

# Seguimiento del embarazo de bajo riesgo en atención primaria

Ubeira Bao, Beatriz; González Lema, Iria; Terceiro López, Diego

Centro de salud Concepción Arenal. Santiago de Compostela

Cad Aten Primaria  
Ano 2013  
Volume 19  
Páx. 173-180

## RESUMEN

El objetivo de esta revisión es promocionar el seguimiento del embarazo de bajo riesgo en Atención Primaria, actividad para la cual estamos formados y que no es necesariamente menester de la medicina especializada. El seguimiento de embarazos de bajo riesgo supone básicamente la realización de actividades de prevención y promoción de la salud.

Por otra parte, debemos tener en cuenta que de realizar el seguimiento del embarazo en su médico de familia, lograríamos un ambiente de bienestar y confianza que ayudaría a la gestante a disfrutar de esta etapa vital, que aunque en muchos casos se quiera "patogenizar", no se trata de una enfermedad, sino de fisiología en estado puro. Nosotros, médicos de Familia, no queremos prescindir de ésta, una de las actividades más emotivas y gratificantes de nuestra labor como médicos. Sin embargo se han perdido competencias y el papel de los MF en el embarazo varía mucho entre las diferentes Comunidades Autónomas. Intentemos recuperar el terreno perdido.

**Diseño:** Revisión sistemática.

**Fuentes de datos:** Bibliosaúde, Mergullador, SERGAS (Guía Técnica do proceso de atención ó embarazo normal), Fistera.

**Palabras clave:** embarazo de bajo riesgo, Atención Primaria, Prevención.

### Correspondencia

Beatriz Ubeira Bao  
García Prieto 7, 15706, 1ºD, Santiago de Compostela  
beatriz.ubeira@live.com

## ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

El médico de familia, por su accesibilidad, cercanía y conocimiento de la historia clínica de las mujeres, es el profesional sanitario que más fácilmente puede realizar esta asistencia.

Las principales cuestiones que se deben abordar son las siguientes:

- Consejo sobre los beneficios del embarazo planificado y la importancia de la visita prenatal temprana.
- Consejo genético a la pareja (antecedentes familiares de enfermedad genética, consanguinidad, abortos, cromosopatías, esterilidad no filiada).
- Evaluación de los riesgos de la gestación.
- Detección y prevención de infecciones de transmisión materno-fetal.
- Promoción de estilos de vida y hábitos saludables a la mujer y pareja.
- Profilaxis con ácido fólico y yodo.

Existen una serie de patologías que se pueden beneficiar de una adecuada atención preconcepcional (TABLA 1).

TABLA 1: Patologías que se pueden beneficiar de la atención preconcepcional

ENFERMEDAD CRÓNICA	ACCIONES
<b>DIABETES MELLITUS</b>	-HbA1c <6.5 durante 6 meses antes de la concepción. -Ajuste de medicación (hipoglucemiantes orales contraindicados).
<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b>	-Estilo de vida saludable. -Fármacos de elección: alfa-metildopa ó beta bloqueantes (atenolol, labetalol).La seguridad para el feto durante el 1º y 2º trimestre solamente está demostrada con alfa-metildopa. -Como 2ª opción: hidralazina ó nifedipino.

<b>ENFERMEDAD DEPRESIVA</b>	-Intentar psicoterapia durante 1º trimestre. -Fármacos: tricíclicos ó ISRS.
<b>CONECTIVOPATÍAS</b>	-Estabilizar la patología con la mínima dosis.
<b>ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA</b>	-Estabilizar la patología con la mínima dosis.
<b>ASMA</b>	-Fármacos vía inhalatoria (beclometasona).
<b>ENFERMEDAD TIROIDEA</b>	-Aumentan las necesidades. -En hipotiroidismo aumentaremos la dosis de levotiroxina. -En hipertiroidismo de elección el propiltiouracilo/carbimazol.
<b>EPILEPSIA</b>	-Valorar beneficio-riesgo de los fármacos que atraviesan la barrera placentaria. -Administrar 4 mgr. /día de ácido fólico.

## DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO

Mujer en edad fértil bien reglada con amenorrea de más de 10 días acompañada o no de síntomas de embarazo.

- **Realizar la anamnesis:** fecha de la última regla normal (FURN), edad, síntomas de embarazo.
- Solicitar pruebas complementarias:
- **Test de embarazo.** Es posible detectar la fracción betaHCG a los 8-9 días tras la ovulación, con pico máximo a los 60-70 días.

En el caso de test **positivo** se iniciaría la **interrupción voluntaria del embarazo** según circunstancias concretas de la gestante (evitar un grave peligro para la salud física o psíquica de la embarazada /violación, siempre que el aborto se realice dentro de las primeras **12** semanas de la gestación y que el mencionado hecho fuese denunciado/sospecha de que el feto nacerá con graves taras físicas o psíquicas siempre que el aborto se realice dentro de las **22** primeras semanas de gestación).

En caso de test negativo, se debe **repetir al cabo de una semana**. Si persiste negativo, investigar otras causas de amenorrea.

### 1ª VISITA DE CONTROL DE EMBARAZO (≤10-12 semanas)

- Cálculo de la fecha probable de parto (**FPP**) usando la fórmula de Naegele: 7 + FUR y se resta 3 a los meses de la FUR, o con disco obstétrico.
- **Anamnesis completa:**  
**Hábitos** (tabaco, alcohol, drogas, ejercicio físico, conductas sexuales, hábitos alimentarios, dietas...).

**Factores socio-ambientales:** trabajo, animales, nivel socioeconómico, estudios, inmigración.

**Enfermedades:** hereditarias (hemofilia, distrofia muscular, S. Down...), rubéola, varicela, hipertensión, diabetes, epilepsia, cardiopatías, asma, enfermedad inflamatoria intestinal, trastornos psiquiátricos, fenilcetonuria, enfermedades autoinmunes, enfermedades renales, enfermedad tromboembólica, etc.).

Alergias, transfusiones, cirugías, inmunizaciones.

**Antecedentes gineco-obstétricos:** menarquia y fórmula, embarazos previos (patologías que padeciese, finalización, peso de los recién nacidos), valoración de la aceptación del embarazo, síntomas secundarios al embarazo (náuseas, vómitos, cansancio, acidez, molestias hipogástricas).

#### - Realizar exploración física

Peso, IMC, presión arterial, exploración pélvica (especuloscopia y tacto combinado).

#### - Valorar realización de cribado de cáncer de cérvix:

- **Historia previa de citologías** negativas, posponer la toma, **excepto que lleve más de tres años sin** citología.
- **Resultado anómalo de una citología** previa en la que se indica repetición de la prueba, el nuevo test debe realizarse en el **segundo trimestre** del embarazo. En estos casos, el seguimiento no debe atrasarse.
- Las guías Europeas **recomiendan que la citología rutinaria en mujer embarazada, puede posponerse hasta después del parto.**

#### - Solicitar pruebas analíticas:

Glucemia basal si no tiene una reciente. **Test de O'Sullivan** (glucemia plasmática una hora después de la administración de 50 gr de glucosa por vía oral, a cualquier hora del día e independientemente de la ingesta o no de alimentos previamente) **en caso de presencia de factores de riesgo:** IMC ≥ 30, glucosuria, antecedentes personales de Diabetes gestacional, feto previo ≥4Kg, antecedentes familiares de DMII en familiares de primer grado, > 35 años, glucemia basal anterior entre 100-125.

\*Actualmente en algunos centros se está empleando la curva de glucosa en gestantes de riesgo, saltándose el paso del Test de O'Sullivan, pero dado el elevado porcentaje de gestantes sanas que son etiquetadas como Diabetes Gestacional se está valorando volver al Test de O'Sullivan.

- Hemograma para cribado de anemia.
- Determinación del grupo sanguíneo y Rh. Coombs indirecto.
- Estado de inmunidad para:
  - Toxoplasma en caso de desconocimiento ó ausencia de inmunidad. Recomendaciones: evitar el contacto con heces de gato, pelar y lavar bien las verduras y frutas, evitar comer carnes crudas y curadas, evitar consumir huevos crudos.
  - Rubéola y Varicela en caso de desconocimiento ó ausencia de inmunidad.
  - Sífilis: se mantiene como prueba de cribado sistemática a todas las embarazadas, siempre que sea posible antes de la semana 16 de gestación, para evitar mediante tratamiento la fetopatía luética.
  - Hepatitis B: sólo se pide en el primer trimestre ante la presencia de factores de riesgo (exposición laboral, conviviente portador, ADVP, receptoras de transfusiones de forma repetitiva, viaje a zona endémica) ó si desconocemos estado de inmunidad.
  - VIIH: debe conocerse el estado serológico materno para establecer el estudio, vigilancia y tratamiento adecuados a la gestante y reducir el riesgo de transmisión vertical y posnatal. Debe pedirse consentimiento oral a la gestante.
  - Elemental de orina y sedimento. Cultivo de orina entre 12-16 semanas.
- **Valorar cribado alteraciones cromosómicas**  
Ofrecer la detección del síndrome de Down mediante el cribado combinado entre las semanas **11-13+6**: PAPP-A, beta-gonadotropina coriónica humana f-beta-HCG y translucencia nugal: **PRISCA**. **Se ofertará la amniocentesis, siempre bajo consentimiento informado, a toda aquella mujer entre las 15-17 semanas** que cumpla alguno de estos criterios: **a)**  $\geq 38$  años en el momento del parto, **b)** alguno de los progenitores portador de alteración cromosómica, **c)** antecedentes de feto/hijo con alteración cromosómica, **d)** marcador ecográfico de alteración cromosómica, **e)** cribado en 1º ó 2º trimestre con riesgo  $\geq 1/270$ .
- Administrar Immunoglobulina humana anti-D en mujeres Rh negativas no sensibilizadas.
- **Solicitar ecografía del primer trimestre** que forma parte del cribado combinado (**11-13+6** semanas). Se determinará: número de embriones y corionicidad, viabilidad embrionaria, cálculo de la edad de gestación (biometría CRL), marcadores ecográficos de alteraciones cromosómicas (TN y otros), despistaje de malformaciones mayores y valoración de útero y anejos.
  - Recomendar dieta rica en **iodo** (productos marinos), consumo de sal iodado y **suplemento de 200  $\mu\text{g}$  de yoduro potásico en monofármaco, durante toda la gestación**, si no existe contraindicación.
  - Realizar prescripción farmacológica de **Ácido fólico hasta las 12 semanas** (preferiblemente monofármaco): si bajo riesgo 0,4-0,8 mg/día y mujeres de alto riesgo (antecedentes de gestación con Defectos del Tubo Neural ó hiponutrición) 4 mg/día. El MSC no recomienda el uso de suplementos vitamínicos más allá del uso del fólico periconcepcional ya que no hay evidencia científica.
  - Revisar el estado de vacunación (especial atención a mujeres inmigrantes). Las mujeres embarazadas que estén en período gripal, se les recomienda vacunarse.
  - Derivación urgente en caso de: dolor hipogástrico intenso, sangrado genital ó vómitos incoercibles.
  - Ofertar la sesión inicial (del primer trimestre) de Educación Maternal.

## 2ª VISITA DE CONTROL DE EMBARAZO (15 semanas)

- Registrar la edad de gestación e informar sobre el resultado de las pruebas solicitadas.
- **Solicitar/ofertar amniocentesis** si el cribado muestra un riesgo  $\geq 1/270$ . Explicar en qué consiste y sus riesgos: pérdida de gestación 1% (aumenta el riesgo en caso de obesidad, gemelos, miomatosis, paso transplacentario), punción en blanco 2-4%, daño fetal y daño vesical materno es algo excepcional y fallo de cultivo 1-5%.
- Se realizará la curva de glucosa, previa dieta de preparación, en el caso de tener una glucemia basal entre 85-125 ó con O'Sullivan  $\geq 140$  mg/dl. Si resultado positivo derivación a Endocrinología. Existen diferentes modalidades (TABLA 2).

TABLA 2: Diferentes modalidades de curva de glucosa

	GEDE, NDDG	ADA (2011)	OMS, CONSENSO EUROPEO
TIEMPO	Sobrecarga con 100 gr.	Sobrecarga con 75 gr.	Sobrecarga con 75 gr.
Basal	105	95	126
1 hora	190	180	
2 horas	165	155	140
3 horas	145		

\*Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE, 2006)

\*National Diabetes Data Group (NDDG, 1979).

- En caso de ausencia de inmunidad para rubéola y varicela recomendar vacunación de posparto y en caso de ausencia de inmunidad para toxoplasma recomendar mantener las medidas de precaución a lo largo de toda la gestación.
- Exploración con anotación del peso y PA, Doppler para detección de tonos fetales (opcional).
- **Solicitar ecografía para estudio anatómico-fetal** que se realizará entre las **19-21** semanas. Objetivos: despistaje de anomalías estructurales, marcadores de alteración cromosómica, datación edad de gestación, valoración crecimiento fetal y anejos fetales (cordón, placenta y volumen de líquido amniótico).
- **Cribado alteraciones cromosómicas.** Aquellas pacientes que no realizaron el cribado del primer trimestre por cualquier motivo, y sin existir indicación para amniocentesis, se les ofertara en el segundo: Alfafetoproteína (AFP) y fracción "beta" de la hormona gonadotropina coriónica (beta-HCG) (entre las 14-17 semanas).
- Derivación urgente en caso de: dolor hipogástrico intenso, sangrado genital, pérdida de líquidos a través de los genitales ó vómitos incoercibles.
- Realizar la exploración física: peso, PA, altura de fondo uterino, auscultación de tonos fetales, presencia de edemas.
- Solicitar pruebas analíticas: determinación de proteinuria por tiras reactivas, **curva de glucemia** específica para embarazada si **Test de O'Sullivan  $\geq 140$** . Prescribir dieta de preparación (rica en hidratos de carbono) los tres días previos a realizarla.
- Continuará con la toma de **yodo** e iniciar **hierro** si existe anemia (anemia leve si hemoglobina entre 10-11 y hematocrito entre 30-33). El tratamiento será con sulfato ferroso, 500 mg, en dosis equivalente a 100 Fe elemental, 2-3 veces al día según el grado de anemia.
- **Inmunoglobulina humana anti-D** (1.500 UI) en el caso de gestantes Rh negativas no sensibilizadas (coombs indirecto negativo) entre las 28-30 semanas.
- Vacunación de la gripe durante la campaña de vacunas si no lo hizo previamente.
- Ofertar consulta de anestesia (para realizarla en el tercer trimestre) y clases de Educación Maternal.

### 3ª VISITA DE CONTROL DE EMBARAZO (20 semanas)

- Calcular edad de gestación. Realizar la anamnesis y anotar molestias y sintomatología relacionada con el embarazo. Los movimientos fetales en múltipara se pueden percibir desde las 17-18 semanas y en primigestas a partir de las 19-20.
- Realizar la exploración física: peso, PA, altura de fondo uterino, auscultación de tonos fetales.
- **Solicitar pruebas analíticas:** determinación de proteinuria por tiras reactivas, hemograma, Test de O'Sullivan entre las 24-28 semanas excepto menores de 25 años sin factores de riesgo, Coombs indirecto en mujeres Rh negativas no sensibilizadas, Sífilis/VIH si conductas ó factores de riesgo, Toxoplasma si no tiene inmunidad, elemental y sedimento de orina.
- Derivación urgente en caso de: Dolor hipogástrico intenso, sangrado genital, pérdida de líquidos a través de los genitales, vómitos incoercibles ó ausencia de latido fetal.
- Derivación urgente en caso de: dolor hipogástrico intenso, cefalea intensa que no cede con analgésicos, dolor rítmico tipo cólico (dinámica), sangrado genital, pérdida de líquidos a través de los genitales, vómitos incoercibles, ausencia de latido fetal, disminución de la percepción de movimientos fetales respecto a movimientos previos, alteración en la altura do fondo de uterino (por exceso ó por defecto), elevación de la presión arterial.

### 5ª VISITA DE CONTROL DE EMBARAZO (30 semanas)

- Calcular edad de gestación. Anamnesis y anotar cambios.
- Exploración física: peso, PA, medición de altura de fondo uterino, auscultación de tonos fetales, Maniobras de Leopold, presencia de edemas.
- Solicitar pruebas analíticas: proteinuria por tiras reactivas, hemograma, Coombs indirecto (tener en cuenta que puede dar positivo a títulos bajos tras inmunización con anti-D), sífilis/VIH si conductas de riesgo, Toxoplasma si no inmunizada, AgHBs (excepto si se conoce la presencia de inmunidad), coagulación, elemental y sedimento de orina.
- Solicitar **ecografía del tercer trimestre** (entre las semanas 32-34) donde se valorará: crecimiento fetal, detección de malforma-

- ciones de expresión tardía, inserción y maduración placentaria y volumen de líquido amniótico.
- Derivación urgente en caso de: dolor hipogástrico intenso, dolor rítmico tipo cólico (dinámica), cefalea intensa que no cede con analgésicos, sangrado genital, pérdida de líquidos a través de los genitales, vómitos incoercibles, ausencia de latido fetal, disminución de la percepción de movimientos fetales, alteración en la altura de fondo uterino ó elevación de la presión arterial.
  - Ofertar Educación Maternal en el caso de no estar realizándola y pedir la consulta a anestesia si no se hizo antes.
- 6ª VISITA DE CONTROL DE EMBARAZO (35 semanas)**
- Se pedirá la *curva de glucemia* ante la sospecha de macrosomía ó hidramnios en la ecografía del tercer trimestre.
- Calcular la edad de gestación. Anamnesis adecuada haciendo hincapié en la existencia de dinámica uterina.
  - Exploración física habitual y *cultivo de flujo vagino-rectal para estreptococo agalactiae* entre las semanas 35-37.
  - Si sospecha de mala posición fetal, solicitar nueva ECO.
  - Continuar con **Yodo y Hierro** si anemia (Hb entre 10 y 11).
  - Derivación urgente en caso de: dolor hipogástrico intenso, dolor rítmico tipo cólico (dinámica), cefalea intensa que no cede con analgésicos habituales, prurito cutáneo generalizado y progresivo (riesgo de colestasis), sangrado genital, pérdida de líquidos a través de los genitales, vómitos incoercibles, ausencia de latido fetal, disminución de la percepción de movimientos fetales, alteración en la AFU ó alteraciones por exceso de la TA.
  - Deberá acudir al hospital en caso de: 1) dinámica uterina, 2) rotura de membranas, 3) disminución de movimientos fetales.

**7ª (38 semanas), 8ª (40 semanas) Y 9ª VISITAS (40-41 semanas)  
A partir de la 37-38 semanas la gestante deberá ser controlada por especialista en ginecología y obstetricia.**

- Calcular edad de gestación. Realizar anamnesis con exploración física completa que incluirá un tacto cervical para hacer una valoración cervical (consistencia, longitud, dilatación) en caso de no haberla realizado previamente o si existe dinámica uterina.

- Realizar proteinuria en tira reactiva. Continuar la toma de **yodo** y de **Hierro** si existe anemia.
- Derivación urgente en caso de: dolor hipogástrico intenso, dolor rítmico tipo cólico (dinámica), cefalea intensa que no cede con analgésicos habituales, prurito cutáneo generalizado y progresivo (riesgo de colestasis), sangrado genital, pérdida de líquidos a través de los genitales, vómitos incoercibles, ausencia latido fetal, disminución de la percepción de movimientos fetales respecto a movimientos previos, alteración en la AFU (por exceso ó por defecto), alteraciones por exceso de la presión arterial ó prurito cutáneo generalizado y progresivo (riesgo de colestasis).
- Valorar la realización de **monitorización fetal basal**. Se considera un **test reactivo** si aparecen aceleraciones transitorias en la frecuencia cardíaca fetal, (1-6 aceleraciones en 20 minutos de registro) y es indicativo de bienestar fetal. Existen situaciones clínicas que pueden condicionar que un feto bien oxigenado presente un patrón **no reactivo** en la prueba basal: síndrome de decúbito supino, prematuridad extrema, malformaciones cardíacas ó del SNC, tóxicos maternos, período de reposo fetal, hipoglucemia materna. Ante patrones no reactivos ó dudosos: estimulación manual del feto, aumentar la glucemia materna, estimulación vibro-acústica...

A continuación, exponemos resumidamente en tablas los criterios generales de derivación, manejo de los principales problemas de salud durante el embarazo y un listado de fármacos con su nivel de seguridad para uso en embarazo (TABLA 3, 4 Y 5).

**TABLA 3: Criterios generales de derivación a atención especializada**

PREFERENTE O NORMALIZADA	URGENTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Data incierta de la edad gestacional.</li> <li>- Sospecha de crecimiento intrauterino retardado (CIR).</li> <li>- Gestantes infectadas por VIH o con sida.</li> <li>- Situaciones clínicas dudosas para el MF, que requieren estudio y valoración especializada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiebre <math>\geq 40^{\circ}\text{C}</math> o menor sin foco.</li> <li>- Enfermedades infecciosas que pueden afectar al feto.</li> <li>- Pielonefritis aguda.</li> <li>- Neumonía.</li> <li>- Fiebre puerperal.</li> <li>- Dolor abdominal agudo.</li> <li>- Sospecha de embarazo ectópico.</li> <li>- Vómitos intensos y persistentes (hipéremesis gravídica).</li> <li>- Cefalea intensa o trastornos visuales.</li> <li>- Isoinmunización Rh.</li> <li>- Preeclampsia moderada o grave.</li> <li>- Accidentes o traumatismos graves con cese del LF.</li> <li>- Hemorragia vaginal con signos de gravedad.</li> <li>- Pérdida de líquido por vía vaginal (rotura prematura de membranas).</li> <li>- Contracciones o dolor abdominal intermitente e intenso.</li> <li>- Cambio brusco en el tamaño uterino.</li> <li>- Cese de movimientos fetales percibidos con anterioridad e imposibilidad de escuchar el LF.</li> <li>- Trastornos psiquiátricos graves.</li> <li>- Cualquier patología no relacionada con el embarazo, pero que requiera tratamiento hospitalario (apendicitis, trombosis venosa profunda, crisis asmática, crisis hipertensiva,...).</li> </ul>

**TABLA 4: Manejo de los principales problemas de salud durante el embarazo**

<b>EMESIS E HIPEREMESIS GRAVÍDICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1º trimestre de embarazo (suele ceder a partir de la 20 semana).</li> <li>- Medidas generales: comidas frecuentes y en pequeña cantidad, fríos y sólidos.</li> <li>- Succinato de doxilamina combinado con piridoxina (vitB6) (categoría A).</li> <li>- Metoclopramida 10 mg./8 horas como alternativa (categoría B).</li> <li>- En caso de signos de deshidratación acudir a Urgencias.</li> </ul>
<b>ESTREÑIMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por disminución de la motilidad gastrointestinal y retraso del vaciamiento intestinal que produce la presión del útero.</li> <li>- Suplementos de fibra, abundantes líquidos.</li> <li>- Plantago ovata, salvado y metilcelulosa (categoría B).</li> </ul>

<b>HEMORROIDES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas higiénico-dietéticas.</li> <li>- Protectores (calamina, aceite de hígado de bacalao, glicerina en solución acuosa) para uso externo e interno.</li> <li>- Los anestésicos locales únicamente sobre la zona perianal, el menor tiempo posible.</li> <li>- No emplear corticoides tópicos (categoría C).</li> </ul>
<b>PIROSIS Y DOLOR EPIGÁSTRICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por disminución del tono del esfínter esofágico.</li> <li>- Evitar grasas, chocolates, alcohol, café, tabaco,...).</li> <li>- Comidas ligeras y frecuentes, cenar temprano.</li> <li>- Sucralfato (categoría B). Omeprazol y ranitidina están en estudio.</li> </ul>
<b>EDEMAS Y VARICES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por aumento de la presión venosa y volumen sanguíneo.</li> <li>- Caminar, evitar sedestación/bipedestación prolongada y estreñimiento, medias elásticas, elevación de piernas.</li> </ul>
<b>HIPERTENSIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controles frecuentes (cada 2 semanas a partir de la semana 26 y cada semana a partir de la 30).</li> <li>- Antes del embarazo: abandono tabáquico, pérdida de peso, control metabólico adecuado.</li> <li>- Fármaco de 1ª elección: alfa-metildopa (categoría B), máximo 1-2g/día.</li> </ul>
<b>ANEMIA FERROPÉNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por aumento de requerimientos de Fe e incremento del volumen plasmático (hemodilución).</li> <li>- Anemia si <math>\text{Hb} &lt; 11 / \text{Hto} &lt; 33\%</math> en 1º y 3º trimestre ó <math>\text{Hb} &lt; 10.5 / \text{Hto} &lt; 32\%</math> en el 2º.</li> <li>- Sulfato ferroso (categoría A). Emplear suplementos de Fe en ausencia de anemia no mejora los resultados obstétricos.</li> </ul>
<b>DIABETES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas generales (ejercicio, dieta,...) si <math>\text{IMC} &gt; 30</math>.</li> <li>- Tratamiento farmacológico: Insulina (categoría B).</li> </ul>
<b>HIPOTIROIDISMO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasta la 13ª semana la única fuente de tiroxina para el feto es la materna.</li> <li>- Si diagnóstico durante el embarazo, iniciar dosis de 150 microgramos/día, con control analítico en 3-4 semanas.</li> <li>- Si hipotiroidismo previo, aumentar dosis un 30-50% con control analítico en 3-4 semanas.</li> </ul>
<b>ASMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espirometría en gestante con asma persistente.</li> <li>- Glucocorticoides inhalados (nunca orales) y salbutamol/bromuro de ipratropio como terapia de alivio.</li> </ul>
<b>INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Siempre tratar las bacteriurias asintomáticas (riesgo de pielonefritis).</li> <li>- De 1ª elección: amoxicilina-ácido clavulánico 500/8 horas ó cefuroxima-axetilo 250/12 horas (categoría B).</li> <li>- Realizar urocultivo de control. De persistir la bacteriuria iniciar tratamiento profiláctico.</li> </ul>
<b>VULVOVAGINITIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Candidiásica: clotrimazol 500 mg.vía vaginal.</li> <li>- Tricomonas: metronidazol 2 g. vía oral en monodosis.</li> </ul>
<b>INFECCIÓN RESPIRATORIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amoxicilina (categoría B). En caso de alergia o sospecha de neumonía atípica, eritromicina (categoría B).</li> </ul>

**TABLA 5: Fármacos de uso más común y riesgo durante el embarazo**

CATEGORÍA A	CATEGORIA B	CATEGORIA C	CATEGORÍA D	CATEGORIA X
Tópicos Betametasona Hidrocortisona Triamcinolona Clotrimazol Nistatina Levotiroxina Corticoides (inh.) Cromoglicato	Insulina Loperamida Metoclopramida Ondansetrón Cimetidina Ranitidina Enoxaparina Metoprolol Amilorida Clotrimazol Nistatina Cefalosporinas Azitromicina Ác.Nalidixico Penicilinas Aztreonam Paracetamol Morfina Metadona Fentanilo Sertralina Fluoxetina Paroxetina Nortriptilina Risperidona Zolpidem Zopiclona Terbutalina Clorfeniramina Dexclorfeniramina Piperazina	Omeprazol Fenoltaleína Lactulosa Colestiramina Heparina Antagonistas Ca Atenolol Furosemida Nitratos Nitroglicerina Adenosina Digoxina Lidocaína Beclometasona Gentamicina Ketoconazol Fluconazol Aciclovir Moxalactam Ciprofloxacino Norfloxacino Claritromicina Trimetoprim Clavulánico, ácido Isoniazida Alopurinol Diclofenaco AAS Venlafaxina Diazepam Salbutamol Ipratropio, bromuro Cinarizina Codeína Dextrometorfano Mebendazol	Hipoglucemiantes orales Acenocumarol Clortalidona Clorotiazida IECA Norfloxacino Medroxiprogesterona Carbimazol Propiltiouracilo Tobramicina Tetraciclinas Colchicina Litio Amitriptilina Alprazolam Clordiazepóxido Lorazepam	Misoprostol Quenodesoxicólico, ácido Lovastatina Isotetrinoína (oral) Danazol Estrógenos Norgestrel Dexametasona Prednisona Flurazepam

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1- Guía técnica del proceso de atención al embarazo normal (Xunta de Galicia, Junio 2008).
- 2- Consulta Preconcepcional. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. SEGO. Protocolo 2; 1999.
- 3- Bailón E, Arribas-Mir L, Landa-Gori J. Medidas preventivas en el embarazo. *Aten Primaria*. 2005; 36(Supl 2):109-17.
- 4- Arribas L, Bailón E, Marcos B, Ortega A. Protocolo embarazo y puerperio. *Protocolo FMC*. 2000; 4.
- 5- Asistencia prenatal al embarazo normal. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. SEGO; 2002.
- 6- Madríguez R, Tomás R. Medicamentos y embarazo. *FMC*. 2004;11: 651-61.
- 7- [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)
- 8- Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Anomalías fetales. Madrid: MSPS. En prensa 2010.
- 9- Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE). Guía asistencial de diabetes mellitus y embarazo. Documento de consenso. 3ª ed. *Av Diabetol*. 2006;22:73-87.
- 10- Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). Guía Española de Hipertensión Arterial. Hipertensión. 2005.
- 11- Junta de Andalucía. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. 2ª ed. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2005. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/opencms/opencms/system/bodies/contenidos/publicaciones/pubcsalud/2005/csalud\\_pub\\_150/embarazo.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/opencms/opencms/system/bodies/contenidos/publicaciones/pubcsalud/2005/csalud_pub_150/embarazo.pdf).
- 12- Smaill F, Vazquez JC. Antibióticos para la bacteriuria asintomática en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*. Numero 2. Oxford: Update Software Ltd.; 2008.
- 13- Neilson JP. Medición de la altura uterina durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*. Numero 4. Oxford: Update Software Ltd.; 2008.
- 14- Revilla L. La atención familiar en la práctica clínica. En: Revilla L, coordinador. *Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la atención familiar*. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 2005. p. 85-102.
- 15- Alvarez MJ, Batalla C, Comin E, Gomez JJ, Pericas J, Rufino J, et al. Prevención de las enfermedades infecciosas. Grupo de Prevención de Enfermedades Infecciosas del PAPPs. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2009. Actualización PAPPs; 2009. p. 1-20.
- 16- Gomez MA, coordinador. Guía de control y seguimiento del embarazo en atención primaria. Valladolid: SCMFyC; 2007.
- 17- Agencia Española del Medicamento [sede Web] [actualizado junio 2010; consultado 6/6/2010]. Disponible en: [http://www.aemps.es/actividad/notaMensual/abril2008/nota\\_medicamentos.htm](http://www.aemps.es/actividad/notaMensual/abril2008/nota_medicamentos.htm).