

PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTACIONES DE BAJO Y MEDIO RIESGO

CONTROL GESTACIONAL EN GESTACIONES DE BAJO Y MEDIO RIESGO

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

1. INTRODUCCIÓN

Este protocolo es una adaptación del *Protocol de Seguiment de l'embaràs de Catalunya, 3^o edició-2018* a nuestro centro.

El control gestacional en mujeres con gestación normal o de bajo-medio riesgo generalmente se realizará desde la atención primaria en los ASSIR correspondiente y serán derivadas en tercer trimestre para realizar el control del final de la gestación y la atención al parto. Existe un pequeño porcentaje de gestantes que deciden controlarse toda la gestación en nuestro centro o que tienen criterios para manejo hospitalario. El seguimiento de estos embarazos será a cargo de la matrona.

La clasificación de riesgo gestacional será la marcada por el Protocol de Seguiment de l'embaràs del Departament de Salut

Hay que recordar que la valoración de riesgo gestacional se realiza al inicio de la gestación y de manera continuada durante toda la gestación. En el momento que la gestación cambie a alto o muy alto riesgo se derivará al profesional o a la Unidad correspondiente. En algunos casos de riesgo alto el control puede realizarse por parte de la matrona (ver anexo 1: Seguimiento de la gestación según factor de riesgo).

2. CONTROL GESTACIONAL

PRIMERA VISITA:

Se realizará preferentemente antes de las 10 semanas de gestación (SG).

- **Abrir HCO:** realizando una anamnesis completa de los antecedentes personales, familiares, obstétricos y hábitos tóxicos, así como del estado vacunal.
- **Exploración física:** Talla, peso, IMC y TA
- **Solicitud de pruebas complementarias y visitas:**
 - **Analítica primer trimestre (entre las 9 y 10 SG):**
 - Glicemia basal a todas las gestantes independientemente de los factores de riesgo.
 - Hemograma, grupo y Rh, anticuerpos irregulares (coombs indirecto).
 - Serologías: sífilis, Rubéola, VIH, Hepatitis B y Hepatitis C. No se solicitará Toxoplasma. Solicitar Zika y/o Chagas en mujeres de riesgo (ver protocolo específico "Chagas y gestación", "Virus Zika" o Tabla resumen en protocolo "Infeccions TORCH").
 - Solicitud de cribado combinado de primer trimestre.
 - TSH. Cribado selectivo en gestantes con síntomas de disfunción tiroidea o factores de riesgo de presentarla (ver protocolo de "Tiroides y embarazo").
 - Cribaje de infecciones de transmisión sexual (ITS) (muestra vaginal):
 - *Chlamydia trachomatis*: Si < 25 años o factores de riesgo*
 - *Neisseria gonorrhoeae*: Si factores de riesgo*
 - **Ecografía de primer trimestre:** entre las 11,2 SG y las 13,6 SG, preferentemente sobre las 12 SG.

PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTACIONES DE BAJO Y MEDIO RIESGO

- Solicitud de **visita de asesoramiento del cribado** en consulta específica de matrona para el mismo día de la ecografía, y solicitud de **visita sucesiva**.
- **Cribado de cáncer de cérvix** en la mujer que no ha seguido las recomendaciones de cribado:
 - En mujeres de < 25 años: No es necesario realizar cribado
 - En mujeres de 25 a 29 años: Citología líquida (en caso de resultado alterado, se puede añadir VPH a posteriori).
 - En mujeres de ≥ 30 años: Determinación de VPH (en recipiente igual que para citología líquida).
 - Si VPH + (16 o 18): Remitir a ginecología para colposcopia
 - Si VPH + (no 16 ni 18): Citología (añadir a posteriori en la misma muestra del VPH)
 - Si citología negativa: Control en el CAP al año
 - Si citología alterada: Remitir a ginecología para colposcopia
 - Si VPH negativo: Cribado en 5 años.
- Educación sanitaria:
 - Información sobre las visitas durante el control gestacional, frecuencia habitual.
 - Información sobre exploraciones y pruebas complementarias a realizar.
 - Informar de los motivos de alarma y de consulta durante el primer trimestre.
 - Recomendaciones de actuación ante molestias habituales durante la gestación.
 - Recomendaciones sobre alimentación y hábitos saludables, informar de las normas higiénicas contra las infecciones (entrega de tríptico).
 - Preguntar sobre sus hábitos dietéticos: si tiene una dieta adecuada de lácticos y sal yodada 2gr. no suplementar. Suplementar con ácido fólico si no estaba tomando ya hasta las 12 SG. Si es vegana o ovolactovegetariana o vegetariana suplementar con Vitamina B12.
 - Asesoramiento sobre actividad sexual.
 - Información sobre actividad física regular adecuada.
 - Recomendaciones sobre fármacos durante el embarazo, evitar automedicación, exposición a radiaciones o tóxicos laborales o ambientales.
 - Consejos de salud bucodental: Recomendación visita con odontólogo del CAP.
 - Recomendación de vacuna antigripal inactivada durante la temporada gripal.

VISITAS 12 – 13,6 SG:

- **Ecografía primer trimestre**
- **Visita matrona cribado primer trimestre:**
 - Se realizará el cálculo del cribado combinado de primer trimestre, se entregará y se informará de resultado según protocolo de Diagnóstico Prenatal.
 - Se realizará el cálculo de riesgo de preeclampsia.
 - Se recordará educación sanitaria sobre hábitos dietéticos y prevención de infecciones.
 - Se le hará llegar la guía del embarazo.
- **Visita de Seguimiento:**
 - Valoración y entrega de las pruebas complementarias del primer trimestre.
 - Modificar FUR x eco en HCO si es necesario.
 - En caso de riesgo alto de preeclampsia o de riesgo de aneuploidias, actuar según protocolo específico.
 - En mujeres de riesgo de VHB recomendar vacunación según protocolo de “Vacunas en embarazo”.
 - Actualizar HCO y valoración del riesgo gestacional.

PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTACIONES DE BAJO Y MEDIO RIESGO

- **Cribado de salud mental** (ver anexo 2).
- **Cribado de Violencia de genero** (ver anexo 3).
- Exploración física: peso y TA
- Solicitud de pruebas complementarias:
 - Urinocultivo (para entregar el día de la siguiente visita)

VISITA 16 -18 SG:

- **Visita de Seguimiento:**
 - Actualizar HCO y valoración del riesgo gestacional.
 - Entrega de urinocultivo y programar valoración de resultado (visita telefónica Vs visita 19-22 sem)
 - Exploración física: peso, TA.
 - Educación sanitaria: Explicar e iniciar la practica de ejercicios de suelo pélvico
 - Solicitud de pruebas complementarias:
 - **Ecografía de 2º trimestre**: entre las 20-22 SG, preferentemente a las 21 SG.

VISITA 19- 22 SG:

- **Ecografía segundo trimestre**: Valorar necesidad ecografía 3r trimestre seriada según protocolo de screening ecográfico.
- **Visita de Seguimiento:**
 - Actualizar HCO y valoración del riesgo gestacional.
 - Valoración de resultado de urinocultivo si no se ha hecho anteriormente
 - Exploración física: peso, TA, FCF.
 - Educación sanitaria:
 - Informar sobre el resultado de las pruebas complementarias
 - Informar sobre los cambios anatómicos, funcionales y psicoemocionales y el crecimiento fetal.
 - Autocuidado ante las molestias relacionadas con el embarazo.
 - Signos de alarma.
 - Solicitud de pruebas complementarias:
 - **Analítica 2º trimestre (24-28 SG)**:
 - O'Sullivan
 - Hemograma
 - Coombs indirecto y DNA genotipado Rh en mujeres Rh negativo si técnicamente disponible.
 - Serologías: en mujeres con conductas de riesgo solicitar VIH, lúes.

VISITA 25-26 SG:

- **Visita de Seguimiento:**
 - Actualizar HCO y valoración del riesgo gestacional
 - **Cribado de Violencia de género**
 - Exploración física: peso, TA, FCF, AU
 - Educación sanitaria:
 - Informar sobre el resultado de las pruebas complementarias
 - Informar sobre vacuna tos ferina

PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTACIONES DE BAJO Y MEDIO RIESGO

- Apuntar e informar sobre los grupos de educación maternal
- Lactancia materna: ventajas para la madre y recién nacido, inicio, soporte y técnica
- Consejo sobre prevención de dolor lumbar
- Signos de alarma
- Control movimientos fetales
- Solicitud de pruebas complementarias: Valorar necesidad ecografía 3r trimestre seriada según protocolo de screening ecográfico.

VISITA 29-30 SG

- Visita de Seguimiento:

- Actualizar HCO y revaluación del riesgo gestacional
- Exploración física: Peso, TA, FCF, AU, estática fetal, maniobras de Leopold > 28 semanas.
- Entrega resultados analíticas del segundo trimestre
- Administración de gammaglobulina Anti-D si precisa (28-30sg).
- Vacuna tosferina 27-32 SG
- **Cribado de salud mental**
- Educación sanitaria:
 - Entrega de plan de nacimiento y asesoramiento
 - Recordar signos de alarma
 - Explicar masaje perineal, realizar a partir de las 32 SG
 - Informar sobre lactancia materna: los beneficios para la madre y el recién nacido.
 - Explorar sus creencias, experiencias y expectativas en relación a la lactancia
 - En HSJD, ofrecer visita de “sesión de acogida”
- Solicitud de pruebas complementarias:
 - **Analítica 3r trimestre 34-36 SG**:
 - Hemograma y coagulación.
 - VIH.
 - Cribado de sífilis, VHB, gonorrea y chlamydia si gestantes con factores de riesgo*
 - **Ecografía de 3er trimestre**: a las 37 ±1 SG (HSJD 33-35 SG)
 - En gestantes con cesárea anterior, programar visita con obstetra entre las 35 y las 37 semanas para realizar el asesoramiento sobre la vía del parto (si tras la visita con obstetra la mujer decide parto vaginal, puede continuar los controles con la matrona).

VISITA 34-36SG

- Visita de Seguimiento:

- Actualizar historia clínica y valoración del riesgo.
- **Cribado de violencia de género**
- Exploración física: Peso, TA, FCF, AU, estática fetal
- Educación sanitaria:
 - Informar sobre el resultado de exploraciones y pruebas complementarias realizadas.
 - Informar sobre signos y síntomas de pródromos de parto e inicio de parto, así como recordar signos de alarma.

PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTACIONES DE BAJO Y MEDIO RIESGO

- En seu HCM, explicar programa “Llama a la llevadora” y entrega de teléfono de contacto.
- Informar sobre la ropa y complementos básicos de la madre y el neonato a traer durante el parto, entregar hoja de canastilla si no la tiene
- Revisar plan de nacimiento
- Solicitud de pruebas complementarias y visitas:
 - **Cultivo vagino-rectal** para la detección de SGB (35-37 semanas)
 - En gestantes con cesárea anterior, programar visita con obstetra entre las 35 y las 37 semanas para realizar el asesoramiento sobre la vía del parto (si tras la visita con obstetra la mujer decide parto vaginal, puede continuar los controles con la matrona)
 - Si indicación de cesárea electiva, programar visita con obstetra programación de la misma.

VISITA A LAS 38-40 SG

- **Visita de Seguimiento:**
 - Actualizar historia clínica y valoración del riesgo.
 - Proponer finalización de la gestación si peso fetal estimado > percentil 97 (según protocolo de “Macrosomía”)
 - Puede considerarse la finalización electiva a partir de las 39 semanas en aquellas mujeres de bajo riesgo que lo soliciten.
 - Exploración física: Peso y TA, FCF, AU, estática fetal.
Tacto vaginal: no se recomienda realizar de forma sistemática, se realizará si la mujer lo solicita.
 - Educación sanitaria: Recordar signos y síntomas de parto, así como motivos de consulta.
 - Proponer finalización de la gestación en mujeres de ≥ 40 años o IMC ≥ 30 a partir de las 40 semanas. En tal caso, programar finalización y firmar consentimiento informado de inducción del parto. Si no acepta, programar visitas posteriores con obstetra en HCM o con matrona en HSJD.
 - Informar del manejo de la gestación a partir de las 40 y de las diferentes conductas/opciones a partir de las 41 semanas. Considerar entrega de documento informativo (anexo 1 del protocolo “Manejo de la gestación \geq de las 41 semanas), se indicará que nuestra recomendación es la de finalizar la gestación entre las 41.0 – 41.3 semanas
- Solicitud de pruebas complementarias:
 - Visita sucesiva con matrona u obstetra según Anexo 1 (Seguimiento de la gestación según factor de riesgo)
 - Solicitud de registro cardiotocográfico (RCTG) en visita a partir de la semana 40.

VISITA A PARTIR DE LAS 40 SG

A partir de las 40 semanas la visita debe incluir:

- Actualizar historia clínica y valoración del riesgo. Valoración de la correcta datación de la gestación.
- RCTG y valoración del mismo.
- Ofrecer tacto vaginal y maniobra de despegamiento de membranas (“Hamilton”).
- Proponer finalización de la gestación en mujeres de ≥ 40 años o IMC ≥ 30 .

PROCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTACIONES DE BAJO Y MEDIO RIESGO

- Informar de las diferentes conductas/opciones a partir de las 41 semanas y entrega de documento informativo (anexo 1 del protocolo “Manejo de la gestación \geq de las 41 semanas), se indicará que nuestra recomendación es la de finalizar la gestación entre las 41.0 – 41.3 semanas.
- Anotar en la HCO la opción escogida por la gestante.
- Programar finalización y firmar consentimiento informado de inducción del parto.
- Programar visitas posteriores con obstetra en HCM o con matrona en HSJD, según protocolo de “Manejo de la gestación \geq 41 semanas” si la paciente decide conducta expectante.

Responsables del protocolo:	M Alcalá, S Hernández, M López, E Mazarico, E Meler, E Basteiro, I Fernández, S Rodríguez, S Santos
Fecha del protocolo y actualizaciones:	15/11/2019
Última actualización:	15/11/2019
Próxima actualización:	15/11/2023
Código Hospital Clínic:	MMF-96-2019
Código Sant Joan de Deu:	

PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTACIONES DE BAJO Y MEDIO RIESGO

ANEXO 1: SEGUIMIENTO DE LA GESTACIÓN SEGÚN FACTOR DE RIESGO

	CONTROL GESTACIÓ	DERIVACIÓ HOSPITAL	AMB QUI?
EMBARÀS NORMAL	AMBULATORI	Protocol normal*	LLEVADORA
		*Protocol normal significa derivació a les 37setm o 35-37 segons CAP	
EMBARÀS DE BAIX RISC			
2.4.1. Anomalies pelvianes	AMBULATORI	Protocol normal	LLEVADORA
2.4.2. Alçada baixa (<1.45m)	AMBULATORI	Protocol normal	LLEVADORA
2.4.3. Índex de massa corporal inadequat (IMC <18.5, 30-40)	AMBULATORI	Protocol normal	LLEVADORA
2.4.4. Embaràs no desitjat	AMBULATORI	Protocol normal /abans si renúncia	LLEVADORA/METGE si renúncia
2.4.5. Estat vacunal inadequat	AMBULATORI	Protocol normal	LLEVADORA
2.4.6. Risc cardiovascular OMS I	AMBULATORI/HOSPITAL	28 setm	METGE
EMBARÀS MIG RISC			
3.4.1. Edat molt precoç (<17 a)	AMBULATORI	Protocol normal	METGE
3.4.2. Edat molt avançada (>40)	AMBULATORI	Protocol normal	LLEVADORA. METGE SI > 45a
3.4.3. Multiparitat	AMBULATORI	Protocol normal	LLEVADORA
3.4.4. Període intergenèsic curt	AMBULATORI	Protocol normal	LLEVADORA
3.4.5. Antecedents de retard de creixement intrauterí i de nadons d	AMBULATORI/HOSPITAL	AP CIR < 34 s: HCM	LLEVADORA/METGE SI CIR < 34 SETM
3.4.6. Parts distòcics	AMBULATORI	Protocol normal	LLEVADORA
3.4.7. Cirurgia uterina prèvia	AMBULATORI	35-36 setm	METGE
3.4.8. Cesària prèvia (PI superior a 6 mesos, 2 o més cesàrees ant	AMBULATORI	35-36 setm	METGE
3.4.9. Esterilitat prèvia	AMBULATORI	Protocol normal	LLEVADORA
3.4.10. Antecedents de patologia placentària	AMBULATORI	Protocol normal	LLEVADORA
3.4.11. Antecedents de patologia obstètrica en gestacions anteriors	AMBULATORI	Protocol normal	LLEVADORA/METGE segons cas
3.4.12. Control insuficient o no adequat durant l'embaràs actual	AMBULATORI	Protocol normal/abans si Programa Dona'm	LLEVADORA/METGE si DONA'M
3.4.13. Condicions socioeconòmiques desfavorables	AMBULATORI	Protocol normal/abans si Programa Dona'm	LLEVADORA/METGE si DONA'M
3.4.14. Victima de violència de gènere	HOSPITAL		METGE
3.4.15. Antecedents personals de patologia mental	AMBULATORI/HOSPITAL SEGONS CAS		LLEVADORA/METGE segons cas
3.4.16. Patologia mental actual controlada i estable	AMBULATORI	Protocol normal	METGE
3.4.17. Metrorràgia de primer trimestre	AMBULATORI	Protocol normal	LLEVADORA
3.4.18. Diabetis gestacional ben controlades i corregida per dieta	AMBULATORI		UNITAT DIABETES
3.4.19. Risc d'infecció ETS	AMBULATORI	Protocol normal/abans	METGE
3.4.20. Hàbit tabaquic	AMBULATORI	Protocol normal	LLEVADORA
3.4.21. Factor Rh negatiu	AMBULATORI	Protocol normal	LLEVADORA
3.4.22. Risc cardiovascular OMS II	HOSPITAL		METGE
3.4.23. Antecedents familiars hereditaris	AMBULATORI/HOSPITAL SEGONS CAS		LLEVADORA/METGE segons cas
EMBARÀS ALT RISC			
4.4.1. Obesitat mòrbida (IMC>40)	AMBULATORI	32-34 Setm.	METGE
4.4.2. Antecedents d'avortaments(>2 AVORTAMENTS)	AMBULATORI	Protocol normal	LLEVADORA
4.4.3. Antecedents d'incompetència cervical uterina	HOSPITAL		METGE
4.4.4. Anomalia cromosòmica prèvia	AMBULATORI. Valorar hospital segons cas	Derivació a genètica 1er trimestre. Si normal seguiment CAP fins 3erT	LLEVADORA si normal gest actual
4.4.5. Embaràs ectòpic previ	AMBULATORI	Protocol normal	LLEVADORA
4.4.6. Malaltia trofoblàstica gestacional prèvia	AMBULATORI		LLEVADORA si normal gest actual
4.4.7. Part prematur previ	CIRCUIT ESPECIFIC		METGE
4.4.8. Endocrinopaties	AMBULATORI	Pat tiroïdal controlada. HiperPRL	LLEVADORA
4.4.9. Risc cardiovascular OMS III	HOSPITAL	Hipertiroidisme, IQ bariàtrica, Graves, AP cancer tiroi	METGE
4.4.10. HTA prèvia a l'embaràs	ARO AMBULATORI/HOSPITAL	Hospital si AP PE precoç, CIR o PE en gest actual	METGE
4.4.11. Bessons	HOSPITAL		METGE
4.4.12. Diabetis gestacional corregida amb dieta i insulina	HOSPITAL		METGE
4.4.13. Preeclàmpsia lleu	HOSPITAL		METGE
4.4.14. Infecció materna diagnosticada durant l'embaràs	CIRCUIT ESPECIFIC		METGE (EXCEPTE SGB)
4.4.15. Isoimmunització	ARO AMBULATORI/HOSPITAL		METGE
4.4.16. Patologia mental actual greu	HOSPITAL		METGE
4.4.17. Anèmia greu (Hb <9 refractària al tractament)	HOSPITAL		METGE
4.4.18. Sospita de malformació fetal	HOSPITAL		METGE
EMBARÀS MOLT ALT RISC			
5.4.1. Patologia associada greu	HOSPITAL		METGE
5.4.2. Mort perinatal prèvia	HOSPITAL		METGE
5.4.3. Diabetis 1 o 2	HOSPITAL		METGE
5.4.4. Risc cardiovascular OMS IV	HOSPITAL		METGE
5.4.5. Síndrome de dependència de l'alcohol i/o altres drogues	HOSPITAL		METGE
5.4.6. Malformacions uterines diagnosticades	HOSPITAL		METGE
5.4.7. Gestació múltiple	HOSPITAL		METGE
5.4.8. Creixement intrauterí retardat	HOSPITAL		METGE
5.4.9. Malformació fetal confirmada	HOSPITAL		METGE
5.4.10. Situació anòmala de la placenta	HOSPITAL		METGE
5.4.11. Preeclàmpsia greu	HOSPITAL		METGE
5.4.12. Amenaça de part prematur	HOSPITAL		METGE
5.4.13. Trencament de les membranes en el preterme	HOSPITAL		METGE

PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTACIONES DE BAJO Y MEDIO RIESGO

ANEXO 2: CRIBAJE DE PATOLOGIA MENTAL

Primera visita:

En la anamnesis habitual incluir:

- Antecedentes familiares de patología mental
- Antecedentes personales de patología mental previa
- Antecedentes de factores de riesgo ginecológicos u obstétricos que pueden condicionar alteraciones emocionales durante el embarazo: síndrome premenstrual, parto traumático, muerte perinatal anterior, IVE

Visita 12-14 semanas:

Cuestionario preguntas WHOLEY, Durante el último mes:

- ¿Se ha sentido a menudo baja de ánimo, deprimida o desesperanzada?
- ¿Ha sentido a menudo que ha perdido interés o placer por las cosas?
- ¿Se ha sentido nerviosa, ansiosa o desbordada?
- ¿Se ha sentido incapaz de controlar o parar sus preocupaciones?

Si la respuesta es positiva en alguna pregunta pasar cuestionario EPDS :

Si el resultado de las puntuaciones del EPDS es inferior a 13 e ítem 10 es 0, volveremos a realizar el cribaje a la semana 29-30

Si el resultado da una puntuación mayor a 13 o un valor diferente a 0 en la pregunta 13 realizaremos la derivación para valoración diagnóstica según el circuito de cada centro. El circuito definitivo está actualmente en desarrollo, pendiente de implantación definitiva.

PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTACIONES DE BAJO Y MEDIO RIESGO

CUESTIONARIO EPDS:

Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en **LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solamente cómo se sienta hoy.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas: a) Tanto como siempre b) No tanto ahora c) Mucho menos d) No, no he podido	0 1 2 3
2. He mirado el futuro con placer: a) Tanto como siempre b) Algo menos de lo que solía hacer c) Definitivamente menos d) No, nada	0 1 2 3
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien: a) Sí, la mayoría de las veces b) Sí, algunas veces c) No muy a menudo d) No, nunca	3 2 1 0
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo: a) No, para nada b) Casi nada c) Sí, a veces d) Sí, a menudo	0 1 2 3
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno: a) Sí, bastante b) Sí, a veces c) No, no mucho d) No, nada	3 2 1 0
6. Las cosas me oprimen o agobian: a) Sí, la mayor parte de las veces b) Sí, a veces c) No, casi nunca d) No, nada	3 2 1 0
7. Me he sentido triste y desgraciada: a) Sí, casi siempre b) Sí bastante a menudo c) No muy a menudo d) No, nada	3 2 1 0
8. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir: a) Sí, la mayoría de las veces b) Sí, a veces c) No muy a menudo d) No, nada	3 2 1 0
9. He sido tan infeliz que he estado llorando: a) Sí, casi siempre b) Sí, bastante a menudo c) Sólo en ocasiones d) No, nunca	3 2 1 0
10. He pensado en hacerme daño a mí misma: a) Sí, bastante a menudo b) A veces c) Casi nunca d) No, nunca	3 2 1 0

PROTOCOLO: CONTROL GESTACIONAL EN GESTACIONES DE BAJO Y MEDIO RIESGO

ANEXO 3: CRIBADO VIOLENCIA DE GENERO

La detección se realizará mediante el cuestionario de cribaje para detectar violencia contra la pareja, se debe realizar una vez cada trimestre aunque no se identifiquen factores inicialmente de riesgo

Preguntar a la mujer sola, aprovechando si viene sola a la consulta o haciendo salir a la pareja.

Mediante las siguientes preguntas:

- **¿Ha estado golpeada, ha recibido alguna patada o puñetazo o ha sufrido alguna otra lesión por alguna persona durante el último año? Si es así, ¿Por quién?**
- **¿Se siente segura en su relación actual?**
- **¿Se siente actualmente insegura por alguna relación previa?**

Si la respuesta es positiva a alguna de las preguntas se iniciará el circuito específico de cada centro (derivación trabajo social). El circuito definitivo está actualmente en desarrollo, pendiente de implantación definitiva.