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12012/41272/41272.pdf>
95. Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia [Internet]. [Madrid]: UNICEF; [s.d.] [Consulta: 12 febr. 2012]. Recursos sobre la lactancia materna. Disponible a: <http://www.ihan.es/cd/documentos.html>
96. Iribarren JA, Ramos JT, Guerra L, Coll O, de José MJ, Domingo P, et al. Prevención de la transmisión vertical y tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la mujer embarazada. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2001;19:314-35.
97. Institute for Clinical Systems Improvement. Health care guideline: routine prenatal care [Internet]. 14a ed. Bloomington: ICSI; 2010 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.icsi.org/prenatal_care_4/prenatal_care__routine__full__version__2.html
98. Integrated management of pregnancy and childbirth: pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice [Internet]. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 2006 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/PCPNC_2006_03b.pdf

99. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth: WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health [Internet]. Ginebra (Suïza): World Health Organization; 2009 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/who_mps_07.05_eng.pdf
100. Integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery: a teacher's guide. Ginebra (Suïza): World Health Organization; 2001.
101. International Food Information Council Foundation, Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses. Caffeine and women's health [Internet]. Washington (EE. UU.): International Food Information Council Foundation; 2002 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.foodinsight.org/Content/6/Caffeine_women.pdf
102. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth: clinical guideline [Internet]. Londres (Reino Unido): National Collaborating Centre for Women's and Children's Health; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPCNICGuidance.pdf>
103. Jiménez E, Delgado S, Arroyo R, Fernández L, Rodríguez JM. Mastitis infecciosas durante la lactancia: un problema infravalorado (II). Acta Pediatr Esp. 2009;67(3):77-84.
104. Joanna Briggs Institute. La efectividad de las intervenciones en el cólico del lactante. Best Practice [Internet]. 2008 [Consulta: 12 febr. 2012];12(6). Disponible a: http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/pdf/jb/2008_12_6_colico_lactante.pdf
105. Joint Guideline: management of Women with Obesity in Pregnancy [Internet]. Londres (Reino Unido): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2010. [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/CMACERCOGJointGuidelineManagementWomenObesityPregnancya.pdf>
106. Jove, R. Dormir sin lágrimas: dejarle llorar no es la solución: todo lo que hay que saber para resolver los problemas del sueño infantil. Madrid: La esfera de los libros; 2006.
107. Kaplan A. Mutilación genital femenina: manual para profesionales [Internet]. [Barcelona]: Universitat Autònoma de Barcelona; [s.d.]. [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.mgf.uab.es/docs/Manual_profesionales_BR.pdf
108. Keller-Stanislawski B, Englund JA, Kang G, Mangtani P, Neuzil K, Nohynek H, Pless R, Lambach P, Zuber P. Safety of immunization during pregnancy: a review of the evidence of selected inactivated and live attenuated vaccines. Vaccine. 2014 Dec 12;32(52):7057-64. doi: 10.1016/j.vaccine.2014.09.052. Epub 2014 Oct 5. Review. PubMed [citation] PMID: 25285883
109. Khoro AKK, Dabbas N, Sudhakaran N, Ade-Ajayi N, Patel S. Nipple pain at presentation predicts success of tongue-tie. Eur J Pediatr Surg. 2009;19(6):370-3.

110. Kramer MS, McDonald SW. Ejercicio aeróbico durante el embarazo. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet] 2006. [Consulta: 12 febr. 2012];(2). Disponible a: <http://www.update-software.com/pdf/CD000180.pdf>
111. Laurberg P. Global or Gaelic epidemic of hypothyroidism? *Lancet*. 2005;365:738–740.
112. Laurie A Nommsen-Rivers, Caroline J Chantry, Janet M Pearson, Roberta J Cohen, and Kathryn G Dewey. Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal obesity and factors associated with ineffective breastfeeding. *American Journal of Clinical Nutrition*, doi:10.3945/ajcn.2010.29192 Vol. 92, No. 3, 574-584, September 2010
113. Lucena S, et al. Guía de valoración de riesgos laborales en el embarazo y lactancia en trabajadoras del ámbito sanitario. [Internet]. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Instituto de Salud Carlos III; 2008. [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/Valoracion_riesgos_embarazo.pdf
114. Malde FJ, Aguilar MT, Puertas A. Manejo intraparto de las gestantes con cesárea anterior [Internet]. [Granada]: Hospital General Virgen de las Nieves; 2011 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2011_mmf_05_manejo_intraparto_cesarea_anterior.pdf
115. Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 1997.
116. Martin-Loeches M, Catalá E, Ortí RM, Mínguez J, Rius J. Principales factores de riesgo asociados a las gestantes adolescentes de la Comunidad Valenciana. *Clin Invest Gin Obst*. 2002;29(1):2-6.
117. Martínez-Frías ML, Grupo de trabajo del ECEMC. Adecuación de las dosis de ácido fólico en la prevención de los defectos congénitos. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(16):609-16.
118. Maternidad paternidad, riesgo durante el embarazo, riesgo durante la lactancia natural: prestaciones [Internet]. 5a ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/47202.pdf>
119. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4a ed. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 2009.
120. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Internet]. Madrid: El Ministerio; s.d[Consulta: 12 febr. 2012]. Viajes internacionales y salud; [aprox. 4 pantallas]. Disponible a: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/viajesInter/home.htm>

121. MJ, Gonzalez-Fernandez MC, Rodriguez A, Caballero FF, Machado A, Gonzalez-Romero S, Anarte MT, Soriguer F. Effect of iodine prophylaxis during pregnancy on neurocognitive development of children during the first two years of life. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(9):3234–3241
122. Moleti M, Di Bella B, Giorgianni G, Mancuso A, De Vivo A, Alibrandi A, Trimarchi F, Vermiglio F. Maternal thyroid function in different conditions of iodine nutrition in pregnant women exposed to mild-moderate iodine deficiency: an observational study. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2011;74(6):762-8.
123. Moreno N, Romano D, Brunel S. Guía sindical para la prevención de riesgos durante el embarazo y la lactancia [Internet]. [Madrid]: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.ccoo.org.es/comunes/temp/recursos/1/643250.pdf>
124. Morreale de Escobar G, Escobar del Rey F. Metabolismo de las hormonas tiroideas y del yodo en el embarazo: razones experimentales para mantener una ingesta adecuada de yodo en la gestación. *Prog Obstet Ginecol.* 2007;50(Supl.2):21-34.
125. Munoz FM, Bond NH, Maccato M, Pinell P, Hammill HA, Swamy GK, Walter EB, Jackson LA, Englund JA, Edwards MS, Healy CM, Petrie CR, Ferreira J, Goll JB, Baker CJ. Safety and immunogenicity of tetanus diphtheria and acellular pertussis (Tdap) immunization during pregnancy in mothers and infants: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2014 May 7;311(17):1760-9. doi: 10.1001/jama.2014.3633. PubMed PMID: 24794369; PubMed Central PMCID: PMC4333147
126. Mutilación genital femenina: prevención y atención [Internet]. Barcelona: Associació Catalana de Llevadores; 2004. [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.llevadores.cat/html/publicacions/docs/GuiaMutil.pdf>
127. National Collaborating Centre for Primary Care. Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies [Internet]. Londres (Reino Unido), 2006 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10988/30146/30146.pdf>
128. NICE clinical guideline 45: antenatal and postnatal mental health: The NICE guideline on clinical management and service guidance [Internet]. Londres (Reino Unido): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11004/30431/30431.pdf>
129. NICE clinical guideline 62: antenatal care - routine care for the healthy pregnant woman [Internet]. Londres (Reino Unido): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG62fullguideline.pdf>
130. NICE clinical guideline 63: Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from pre-conception to the postnatal period [Internet]. Londres (Reino Unido): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11946/41320/41320.pdf>

131. NICE clinical guideline 70: Induction of labour [Internet]. Londres (Reino Unido): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12012/41256/41256.pdf>
132. NICE public health guidance 11: improving the nutrition of pregnant and breastfeeding mothers and children in low-income households [Internet]. Londres (Reino Unido): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH011guidance.pdf>
133. Nicholson WK. Therapeutic management, delivery, and postpartum risk assessment and screening in gestational diabetes, structured abstract [Internet]. U.S.: AHRQ; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/gestdiabetes/gestdiab.pdf>
134. Olano E, Matilla B, Otero M, Veiga S, Sender L. Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar: traducción y adaptación del programa educativo del colegio americano de obstetricia y ginecología (acog.) respaldado por la Fundación Robert Wood Johnson [Internet]. [s.l.]: Sociedad Española de Especialistas en tabaquismo; [s.d.] [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.dentef.es/pdf/saludoral/guia_ayuda_a_embarazadas_para_dejar_de_fumar.pdf
135. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2009 [actualitzat 30 nov 2009; citat 2 maig 2011]. Nuevas recomendaciones sobre el VIH para mejorar la salud, reducir las infecciones y salvar vidas; [aprox. 1 p.]. Disponible a: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/world_aids_20091130/es/index.html
136. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Resumen ejecutivo. Quinta edición 2015. disponible en :http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205016/1/WHO_RHR_15.07_spa.pdf?ua=1 (fecha de consulta 28.11.2016)
137. Organiztación Panamericana de la Salut. La violencia doméstica durante el embarazo[En línia]. GenSalud, hojas informativas. Programa Mujer, Salud y Desarrollo.Organització Panamericana de la Salut. <<http://www.paho.org/spanish/DPM/GPP/GH/VAWPregnancysp.pdf>> [fecha de consulta: 19/12/16].
138. Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural [Internet]. Madrid: Ministerio de trabajo e inmigración: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Asociación Española de Pediatría; [s.d.] [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.tt.mtas.es/periodico/seguridadsocial/200810/orienta_valor_lactancia.pdf
139. Orientaciones para la valoración del riesgo laboral y la incapacidad temporal durante el embarazo [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de la Seguridad Social; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://sid.usal.es/idocs/F8/FD022134/riesgos_embarazo.pdf

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

152. http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/DocsZika/ProtocoloABRILactuaciON_embarazadas_Zika_8.04.2016.pdf
153. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2003 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Salut_maternoinfantil/docs/protpart.pdf
154. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. Madrid: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
155. Protocolo de atención al embarazo y puerperio 2007 [Internet]. [Santander]: Gobierno de Cantabria. Dirección General de Salud Pública; 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/protocoloAtencionEmbarazo.pdf>
156. Protocol de les activitats per al cribratge del càncer de coll uterí a l'atenció primària [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2006 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Recursos/Protocols_i_recomanacions/27_cancer/documents/Protocol_activitats_cribatge_%20cancercolluteri_atencioprimaria.pdf
157. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya [Internet]. 2a ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2005 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Salut_maternoinfantil/docs/protseguir2006.pdf
158. Protocolos asistenciales en obstetricia: control del bienestar fetal anteparto. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2009.
159. Protocolos asistenciales en obstetricia: consulta preconcepcional. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2010.
160. Protocolos asistenciales en obstetricia: control prenatal del embarazo. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2010.
161. Protocolos asistenciales en obstetricia: embarazo cronológicamente prolongado. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2010.
162. Protocolos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en obstetricia: parto vaginal tras cesárea. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2002.
163. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 1998 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHD_98.9_spa.pdf

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

175. Sánchez Ruiz-Cabello FJ. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante [Internet]. [Madrid]: Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria; 2009 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.aepap.org/previnfad/rec_muertesubita.htm
176. Sang Z, Wei W, Zhao N, et al. Thyroid Dysfunction during Late Gestation Is Associated with Excessive Iodine Intake in Pregnant Women. *Endocrinol Metab* 2012;97: E1363–E1369
177. Screening for asymptomatic bacteriuria in adults: U.S. preventive services task force reaffirmation recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2008;149:43–47.
178. Servicio de Pediatría del Hospital Marina Alta de Denia [Internet]. Valencia: el autor; 2011 [Consulta: 12 febr. 2012]. Lactancia materna, medicamentos, plantas, tóxicos y enfermedades: compatibilidad de la lactancia con medicamentos y otros productos. Disponible a: <http://www.e-lactancia.org/>
179. Smith GC, White IR. Predicting the risk for sudden infant death syndrome from obstetric characteristics: a retrospective cohort study of 505,011 live births. *Pediatrics*. 2006;117(1):60–6.
180. Sociedad Española de Diabetes y Embarazo. Diabetes mellitus y embarazo: guía asistencial [Internet]. 3a ed. Madrid: Fundación Lilly; 2005 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: http://www.sego.es/Content/pdf/guia_diabetes.pdf
181. Soriguer F, Gutierrez-Repiso C, Gonzalez-Romero S, Oliveira G, Garriga MJ, Velasco I, Santiago P, de Escobar GM, Garcia-Fuentes E; Iodine Deficiency Disorders Group of Spanish Society of Endocrinology and Nutrition. Iodine concentration in cow's milk and its relation with urinary iodine concentrations in the population. *Clin Nutr*. 2011;30:44–8.
182. Standards for Maternal and Neonatal Care. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 2007.
183. Thermal protection of the newborn: a practical guide. Ginebra (Suiza): World Health Organization; 1997.
184. Torre J, Coll C, Coloma M, Martín JI, Padrón E, González NL. Control de gestación en inmigrantes. *Anales del sistema sanitario de Navarra* [Internet]; 2006 [Consulta: 12 febr. 2012].;29:sup 1. Disponible a: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup1/suple5a.html>
185. Umamanita / El Parto es Nuestro. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal [Internet]. [s.l.]: Umamanita; 2008 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.umamanita.es/Contenidos/Profesionales/Guia%20Combined.pdf>
186. Vanderver GB, Engel A, Lamm S. Cigarette smoking and iodine as hypothyroxinemic stressors in U.S. women of childbearing age: a NHANES III analysis. *Thyroid*. 2007;17:741–746.

187. Valverde JM, Milán J, Girauta H, Uriarte B. Guia d'intervenció grupal per a l'abordatge del tabaquisme en atenció primària [Internet]. Palma: Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum; 2005 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST335ZI107040&id=107040>
188. Van Wouwe JP, Hirasing RA. Prevention of sudden unexpected infant death. *Lancet*. 2006;367(9507):277-8.
189. Velasco I, Carreira M, Santiago P, Muela JA, Garcia-Fuentes E, Sanchez-Munoz B, Garriga
190. Vila L, Velasco I, González S, Morales F, Sánchez E, Lailla JM, Martinez-Astorquiza T, Puig-Domingo M. Detección de la disfunción tiroidea en la población gestante: está justificado el cribado universal. *Endocrinología y nutrición*. 2012;59(9):547---560
191. Vila, L. Prevención y control de la deficiencia de yodo en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:371-377.
192. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo . La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]; 2008. [Consulta: 12 febr. 2012]; (2). Disponible a: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000934sp.pdf>
193. Vitamin/folic acid supplementation 2007: the use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies No. 201. *JOGC* [Internet]. 2007 [Consulta: 12 febr. 2012]. Disponible a: <http://www.sogc.org/media/pdf/advisories/JOGC-dec-07-FOLIC.pdf>
194. WHO Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. Ginebra (Suiza): World Health Organization, 2006.
195. Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Post-traumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*. 1997;11(6):587-97.
196. World Health Organization [Internet]. Ginebra (Suiza): WHO; [s.n.] [Consulta: 12 febr. 2012]. Child Growth Standards. Disponible a: <http://www.who.int/childgrowth/en/>



G CONSELLERIA
O SALUT
I
B
/