

Protocolo de Asistencia Prenatal Ambulatoria

J.L. López Pablo¹, J.L. Valle Martín², B. Ghalayini Siryani³,
A. Pereira Sánchez⁴

RESUMEN

Se expone el protocolo de asistencia prenatal al embarazo normal de la Maternidad del Hospital "Gómez Ulla", en el momento de su traslado al Hospital del Aire. Con ello se pretende dejar un pequeño recuerdo y el testimonio de lo que fue parte de su actividad asistencial.

PALABRAS CLAVE: consulta - examen - prenatal - protocolo

Med Mil (Esp) 1996;52 (4): 396-402

INTRODUCCIÓN

Exponemos el protocolo de asistencia obstétrica prenatal ambulatoria de nuestra Maternidad en el que figuran las exploraciones que, como mínimo, se debe realizar a cada embarazada.

La asistencia prenatal se inicia en el momento en que la paciente embarazada acude a la consulta de obstetricia o cuando, por circunstancias especiales, la paciente acude al Servicio de Urgencias, precisando o no ingreso hospitalario.

En cualquier caso, deben rellenarse (en un impreso adecuado) todos los apartados de la historia clínica. En el Hospital "Gomez Ulla", el modelo de historia clínica para la asistencia obstétrica está aprobado por la Comisión de Historias Clínicas, Morbilidad y Mortalidad como "documento 8-6: HISTORIA CLÍNICA OBSTÉTRICA".

En la historia clínica prenatal se deben incluir, además de los datos de filiación:

- Antecedentes familiares de la paciente y cónyuge.
- Antecedentes personales de la paciente y cónyuge.
- Antecedentes reproductivos de la paciente (y cónyuge).
- Historia menstrual.
- Condiciones socio demográficas.
- Exploración general, mamaria y obstétrico-ginecológica.
- Síntomas y signos asociados al embarazo actual.

A continuación, exponemos las actuaciones, exploraciones complementarias y procedimientos asistenciales que, como mínimo, se solicitan o prescriben a cada embarazada con un curso normal del embarazo. Empleamos el protocolo

lo específico de cada enfermedad obstétrica, tan pronto como se detecta en la embarazada la existencia de la misma, o de cualquier factor de riesgo de los citados más adelante.

PROTOCOLO DE ASISTENCIA PRENATAL AMBULATORIA (embarazo normal)

1. CLASIFICACIÓN DE LA EMBARAZADA POR EL RIESGO OBSTÉTRICO

La identificación de factores de riesgo mediante la historia clínica en cada una de las consultas prenatales, puede requerir una valoración adicional de la gestación, consulta con otros médicos especialistas, exploraciones complementarias específicas o, muy rara vez, la consulta con un centro de asistencia especializada.

La identificación del riesgo se debe realizar al comienzo del embarazo, durante la primera consulta, pero conviene actualizarse en cada consulta-visita, para detectar la aparición de un riesgo previamente inexistente, o la evolución a mayor gravedad de un riesgo previamente conocido.

Tomamos como referencia los factores de riesgo durante el embarazo propuestos por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) (18), que citamos en la Tabla 1.

A) Si se identifica algún factor de riesgo: Enviar a la paciente a la consulta de Patología del Embarazo. En caso de diabetes, hipertensión arterial, gestosis, gestación prolongada, etc., se actuará de acuerdo con el correspondiente protocolo específico.

B) Si no se detecta factor de riesgo, la frecuencia mínima de las visitas será la siguiente:

- Hasta la semana 34-36 una revisión mensual.
- Entre las semanas 35 y 39 visita quincenal.
- Desde la semana 38-39 revisión semanal.
- Desde la semana 40, 1-3 visitas a la semana.
- Desde la 41 semanas cumplidas de embarazo, inicio

del control intensivo del bienestar fetal y repetirlo como mínimo 2 veces por semana (protocolo de gestación prolongada).

¹ TCol. San. Med. Toco-Ginecólogo.

² Cte. San. Med. Toco-Ginecólogo.

³ Toco-Ginecólogo.

⁴ Tte. San. Med.

Servicio de Ginecología. Hospital Militar Central "Gómez Ulla".
(Dres. López, Valle y Ghalayini) y Servicio de Sanidad de la Dirección General de la Guardia Civil (Dr. Pereira). Madrid.

Dirección para la correspondencia: Dr. D. José Luis López Pablo.
Servicio de Ginecología. Hospital Militar Central "Gómez Ulla".
Glorieta del Ejército, s/n. 28047 Madrid.

Tabla 1.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	
Edad materna inferior o igual a 15 años o superior o igual a 32 años. Relación peso/talla (IMC o Índice de Masa Corporal en kg/m ²). Tabaquismo (más de 10 cigarrillos al día), alcoholismo y drogadicción. Nivel socioeconómico bajo. Riesgo laboral.	
ANTECEDENTES MÉDICOS	
Hipertensión arterial	Enfermedad respiratoria crónica.
Enfermedad cardíaca	Epilepsia y otras enfermedades neurológicas.
Enfermedad renal	Enfermedad hepática con insuficiencia.
Enfermedad hematológica	Enfermedad autoinmune con afectación sistémica.
Enfermedad psiquiátrica	Endocrinopatías: diabetes mellitus
Tromboembolismo	Patología médico-quirúrgica grave.
ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS	
Aborto de repetición	Esterilidad en tratamiento durante dos años.
Parto pretérmino	Antecedente de nacido con CIR.
Antecedente muerte perinatal	Hijo con lesión residual neurológica.
Malformación uterina	Antecedente de nacido con defecto congénito.
Incompetencia cervical	Antecedente de cirugía uterina, excepto legrado.
EMBARAZO ACTUAL	
Diabetes gestacional	Hipertensión inducida por el embarazo.
Anemia grave	Infección de transmisión perinatal.
Isoinmunización Rh	Defecto fetal congénito.
Embarazo múltiple	Estática fetal anormal > 0 = 36 semanas.
Polihidramnios	Oligohidramnios.
Hemorragia genital	Infección urinaria de repetición.
Amenaza parto pretérmino	Rotura prematura de membranas ovulares.
Embarazo postérmino	Crecimiento intrauterino retardado.
Tumoración uterina	Patología médico-quirúrgica grave.
Placenta previa asintomática (diagnóstico ecográfico > 0 = de 32 semanas).	

En cada visita, además de la anamnesis y exploración física general y obstétrica (peso y TA incluidos), se solicitarán las exploraciones complementarias necesarias (análisis, ecografía, etc.), sin repetirlas innecesariamente.

2. ANÁLISIS DE SANGRE Y ORINA. RASTREO DE DIABETES GESTACIONAL

ORINA

- Sistemático de orina (anormales y sedimento): Glucosuria, cetonuria, proteinuria y sedimento urinario. Otros.
- Urocultivo y antibiograma si procede (detección y vigilancia de la infección urinaria, incluidas las bacteriurias asintomáticas).

SANGRE

a) **H-6000 (FRVS) y DAX 96** (perfiles 1, 2, 3 y 4). Los parámetros que se estudian con el autoanalizador Dax 96 son: albúmina, proteínas totales, glucemia, BUN, creatinina, ácido úrico, colesterolina, triglicéridos, bilirrubina total, bilirrubina

directa, AST (GOT), ALT (GPT), GGT, LDH, fosfatasa alcalina, CPK, calcio, hierro, fósforo inorgánico, sodio, potasio. Los parámetros que se estudian en el autoanalizador H-6000 (FRVS) son: número total de leucocitos, hemáties y plaquetas, hematócrito, hemoglobina, volumen corpuscular medio, hemoglobina corpuscular media, volumen plaquetario medio, plaquetócrito, características celulares de los hemáties y recuento diferencial de los leucocitos, entre otros.

b) **Toxoplasmosis (Ig G e Ig M)**: repetir cada 2 meses, si la primera determinación de Ig G es negativa.

c) **Rubéola (Ig G e Ig M)**: repetir y vigilar, si la primera determinación revela ausencia de inmunidad.

d) **Serología luética: RPR o VDRL.**

e) **VIH** (anticuerpos frente al virus de la inmunodeficiencia humana): obtener el consentimiento de la paciente antes de solicitarlo.

f) **Grupo sanguíneo y factor Rh.** Test de Coombs indirecto.

g) **Repetir cada trimestre el test de Coombs indirecto, si la paciente es Rh negativa.** A todas las pacientes con factor Rh negativo (y no sensibilizadas) se les adminis-

trará gammaglobulina anti-Rh en la semana 28.

h) **Alfa-fetoproteína:** Semana 15-18 (8, 9, 20, 21, 28 y 29). (Comprobación ecográfica de la edad gestacional). Es anormal la presencia de valores dos veces superiores a la media. Eventualmente, determinación de la beta-HCG.

i) **Cariotipo materno y paterno, y estudio genético,** cuando proceda.

j) **Rastreo de diabetes:** para el estudio del metabolismo hidrocarbonado, seguimos los consejos de la Tercera Conferencia sobre Diabetes Gestacional celebrada en 1991 (14 y 15) y actuamos como se expone a continuación.

A todas las gestantes, excepto aquellas a las que previamente se les haya diagnosticado diabetes o intolerancia hidrocarbonada, incluidas las que no tienen factores de riesgo para la diabetes, les indicamos la realización de la prueba de O'Sullivan.

Prueba de O'Sullivan: Consiste en la determinación de la glucemia en plasma 60 minutos después de la administración de 50 gramos de glucosa por vía oral. No es preciso que la paciente esté en ayunas, ni otra preparación (alimentación especial) anterior y puede hacerse a cualquier hora del día.

1°. Si la gestante no tiene factores de riesgo para la diabetes gestacional, indicamos la prueba de O'Sullivan entre la semana 24 y 28:

— Si la cifra es inferior a 140 mg/dl (ó 78 mmol/l) puede considerarse como normal.

— Si la cifra es igual o superior a 140 mg/dl, realizar test oral de tolerancia a la glucosa.

2º. Si la gestante tiene factores de riesgo para la diabetes gestacional indicamos la realización de la prueba de O'Sullivan en la primera visita del embarazo:

— Si resulta negativa, se repetirá entre las semanas 24 y 28 y si resulta nuevamente negativa se volverá a repetir entre las semanas 30 y 34.

— Si resulta positiva, se debe hacer una prueba o test de tolerancia (oral) a la glucosa.

Prueba de tolerancia oral a la glucosa: en los tres días previos a la prueba, la gestante debe ingerir entre 150-300 g de hidratos de carbono y realizar una actividad física normal. La determinación de la glucemia se hará en plasma de sangre venosa, por la mañana, tras 8-14 horas de ayuno.

Si la primera glucemia es normal, se administrarán 100 g de glucosa (o hidrolizados de almidón de equivalente contenido en carbohidratos) por vía oral en un tiempo de 5 minutos.

Posteriormente, se realizarán 3 determinaciones de glucosa a intervalos de 1 hora. Durante la prueba la gestante permanecerá sentada y sin fumar, como exponemos en la Tabla 2.

El test intravenoso de tolerancia a la glucosa (test de Conard): se emplea en las embarazadas con intolerancia al test oral (por la aparición de vómitos) y en aquellos casos en los que la curva obtenida plantea dudas en su interpretación, especialmente en las que los valores a los 120 minutos superan a los obtenidos a los 60 minutos (curvas en campana).

k) **Antígenos y anticuerpos de la hepatitis A, B, C y Delta** (3.º trimestre).

l) **Estudio de coagulación** (3.º trimestre; 34-36 sem.): Tiempo de hemorragia; Tiempo de Protrombina; T.T.P.A.; Tiempo de trombina; Fibrinógeno; Plaquetas.

m) **Otros estudios de laboratorio** cuando proceda (según protocolos específicos de las enfermedades correspondientes). Antiguamente, solicitábamos serología de citomegalovirus, herpes (estudio TORCH) y, eventualmente, estudio de listeriosis (sólo en caso de feto muerto, ya que es una enfermedad muy poco frecuente en nuestro medio).

Intentar que se coordinen todos los Servicios de Laboratorio implicados en los estudios citados anteriormente, para conseguir, con una sola extracción, todas las determinaciones.

Siguiendo los consejos de la SEGO (18), recomendamos un mínimo de 3 estudios analíticos en la asistencia prenatal al embarazo normal (sin factores de riesgo), que traducido a las determinaciones que efectuamos en nuestro hospital, se podrían resumir así:

1.º Trimestre: A) Orina; y B) Sangre: a), b), c), d), e), f), h), i)?, m)? de los ya citados.

2.º Trimestre: A) Orina; y B) Sangre: a), g), j), b)?, c)?.

3.º Trimestre: A) Orina; y B) Sangre: a), g), k), l), b)?, c)? sirve de estudio preoperatorio.

3. CITOLOGÍA CÉRVICO-VAGINAL. COLPOSCOPIA

Durante el 1.º trimestre o comienzo del 2.º trimestre (si no existe una normal en el semestre anterior). Usualmente en la 1.ª o mejor en la 2.ª visita.

Tabla 2. Test de tolerancia oral a la glucosa.

Los límites superiores de la prueba son los siguientes:

	Plasma	Sangre
Basal	105 mg/dl (5,8 mmol/l)	90 mg/dl
1.ª hora	190 mg/dl (10,6 mmol/l)	165 mg/dl
2.ª hora	165 mg/dl (9,1 mmol/l)	145 mg/dl
3.ª hora	145 mg/dl (8,1 mmol/l)	125 mg/dl

Si dos (2) resultados son anormales (valores iguales o superiores), se hará el diagnóstico de diabetes mellitus gestacional.

4. CULTIVO DE EXUDADO VAGINAL Y ENDOCERVICAL (Estudio microbiológico)

— Se realiza durante el 1.º o 2.º trimestre coincidiendo con la citología cérvico-vaginal.

— Especialmente obligado en el 3.º trimestre. Se realiza en la 37 semana junto con otras exploraciones (como mínimo investigar estreptococo beta-hemolítico y clamidia).

5. ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

Siguiendo los consejos de la SEGO (18), en el embarazo normal se realizarán tres ecografías (nivel II-III). Una por cada trimestre. Preferentemente, en las semanas 8-12, 18-20 y 34-36.

6. ECOCARDIOGRAFÍA FETAL

La realizamos sistemáticamente entre las semanas 27 y 33, ante la posibilidad de malformación fetal o patología del embarazo.

7. AMNIOCENTESIS GENÉTICA (O PRECOZ). BIOPSIA DE CORION

Cuando exista indicación (17, 20).

8. DETERMINACIONES HORMONALES. MONITORIZACIÓN HORMONAL Y EVALUACIÓN BIOQUÍMICA DE LA FUNCIÓN PLACENTARIA

— **Determinación de beta-HCG en orina** de 24 horas (amenaza de aborto, mola, ectópico). La determinación en sangre (RIA), tiene las mismas indicaciones que las citadas para la HCG en orina. Se puede completar con una **determinación de estrógenos, progesterona, PRL, testosterona, FSH, LH**, y, eventualmente, **hormonas tiroideas (TSH, T4, T3)**.

— **Determinación de estriol (sangre y orina) y HPL (lactógeno placentario)**, cuando proceda (gestación prolongada, insuficiencia placentaria). Este estudio está hoy casi abandonado y sustituido por la monitorización biofísica (TNS; prueba de Pose) y velocimetría Doppler de la circulación fetomaterna.

— **Cordocentesis (funiculocentesis):** gasometría fetal, durante el embarazo (4, 35). Tiene de momento más interés teórico que práctico.

— **Otros estudios bioquímicos del feto o de la madre.**

La valoración, control y seguimiento de estas pruebas se hará en la consulta de Obstetricia y, en su ausencia, por el Médico de Guardia de la Maternidad.

9. VIGILANCIA MATERNA DIARIA Y MONITORIZACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS FETALES. ESTUDIO DE LA CINÉTICA FETAL

Uno de los medios de evaluación del estado fetal en el embarazo (7, 9, 19, 35), es la monitorización de los movimientos fetales o estudio de la cinética fetal. El registro de los movimientos fetales constituye un índice de bienestar fetal.

Los procedimientos (9) más útiles para conseguir este registro, en la práctica son:

— **Autorregistro materno:** vigilancia materna diaria de los movimientos fetales (19). Índice diario de movimientos fetales (9).

— **Registro mediante cardiotocografía:** en el momento en que se realiza el registro cardiotocográfico basal (TNS), su estudio va asociado al estudio del registro cardiotocográfico.

Para Carrera, es aconsejable que la gestante haga el "índice diario de movimientos fetales" a partir de la 37 semana (9).

Vigilancia materna diaria de los movimientos fetales: El procedimiento de autorregistro materno de los movimientos fetales como dice Fabre (19), debe ser simple para asegurar la colaboración materna:

El método más simple es el "índice 10": Se indica a la paciente que adopte el decúbito lateral izquierdo y que preste atención a los movimientos del feto. A continuación, se registra el tiempo requerido para percibir los 10 primeros movimientos del feto:

— La mayoría de las pacientes percibe los 10 movimientos en un plazo de 15-30 minutos.

— Si transcurren más de 2 horas sin percibir 10 movimientos fetales, a la paciente se le deberá realizar una valoración adicional del estado fetal (TNS, cardiotocografía con estímulo, etc.).

La tasa de falsos positivos (buen estado fetal a pesar de la disminución de la percepción subjetiva materna de los movimientos fetales) es grande porque puede existir una percepción materna incorrecta y son frecuentes los períodos prolongados de reposo fetal.

10. MONITORIZACIÓN BIOFÍSICA. PERFIL BIOFÍSICO FETAL. VELOCIMETRÍA DOPPLER DE LA CIRCULACIÓN FETO-MATERNA

Según Usandizaga, Fabre y Carrera-Dexeus (7, 9, 19, 35), los medios de vigilancia o evaluación del estado fetal en el embarazo, comprenden:

— Evaluación bioquímica de la función placentaria: estriol; HPL.

— La monitorización de los movimientos fetales.

— Estudio del flujo placentario: doppler.

— Cordocentesis (funiculocentesis): gasometría fetal.

— Amnioscopia.

Que han sido estudiados anteriormente en otros apartados de nuestro Protocolo de Asistencia Prenatal. Además, incluimos los que exponemos a continuación y que estudiamos dentro de este extenso capítulo de monitorización biofísica y perfil biofísico:

— Registro de FCF (frecuencia cardíaca fetal):

• Prueba no estresante (sin estimulación o con estimulación del feto y, esta última, manualmente o por procedimientos vibro-acústicos).

• Prueba con estrés por contracciones uterinas:

a) Prueba de la estimulación del pezón (masaje).

b) Prueba de la oxitocina (Prueba de Pose).

— Evaluación ecográfica del líquido amniótico.

— Evaluación ecográfica de la actividad respiratoria fetal.

— Perfil biofísico del feto.

NOSOTROS realizamos la vigilancia del estado fetal anteparto de la siguiente forma:

a) **Velocimetría Doppler de la circulación feto-materna sobre la semana 31-32**, generalmente coincidiendo con la realización de la ecocardiografía fetal. Si es normal, aconsejamos repetirla en el momento de realización de la ecografía del 3.^{er} trimestre.

b) **A partir de la semana 37, vigilancia materna diaria de los movimientos fetales.** Si resulta positivo o dudoso → realizar c).

c) **Test basal no estresante (TNS).** En el embarazo normal aconsejamos hacer test basal no estresante (TNS) en la semana 36-38 y, si es normal, repetirlo en la semana 38-39. Además, se debe hacer monitorización biofísica semanal a partir de la semana 39-40. Desde el comienzo de la semana 42 (41 semanas cumplidas de embarazo), inicio del control intensivo del bienestar fetal y repetirlo como mínimo 2 veces por semana (aplicación del protocolo de gestación prolongada).

Si con el estudio del TNS resulta un patrón no reactivo, dudoso o insatisfactorio → realizar el test basal con:

— Prolongación de la prueba hasta 90 minutos.

— Estimulación manual del feto.

Si continúa siendo no reactivo dudoso o insatisfactorio → realizar d), e), f), g) y h).

d) **Métodos de sobrecarga o estresantes. Monitorización cardiotocográfica con estímulo:**

— Estímulo vibroacústico (no lo realizamos).

— Prueba de la estimulación manual del pezón (masaje).

— Prueba de la oxitocina (prueba de Pose).

e) **Evaluación ecográfica del líquido amniótico e imagen placentaria. Perfil biofísico fetal.**

f) **Velocimetría Doppler de la circulación feto-materna.** Si la monitorización fetal anteriormente citada no aporta resultados concluyentes.

g) **Amnioscopia** a días alternos a partir de la semana 41 ó antes de esa edad si fuera preciso.

h) **Eventualmente, evaluación bioquímica de la función placentaria:** estriol; HPL.

La valoración, control y seguimiento de estas pruebas se hará en la consulta de Obstetricia y, en su ausencia, por el Médico de Guardia de la Maternidad.

11. VELOCIMETRÍA DOPPLER DE LA CIRCULACIÓN FETO-MATERNA

El estudio Doppler (28) tiene una notable capacidad predictiva para detectar los fetos que presentarán patología, desde estadíos iniciales del embarazo (a veces con 16 semanas) y con gran precisión. Además, permite seleccionar a aquel grupo de pacientes (susceptibles de insuficiencia placentaria) que deben ser sometidas a un control más intensivo.

También aporta información valiosa en situaciones más agudas (cardiotocografía patológica, visualización de líquido amniótico meconial, hipertermia, agravamientos de patologías crónicas, etc.), ya que es capaz de proporcionar importantes datos, referidos a la situación actual del feto (y, por lo tanto, no relativos a su aspecto predictivo).

Coincidiendo con el estudio Doppler de la circulación feto-materna en el embarazo normal (entre la semana 31-32), realizamos la ecocardiografía fetal. Si es normal, aconsejamos repetirla en el momento de realización de la ecografía obstétrica del 3.^{er} trimestre (9).

12. AMNIOSCOPIA

En la 39-40-41 semanas. Optativa.

La amnioscopia se debe hacer después de la semana 37 y sólo cuando el feto está en situación longitudinal.

Está contraindicada en las pacientes con metrorragia del tercer trimestre (placenta previa).

13. ESTUDIO CARDIOPULMONAR, PREOPERATORIO Y PREANESTÉSICO EN TODAS LAS PACIENTES EMBARAZADAS

Análisis, iones y coagulación, si no tuviera todavía estos estudios.

Informe de Cardiología (ECG), de Neumología (optativo) y de Anestesia.

Prescindir de la radiografía de tórax, salvo en casos de justificada necesidad (y, en esos casos, con la adecuada protección).

14. PELVIMETRÍA EXTERNA (?). PELVIMETRÍA INTERNA

Si no se hubiera hecho anteriormente se realizará durante el 3.^{er} trimestre, coincidiendo con la valoración del cervix y la realización del cultivo vaginal.

Prescindimos de la radiopelvimetría y, en general, de la radiología en el embarazo.

15. RADIOLOGÍA EN OBSTETRICIA. RADIOPELVIMETRÍA

Prescindimos de ella, incluso de la radiografía de tórax, salvo en situaciones muy justificadas y, siempre, con la adecuada protección.

16. OTRAS PRUEBAS

Punción del fondo de saco de Douglas, estudio del pH vaginal (de la cristalización del líquido vaginal y de la presencia de escamas fetales en vagina), estudio del fondo de ojo, exploración de la función renal, exploración de la función cardiovascular, punción de la médula ósea, informe de medicina interna o de otro especialista, etc., que se practicarán cuando convenga.

17. ADMINISTRACIÓN DE HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO

Administración de ácido fólico (desde antes del comienzo del embarazo) y hierro durante todo el embarazo. Además (opcional), un preparado polivitamínico a dosis no elevadas, durante todo el embarazo (especialmente 3.^{er} trimestre) y calcio en el último trimestre.

18. VACUNACIÓN ANTITETÁNICA

Se recomendó, por el Ministerio de Sanidad, para prevenir el tétanos neonatal (27).

19. ADMINISTRACIÓN DE GAMMAGLOBULINA ANTI-Rh EN GESTANTES CON FACTOR Rh NEGATIVO

A todas las pacientes embarazadas cuyo factor Rh sea negativo (y con marido Rh positivo), se les administrará en la 28 semana, 300 microgramos gammaglobulina anti-Rh.

20. ADMINISTRACIÓN DE ANTISÉPTICO VAGINAL

Administración de un antiséptico vaginal en la semana 37-38, sobre todo si en el cultivo vaginal se aísla algún germen patógeno. En este caso, se debe seleccionar el tratamiento específico adecuado y compatible con el estado gestacional.

21. EDUCACIÓN MATERNA

Enviar a la Sección de Psicología en el 2.^o trimestre.

22. BAJA MATERNAL. BAJA POR INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA (ILT)

La baja maternal, actualmente, está establecida en 16 semanas (18 si es gemelar), de las cuales 6 son obligatorias después del parto, pudiéndose iniciar a partir de la 30 semana de gestación, si procede, o si la paciente la solicita (ver legislación española) e incorporándose al trabajo tras las 6 semanas posteriores al parto.

Las bajas por ILT deberán ser vigiladas, si es posible, por el médico de cabecera. Se recomienda mantener contactos periódicos para evitar descoordinación al respecto.

23. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN GENERAL PARA LA EMBARAZADA

Entregar en la primera visita. En ella se incluyen normas generales sobre la alimentación, alcohol, tabaco y drogas, medicamentos y radiaciones, trabajo, deportes, viajes, relaciones sexuales, etc., durante el embarazo.

En ausencia de otro documento mejor, puede ser válido el Anexo n.º 1 del Protocolo Asistencial de Obstetricia n.º 2: Asistencia Prenatal al Embarazo Normal (18).

Estas acciones informativas se deben actualizar en cada visita o consulta.

CONTROL PRENATAL DE LOS EMBARAZOS DE (ALTO) RIESGO

El estudio de los factores de riesgo en las embarazadas que acuden a la consulta prenatal se hace en la 1.ª consulta y, posteriormente, en todas las consultas tanto programadas como de urgencia, entrando en la categoría o clasificación de embarazo de alto riesgo, en el momento en que se observe la aparición (inesperada incluso) de algún factor de riesgo tanto durante el embarazo como durante el parto (parto de alto riesgo).

Los embarazos de (alto) riesgo son detectados a través del "test de riesgo prenatal" o en el estudio del cuadro de "factores de riesgo durante el embarazo", teniendo su protocolo específico, según la enfermedad que lo condiciona e iniciándose su asistencia en la consulta prenatal (19), tras la realización de la historia clínica completa.

PROTOCOLO DE ASISTENCIA AMBULATORIA DESPUÉS DEL PARTO, CESÁREA Y ABORTO

Cuando la paciente vuelve a la consulta puerperal (ver Historia Clínica Obstétrica), conviene revisar y repasar la historia clínica prenatal, el parto y el puerperio inmediato y clínico, rellenando todos los apartados que por cualquier circunstancia, no estuvieran anotados.

Preguntar si se ha administrado, como se le aconsejó en el momento del alta hospitalaria, las vitaminas, hierro, ácido fólico y calcio, si ha seguido las orientaciones dietéticas y, en general, todas las recomendaciones que se le dieron en el momento del alta hospitalaria. Se preguntará por el RN, su alimentación (¿lactancia materna?) y evolución.

Además de la anamnesis, exploración física general, mamaria y ginecológica (incluidos peso, presión arterial y presencia de edemas), hay que estudiar y comprobar el resultado de los análisis que lleva la paciente y, eventualmente, el informe anatomopatológico.

Estos análisis se solicitaron en el momento del alta hospitalaria, para su realización en el puerperio tardío y para su presentación y estudio en la consulta puerperal. De no presentar la paciente el citado estudio analítico, se solicitará uno para comprobar la normalización de todos los parámetros. Es un análisis general de sangre y orina. El estudio del resultado de este análisis se puede encomendar al médico de cabecera.

También se estudiará el informe anatomopatológico (restos abortivos, embarazo ectópico, mola, placenta) o de necropsia (feto muerto) que, eventualmente, pudiera existir.

Se pondrá especial atención en lo referente a la comprobación de la isoimmunización Rh (pacientes con factor Rh negativo) y la posible sensibilización, citándola de nuevo a la consulta a los seis meses del parto o aborto con un estudio analítico (test de Coombs indirecto), para la comprobación de la eficacia de los procedimientos preventivos aplicados.

En este momento, se revisará el aspecto medicolegal de la baja maternal.

Si todo está normal podemos decir que se trata, nuevamente, de una paciente ginecológica, y en este momento conviene tener en cuenta dos aspectos que pueden interesar a la paciente:

— Planificación familiar. Procedimiento anticonceptivo (¿administración de anovulorios?).

— Programar la nueva citación en la consulta ginecológica para la realización de una citología cervicovaginal y colposcopia después de la primera menstruación (final del puerperio tardío), si no se le ha realizado una revisión ginecológica durante el año anterior.

Después de la cesárea, la revisión puerperal es similar a la del parto normal teniendo en cuenta la situación de las heridas (cicatrices), que la recuperación va a ser más lenta y que la baja laboral quizá tenga que ser más prolongada necesitándose entre 45 y 60 días para su completa recuperación. Se considera muy conveniente la ausencia de gestación en los 2 siguientes años, en atención al reposo que debe tener la cicatriz uterina, para soportar las modificaciones y consecuencias de un nuevo embarazo y parto.

Todo lo relacionado con la **asistencia clínica del aborto**, incluida la revisión postaborto o postlegado, así como las bajas de incapacidad laboral transitoria, se centralizará en la consulta de Obstetricia.

Conviene recordar que, también después del aborto, se producen sensibilizaciones Rh, si no se toman las oportunas medidas preventivas en este sentido.

Se estima que 10-15 días es el tiempo medio suficiente de recuperación física de un proceso de aborto.

Lógicamente, se excluyen los casos especiales, como mola o embarazo ectópico u otros (infección, hemorragia abundante, anemia...), que serán valorados individualmente.

Para la mola y ectópico se actuará:

— En el embarazo molar, según su evolución.

— En el embarazo ectópico, según su recuperación (40-60 días de baja laboral, 50 de media).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bajo Arenas JM, et al. Los ultrasonidos en el manejo de la enfermedad trofoblástica. En: Bajo Arenas JM y Olaizola Llodio II (eds): *Ecografía Ginecológica*. Madrid: Editorial Garsi SA, 1987; 59-67.
2. Beckman C, et al. Anamnesis y Examen Físico; en: Saver D, Phelan S, Beckman C, Ling F (Eds): *Manual Clínico de Obstetricia*, 1ª ed. México DF: Nueva Editorial Interamericana S.A., 1995; 3-17. Traducido de la 2ª ed. de *Clinical Manual of Obstetrics*, 1993.
3. Baker S. Valoración Fetal Prenatal; en: Saver D, Phelan S, Beckman C, Ling F (Eds): *Manual Clínico de Obstetricia*; 1ª ed. México DF: Nueva Editorial Interamericana S.A., 1995; 339-363. Traducido de la 2ª ed. de *Clinical Manual of Obstetrics*, 1993.

4. Botella Llusí J, Clavero Nuñez JA. Tratado de Ginecología, 14ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A., 1993; 184 y 196.
5. Brar H, Platt L, de Vore G. Evaluación de la salud fetal: el perfil biofísico; en: Callen P (Ed.): Ecografía en obstetricia y ginecología, 2º ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A., 1991; 343-355. Traducción de Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology, 1988.
6. Callen P. El examen obstétrico ecográfico; en: Callen P. (Ed.): Ecografía en obstetricia y ginecología, 2º ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.; Buenos Aires (Argentina), 1991; 15-23. Traducción de Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology, 1988.
7. Carrera JM. Monitorización Biofísica Prenatal; en: Dexeus S. (Ed.): Tratado de Obstetricia Dexeus, tomo I, Fisiología Obstétrica. Barcelona: Salvat Editores S.A., 1982; 270-292.
8. Carrera MACIA, JM.; MALLAFRE DOLS, J.: Protocolo nº 5, Diagnóstico Prenatal de los Defectos congénitos I: Técnicas no invasivas; en: Protocolos Asistenciales en Obstetricia, tomo I: Obstetricia; Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. págs 1-5.
9. Carrera MACIA, JM. y cols: Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Dexeus, 2ª ed., págs 21-85 y 137. Salvat Editores S.A.; Barcelona, 1988.
10. Carrera, JM; ALEGRE, M.; TORRENTS, M.: La ultrasonografía en el diagnóstico prenatal, en: Carrera, JM (Eds): Diagnóstico prenatal, págs 235-271. Salvat Editores S.A.; Barcelona, 1987.
11. Carrera, JM; MORTERA, C.; ALEGRE, M.; TORRENTS, M.: Efecto Doppler, en: Carrera, JM (Eds): Diagnóstico prenatal, págs 285-305. Salvat Editores S.A.; Barcelona, 1987.
12. Carrera, JM y otros: Perfil biofísico progresivo, en: Carrera, JM (eds): Doppler en Obstetricia. Hemodinamia Perinatal, págs 369-379. Ediciones Científicas y Técnicas S.A.; Barcelona, 1992.
13. Danan C, Amselem S, Dasieu G. Physiopathological approach and antenatal diagnosis of diabetes mellitus insulin resistant: a propos of a case with leprechaunism. Arch Pediatr 1994;1(3):268-72.
14. De La Fuente Pérez P, Hernández García JM. Protocolos. Embarazo. Madrid: Internacional de Ediciones y Publicaciones S.A., 1995; 48-58.
15. Del Sol JR+, González Gómez F, González Merlo J. Diabetes y Gestación; en: González Merlo J, Del Sol JR+ (Eds): Obstetricia, 4ª ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas S.A., 1992; 379.
16. Depp R. Evaluación clínica del estado fetal; en: Scott J, Disaia PH, Hammond CH, Spellacy W (Eds): Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. México DF: Nueva Editorial Interamericana SA, 1994; 339-346. Traducida de Danforth's Obstetrics and Gynecology, 1990.
17. Díaz-Recasens J, Palacios S. Amniocentesis: Aspectos clínicos; en: Carrera, JM (Ed.): Diagnóstico prenatal. Barcelona: Salvat Editores S.A., 1987; 177-186.
18. Fabre González E y Grupo de Consenso de la Sección de Medicina Perinatal de la S.E.G.O.: Protocolo nº 2: Asistencia Prenatal al Embarazo Normal; en: Protocolos Asistenciales en Obstetricia, tomo I: Obstetricia. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 1994; 1-7.
19. Fabre E, González de Agüero R, De Agustín JL. Embarazo de alto riesgo. mortalidad perinatal en: González Merlo J, Del Sol JR+ (Eds): Obstetricia, 4ª ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas S.A., 1992; 619-641.
20. Fortunny Estivill A. Protocolo nº 6: Diagnóstico Prenatal de los Defectos congénitos II: Técnicas invasivas; en: Protocolos Asistenciales en Obstetricia, tomo I: Obstetricia. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 1994; 1-5.
21. Fortuny A. Prevención y diagnóstico prenatal de las malformaciones congénitas; en: González Merlo J, Del Sol JR+ (eds): Obstetricia, 4ª ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas S.A., 1992; 736.
22. Guerra Flecha JM, Lizarraga Bonelli S. Navarro Soler A. Protocolo nº 4: Puerperio Normal y Patológico; en: Protocolos Asistenciales en Obstetricia, tomo I, Obstetricia. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 1994; 1-4.
23. Hay PE, Morgan DJ, Ison CA. A longitudinal study of bacterial vaginosis during pregnancy. Br J Obstet Gynaecol 1994;101(12):1048-53.
24. Kochenour N. Cuidados prenatales y embarazo normal, en: Scott J, Disaia PH, Hammond CH, Spellacy W (Eds): Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. México DF: Nueva Editorial Interamericana S.A., 1994; 140-162.
25. Loft AG. Immunochemical determination of amniotic fluid acetylcholinesterase in the antenatal diagnosis of open neural tube defects. Dan Med Bull 1995;42(1):54-60.
26. Martínez de la Riva A, Cabero LL. Asistencia Prenatal en el embarazo normal; en: Vanrell JA, Iglesias X, Cabero LL (Eds): Manual de Obstetricia y Ginecología para Pregraduados. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas S.A., 1994; 65-78.
27. Pérez Trallero E. Vacuna antitetánica. Actualizaciones Médicas. Nº 31. Barcelona: Editorial Glosa, 1996; 1-7.
28. Rivas J, Sánchez-Ramos J, Vanrell JA. Exploración de la embarazada. Métodos de diagnóstico, en: González Merlo J, Del Sol JR+ (Eds): Obstetricia, 4ª ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas S.A., 1992; 166-196.
29. Rivas J. Sistemática de cuidados antenatales; en: González Merlo J, Del Sol JR+ (Eds): Obstetricia, 4ª ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas S.A., 1992; 199.
30. Roca Martínez FJ. Ecografía Clínica del Abdomen, 2ª ed. Barcelona: Editorial JIMS S.A., 1989; 3-42; 140 y 299.
31. Rushworth RL, Bell SM, Rob MI, Taylor PT. Diagnostic testing during pregnancy: a descriptive analysis of utilisation data. Aust J Public Health 1994;18(4):401-6.
32. Saari-Kemppainen A. Use of antenatal care services in a controlled ultrasound screening trial. Acta Obstet Gynecol Scand 1995;74(1):12-4.
33. Skupsky DW, Chervenak FA, MacCullough LH. Is routine ultrasound screening for all patients?. Clin Perinatol 1994;21(4):707-22.
34. Smith R. Cuidados de la Paciente; en: Saver D, Phelan S, Beckman C, Ling F (Eds): Manual Clínico de Obstetricia, 1ª ed. México DF: Nueva Editorial Interamericana S.A., 1995; 18-32. Traducido de la 2ª ed. de Clinical Manual of Obstetrics, 1993.
35. Usandizaga R, De Santiago J, Magdaleno F, Usandizaga JA. Valoración crítica de los medios de evaluación del estado fetal en el embarazo. Con especial referencia a la cardiotocografía no estresante. Actualidad Obstétrica Ginecológica 1992;4 (6):382-396.
36. Vidart Aragón JA, Jimeno García JM. Pregrado Obstetricia y Ginecología 5ª ed., Tomo I. Madrid: Luzan S. S.A. de Ediciones, 1988; 183-191.