



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Política Social



# APÉNDICES

## Programa Integral de Atención a la Mujer

Región de Murcia

2012

**CONSEJERÍA DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA**  
**SERVICIO MURCIANO DE SALUD**  
**ISBN: 978-84-96994-85-0**  
**Depósito legal: MU 157-2013**  
**Primera edición PIAM**  
**Diciembre 2012**

## **PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA MUJER**

### **APÉNDICES**

<b>APÉNDICE I – ANTICONCEPCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>APÉNDICE II – SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO. ATENCIÓN AL PUERPERIO Y LACTANCIA. SUELO PÉLVICO.....</b>	<b>31</b>
<b>APÉNDICE III – CONTROL PRENATAL EN LA MUJER INMIGRANTE.....</b>	<b>89</b>

**GRUPO PIAM 2012**



# APÉNDICE I

# ANTICONCEPCIÓN

**GRUPO PIAM 2012**



## ÍNDICE

<b>ANTICONCEPCIÓN.....</b>	<b>9</b>
1. PRINCIPIOS DEL ASESORAMIENTO ANTICONCEPTIVO.....	9
2. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL.....	11
2.1. Requisitos para la indicación de anticoncepción hormonal.....	11
2.2. Tipos de anticonceptivos hormonales.....	13
2.2.1. Anticonceptivos hormonales combinados.....	13
2.2.1.1. Anticonceptivos hormonales combinados orales.....	13
2.2.1.2. Anticonceptivos hormonales combinados vaginales.....	24
2.2.1.3. Anticonceptivos hormonales combinados transcutáneos.....	24
2.2.2. Anticonceptivos hormonales sólo de gestágenos.....	24
2.2.2.1. Anticonceptivos hormonales sólo de gestágeno oral.....	25
2.2.2.2. Anticonceptivos hormonales sólo de gestágeno inyectable.....	25
2.2.2.3. Anticonceptivos hormonales sólo de gestágeno implantes subcutáneos.....	25
2.2.2.4. Anticonceptivos hormonales sólo de gestágenos en DIU	25
2.2.2.5. Anticoncepción hormonal poscoital.....	26
3. BIBLIOGRAFÍA.....	28
ALGORITMO I. Elección de anticonceptivos hormonales.....	29





# Anticoncepción

## 1. PRINCIPIOS DEL ASESORAMIENTO ANTICONCEPTIVO:

- Supone reconocer el derecho a la salud sexual y reproductiva de la pareja.
- Consiste en ofertar control de la natalidad eficaz, segura, fácil y adaptada a cada pareja.

### 1.1- Lugar y profesionales

- El ámbito para llevar a cabo el asesoramiento en materia de métodos anticonceptivos es Atención Primaria.
- Los profesionales más adecuados para llevarlo a cabo son los médico/as de Familia y Matrán/as. Aunque cualquier profesional sanitario que considere oportuno el consejo contraceptivo debe facilitarlo o remitirlo a otro profesional.

### 1.2- ¿Cuándo realiza el médico/a de familia y el matrán/a el asesoramiento anticonceptivo?

***"Cualquier momento es bueno"***

#### 1.- Abordaje directo:

- Activo: proponer método anticonceptivo a toda mujer fértil. Haciendo especial hincapié en ciertos colectivos: adolescentes, inmigrantes y grupos de exclusión social.
- Pasivo: en respuesta a solicitud de cualquier paciente.

#### 2.- Coincidiendo con la realización de actividades preventivas: cribado Cáncer de cérvix.

#### 3.- En la visita puerperal.

#### 4.- IVE.

### 1.3- Objetivos

- Reducir el nº de embarazos no deseados, no planificados.
- Reducir el nº de interrupciones voluntarias de embarazo (IVE).

### 1.4- ¿Qué necesitamos valorar antes de aconsejar un método anticonceptivo?

Realizar una buena anamnesis, dirigida a aspectos como:

- Edad.
- Frecuencia de las relaciones sexuales.
- Buscar motivaciones, facilitando la relación con la mujer:
  - Sólo separar embarazos.
  - Método definitivo.
  - Actitud ante un posible fallo del método: IVE.
- Perfil de salud.

- Percepción de los riesgos.
- Posibles antecedentes de ITS.
- Grado de participación de la pareja.
- Posibilidades económicas.
- Convicciones religiosas.

En la **tabla I.1.** se describe la elección de un método anticonceptivo según la etapa o acontecimiento vivido.

**Tabla I.1. Elección de un método anticonceptivo según la etapa o acontecimiento de la vida.**

<b>Adolescencia</b>	<p><i>Preservativo masculino:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Protección contra el embarazo.</li> <li>▪ Prevención de ITS.</li> <li>▪ No necesita prescripción ni valoración médica.</li> <li>▪ Aunque la tasa de fallo es diez veces más frecuente que en adultos.</li> </ul> <p><i>Preservativo femenino:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coste más elevado y mayor complejidad de uso.</li> <li>▪ No se ha estudiado su utilización por adolescentes.</li> </ul> <p><i>Espermicidas, diafragmas y esponjas cervicales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No son apropiados por la necesidad de manipulación, la precisión en el tiempo de empleo y alta motivación necesaria para su uso correcto.</li> </ul> <p><i>Anticonceptivos orales combinados (AOC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las complicaciones mayores de los AOC son casi nulas en adolescentes.</li> <li>▪ No hay evidencia de que su toma precoz tenga un efecto inhibitor del crecimiento o afecte al aparato genital.</li> <li>▪ En el momento de la menarquia el crecimiento y el desarrollo reproductivo están esencialmente completos.</li> </ul> <p><i>Implantes contraceptivos, los anticonceptivos parenterales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Son métodos adecuados.</li> <li>▪ No dependen del cumplimiento para ser eficaces una vez se han insertado.</li> <li>▪ Hoy en día el <b>doblo método (preservativo + anticonceptivo)</b> es el método aconsejado para la adolescencia.</li> </ul> <p><i>Problemas legales: TEORÍA DEL MENOR MADURO (entre 13 y 15 años)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se considera la edad sanitaria en <math>\geq 16</math> años.</li> <li>▪ Se considera un signo evidente de madurez el hecho de que un adolescente que mantiene relaciones sexuales demande anticoncepción para evitar embarazos no deseados.</li> <li>▪ Consideran que no necesitaría consentimiento paterno para indicar tratamiento anticonceptivo.</li> </ul>
<b>Perimenopausia</b>	<p><b>Se debe aconsejar el uso de algún método hasta estar el menos un año en amenorrea.</b></p> <p><i>Diafragma:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contraindicado si existen ciertas anomalías anatómicas (cistocele, rectocele, prolapso uterino, desgarros perianales o fistulas vaginales).</li> </ul> <p><i>Anticonceptivos orales combinados (AOC):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Preparados de baja dosis se pueden usar en mujeres no fumadoras, valorando los riesgos y beneficios (disminución de síntomas preclimáticos y la regularización de ciclos menstruales) individuales.</li> <li>▪ Algunos preparados con estrógenos naturales tienen ciertas ventajas en estas pacientes, sobre todo en caso de hemorragia uterina abundante.</li> <li>▪ Se deben retirar si hay signos evidentes de menopausia o desaparece la hemorragia por privación.</li> </ul> <p><i>Píldora sólo de gestágenos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede ser una alternativa si los estrógenos están contraindicados.</li> </ul>

	<p><i>DIU de cobre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No precisa cambiarlo a partir de los 40 años.</li> <li>▪ Se debe retirar tras un año de amenorrea.</li> <li>▪ Algunos tipos pueden estar contraindicados si hay metrorragias.</li> </ul> <p><i>DIU – LNG (MIRENA®):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puede ser útil como protector endometrial y/o como coadyuvante en la terapia hormonal sustitutiva.</li> <li>▪ Este DIU acompaña a las mujeres a la menopausia sin apenas alteraciones por sangrado excesivo. Está indicado en estas pacientes con sangrado excesivo, una vez descartada patología orgánica.</li> </ul>
<b>Posparto y lactancia</b>	<p><i>Posparto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se aconseja mantener relaciones sexuales completas hasta pasadas 3-4 semanas.</li> <li>▪ Entre un 2-10% de las mujeres pueden quedarse embarazadas antes de que aparezca la primera menstruación posparto.</li> <li>▪ Los métodos de barrera son de elección en las primeras seis semanas.</li> </ul> <p><i>Lactancia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los <b>AOC no son recomendables</b> (producen descenso del volumen y del contenido proteico de la leche).</li> <li>▪ La <b>píldora sólo de gestágenos es compatible con la lactancia</b>. Nunca se iniciará el tratamiento antes de las 6 semanas posparto.</li> <li>▪ <b>Si no se lacta</b>, se pueden reiniciar los <b>AOC a las seis semanas</b>.</li> <li>▪ El <b>DIU</b> se puede insertar a las <b>seis semanas posparto</b>.</li> </ul>
<b>Posaborto</b>	<p><i>Primer trimestre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Métodos de "sólo gestágenos" y DIU inmediatamente.</li> <li>▪ Los AOC, a las 48 horas.</li> </ul> <p><i>Segundo trimestre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esperar siete días para empezar la toma de AOC.</li> <li>▪ Esperar seis semanas para la inserción del DIU.</li> </ul>

## 2.- ANTICONCEPCIÓN HORMONAL (Algoritmo I)

Es el método de elección en mujeres con relaciones sexuales estables.

### 2.1- REQUISITOS PARA LA INDICACIÓN DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL (Tabla I.2).

- 1.- Realizar una historia clínica detallada, excluyendo factores de riesgo cardiovascular.
- 2.- Tomar la tensión arterial.
- 3.- Información sobre los diferentes métodos.

#### **OTRAS (no son imprescindibles para el inicio del tratamiento):**

- Actualizar cribado de cáncer de cérvix. Seguimiento similar a la población general.
- Como los anticonceptivos hormonales disminuyen el riesgo de cáncer de ovario y de endometrio, no se precisa revisión ginecológica ni ecografía.

- Puede ser un buen momento para el diagnóstico precoz de la infección por VIH. Debemos informar a la mujer de la prueba del VIH, sobre todo a aquellas personas que hayan tenido prácticas consideradas de riesgo.

**Tabla I.2. Requisitos para la prescripción de AHO y su seguimiento.**

Requisitos imprescindibles antes de prescribir un AHO	Anamnesis dirigida
<p><b>1. Historia clínica adecuada, especialmente dirigida a factores de riesgo cardiovascular: tabaquismo, obesidad, HTA, diabetes mellitus, dislipemia, varices, tromboflebitis.</b></p> <p><b>2. Una toma de la presión arterial.</b></p> <p>3. Calcular el índice de masa corporal (IMC).</p> <p>4. La analítica no aporta ningún beneficio cuando se utilizan preparados de baja dosis. Indicada en mujeres con antecedentes familiares o personales de enfermedad cardiovascular: perfil lipídico y glucemia.</p> <p><b>5. Informar adecuadamente.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Es fumadora y &gt; 35 años?</li> <li>▪ ¿Padece HTA?</li> <li>▪ ¿Está amamantando?</li> <li>▪ ¿Tiene o ha tenido problemas cardíacos o vasculares? ¿Cuáles?</li> <li>▪ ¿Tiene o ha tenido cáncer de mama?</li> <li>▪ ¿Tiene ictericia, cirrosis hepática, infección o tumor de hígado?</li> <li>▪ ¿Padece cefaleas o visión borrosa?</li> <li>▪ ¿Toma anticonvulsivantes, rifampicina o griseofulvina?</li> <li>▪ ¿Cree que puede estar embarazada?</li> <li>▪ ¿Presenta sangrado vaginal inusual?</li> <li>▪ ¿Padece enfermedad de la vesícula?</li> <li>▪ ¿Ha tenido ictericia durante la toma de AHO?</li> <li>▪ ¿Tiene planeada alguna intervención quirúrgica?</li> <li>▪ ¿Ha tenido un parto en los últimos 21 días?</li> </ul>
<p><b>Seguimiento de la usuaria de AHO</b></p>	<p>1. Si se responde <b>NO A TODAS, SE PUEDEN USAR LOS AHO.</b></p> <p>2. Si se responde <b>SÍ A ALGUNA</b>, debe estudiarse la situación antes.</p> <p>(Adaptado de Hatcher et al. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Baltimore 1999).</p>

Las precauciones para el uso de las píldoras anticonceptivas combinadas pueden dividirse en cuatro categorías que se detallan en la **tabla I.3.**

**Tabla I.3. Precauciones para el uso de píldoras anticonceptivas combinadas (AOC).**

Categoría 4 Abstenerse de usarlos	Categoría 3 Usar con precaución	Categoría 2 Más ventajas que riesgos	Categoría 1 No restringir
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tromboembolismo venoso.</li> <li>▪ Enfermedad arterial cerebral o coronaria.</li> <li>▪ Cardiopatía estructural.</li> <li>▪ Diabetes y complicaciones.</li> <li>▪ Cáncer de mama.</li> <li>▪ Embarazo.</li> <li>▪ Lactancia (&lt; 6 semanas).</li> <li>▪ Enfermedad hepática.</li> <li>▪ Migraña con focalidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Posparto &lt; 21 días.</li> <li>▪ Lactancia (6 semanas a 6 meses).</li> <li>▪ Sangrado vaginal uterino no diagnosticado.</li> <li>▪ Edad &gt; 35 años y fumar menos de 15 cig/día.</li> <li>▪ Historia de cáncer de mama, sin recurrencia en los últimos 5 años.</li> <li>▪ Interacciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jaqueca severa tras el inicio de AOC.</li> <li>▪ Diabetes mellitus.</li> <li>▪ Cirugía mayor sin prolongada inmovilización.</li> <li>▪ Enfermedad de células falciformes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Posparto &gt; 42 días (6 semanas).</li> <li>▪ Posaborto del 1º ó 2º trimestre.</li> <li>▪ Antecedente de diabetes gestacional.</li> <li>▪ Venas varicosas.</li> <li>▪ Jaqueca moderada.</li> <li>▪ Patrón de sangrado vaginal irregular sin anemia.</li> <li>▪ Antecedente de EPI.</li> <li>▪ EPI actual o reciente.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cirugía mayor con inmovilización prolongada.</li> <li>▪ Edad &gt; 35 años y fumadora de 15 o más cig/día.</li> <li>▪ HTA (&gt;160/100 o enfermedad vascular concomitante).</li> <li>▪ IMC mayor o igual a 35 kg/m<sup>2</sup> ( por el mayor riesgo de evento tromboembólico)</li> </ul>	<p>farmacológicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Litiasis biliar.</li> <li>▪ Tensión arterial de 140/100 a 159/109 mmHg.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ITS actual o reciente.</li> <li>▪ Vaginitis sin cervicitis purulenta.</li> <li>▪ Riesgo de ITS.</li> <li>▪ VIH positivo o alto riesgo para infección VIH o SIDA.</li> <li>▪ Enfermedad mamaria benigna.</li> <li>▪ Historia familiar de cáncer de mama, ovario o endometrio.</li> <li>▪ Ectropion cervical.</li> <li>▪ Portadora virus hepatitis.</li> <li>▪ Fibroma uterino.</li> <li>▪ Historia embarazo ectópico.</li> <li>▪ Enfermedad tiroidea.</li> </ul>
---	--	--	--

Tomada de Cerel-Suhl SL y Yeager BF, basada en adaptaciones de las recomendaciones de la OMS y de Contraceptive technology.

## 2.2- TIPOS DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

### 2.2.1- Anticonceptivos hormonales combinados: Estrógenos/Gestágenos.

- 1- Orales.
- 2- Vaginales.
- 3- Transdérmicos.

### 2.2.2- Anticonceptivos hormonales sólo de gestágenos.

- 1- Orales
- 2- Inyectables
- 3- Implantes
- 4- DIU
- 5- Anticoncepción hormonal postcoital (Anticoncepción de urgencia)

### 2.2.3- Efectividad de los anticonceptivos hormonales (índice de Pearl: número de embarazos por 100 ciclos de mujeres expuestas en un año)

- Píldora combinada 2,1
- Píldora sólo gestágeno 0,41
- Parche transdérmico 1,24
- Anillo vaginal 1,23
- Implante subcutáneo 0,08
- DIU levonorgestrel 0,1
- Acetato de Medroxiprogesterona depot 3

## 2.2.1- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

### 2.2.1.1- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS ORALES

- Según el Estrógeno: Etinil-Estradiol EE2 o Estradiol

- En función de la dosis (15-50 µgr.).

■ **Según el gestágeno (tabla I.4):**

- En función de:

- Potencia antiandrogénica.
- Potencia anti-mineralcorticoide.
- Alteración del metabolismo lipídico.
- Riesgo cardiovascular.

**Tabla I.4. Características de los gestágenos.**

	Antiandrógeno	Antimineralcorticoide	Metab. lipídico	Riesgo cardiovascular
Ciproterona	+++++		--	--
Clormadinona	++++	-	--	--
Drospiridona	+++	+++	--	--
Levonorgestrel	++ 2ª Generación	-	++	--
Gestodeno	+ 3ª Generación	-	--	+++
Desogestrel	+ 3ª Generación	-	--	+++
Norgetimato	+	-	--	--

● **Anticonceptivos hormonales orales según composición, nombre comercial y financiación por la seguridad social. Tabla I.5.**

**Tabla I.5. AHO: composición, nombre comercial y financiación.**

Estrógeno	Progestágeno	Nombre comercial	Presentación	Seg. Social
<b>ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS EN ESPAÑA</b>				
<b>Monofásicos con progestágenos de 2ª generación</b>				
Etinilestradiol 50µg	Levonorgestrel 250µg	NEOGYNONA ® (Bayer Hispanica)	21 comp	si
		OVOPLEX ® (Pfizer)	21 comp	si
Etinilestradiol 35µg	Norgestimato 250µg	EDELSIN ® (Effik)	21 comp 3X21 comp	no
Etinilestradiol 30µg	Levonorgestrel 150µg	MICROGYNON ® (Bayer Hispanica)	21 comp	no
		OVOPLEX 30/150 ®* (Pfizer)	21 comp	si
	Clormadinona 2 mg	BALIANCA ®	21 comp 3X21 comp	no
		BALIANCA diario ®	28 comp	no
		BELARA ® (Gedeon Richter)	21 comp 3X21 comp	no
		BELARA diario ® (Gedeon Richter)	28 comp 3x28comp	no
		AILYN ® (Bial)	21 comp 3x21comp	no
	Dienogest 2mg	DONABEL ® (Effik)	21 comp 3x21comp	no

		DANIELLE ® (Gynea)	21 comp 3x21comp	no
Etinilestradiol 20µg	Levonorgestrel 100µg	LOETTE ® (Pfizer)	21 comp 3X21 comp	si
		LOETTE DIARIO ® (Pfizer)	28 comp 3X28 comp	si
<b>Monofásicos con progestágenos de 3ª generación</b>				
Etinilestradiol 30µg	Desogestrel 150µg	MICRODIOL ®	21 comp	no
	Gestodeno 75µg	GYNOVIN ® (Bayer Hispanica)	21 comp 3X21 comp	no
		MINULET ® (Pfizer)		
		<b>TEVALET®</b> (Tev Pharma)		
Etinilestradiol 20µg	Desogestrel 150µg	BEMASIVE ®	21 comp	no
		SUAVURET ®	21 comp 3X21 comp	no
	Gestodeno 75µg	GESTINYL ® (Effik)	21 comp 3X21 comp	no
		HARMONET ® (Pfizer)	21 comp 3x21 comp	no
		MELIANA diario®	28 comp	no
		<b>MELIANE ®</b> (Bayer Hispanica)	21 comp 3x21 comp	no
		<b>MELTEVA 20®</b> (Teva Pharma)	21 comp 3x21 comp	no
		ETINILESTRADIOL/GESTODENO ® (Sandoz)	21 comp/ 21x3 comp	no
Etinilestradiol 15µg	Gestodeno 60µg	MELODENE 15 ® (Bayer Hispanica)	28 comp	no
		MINESSE ® (Pfizer)	28 comp 3X28 comp	no
<b>Derivados de la 17 alfa-espironolactona</b>				
Etinilestradiol 30µg	Drospirenona 3 mg	<b>ARANKA®</b> (Gedeon Richter)	21 comp 3X21 comp	si
		<b>DRETINE ®</b> (Teva)	21 comp 3X21 comp	si
		DRETINE DIARIO® (Teva)	28 comp 3X28 comp	si
		DROSIANE® (Sandoz)	21 comp 21x3 comp	si
		DROSIANE DIARIO® (Sandoz)	28 comp 28x3 comp	si
		DROSSURE® (Effik)	21 comp 3X21 comp	si
		DROSSURE DIARIO® (Effik)	28 comp 3X28 comp	si
		<b>YASMIN ®</b> (Bayer Hispanica)	21 comp 3X21 comp	no
		<b>YASMIN DIARIO®</b> (Bayer Hispanica)	28 comp 3X28 comp	no
		YIRA® (Bayer Hispanica)	21 comp 3X21 comp	no
Etinilestradiol 20µg	Drospirenona 3 mg	<b>ARANKELLE®</b> (Gedeon Richter)	21 comp 3X21 comp	si
		<b>DAYLETTE®</b> (Gedeon Richter)	28comp (24/4) 3x28 (24/4)	no
		DRETINELLE® (Teva)	21 comp 3X21 comp	si
		DRETINELLE DIARIO ® (Teva)	28 comp 3X28 comp	si
		DROSURELLE® (Effik)	21 comp 21x3 comp	si

		DROSURELLE DIARIO® (Effik)	28 comp 28x3 comp	si
		DROSIANELLE® (Sandoz)	21 comp 3X21 comp	si
		DROSIANELLE DIARIO® (Sandoz)	28 comp 3X28 comp	si
		LIOFORA® (Bayer Hispanica)	21 comp 3X21 comp	si
		LIOFORA DIARIO® (Bayer Hispanica)	28 comp 3X28 comp	si
		YASMINELLE® (Bayer Hispanica)	21 comp 3X21 comp	no
		YASMINELLE DIARIO® (Bayer Hispanica)	28 comp 3X28 comp	no
		YAZ® (Bayer Hispanica)	28comp (24/4) 3x28 (24/4)	no
<b>Monofásicos con efecto antiandrogénico</b>				
Etinilestradiol 35µg	Ciproterona 2µg	DIANE 35 ® (Bayer Hispanica)	21 comp	si (1)
		DIANE 35 DIARIO ®* (Bayer Hispanica)	28 comp	si (1)
		ACETATO CIPROTERONA/EE ® (Effik)	21 comp	si (1)
		GYNEPLEN ®* (Effik)	28 comp	si (1)
<b>Bifásicos con progestágenos de 3ª generación (días 1-7 y 8-22)</b>				
Etinilestradiol 40µg	Desogestrel 25µg (7 comp)	GRACIAL ®	22 comp	no
Etinilestradiol 30µg	Desogestrel 125µg (15 comp)	GRACIAL ®	3X22 comp	no
<b>Trifásicos con progestágenos de 2ª generación (días 1-6; 7-11 y 12-21)</b>				
Etinilestradiol 30µg	Levonorgestrel 50µg	TRIAGYNON ® (Bayer Hispanica)	21 comp	no
Etinilestradiol 40µg	Levonorgestrel 75µg			
Etinilestradiol 30µg	Levonorgestrel 125µg	TRICICLOR ®	21 comp	no
<b>Trifásicos con progestágenos de 3ª generación (días 1-6; 7-11 y 12-21)</b>				
Etinilestradiol 30µg	Gestodeno 50µg	TRI MINULET ®	21 comp	no
Etinilestradiol 40µg	Gestodeno 70µg		3X21 comp	
Etinilestradiol 30µg	Gestodeno 100µg	TRIGYNOVIN ® (Bayer Hispanica)	21 comp 3X21 comp	no
<b>Cuatrifásicos con estrógenos naturales</b>				
Valerato de Estradiol 3mg (2comp)	Dienogest 3mg Dienogest 2mg	QLAIRA ® (Bayer Hispanica)	1X28 comp	no
Valerato de Estradiol 2mg (5comp)			3X28 comp	
Valerato de Estradiol 2mg (17comp)			21 comp	no
Valerato de Estradiol 1mg Placebo (2comp)			3X21 comp	
<b>Monofásico con estrógeno natural (24x4)</b>				
Estradiol 1.5 mg	Acetato de nomegestrol 2.5mg	<u>ZOELY®</u> (Teva)	1x28 comp 3x28 comp	no
<b>Anillos Vaginales</b>				
Etinilestradiol 2,7mg	Etonorgestrel 11,7mg	NUVA RING ®	1 anillo vaginal	no
<b>Parches Transdérmicos</b>				
Etinilestradiol 600µg	Norelgestromina 6mg	<u>EVRA®</u> (Jassen Cilag)	3 parches 9 parches	no
<b>PROGESTÁGENOS SOLOS</b>				
<b>Progestágenos orales</b>				
-	Desogestrel 75µg	CERAZET ®	28 comp 3x28 comp	si
-	Desogestrel 75µg	<u>AZALIA®</u> (Gedeon Richter)	28 comp 3x28 comp	si



Implantes subdérmicos				
-	Etonorgestrel 68 mg (duración 3 años)	IMPLANON NXT®	1 varilla	si

Inyecciones intramusculares				
-	Medroxiprogesterona acetato 150 mg (duración 3 meses)	DEPO PROGEVERA ®* (Pfizer)	1 vial	si

### CONTRACEPCIÓN DE URGENCIA

-	Levonorgestrel 1500µg	<u>NORLEVO 1500 ®</u> (Chiesi España)	1 comp	no (2)
-	Levonorgestrel 1500µg	<u>POSTINOR 1500 ®</u> (Bayer Hispanica)	1 comp	no (2)
-	Acetato de Ulipristal 30mg	<u>ellaOne 30mg ®</u> (HRA Pharma)	comp	no (3)

### DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Descripción	Tamaño	Duración
GOLD T (Cu375+Au)	Normal	5 años
GOLD T (Cu375+Au)	Mini	5 años
GOLD T (Cu375+Au)	Maxi	5 años
NOVAPLUS T 380 Ag (Cu380+Ag)	Normal	5 años
NOVAPLUS T 380 Ag (Cu380+Ag)	Mini	5 años
NOVAPLUS T 380 Ag (Cu380+Ag)	Maxi	5 años
T 200 Ag (Cu200+Ag)	Normal	3 años
T 200 Ag (Cu200+Ag)	Mini	3 años
ÁNCORA 250 Ag (Cu250+Ag)	Normal	3-5 años
NOVAPLUS T 380 Cu (Cu380)	Normal	5 años
NOVAPLUS T 380 Cu (Cu380)	Mini	5 años
ÁNCORA 375 Cu (Cu375)	Normal	3-5 años
T 200 Cu (Cu200)	Normal	2-3 años
ÁNCORA 250 Cu	Normal	3-4 años
ÁNCORA 250 Cu	Mini	3-4 años
Descripción	Tamaño	Duración
Descripción	Tamaño	Duración
MULTILOAD 375	Normal	5 años
MULTILOAD 375 SL	SL	5 años
Laboratorio Effik	Tamaño	Duración
Descripción	Tamaño	Duración
EFFI-LOAD 375 (Cu 375) (Effik)	Standard	4 años
EFFI-T 380 (Cu 380)(Effik)	Standard	4 años
EFFI-T 380 (Cu 380)(Effik)	Corto	4 años
Laboratorio Bayer Schering Pharma	Tamaño	Duración
Descripción	Tamaño	Duración
Nova T 380 (Cu 380)(Bayer Hispanica)	Normal	5 años
<u>MIRENA ®</u> Sistema liberación intrauterino LNG (Bayer Hispanica)	Normal	5 años
Laboratorios HRA Pharma	Tamaño	Duración
Descripción	Tamaño	Duración
Mona Lista NT Cu 380	T Normal	5 años
Mona Lisa Cu 375	Áncora normal	5 años
Mona Lisa Cu T 380 QL	T normal + cobre en brazos laterales	10 años

### SISTEMAS DE CONTRACEPCIÓN DEFINITIVA

-	-	ESSURE ®	Micro-implante
---	---	----------	----------------

ANTICONCEPTIVO DE BARRERA			
-	-	Preservativo	-
-	-	Preservativo femenino	-
-	-	Diafragma	-
-	-	Espermicida	-

Fuente: Sociedad Española de Contracepción

\* Financiación: Los anticonceptivos hormonales financiados figuran en la casilla "Seg.Social" con un "no" o un "sí".

(1) Las Fichas Técnicas de las especialidades Diane 35® y Diane 35 Diario® han introducido especificaciones en cuanto al tiempo de uso y a la indicación de las mismas, en el sentido de que deben utilizarse únicamente como tratamiento de enfermedades andrógenodependientes en mujeres, tales como: formas pronunciadas de acné, alopecia androgénica, y formas leves de hirsutismo. No se debe iniciar una terapia con dichas especialidades con fines meramente anticonceptivos. Además, se recomienda la suspensión del tratamiento 3 ó 4 ciclos después de la resolución completa de las enfermedades andrógenas-dependientes mencionadas, no debiéndose continuar su administración solamente con fines anticonceptivos.

(2) Venta libre

(3) Venta con receta médica

### • **Manejo clínico de los anticonceptivos hormonales orales (AHO) (Tabla I.6)**

- **Comenzar con AHO monofásicos con dosis baja de etinilestradiol (20-30 µg) y de gestágeno de 2ª generación.** (LOS DE 3ª GENERACIÓN SE HAN RELACIONADO CON UN LIGERO INCREMENTO DE RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO).

- **Si aparecen vómitos o cefalea:** bajar la dosis de etinilestradiol hasta llegar a 15 µg.

- **Si aparecen sangrados irregulares, después de 4 meses de uso de un anticonceptivo (en estos casos se puede considerar normal el spotting):** subir dosis de estrógeno, pero como máximo hasta 30 microgramos.

- **Si tiene signos de hiperestronismo (nauseas, sensación de hinchazón, acné, hirsutismo):** reducir dosis de estrógeno, cambiar gestágeno (Drospirenona)

- **Si existe hirsutismo o retención de líquidos:** elegir como gestágeno, drospirenona.

- **Inicio primera vez: DESDE EL PRIMER DÍA DEL CICLO.** Si inicia después con protección al menos 7 días.

- **Olvidos de menos de 12 horas:** tomar inmediatamente un comprimido.

- **Olvidos de más de 12 horas:** tomar inmediatamente un comprimido + protección con método barrera durante ese ciclo.

SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE LA V CONFERENCIA DE CONSENSO EN ANTICONCEPCIÓN 2011 DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN:

#### **A - OLVIDOS DE PÍLDORAS COMBINADAS (E/ G):**

En el caso de un olvido de una píldora, se recomienda tomarla inmediatamente, y seguir tomando el resto de manera habitual, sin que sea necesario el uso de un método adicional.

En el caso de dos o más olvidos de una píldora de anticonceptivo combinado, se recomienda tomar inmediatamente la última píldora, y seguir tomando el resto de

manera habitual. En este caso se recomienda el uso de un método de barrera adicional (preservativo) durante 7 días.

Si los olvidos se producen entre la 1ª y la 7ª píldora, se debería considerar la ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA. La anticoncepción de urgencia no se recomienda si los olvidos se producen entre la 8ª y la 14ª píldora.

Si los olvidos se producen entre la 15ª y 21ª píldora, se recomienda omitir el periodo libre y continuar con nuevo envase.

### **B - OLVIDOS DE PÍLDORAS DE SÓLO GESTÁGENO:**

Se recomienda tomar inmediatamente la píldora olvidada, y tomar ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA si el olvido es de más de 12 horas y ha habido una relación sexual no protegida. Adicionalmente se recomienda el uso de un método de barrera (preservativo) durante dos días.

- **Vómitos antes de 4 horas:** repetir toma.

- **Vomitadora habitual:** cambiar vía de administración a PARCHE o ANILLO VAGINAL.

**Tabla I.6. Manejo clínico de los anticonceptivos hormonales orales (AHO)**

<b>Posología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un comprimido día, vía oral, durante 21 días consecutivos y tras 7 días de descanso reiniciar la toma. En los envases con 28 comprimidos, no se debe realizar descanso (las últimas 3-7 grageas contienen placebo).</li> <li>▪ Hay algunos preparados con otra posología :24 días de tratº y 4 descanso.</li> <li>▪ Otras vías de administración: anillo vaginal y transdérmica.</li> </ul>
<b>Eficacia anticonceptiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Iniciando la toma el primer día de la menstruación: protección inmediata si no hay olvidos. Siendo necesarios 7 días de toma continua de un AHO para evitar la ovulación.</li> </ul>
<b>Posponer la menstruación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Omitir el intervalo de 7 días de descanso y comenzar un nuevo envase de 21 píldoras al día siguiente de haber finalizado el envase anterior (en los envases que contienen 28 comprimidos debe tomar las 21-24 píldoras "activas" e iniciar otro envase).</li> </ul>
<b>Olvido de pastillas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si aún no han pasado 12 horas, tomar la píldora olvidada, porque seguirá siendo segura.</li> <li>▪ Si han pasado más de 12 horas, y es uno de los 7 primeros comprimidos del envase, la píldora ha podido perder eficacia; tomar el comprimido olvidado, continuar la toma y durante 7 días utilizar además otro método; pero si ha habido coito debe tomar la píldora poscoital. Del comprimido 8 al 14, no es preciso tomar otras medidas si no olvidó más de 4 comprimidos, la píldora sigue siendo segura. Del comprimido 15 al 21, tras el olvido, interrumpir la toma 7 días y reiniciar un nuevo envase.</li> </ul>
<b>Náuseas y otros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las náuseas y la tensión mamaria pueden aparecer los primeros meses y desaparecen con el tiempo de uso.</li> <li>▪ Son mejor tolerados los compuestos entre 15 y 30 µg de etinilestradiol.</li> </ul>
<b>Ganancia de peso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Con los AHO de baja dosis no se ha demostrado un aumento de peso significativo. Controlar con restricción dietética (un pequeño porcentaje es consecuencia de una respuesta anabólica a los esteroides y en este caso sólo disminuirá el peso al suspenderlos).</li> </ul>
<b>Metrorragia (&gt; 1 compresa por día)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si persiste a partir del 3º mes de tratamiento, descartar patología orgánica;</li> </ul>

	<p>aclarado el origen se puede aumentar la dosis de estrógenos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se ha demostrado que la aparición de la hemorragia vaya asociada a una disminución de la eficacia ni que AHO con similar dosis tengan diferentes tasas de hemorragia.</li> </ul>
<b>Spotting (&lt; 1 compresa por día)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mayor incidencia los 3 primeros meses: 10-30% en el 1º mes; &lt; 10% en el 3º. Tranquilizar a la paciente y, si persiste más de 3 meses, se puede aumentar la dosis de estrógenos.</li> </ul>
<b>Ausencia de hemorragia por privación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En una ocasión: descartar embarazo, tranquilizar a la mujer y continuar la toma.</li> <li>▪ Persistente: descartar embarazo y si el estudio complementario es normal continuar la toma si lo desea la mujer. Si genera mucha ansiedad se pueden intentar otras formulaciones de AHO (no está apoyado en ningún ensayo clínico) o recomendar otro método.</li> </ul>
<b>Vómitos y diarrea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si tras tomar la píldora aparecen vómitos o diarrea antes de que hayan pasado 4 horas, se debe considerar nula esa toma. Tomar otra píldora antes de 12 horas.</li> </ul>
<b>Cloasma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incidencia del 5%, que ha disminuido con los preparados de baja dosis de estrógenos. Sólo desaparece tras suspender la toma de la píldora.</li> </ul>
<b>Amenorrea postpíldora</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se ha demostrado que exista una relación causa-efecto (incidencia 0,7-0,8%).</li> <li>▪ Si persiste más de tres meses estudiarla como cualquier amenorrea secundaria.</li> </ul>
<b>Embarazo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La toma de forma inadvertida al comienzo del mismo no aumenta el riesgo de malformación congénita. Esto es extensible a las embarazadas que han estado expuestas a progestágenos.</li> </ul>
<b>Fertilidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tras el abandono de la píldora el 50% de las mujeres quedan embarazadas en los 3 primeros meses. A los 2 años no han conseguido embarazo un 15% de nulíparas y un 7% de multíparas, cifras comparables a la prevalencia espontánea de infertilidad.</li> </ul>
<b>Interacciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evidencia clara con anticonvulsivantes y rifampicina.</li> <li>▪ Las penicilinas y tetraciclinas pueden restar eficacia a su píldora; si los toma, debe usar preservativos al menos 2 semanas. La toma aislada de algún comprimido de aspirina o paracetamol no les resta eficacia.</li> <li>▪ Ante la duda de una posible interacción con cualquier fármaco, hay que recomendar uso de métodos barrera mientras se tome el fármaco y hasta 7 días después de la finalización del mismo. Si el tratamiento coincide con la semana de descanso no realizarlo y comenzar un nuevo envase.</li> </ul>
<b>Cirugía programada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suspender la administración 6 semanas antes de una intervención quirúrgica de alto riesgo de tromboembolismo (abdominal, pélvica o traumatológica) o inmovilización prolongada. Esperar al menos 2 semanas tras la cirugía antes de reiniciar el tratamiento.</li> </ul>

### ● **Efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales orales (Tabla I.7)**

- En la actualidad se ha reducido mucho su aparición debido a las dosis bajas de estrógenos utilizados y al uso de gestágenos de 2ª y 3ª generación.

- Tener especial atención a su aparición en:
  - Fumadoras mayores de 35 años.

- Mujeres con riesgo cardiovascular.
- Diabéticas.

**Tabla I.7. Efectos secundarios de los AHO**

<b>Efectos adversos mayores</b>	<b>Efectos adversos menores</b>
<p><b>1. Enfermedad cardiovascular</b></p> <p>- Cardiopatía isquémica e ictus. En la actualidad, este riesgo es notablemente inferior con la utilización de estrógenos y con los gestágenos de 2ª y 3ª generación. El riesgo está aumentado ante la presencia de factores de riesgo.</p> <p><b>2. Tromboembolismo venoso (TEV)</b></p> <p>- Asociada al uso de cualquier tipo de AHO. Aunque el riesgo de TEV asociado al uso de los AHO es menor que el correspondiente al embarazo. El riesgo es mayor con los gestágenos de 3ª generación (Desogestrel y Gestodeno) que con los de 2ª (levonorgestrel).</p> <p><b>3. Adenomas hepatocelulares</b></p> <p>- Sólo se ha objetivado con elevadas dosis de estrógenos y durante un período superior a los 5 años. Suelen desaparecer tras el abandono del tratamiento. El carcinoma hepatocelular, no existen datos que apoyen una causa-efecto entre ambos procesos.</p> <p><b>4. Cáncer de mama</b></p> <p>- Los estudios no parecen apreciar un incremento global del riesgo. Sin embargo, cuando el análisis se estratifica por edad hay un incremento del riesgo relativo en mujeres menores de 45 años, que se ve compensado por una disminución del riesgo en mujeres de 45 a 55 años. El riesgo se incrementa con la duración de la exposición y con la menor edad del comienzo del uso.</p> <p><b>5. Cáncer de cérvix</b></p> <p>- Los datos disponibles son discordantes. Unos no encuentran aumento del riesgo, otros asocian un incremento del riesgo a medio y largo plazo.</p> <p><b>6. Hipertensión arterial</b></p> <p>- Aparece en el 5% de los casos, generalmente en los 6 primeros meses de tratamiento.</p>	<p><b>1. Incremento de peso</b></p> <p><b>2. Náuseas y vómitos</b></p> <p><b>3. Mastalgia</b></p> <p>- Si es premenstrual suele ser debida al efecto estrogénico sobre la mama. Si aparece en los períodos de descanso de 7 días es consecuencia de la retención hídrica secundaria al cese brusco de gestágenos.</p> <p><b>4. Infecciones urinarias</b></p> <p>- Dependen de la dosis estrogénica.</p> <p><b>5. Cloasma</b></p> <p>- En relación con el efecto estrogénico.</p> <p><b>6. Cambios de la libido</b></p> <p><b>7. Depresión</b></p> <p>- Del 5 al 15%. Predomina en mujeres con historia previa.</p> <p><b>8. Ictericia</b></p> <p>- Puede originar ictericia colostática y prurito generalizado en pacientes que en embarazos previos han presentado ictericia idiopática recurrente.</p> <p><b>9. Litiasis biliar</b></p> <p><b>10. Amenorrea pospíldora</b></p> <p><b>11. Pérdidas intermenstruales (spotting)</b></p> <p>- Se atribuye a un desequilibrio entre el aporte estrogénico y el gestágeno. Disminuye su incidencia con los preparados trifásicos y los gestágenos de tercera generación, aumentando con los preparados de 15 y 20 µg de etinilestradiol y, sobre todo, con la minipíldora de gestágeno. Si persiste más de 3 meses o aparece tras 6 meses de tratamiento obliga a descartar una patología ginecológica.</p>

● **Efectos beneficiosos de los anticonceptivos hormonales orales (Tabla I.8)**

Los anticonceptivos hormonales presentan múltiples beneficios para la salud aparte del efecto anticonceptivo que tienen, y pueden ser utilizados como tratamiento en algunos cuadros clínicos.

**Tabla I.8. Efectos beneficiosos de los AHO**

<b>Reducción del volumen menstrual</b>	Como consecuencia disminuye el riesgo de anemia ferropénica.
<b>Dismenorrea</b>	La mejora en un 90%. Desapareciendo los síntomas en casi la mitad de las mujeres. Se han mostrado más efectivos la minipíldora de gestágenos y los AHO a altas dosis.
<b>Enfermedad inflamatoria pélvica</b>	Las usuarias tienen un riesgo menor estimado del 50 al 60%. El beneficio no se mantiene tras el cese de la toma. La gravedad de la enfermedad en usuarias es menor.
<b>Embarazo ectópico</b>	La protección es superior al 90%.
<b>Patología benigna de la mama</b>	Disminuye el riesgo de presentar tanto enfermedad fibro quística como fibroadenomas. La protección aumenta con la duración del uso.
<b>Quistes de ovario</b>	Existe una disminución del riesgo del 50% para quistes funcionales y del 80% de quistes luteínicos. La protección está relacionada con la dosis estrogénica.
<b>Cáncer de endometrio</b>	El uso durante 12 meses de AHO supone una reducción del 50% del riesgo potencial de los tres principales tipos histológicos de cáncer, porcentaje que aumenta tras 3 años o más de uso y protege especialmente a las mujeres de riesgo como las nulíparas. Este efecto se mantiene al menos 15 años tras el tratamiento.
<b>Cáncer de ovario</b>	Reducción media de riesgo de un 40-50% que se mantiene tras la finalización de la toma, al menos durante 10 a 15 años. El grado de protección está en relación directa al tiempo de uso y es evidente a partir de los 6 meses.
<b>Manifestaciones hiperandrogénicas</b>	Mejora el acné y el hirsutismo moderado, sobre todo los preparados que contienen acetato de ciproterona y drospirenona. El efecto beneficioso no persiste tras el cese de la toma de AHO.
<b>Miomas uterinos</b>	Las usuarias de 10 o más años tienen una disminución del riesgo de un 20%.
<b>Osteoporosis</b>	Existe una relación directa entre el grado de protección y el tiempo de exposición. Retrasan la osteoporosis.
<b>Endometriosis</b>	Los AHO pueden mantener en estado quiescente a las células endometriales mientras se están tomando.

● **Contraindicaciones de los anticonceptivos hormonales orales (Tabla I.9)**

**Tabla I9. Contraindicaciones de los AHO**

<b>Absolutas</b>	<b>Relativas</b>
<b>Cardiovasculares</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trombosis venosa, embolismo pulmonar.</li> <li>● Ictus.</li> <li>● Cardiopatía isquémica.</li> <li>● Cardiopatías embolígenas.</li> <li>● HTA no controlada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Antecedentes familiares de primer grado con enfermedad tromboembólica (descartar déficit congénitos de antitrombina III, proteína C y S).</li> <li>● HTA no controlada.</li> <li>● Enfermedad varicosa.</li> <li>● Valvulopatía.</li> </ul>
<b>Metabólicas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diabetes: mal controlada, con afectación de órganos diana o asociada a otros FR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dislipemia.</li> <li>● Diabetes controlada sin otros FR.</li> </ul>
<b>Hematológicas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Déficit de proteínas anticoagulantes: antitrombina III, proteína C y S.</li> <li>● Resistencia a proteína C (factor V Leyden).</li> <li>● Trombocitosis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Drepanocitosis.</li> </ul>

<b>Ginecoobstétricas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Embarazo o sospecha.</li> <li>● Sangrado vaginal no filiado.</li> <li>● Lactancia (excepto AHO gestágeno).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Colestasis gestacional previa.</li> <li>● Displasias.</li> <li>● Galactorrea.</li> <li>● Oligomenorrea o amenorrea sin estudiar.</li> <li>● Enfermedad trofoblástica.</li> </ul>
<b>Factores de riesgo</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fumadoras &gt; 35 años y obesas.</li> <li>● Fumadoras &gt; 40 cigarrillos al día.</li> <li>● IMC &gt; 35.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fumadoras &gt; 35 años no obesas.</li> <li>● Fumadoras 15-40 cigarrillos al día.</li> <li>● IMC 30-35.</li> </ul>
<b>Neoplasias</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cáncer de mama (sospecha o diagnóstico).</li> <li>● Otros cánceres hormonodependientes del tracto genital.</li> <li>● Tumor hepático benigno o maligno.</li> <li>● Adenoma hipofisario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Antecedentes familiares de primer grado con cáncer de mama premenopáusico.</li> </ul>
<b>Otras</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Migraña focal.</li> <li>● Cirugía mayor electiva o inmovilización.</li> <li>● Hepatopatía activa, colestasis.</li> <li>● Lupus eritematoso.</li> <li>● Insuficiencia renal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Migraña no focal.</li> <li>● Epilepsia.</li> <li>● Litiasis biliar.</li> <li>● Crohn y colitis ulcerosa.</li> <li>● Nefropatía crónica.</li> <li>● Otosclerosis.</li> <li>● Depresión y otros trastornos psiquiátricos.</li> <li>● Interacciones medicamentosas.</li> </ul>

● **Interacciones farmacológicas de los anticonceptivos hormonales orales (Tabla I.10)**

1.- Los estrógenos inducen modificaciones enzimáticas de otras sustancias al inhibir el Citocromo P450.

2.- Algunos fármacos afectan al metabolismo de los estrógenos al hidroxilar al citocromo 450, con lo cual aumenta la eliminación de los estrógenos.

**Tabla I.10. Fármacos que interaccionan con los AHO**

<b>Pueden disminuir la eficacia de los AHO</b>	<b>Pueden aumentar la toxicidad de los AHO</b>
<p><b>A dosis habitual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Barbitúricos.</li> <li>▪ Carbamacepina.</li> <li>▪ Fenitoína.</li> <li>▪ Primidona.</li> <li>▪ Etosuximida.</li> <li>▪ Rifampicina.</li> </ul> <p><b>Sólo a altas dosis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Penicilina y derivados.</li> <li>▪ Tetraciclinas.</li> <li>▪ Eritromicina.</li> <li>▪ Cotrimoxazol.</li> <li>▪ Metronidazol.</li> <li>▪ Nitrofurantoína.</li> <li>▪ Griseofulvina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alopurinol.</li> <li>▪ Cloramfenicol.</li> <li>▪ Cimetidina.</li> <li>▪ Disulfirano.</li> <li>▪ Hidrocortisona.</li> <li>▪ Isoniacida.</li> <li>▪ Metilfenidato.</li> <li>▪ IMAO.</li> <li>▪ Fenotiacinas.</li> <li>▪ Vacunas BCG e influenza.</li> </ul>

### **2.2.1.2- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS VAGINALES**

- Similar eficacia que los anticonceptivos hormonales combinados orales, con similares efectos secundarios y contraindicaciones.
- Excelente tolerancia y aceptabilidad.
- Presentación: Anillo vaginal de 5,4 cm. de diámetro de vinil-acetato.
- Nombre comercial: Nuvaring®.
- Composición: Etinil-E2 (15 mcg) + Etonogestrel.
- Forma de administración: Un anillo vaginal durante 3 semanas seguidas y 1 de descanso.

### **2.2.1.3- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS TRANSCUTANEOS**

- Similar eficacia que los anticonceptivos hormonales combinados orales.
- Buena tolerancia, aunque pueden aparecer reacciones cutáneas en la zona de aplicación. No utilizar en mujeres con peso superior a 90 kilos.
- Presentación: Parches.
- Composición: Etinil-E2 (20mcg) + Norelgestrinona.
- Nombre comercial: Evra®.
- Forma de administración: Un parche semanal, 3 semanas seguidas y 1 de descanso.

### **2.2.2- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES SÓLO DE GESTÁGENO**

Provocan un menstrual muy irregular (amenorrea, ciclos regulares), sin que ello influya en su capacidad anticonceptiva, **lo que es conveniente explicar a la paciente**. Ello ocasiona una menor aceptabilidad y una mayor tasa de abandonos.

#### Requisitos de uso:

Utilizar en mayores de 18 años y no hay límite de edad superior. Se pueden indicar cuando hay contraindicaciones para los estrógenos como en caso de antecedente de tromboembolismo venoso o en tratamiento con anticoagulantes o tras cirugía mayor, pero tampoco están indicados en caso de trombosis venosa profunda, ni antecedente de enfermedad isquémica. No hay contraindicación para indicarlos en caso de tabaquismo, obesidad o migraña.



### **2.2.2.1- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES SÓLO DE GESTÁGENO ORAL**

- Principal indicación: durante la lactancia y en mujeres que no pueden tomar estrógenos.
- Composición: Desogestrel 75 mcg.
- Nombre comercial: Cerazet®. Azalia®
- Forma de administración: de forma ininterrumpida.

### **2.2.2.2- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES SÓLO DE GESTÁGENO INYECTABLE**

- Principal indicación: mujeres con poca garantía de adherencia a otros tipos de tratamiento.
- Presentación: inyección intramuscular.
- Composición: Acetato de medroxiprogesterona.
- Nombre comercial: Depo-progevera 150®.
- Forma de administración: una inyección trimestral.

### **2.2.2.3- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES SÓLO DE GESTÁGENO IMPLANTES SUBCUTÁNEOS**

- Principal indicación: mujeres que no toleran el tratamiento hormonal combinado ni el DIU o aquellas incapaces de mantener la adherencia a otro tipo de tratamiento.
- Presentación, composición y nombre comercial:
  - Implanon NXT®:
    - 1 tubo de vinilo de 4x2 mm con Etonorgestrel 68 mg.
- Forma de administración: implante subcutáneo mediante cirugía menor a nivel del brazo.
- Duración: 3 años.
- Efectos secundarios frecuentes: patrón menstrual irregular con oligomenorrea y spotting.

### **2.2.2.4- ANTICONCEPTIVOS HORMONALES SÓLO DE GESTÁGENO EN DIU**

- Principales indicaciones:
  - \*Como método anticonceptivo en mujeres que no toleran el tratamiento hormonal combinado, o aquellas incapaces de mantener la adherencia a otro tipo de tratamiento, o bien que desean anticoncepción reversible de forma prolongada siempre que no estén expuestas a riesgo de ETS.
  - \*Como tratamiento en mujeres con sangrado menstrual abundante durante la premenopausia.
- Presentación: Dispositivo intrauterino con depósito de gestágeno.
- Composición: Levonorgestrel 52 mg.
- Nombre comercial: DIU Mirena ®.
- Forma de administración: colocación intrauterina en UGA/ginecología.
- Duración: 5 años.
- Efectos secundarios: amenorrea y spotting.

En la **tabla I.11** se describen las ventajas e inconvenientes del DIU-LNG.

**Tabla I.11. Ventajas e inconvenientes del DIU-LNG**

Ventajas	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acción local en el útero, pocos efectos sobre el resto del organismo.</li> <li>▪ Extraordinariamente eficaz, casi como la ligadura de trompas. Falla menos del 1%.</li> <li>▪ Siempre está actuando. No hay que hacer memoria.</li> <li>▪ La fertilidad se recupera apenas se retira.</li> <li>▪ Puede ser retirado por el médico/a en cualquier momento.</li> <li>▪ Con el DIU-LNG se puede dar el pecho.</li> <li>▪ Ni la mujer ni su pareja pueden sentirlo.</li> <li>▪ Puede reducir el riesgo de cáncer endometrial.</li> <li>▪ Permite una mayor espontaneidad en las relaciones sexuales.</li> <li>▪ Reduce el sangrado y la anemia.</li> <li>▪ Disminuye el dolor de la regla.</li> <li>▪ Puede reducir miomas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Algunas molestias, calambres, como una regla, tras la colocación.</li> <li>▪ Puede alterar el ciclo y aparecer manchado o hemorragias entre las reglas los primeros 2-3 meses tras la colocación, que acaban desapareciendo.</li> <li>▪ Al cabo del primer año un 20% de las mujeres pueden presentar amenorrea, que puede llegar al 50% al cabo de 5 años. Esto no produce déficit de estrógenos, no afecta, ni afecta la fertilidad posterior.</li> <li>▪ Acné, tensión mamaria y cambios del humor pueden aparecer los primeros meses, pero desaparecen espontáneamente.</li> <li>▪ Se han detectado quistes ováricos funcionales en ecografías, asintomáticos y que desaparecen espontáneamente.</li> <li>▪ Es muy raro que se produzcan lesiones uterinas o infección tras la inserción.</li> <li>▪ Algunos DIU-LNG, un 5%, pueden descender o expulsarse y precisar recambio.</li> <li>▪ Las mujeres que utilizan el DIU de LNG tienen menos incidencia de embarazo ectópico que la población general, pero si se produjera un embarazo hay una mayor probabilidad de que sea ectópico.</li> <li>▪ No protege de las infecciones de transmisión sexual.</li> </ul>

### 2.2.2.5- ANTICONCEPCIÓN HORMONAL POSTCOITAL

#### A- LEVONORGESTREL 1.500 MCG

- Principal indicación: Evitar un embarazo no deseado tras un coito sin protección.
- Presentación: 1 comprimidos de 1500 mcg.
- Composición: Levonorgestrel 1500 mcg.
- Nombre comercial: Postinor 1500®, Norlevo 1500®.
- Forma de administración: una sola dosis de 1500 mcg antes de las 72 h. del coito desprotegido.

#### B- ACETATO DE ULIPRISTAL 30MG (ELLAONE 30MG®)

No existen diferencias en la eficacia de uno u otro cuando se administran en las primeras 72 horas de un coito desprotegido, el Acetato de Ulipristal en ficha técnica amplia la eficacia hasta 120 horas.

El Acetato de Ulipristal precisa receta médica y el Levonorgestrel es de libre dispensación desde 2009 en España.

El estudio de la evidencia no demuestra que haya diferencias en efectos adversos con las dos modalidades, pero hay pocos datos de seguridad a largo plazo con Acetato de Ulipristal.

### 3. BIBLIOGRAFÍA

- Actualización en el manejo clínico de la Anticoncepción Hormonal, Intrauterina y de Urgencia. Conferencia de Consenso. 26 y 27 de Noviembre, Madrid. Sociedad Española de Contracepción, 2011.
- Alberto López García-Franco, Lorenzo Arribas Mir, Emilia Bailón Muñoz, M. José Iglesias Piñeiro, Julia Ojuel Solsona, Blanca Gutiérrez Teira et al. Actividades preventivas en la mujer. Grupo de expertos del PAPPs. Prevención de embarazos no deseados. Aten Primaria. 2012; 44 Supl 1:70-75.
- Alonso M, Barata M. Anticoncepción. Planificación familiar reversible. En: Guía de Actuación de Atención Primaria. 3ª ed. Barcelona: Semfyc; 2006. p. 535-555.
- Arribas L, Ordóñez MJ, Arribas B. Anticoncepción de urgencia 2010. Aten Primaria. 2010;42:129-31.
- Arribas-Mir L, Rueda-Lozano D, Agrela-Cardona M, Cedeño-Benavides T, Olvera-Porcel C, Bueno-Cavanillas A. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain. Contraception. 2009;80:457-62.
- Bartlett JG. Serologic screening for HIV infection. This topic last updated: feb 12, 2011. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2011.
- Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2011. Plan de Calidad Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.; 2011
- Ministerio de Sanidad y Consumo [página principal en Internet] <http://www.msc.es>
- Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Hopkins R Jr, Owens DK, Clinical Efficacy Assessment Subcommittee, American College of Physicians. Screening for HIV in health care settings: a guidance statement from the American College of Physicians and HIV Medicine Association. Ann Intern Med. 2009; 150 (2):125.
- Sociedad Española de Contracepción. Conferencia de Consenso. Actualización de manejo clínico de los anticonceptivos hormonales. Aranjuez: Sociedad Española de Contracepción; 2005. Disponible en: [www.sec.es/area\\_cientifica/conferencias\\_consenso/index.php](http://www.sec.es/area_cientifica/conferencias_consenso/index.php)
- Sociedad Española de Contracepción. Conferencia de Consenso. Actualización en el manejo clínico de la anticoncepción hormonal, intrauterina y de urgencia. Madrid: Sociedad Española de Contracepción; 2011. Disponible en: [www.sec.es/area\\_cientifica/conferencias\\_consenso/index.php](http://www.sec.es/area_cientifica/conferencias_consenso/index.php)
- UK national guidelines for HIV testing 2008. London (UK): British HIV Association, British Association for Sexual Health and HIV, British Infection Society; 2008 Sep.

## ALGORITMO I: ELECCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES







# APÉNDICE II

SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO.  
ATENCIÓN AL PUERPERIO Y LACTANCIA.  
SUELO PÉLVICO.

**GRUPO PIAM 2012**





## ÍNDICE

<b>I - SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO.....</b>	<b>37</b>
1. CONSEJO PRECONCEPCIONAL.....	37
1.1. Consejo genético.....	37
1.2. Ácido fólico.....	38
1.3. Yodo.....	38
1.4. Otros suplementos vitamínicos.....	38
2. CONTROL PRECONCEPCIONAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	39
2.1. Diabetes.....	39
2.2. Hipertensión arterial.....	39
2.3. Enfermedades de la tiroides y otras endocrinopatías.....	39
2.4. Asma.....	40
2.5. Epilepsia.....	40
2.6. Otras.....	40
3. RIESGOS DE EXPOSICIÓN DURANTE EL EMBARAZO.....	40
3.1. Fármacos.....	40
3.2. Agentes físicos. Radiaciones.....	41
3.3. Hipertermia.....	41
3.4. Tóxicos.....	41
3.4.1. Tabaco.....	41
3.4.2. Alcohol.....	42
3.4.3. Café.....	42
3.4.4. Otras drogas.....	42
4. PREVENCIÓN TRANSMISIÓN VERTICAL ENFERMEDADES INFECCIOSAS....	42
5. CONSEJOS SOBRE ESTILOS DE VIDA Y HÁBITOS SALUDABLES.....	43
5.1. Ejercicio.....	43
5.2. Viajes.....	43
5.3. Relaciones sexuales.....	43
6. VACUNACIÓN.....	44
6.1. Toroide tetánico.....	44
6.2. Hepatitis B.....	44
6.3. Gripe.....	44
6.4. Otras vacunaciones.....	44
7. FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO.....	45
7.1. SITUACIONES PATOLÓGICAS HABITUALES DEL EMBARAZO.....	47
7.1.1. Amenaza de aborto.....	47
7.1.2. Desprendimiento prematuro de placenta.....	47
7.1.3. Embarazo prolongado.....	47
7.1.4. Amenaza de parto pretérmino.....	47
7.1.5. Placenta previa.....	47
8. MANEJO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DURANTE EL EMBARAZO.....	48
8.1. Problemas del APARATO DIGESTIVO.....	48
8.1.1. Emesis e hiperemesis gravídicas.....	48
8.1.2. Estreñimiento.....	49

8.1.3. Hemorroides.....	49
8.1.4. Pirosis y dolor epigástrico.....	49
8.2. Problemas CARDIOCIRCULATORIOS.....	50
8.2.1. Edemas y varices de extremidades inferiores.....	50
8.2.2. Estados hipertensivos del embarazo.....	50
8.2.3. Anemia ferropénica.....	52
8.3. Problemas ENDOCRINOLÓGICOS.....	52
8.3.1. Diabetes.....	52
8.3.2. Problemas de la glándula tiroides.....	53
8.4. Problemas del APARATO RESPIRATORIO.....	54
8.4.1. Asma .....	54
8.5. Problemas GENITOURINARIOS.....	55
8.5.1. Infecciones del tracto urinario.....	55
8.5.2. Vulvovaginitis.....	56
8.6. INFECCIONES del embarazo.....	56
8.6.1. Infección por virus del herpes simple.....	56
8.6.2. Infección por el virus de la varicela.....	56
8.6.3. Infección por el virus de la hepatitis B y C.....	57
8.6.4. Infecciones respiratorias.....	57
9. MOLESTIAS COMUNES EN EL EMBARAZO.....	58
9.1. Lumbalgia.....	58
9.2. Melasma.....	58
9.3. Ansiedad.....	58
9.4. Rinoconjuntivitis alérgica.....	58
10. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.....	59
<b>II - ATENCIÓN AL PUERPERIO Y LA LACTANCIA.....</b>	<b>61</b>
1. ACTIVIDADES ASISTENCIALES.....	61
1.1. Actividades enfocadas al recién nacido.....	62
2. LACTANCIA MATERNA.....	62
2.1. Aspectos a tener en cuenta sobre el fomento, la protección y el mantenimiento de la lactancia materna.....	63
2.1.1. Recomendaciones para una lactancia materna exitosa.....	63
2.2. Contraindicaciones de la lactancia materna.....	66
2.3. Extracción y conservación de la leche materna.....	67
2.3.1. Recomendaciones para conservar y almacenar la leche materna	67
2.3.2. Cómo almacenar la leche materna.....	68
2.3.3. Cómo descongelar y calentar la leche extraída.....	68
2.4. Observar una toma y asesorar sobre la práctica de la lactancia materna.....	68
2.4.1. Síntomas que indican una posición inadecuada al mamar.....	68
2.5. Lactancia materna como analgesia no farmacológica en procedimientos invasivos.....	69
2.6. COLECHO.....	69
3. ATENCIÓN EN SITUACIONES DE MAYOR VULNERABILIDAD.....	69
4. APOYO EN SITUACIONES DE PÉRDIDA Y DUELO.....	70
5. ACTIVIDADES GRUPALES POSPARTO.....	70

5.1. Asesoramiento en aspectos relacionados con la madre.....	71
5.2. Asesoramiento en aspectos relacionados con el recién nacido/a.....	71
5.3. Trabajo corporal posparto.....	71
<b>III – SUELO PÉLVICO.....</b>	<b>72</b>
1. VALORACIÓN Y ABORDAJE TERAPÉUTICO.....	72
2. CAUSAS DE DETERIORO DE LA TONICIDAD Y FUERZA MUSCULAR PERINEAL.....	72
3. POSIBLES LESIONES RELACIONADAS CON EL PARTO.....	73
3.1. Episiotomía.....	73
3.2. Pujos, litotomía.....	73
3.3. Prolapsos genitales.....	73
4. PRINCIPALES PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL SUELO PÉLVICO.....	74
4.1. Patología uroginecológica.....	74
4.2. Patología coloproctológica.....	74
4.3. Patología sexual.....	75
4.4. Trastornos psicoafectivos.....	75
5. VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES DEL SUELO PÉLVICO....	75
5.1. Historia clínica.....	75
5.2. Examen perineal.....	77
6. ABORDAJE TERAPÉUTICO.....	78
6.1. Educación sanitaria.....	79
6.2. Ejercicios del suelo pélvico.....	79
6.3. Masoterapia.....	81
<b>IV - BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>



# I - Seguimiento del embarazo

## 1 – CONSEJO PRECONCEPCIONAL

La salud materno-fetal durante el embarazo depende en gran medida del propio estado de salud con que la mujer y su pareja afrontan la gestación. La prevención primaria, cuyo objetivo es evitar la aparición de la enfermedad, es la que se realiza en la consulta preconcepcional. Esta consulta debe formar parte de la asistencia prenatal de todas las mujeres, independientemente de su estado de salud. Anima a las parejas a considerar su responsabilidad de ser padres.

En el Subprograma Atención al Embarazo, Parto y Puerperio del PIAM se recogen los objetivos, la evaluación del riesgo reproductivo y las actividades preventivas y educación para la salud de la atención preconcepcional. En este apéndice se destacan algunas recomendaciones del consejo genético.

### 1.1- Consejo genético

Realizar una **anamnesis dirigida** tanto de la pareja como de sus familiares. A veces es preciso realizar estudios específicos de genética molecular y cariotipo. Las indicaciones para derivar a la consulta de genética del hospital de referencia se encuentran en la **tabla II.I.1.**

#### Tabla II.I.1. Indicaciones para estudio genético

- Consanguinidad.
- Cromosomopatía familiar.
- Esterilidad de causa desconocida.
- Progenitor afecto de cromosomopatía.
- Infertilidad.
- Hijo anterior afecto de cromosomopatía.

**Recomendaciones a hacer en mujeres de edad avanzada** (no especifica el rango de edad). La guía Pre-conception - advice and management. Prodigy 2007, menciona que:

- Se ha de informar a las mujeres que planeen un embarazo, que el **riesgo de anomalías cromosómicas**, como el síndrome de Down, aumenta con la edad materna y después de un embarazo previamente afectado. El riesgo de síndrome de Down en base a la edad: 20 años, riesgo de 1:1500; 30 años, riesgo de



1:800; 35 años, riesgo de 1:270; 40 años, riesgo de 1:100; 45 años o más, riesgo  $\geq$  de 1:50.

- Se ha de informar que **no existe una prueba antes de la concepción que pueda predecir si una pareja puede concebir un bebé con una anomalía cromosómica**, como el síndrome de Down, y que las pruebas de cribado prenatal pueden estimar la probabilidad de que una mujer embarazada espere un bebé con síndrome de Down.
- Informar, además, que a las mujeres embarazadas con alto riesgo se les ofrece una prueba diagnóstica definitiva para el síndrome de Down (a través de amniocentesis, muestreo de vellosidades coriónicas o muestra de sangre fetal). Añade que es importante que las mujeres sean conscientes de que esta prueba implica un riesgo de muerte fetal, pero que esto ocurre en menos de 1% de los casos. (PREVID Abordaje preconcepcional (deseo de embarazo) de una mujer de 40 años).

## 1.2 - Acido Fólico

### Los alimentos ricos en ácido fólico son fundamentalmente:

Vegetales de hoja verde (espinacas, coles de Bruselas, guisantes), frutas (naranja, aguacate, melón), hígado, frutos secos (nueces, almendras), cereales y legumbres.

Una dieta equilibrada aporta hasta 1,5 mg de ácido fólico, aunque la mayor parte se inactiva con la cocción de los alimentos. De ahí que sea difícil conseguir la dosis adecuada mediante esta medida. Aun así debemos aconsejar a las mujeres aumentar su consumo.

## 1.3.-Yodo

Se **contraindica el uso de antisépticos yodados** por la posibilidad de inducir un hipotiroidismo transitorio neonatal, durante el embarazo, parto y lactancia.

**No indicación de suplementos de yodo durante el embarazo.** En base a la documentación revisada, y cuyos principales resultados se resumen a continuación, en el momento actual no se encuentran evidencias suficientes para establecer una recomendación firme en relación a la necesidad de la suplementación adicional sistemática con preparados farmacológicos de yodo en ]gestantes sanas en áreas con déficit leve-moderado de yodo (*Previd*, *MurciaSalud* banco de preguntas [07/03/2011]).

## 1.4 - Otros Suplementos vitamínicos

Las revisiones consultadas en la Biblioteca Cochrane Plus y las llevadas a cabo por la OMS concluyen que no hay beneficios en la sustitución de los suplementos de hierro (cuando se precisan) y de folatos por complejos de micronutrientes múltiples. Tampoco se ha demostrado que su ingesta antes del embarazo o durante las primeras semanas prevenga el aborto espontáneo. No está recomendada la suplementación

con vitamina A en nuestro medio ni de B6 de forma rutinaria. La vitamina B12 debería ser suplementada en aquellas personas con posible deficiencia en su dieta, como los vegetarianos, ya que se obtiene principalmente de alimentos de origen animal.

## **2.-CONTROL PRECONCEPCIONAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS**

Las mujeres que padecen alguna enfermedad crónica deben encontrarse en un periodo de control óptimo de su enfermedad antes de quedarse embarazadas.

### **2.1-Diabetes.**

El objetivo debe ser valorar el riesgo en función de las complicaciones derivadas de su enfermedad y, si es viable, conseguir un adecuado control para prevenir y/o reducir las posibles complicaciones materno-fetales.

Según el Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE), la gestación estaría desaconsejada en las siguientes situaciones:

- HbA1c > 7% (con estas cifras hay un mayor riesgo de malformaciones). Conseguir control óptimo HbA1c < 7, 6 meses anteriores a la gestación.
- Nefropatía grave (creatinina plasmática > 2 mg/dl, proteinuria > 3 g/24 h y/o hipertensión arterial [HTA] de difícil control).
- Cardiopatía isquémica.
- Retinopatía proliferativa grave, con mal pronóstico visual.
- Neuropatía autonómica grave.

### **2.2-Hipertensión arterial.**

Se define como enfermedad crónica la HTA conocida antes del embarazo o detectada antes de la semana 20 y que persiste 6 semanas tras el parto. Las cifras tensionales óptimas son las mismas que para la población general sana (< 140/90 mmHg). Ver el manejo de la HTA en "Estados hipertensivos del embarazo".

### **2.3-Enfermedades de la tiroides y otras endocrinopatías.**

Requieren un control óptimo pre-concepcional. La dosis de levotiroxina debe aumentarse entre un 30-50% apenas la mujer sepa que está embarazada. Las necesidades de levotiroxina en mujeres con hipotiroidismo aumentan durante el embarazo y la absorción de levotiroxina puede verse disminuida. Por ello es importante intervenir de forma rápida al inicio de la gestación. Es necesario un incremento en la dosis de levotiroxina para mantener los niveles séricos de TSH y T4 libre normales para la edad gestacional. Se considera normal durante el embarazo una **concentración de TSH de 0,4-2,0 mU/L.**

## **2.4-Asma.**

Es un problema creciente en las gestantes. El asma grave y mal controlada se asocia con prematuridad, cesárea, preeclampsia y retraso en el crecimiento; las exacerbaciones asmáticas graves aumentan la morbimortalidad materna. Se debe optar por la vía inhalatoria como primera opción de tratamiento tanto para beta-2 agonistas como para la beclometasona. Un metaanálisis publicado en la Cochrane en 2006 concluye que la administración inhalada de corticoides durante la gestación no se asocia a un mayor riesgo de malformaciones, parto prematuro, bajo peso al nacer ni HTA inducida por el embarazo. Es más nociva un asma mal controlada que la medicación antiasmática.

## **2.5-Epilepsia.**

Se debe intentar control de al crisis con un solo fármaco. Los más seguros, asociados a ácido fólico en la etapa periconcepcional son carbamacepina (Categoría C) y el ácido valproico (Categoría D).

## **2.6-Otras.**

Enfermedades como conectivopatías, colitis ulcerosa, etc., deben encontrarse en periodo estable, se debe planificar la gestación tras 6 meses de inactividad clínica, con la dosis farmacológica mínima posible, para recomendar el embarazo. El uso de prednisona en las primeras semanas de gestación aumenta el riesgo de malformaciones orofaciales.

## **3.-RIESGOS DE EXPOSICIÓN DURANTE EL EMBARAZO**

La mujer embarazada debe conocer desde el inicio de la gestación el riesgo que conlleva para el feto la exposición a determinados agentes. Aproximadamente el 80% de las malformaciones de los recién nacidos tienen etiología desconocida y en el 18-20% de los casos se puede establecer una relación causa-efecto clara. En el 70% de los casos de defectos congénitos conocidos se identifica un teratógeno ambiental como causa del mismo.

### **3.1-Fármacos.**

Durante el embarazo debemos evitar la administración de cualquier medicamento (sobre todo durante el primer trimestre de gestación) a menos que sea realmente necesario, ya que la mayoría atraviesan la barrera placentaria. Su efecto teratogénico depende de la dosis administrada, la duración del tratamiento, la respuesta de los tejidos fetales y la edad gestacional. También debemos tener en cuenta que puede ser igualmente peligroso retirar el tratamiento de algunas enfermedades. Por lo tanto, debemos evitar aquellos medicamentos para los que no haya indicación durante el embarazo (talidomida, dietilestilbestrol, misoprostol, vitamina A a dosis elevadas, etc.), medicalizar enfermedades banales y evitar la automedicación. En mujeres con



deseo gestacional en tratamiento con fármacos potencialmente teratógenos debemos suprimirlos o sustituirlos.

### **3.2-Agentes físicos. Radiaciones.**

La exposición intrauterina a radiaciones ionizantes se ha relacionado con la aparición de muerte fetal, retraso mental, microcefalia, leucemia, anomalías cromosómicas. El periodo de mayor riesgo se da entre la semana 2 y 8 de embarazo para la aparición de malformaciones y entre la 8 y la 15 para retraso mental. Los efectos de la radiación dependen además de la dosis y duración de la exposición. A partir de la semana 25 de embarazo se pueden considerar seguras las exposiciones a dosis entre 1-10 rads (una radiografía simple de abdomen requiere 0,15 rads; una radiopelvimetría 0,30 rads).

### **3.3-Hipertermia.**

Una revisión sistemática publicada en la Cochrane en 2005 concluyó que la exposición materna en los primeros meses de embarazo a situaciones de hipertermia endógena (fiebre) o exógena (saunas, hornos) aumenta el riesgo de defectos del tubo neural y puede ser teratógena.

### **3.4-Tóxicos.**

#### ***3.4.1-Tabaco.***

Está demostrada la relación existente entre el hábito tabáquico en la embarazada y el bajo peso al nacer del recién nacido. Además, se asocia a parto prematuro, abortos y mortinatos.

#### **Efectos del tabaco en la madre:**

- Taquicardia, alteraciones de TA.
- Aumento TG y disminución HDL.
- Aumento Factor VII-C de la coagulación.
- Es carcinogénico.
- Causa enfermedades respiratorias.
- Provoca anemia, disminución vitaminas (C, B12, B6).
- Disminución O<sub>2</sub> de forma crónica.
- Disminución de O<sub>2</sub> en la placenta.

Consejo Médico para promover el abandono del tabaco en el embarazo: Guía Clínica. O. Gracia-Algar. Atención Primaria (2003).

#### **Efectos del tabaco en el feto:**

- Aumento de abortos espontáneos.
- Aumento de parto prematuro.

- Asociación a malformaciones (labio leporino, paladar hendido, espina bífida).
- Retraso crecimiento intrauterino.
- Taquicardia fetal
- Mayor % de desprendimiento de placenta y placenta previa.

Consejo Médico para promover el abandono del tabaco en el embarazo: Guía Clínica. O. Gracia-Algar. Atención Primaria (2003).

### ***3.4.2-Alcohol.***

Las consecuencias del consumo abusivo de alcohol durante la gestación se agrupan bajo el nombre de síndrome alcohólico fetal, que se define por abuso de alcohol durante el embarazo, retraso en el crecimiento, alteraciones faciales y alteraciones neurológicas.

Dosis moderadas de alcohol también han demostrado tener efectos adversos en el recién nacido. No hay dosis segura de alcohol, por lo que el consejo debe ser de **abstinencia durante la gestación.**

### ***3.4.3-Café.***

No se ha demostrado que el consumo de cafeína tenga efectos negativos sobre el peso del feto u otros resultados del embarazo. Sin embargo, se aconseja reducir el consumo de cafeína a 50 mg/día (una taza de café contiene entre 100-150 mg, mientras que una taza de café descafeinado contiene entre 2-4 mg).

### ***3.4.4-Otras drogas.***

Aconsejar la abstinencia de cualquier sustancia narcótica, alucinógena, psicotrópica o hipnótica que pueda crear adicción.

## **4.-PREVENCIÓN TRANSMISIÓN VERTICAL ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

Para controlar la transmisión vertical de determinados cuadros infecciosos, se recomienda solicitar a todas las mujeres que acuden con deseo de gestación una **serología de lúes, rubéola y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)** (previo consentimiento oral informado). Si no hay inmunidad frente al virus de la rubéola, se puede aconsejar posponer la gestación durante 1 mes con un método anticonceptivo seguro y administrar la vacuna. Hay que solicitar **serología de la hepatitis B** en esta visita a las mujeres con riesgo de exposición laboral a sangre humana, conviviente-pareja de portador de AgHBs (subunidad de antígeno de superficie del virus de la hepatitis B), usuarias de drogas por vía parenteral (UDVP), trabajadoras en instituciones de enfermos mentales, reclusas y personal de instituciones penitenciarias, receptoras de transfusiones o hemoderivados de forma repetida y mujeres que vayan a viajar a zonas de alta incidencia. Si no tienen inmunidad, se recomienda la vacunación. Se debe ofertar el cribado de enfermedad de Chagas mediante serología a las mujeres con deseo de gestación procedentes de

países latinoamericanos con endemia. (PAPPS ACTUALIZACION 2009. **Actividades preventivas en el embarazo E. Bailón Muñoz, L. Arribas Mir y J. Landa Goñi.** Grupo de Actividad Preventiva en la Mujer del PAPPS).

## **5.-CONSEJOS SOBRE ESTILOS DE VIDA Y HÁBITOS SALUDABLES**

### **5.1-Ejercicio.**

Debemos fomentar en las embarazadas la práctica de ejercicio físico moderado, desaconsejando los deportes de riesgo, enérgicos o de impacto. La actividad física en el agua puede mejorar algunas de las patologías más frecuentes en el embarazo, como la lumbalgia o la pesadez de piernas, así como tener un efecto relajante. Está desaconsejado el buceo.

### **5.2-Viajes.**

Recordar el uso de cinturones de seguridad adaptados. Informar de forma individualizada a aquellas mujeres que viajen al extranjero sobre medicación y administración de vacuna quimioprofilaxis frente a malaria para los viajes a zonas endémicas. Aunque viajar en avión no supone un mayor riesgo de hipoxia fetal, sí lo hay para un evento trombótico. En mujeres con embarazos sin riesgo se considera seguro volar hasta la semana 36.

### **5.3-Relaciones sexuales.**

En embarazadas de riesgo, aconsejar protección frente a las enfermedades de transmisión sexual. Las prácticas sexuales son seguras durante el embarazo.

En la **tabla II.I. 2** se resumen los principales aspectos educativos a desarrollar en la consulta preconcepcional y durante el embarazo:

#### **Tabla II.I.2. Aspectos educativos a desarrollar en la consulta preconcepcional y durante el embarazo.**

- Evitar el consumo de tabaco.
- Evitar el consumo de alcohol.
- Evitar el consumo de drogas.
- Consejo nutricional.
- Prevención de defectos del tubo neural con suplementos periconcepcionales de Acido fólico.
- Actividad física y laboral.
- Evitar exposición a teratógenos, fármacos, tóxicos ambientales (radiaciones, saunas).
- Prácticas sexuales seguras.
- Planificación familiar tras el parto.
- Importancia de la consulta prenatal precoz.
- Valoración de la red de apoyo social.



- Se debe ofertar el cribado de enfermedad de Chagas mediante serología a las mujeres con deseo de gestación procedentes de países latinoamericanos con endemia.

PAPPS ACTUALIZACION 2009. **Actividades preventivas en el embarazo E. Bailón Muñoz, L. Arribas Mir y J. Landa Goñi.** Grupo de Actividad Preventiva en la Mujer del PAPPS.

## 6.-VACUNACIÓN

En el marco de las actividades preventivas desarrolladas en AP, debemos promover el cumplimiento del calendario vacunal (prevención primaria). Toda mujer en edad fértil debería estar inmunizada contra la rubéola (prevención del síndrome de rubéola congénita), el tétanos (prevención del tétanos perinatal) y la hepatitis B. Si el calendario de vacunación no está completo, se debe valorar la posibilidad real de infección, riesgo que supone la enfermedad para la madre y el feto, efectos de la vacuna sobre ambos y posibilidad de inmunización del recién nacido a través de la vacunación de la madre. Son vacunas seguras durante el embarazo aquellas de virus o bacterias muertos o inactivados.

### 6.1-Toxoide tetánico.

Actualizar o iniciar inmunización a todas las gestantes que lo precisen, a partir de la semana 28, para que en caso de ser necesaria una segunda dosis, esta se administre de 4 a 6 semanas antes de la fecha probable de parto. Se recomienda la vacuna tétanos-difteria del adulto (Td), teniendo en cuenta los flujos migratorios y brotes de difteria ocurridos en los últimos años en los países del este de Europa. FMC – Protocolos.

### 6.2-Hepatitis B.

Vacunar al inicio de la gestación en mujeres de riesgo si no existe inmunidad previa.

### 6.3-Gripe.

Vacunar en el periodo de campaña octubre, noviembre, periodo de mayor circulación del virus, a las gestantes **a partir de la semana 14**; en caso de factores de riesgo para sufrir eventuales complicaciones, se aconseja vacunar durante el primer trimestre. Los anticuerpos maternos protegerán al recién nacido durante los 6 primeros meses de vida, en los que está contraindicada la vacuna. Aunque inicialmente se recomendó la vacunación frente a la gripe A/H1N1, está pendiente la valoración de los resultados de los últimos estudios para ratificar esta recomendación.

### 6.4- Otras Vacunas.

- Si existe riesgo de exposición, **se pueden administrar** las vacunas **meningocócica, neumococo, poliomielitis parenteral, rabia y hepatitis A.**
- **No se dispone de información sobre la seguridad** durante el **embarazo**, y debe **valorarse** de manera **individual** el riesgo-beneficio, en las vacunas del

## ***Haemophilus influenzae* tipo B, cólera, fiebre tifoidea parenteral y fiebre amarilla.**

- Están **contraindicadas las vacunas de virus o bacterias vivos o atenuados:**
  1. **Fiebre tifoidea oral, BCG (bacilo de Calmette-Gérin), varicela.**
  2. **Triple vírica** (rubéola-sarampión-parotiditis): en caso de vacunación, debe evitarse el embarazo, en las 4 semanas posteriores a la administración de la vacuna, aunque no se ha registrado ningún caso de síndrome de rubéola congénita en mujeres con embarazo no conocido.
- Durante la **lactancia materna puede administrarse cualquier tipo de vacuna**, tanto a la madre como al niño.
- Se puede administrar **cualquier vacuna de virus bacterias vivos o atenuados a los convivientes de las embarazadas.**

### **7.-FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO**

Los factores de riesgo obstétrico se definen como aquellas características sociales, médicas, obstétricas de otra índole, que al concurrir en uno o más embarazos, se asocian con un aumento de la morbilidad perinatal superior a la de la población general. El embarazo es un proceso dinámico, lo que nos obliga a una reevaluación continua del nivel de riesgo. En la **tabla II.I.3** se describen los factores de riesgo durante el embarazo según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

**Tabla II.I.3. Factores de riesgo durante el embarazo (SEGO).**

<b>Factores sociodemográficos</b>	<b>Antecedentes reproductivos</b>
-Edad materna: $\leq 18$ años -Edad materna: $\geq 35$ años -Obesidad: IMC $\geq 30^*$ -Delgadez: IMC $< 18,5^*$ -Tabaquismo -Alcoholismo -Drogadicción -Nivel socioeconómico bajo -Riesgo laboral	-Esterilidad en tratamiento al menos 2 años -Aborto de repetición (3 o más de 3 abortos) -Antecedente de nacido pretérmino -Antecedente de nacido con crecimiento intrauterino restringido -Antecedente de muerte perinatal -Antecedente de nacido con defecto congénito -Hijo con lesión neurológica residual -Antecedente de cirugía uterina (excepto legrado instrumental) -Incompetencia cervical -Malformación uterina
<b>Antecedentes médicos</b>	<b>Embarazo actual</b>
-Hipertensión arterial** -Enfermedad cardíaca -Enfermedad renal -Diabetes mellitas	-Hipertensión inducida por el embarazo -Anemia grave -Diabetes gestacional -Infección urinaria de repetición

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Endocrinopatías</li> <li>-Enfermedad respiratoria crónica</li> <li>-Enfermedad hematológica</li> <li>-Epilepsia y otras enfermedades neurológicas</li> <li>-Enfermedad psiquiátrica</li> <li>-Enfermedad hepática con insuficiencia</li> <li>-Enfermedad autoinmune con afectación sistémica</li> <li>-Tromboembolismo</li> <li>-Patología médico-quirúrgica grave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Infección de transmisión perinatal</li> <li>-Isoinmunización Rh</li> <li>-Embarazo múltiple</li> <li>-Polihidramnios/oligohidramnios</li> <li>-Hemorragia genital</li> <li>-Placenta previa a partir de la 32 semana</li> <li>-Crecimiento intrauterino restringido</li> <li>-Defecto congénito fetal</li> <li>-Estática fetal anormal a partir de la semana 36</li> <li>-Amenaza de parto pretérmino</li> <li>-Embarazo postérmino</li> <li>-Rotura prematura de membranas</li> <li>-Tumoración uterina</li> <li>-Patología médico-quirúrgica grave</li> </ul>
---	---

\*IMC: **índice de masa corporal** (kg/m<sup>2</sup>): se calcula como peso en kg/talla en metros<sup>2</sup>.

\*\* Se considera **HTA en el embarazo** unas cifras iguales o mayores a **140/90 mmHg** o el aumento en 30 mmHg de la presión arterial sistólica o en 15 mmHg la presión arterial diastólica.

En la **tabla II.I.4** se recogen los criterios de **derivación urgente** de una gestante al hospital de referencia.

#### **Tabla II.I.4. Criterios de derivación urgente**

- Fiebre elevada ( $\geq 40^{\circ}$  C) o menor sin foco.
- Enfermedades infecciosas que pueden afectar al feto.
- Pielonefritis aguda.
- Neumonía.
- Fiebre puerperal.
- Dolor abdominal agudo.
- Sospecha de embarazo ectópico.
- Vómitos intensos y persistentes (hiperémesis gravídica).
- Cefalea intensa o trastornos visuales.
- Isoinmunización Rh.
- Preeclampsia moderada o grave.
- Accidentes o traumatismos graves con cese del LF.
- Hemorragia vaginal con signos de gravedad.
- Pérdida de líquido por vía vaginal (rotura prematura de membranas).
- Contracciones o dolor abdominal intermitente e intenso.
- Cambio brusco en el tamaño uterino.
- Cese de movimientos fetales percibidos con anterioridad e imposibilidad de escuchar el LF.
- Imposibilidad de escuchar el LF, previamente positivo.
- Trastornos psiquiátricos graves.
- Cualquier patología no relacionada con el embarazo, pero que requiera tratamiento hospitalario (apendicitis aguda, trombosis venosa profunda, crisis asmática, crisis hipertensiva, etc.).

## 7.1-SITUACIONES PATOLÓGICAS HABITUALES DEL EMBARAZO

### 7.1.1-Amenaza de aborto

Es la presencia de **metrorragias o contracciones uterinas en una mujer embarazada**. Se le recomendará **reposo en cama y no tener relaciones sexuales** hasta que los signos de alarma hayan desaparecido. Se debe solicitar Beta-HCG y ecografía obstétrica. En cualquier caso, **el embarazo pasa a ser de alto riesgo obstétrico**.

Si la hemorragia fuera importante, si existieran restos placentarios o el cuello estuviera abierto, estaríamos ante un **aborto en curso** y la **derivación al hospital** se debe realizar de manera **urgente**.

### 7.1.2- Desprendimiento prematuro de placenta

Se le llama también **abruptio placentae** y se entiende por tal aquella placenta que después de 22 semanas de gestación y antes del 3º trimestre se desprende de su implantación normal.

Los síntomas habituales son el **sangrado vaginal y las contracciones uterinas dolorosas**. La paciente debe ser remitida al hospital para confirmar el diagnóstico y hacer el **diagnóstico diferencial con la placenta previa** que puede cursar con los mismos síntomas.

### 7.1.3- Embarazo prolongado

Se considera prolongado aquel que **dura más de 42 semanas**. La mayoría son debidos a errores en la fecha de la última regla. Se le remitirá a un nivel secundario para estudios complementarios.

### 7.1.4- Amenaza de parto pretérmino (APP)

Presencia de contracciones uterinas al menos cada 10 minutos **antes de la 37 semanas** de gestación. Pasa a ser un **embarazo de riesgo obstétrico** y deben de ser derivadas a nivel secundario.

### 7.1.5-Placenta previa

Se sospecha ante la presencia de una **hemorragia en el tercer trimestre** de gestación. Consiste en la implantación de la placenta en el segmento inferior pudiendo ser marginal, parcial o total. En estos casos han de ser ingresados en el hospital para estudio.

## **8.-MANEJO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DURENTE EL EMBARAZO**

### **8.1-Problemas del APARATO DIGESTIVO.**

#### **8.1.1-Emesis e hiperémesis gravídicas.**

##### **8.1.1.1- Emesis gravídica.**

Náuseas y vómitos esporádicos, preferentemente matutinos y autolimitados que molestan a la gestante, pero que no impiden su correcta alimentación.

##### **8.1.1.2.-Hiperémesis gravídica.**

Vómitos continuos e intensos que impiden la alimentación de la embarazada ocasionando su deshidratación y un trastorno metabólico más o menos grave.

**Clínica:** en el primer trimestre de embarazo, las náuseas y los vómitos son los síntomas más comunes. Pueden persistir más allá del primer trimestre, si bien solamente el 10% vomita pasada la semana 20. Son de predominio matutino en la mayoría de los casos.

**Diagnóstico:** se fundamenta en la clínica y en signos analíticos de deshidratación para hiperémesis, como son el aumento de la densidad de la orina y cetonuria, elevación del nitrógeno ureico y hematocrito (hemoconcentración), disminución de sodio, potasio y cloro, fundamentalmente.

##### **Tratamiento:**

*Medidas generales:* comidas frecuentes y en pequeña cantidad, dar preferencia a los alimentos fríos y sólidos evitando los líquidos y calientes, condimentación sencilla, permanecer tranquila y reposada. Disminuir la ingesta de grasas y evitar los alimentos de olor fuerte y penetrante. Existe suficiente evidencia para recomendar la ingesta de jengibre por sus efectos beneficiosos sobre el control de náuseas y vómitos.

*Medidas farmacológicas:* la asociación de succinato de doxilamina 10 mg y piridoxina 10 mg (vitamina B6) (Cariban®) es de primera elección (categoría A de la *Food and Drug Administration* [FDA], nivel de evidencia A) se puede comenzar con dos comprimidos por la noche hasta alcanzar un máximo de 8 comprimidos al día. Si fuera preciso, podemos añadir metoclopramida 10 mg/8 horas antes de las comidas (categoría B). Si no se tolera la vía oral, se puede emplear la asociación de piridoxina 0,25 mg, difenhidramina 0,1 g y cocarboxilasa 0,05 g por vía rectal, cada 6 horas. Ante un cuadro de vómitos persistentes, descartar hipertiroidismo. En casos de hiperémesis con deshidratación analítica o sospecha, remitir a urgencias para una adecuada reposición hidro-electrolítica.



### 8.1.2-Estreñimiento.

Es muy frecuente, sobre todo al final de la gestación, debido a la disminución de la motilidad gastrointestinal y al retraso del vaciado intestinal que produce la presión del útero. El **tratamiento** consiste en:

*Medidas generales:* suplementos dietéticos de fibra, en forma de salvado de trigo, tomar abundantes líquidos y eliminar medicamentos que puedan causar estreñimiento.

*Medidas farmacológicas:* los formadores de bolo (*Psyllium*, ispágula, *Plantago ovata*, salvado y metil-celulosa) son de primera elección durante la gestación, ya que prácticamente no se absorben (categoría B). Las sales de magnesio pueden emplearse como segunda elección. Los supositorios de glicerina no han demostrado ser teratógenos en animales, pero los datos de su uso en gestantes son limitados (categoría C/D). El aceite de ricino está absolutamente contraindicado y los datos sobre la seguridad de la lactulosa son insuficientes para recomendar su uso de forma rutinaria.

### 8.1.3-Hemorroides.

Aproximadamente un tercio de las embarazadas sufren hemorroides, debido al aumento de la presión venosa por la compresión uterina. Su **tratamiento** consiste en:

*Medidas generales:* son de elección las medidas higiénico-dietéticas (grado de evidencia A), como evitar el estreñimiento y periodos prolongados en bipedestación y sedestación, y mantener limpia la zona perineal (baños de asiento en agua tibia 2 o 3 veces al día, así como lavarse con agua fría y jabón después de cada deposición).

*Medidas farmacológicas:* los protectores (calamina, aceite de hígado de bacalao, glicerina en solución acuosa, etc.) son de elección tanto para uso externo como interno, por su eficacia y seguridad. No deben usarse en forma de supositorios ya que la absorción en la mucosa anal es mayor. Los anestésicos locales se deben utilizar únicamente sobre la piel perianal, si son estrictamente necesarios y durante el menor tiempo posible. Los corticoides tópicos no deben utilizarse de forma continuada durante el embarazo, por el riesgo que tienen de causar daño fetal y en la madre si se absorben demasiado (categoría C).

### 8.1.4-Pirosis y dolor epigástrico.

Aparecen hasta en el 70% de las embarazadas y se producen por disminución del tono del esfínter esofágico y el aumento de la presión intra-abdominal. Su **tratamiento** consiste en:

*Medidas generales:* son de elección excluir alimentos y hábitos que empeoren los síntomas (grasas, chocolate, alcohol, café, té y cigarrillos), realizar comidas ligeras y frecuentes, y cenar unas 4 horas antes de acostarse.

*Medidas farmacológicas:* se ha venido empleando el sucralfato (categoría B). Un reciente estudio publicado en 2010 concluye que no hay evidencias para afirmar que los antiácidos, los antihistamínicos y los inhibidores de la bomba de protones, fármacos con un grado de recomendación A para estas patologías, dañen al feto. Las recomendaciones de omeprazol (categoría C) y ranitidina (categoría B) están en estudio. Misoprostol es teratógeno y está contraindicado.

## **8.2-Problemas CARDIOCIRCULATORIOS.**

### **8.2.1-Edemas y varices de extremidades inferiores.**

Se originan como consecuencia del aumento de la presión venosa, del aumento del volumen sanguíneo y por alteraciones en la pared vascular. Su **tratamiento** consiste en:

*Medidas generales:* son de elección (nivel de evidencia A) caminar diariamente, evitando bipedestaciones y sedestaciones prolongadas, evitar el estreñimiento y el uso de prendas ajustadas. También pueden ser útiles las medias elásticas, el masaje ascendente y la elevación de las piernas durante el reposo.

*Medidas farmacológicas:* no tienen eficacia ni seguridad probada en el embarazo, por lo que no se recomienda su uso.

### **8.2.2.-Estados hipertensivos del embarazo (EHE).**

En España, la incidencia de los EHE oscila del 2,5-5% y constituyen una de las cuatro primeras causas de morbi-mortalidad materna y perinatal. Son **factores predisponentes:** primíparas, edad < 20 años y > 35 años, mola hidatiforme, hidramnios, embarazo múltiple, existencia de patología cardiovascular previa, enfermedad renal crónica, diabetes, obesidad, consumo de tabaco, predisposición familiar, malnutrición, dislipidemias. Para **cribado** se recomienda la medición de la TA en todas las gestantes en la primera visita y periódicamente en todas las siguientes.

**Diagnóstico:** cifras de TA  $\geq 140/90$  mmHg en dos o más tomas consecutivas con una diferencia mínima de 6 horas entre ambas; incrementos de 30 mmHg de la TA sistólica o de 15 mmHg de la TA diastólica sobre los valores basales previos a la semana 20, al menos en dos tomas separadas un mínimo de 6 horas y tras reposo en cama de 10 minutos. Podemos observar la clasificación de los EHE en la **tabla II.1.5.**

### Tabla II.I.5. Clasificación de los estados hipertensivos del embarazo

- **HTA crónica:** se detecta antes del embarazo o en las primeras 20 semanas. Se puede diagnosticar *a posteriori* si persiste HTA a los 42 días del parto.
- **Preeclampsia:** HTA a partir de la semana 20ª acompañada de proteinuria (> 300 mg/l/24 horas o > 30 mg/dl en una muestra aislada), edema (sobre todo en cara y manos) o ambos.
- **Preeclampsia grave:** TA > 160/110 mmHg; proteinuria  $\geq$  2 g/24 horas; plaquetopenia <100.000/dl; transaminasas elevadas; hemolisis; dolor epigástrico y clínica neurológica (cefalea, fotopsias).
- **Eclampsia:** cuadro de convulsiones generalizadas o coma en una paciente con preeclampsia y al que no se puede atribuir otra causa.
- **Preeclampsia o eclampsia sobreimpuesta a una HTA crónica:** aumento de la TA previa de, al menos, 30 mmHg en la TAS, 15 mmHg en la TAD o 20 mmHg en la TAM, junto con la aparición de proteinuria o edema generalizado.
- **HTA transitoria del último trimestre:** HTA que aparece durante el tercer trimestre o en las primeras 24 horas posparto, sin otros signos de preeclampsia o HTA preexistente y asociada a un resultado perinatal normal.

HTA: hipertensión arterial; TA: tensión arterial; TAD: tensión arterial diastólica; TAM: tensión arterial media; TAS: tensión arterial sistólica. Tomada del documento de consenso del *National High Blood Pressure Education Program* de Estados Unidos, ratificado en el año 2000.

**Seguimiento:** una vez diagnosticada la HTA crónica, los controles deben ser frecuentes (cada dos semanas a partir de la semana 26 y cada semana a partir de la semana 30). La preeclampsia debe ser remitida al nivel especializado.

#### Medidas preventivas:

Medidas generales previas al embarazo: abandono del hábito tabáquico, pérdida de peso cuando el IMC > 29, control metabólico de diabetes.

#### Medidas farmacológicas:

**Ácido acetilsalicílico (AAS), 100 mg/día, a partir de las 12 semanas** en mujeres de alto riesgo de preeclampsia y hasta el final de la gestación, lo que permite reducir la reincidencia en un 14% y la tasa de mortalidad perinatal en un 21% (categoría C).

El tratamiento debe ser individualizado. La **alfametildopa es de primera elección** (categoría B, grado de recomendación A), con una dosis máxima diaria de 1 a 2 g. En mujeres con HTA previa al embarazo, es recomendable el cambio a metildopa siempre que sea posible. Una **alternativa es el labetalol**. Los diuréticos, los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y los antagonistas del receptor de la angiotensina (ARA-II) están contraindicados.

### 8.2.3-Anemia ferropénica.

El 75-95% de las anemias que ocurren durante el embarazo son ferropénicas, y se deben al aumento de los requerimientos de hierro y al incremento de volumen plasmático sobre todo en el segundo trimestre, que da lugar a una hemodilución fisiológica.

**Diagnóstico:** según los criterios de la OMS, se considera anemia en el embarazo cifras de Hb < 11 g/dl y Hto < 33% en el primer y tercer trimestres, y Hb <10,5 g/dl y Hto < 32% en el segundo trimestre.

**Tratamiento:** el mejor preparado oral para la anemia es el **sulfato ferroso** (categoría A, nivel de evidencia A). Se ha observado que la administración de suplementos de hierro en ausencia de anemia no mejora los resultados obstétricos (sí tiene beneficios para la madre), e, incluso, la existencia de niveles elevados de ferritina obtiene peores resultados.

## 8.3.-Problemas ENDOCRINOLÓGICOS

### 8.3.1-Diabetes

Su prevalencia oscila del 3-14% según los estudios, y las recurrencias ocurren en el 35-55% de los embarazos.

**Cribado:** la **prueba de O'Sullivan** es utilizada universalmente por su sensibilidad, bajo coste y facilidad de realización. Se realiza una única extracción a la hora de administrar 50 g de glucosa oral, sin necesidad de ayuno previo. Un valor  $\geq 140$  mg/dl requiere la realización de una prueba diagnóstica, la **SOG con 100 g de glucosa oral**. Actualmente, una cifra  $\geq 190$  mg/dl se considera diagnóstica de diabetes gestacional.

**Diagnóstico:** glucemia basal  $\geq 126$  mg/dl en dos ocasiones o SOG positiva (dos o más valores alterados tras la realización de glucemia basal y 1, 2 y 3 horas tras la administración de 100 g de glucosa oral). Los valores de referencia son:

- Basal < 105 mg/dl.
- 1 hora < 190 mg/dl.
- 2 horas < 165 mg/dl.
- 3 horas < 145 mg/dl.

**Tratamiento:**

*Medidas generales:* en mujeres con IMC > 30, se recomienda ejercicio aeróbico (caminar) y dieta de 25 kcal/kg/día con reducción de los hidratos de carbono a 35-40% (50%); grasas 40-45%, de las cuales el 30% deben ser monoinsaturadas; proteínas 20% (nivel de evidencia A).

**Medidas farmacológicas:** tratar cuando la glucemia capilar sea  $> 95$  mg/dl ( $> 105$  mg/dl en sangre venosa), cuando la posprandial a la hora sea  $> 140$  mg/dl ( $> 155$  mg/dl en sangre venosa) o a las 2 horas sea  $> 120$  mg/dl ( $> 130$  mg/dl en sangre venosa). Tradicionalmente se ha empleado insulina humana biosintética si no es suficiente la dieta y el ejercicio (categoría B, nivel de evidencia A).

Hay que extremar las precauciones con los análogos de acción rápida.

### 8.3.2-Problemas de la glándula tiroides.

Durante el embarazo se producen cambios hormonales y modificaciones metabólicas fisiológicas que influyen sobre la función tiroidea, que deben ser tenidos en cuenta: aumento de la  $\beta$ HCG, que compite con la TSH en la estimulación de la glándula, aumento de la excreción urinaria de yodo y aumento de la globulina transportadora de la tiroxina, disminuyendo la fracción libre circulante. Las demandas metabólicas durante el embarazo producen modificaciones complejas de la función tiroidea que dificultan el diagnóstico y el tratamiento.

#### 8.3.2.1-Hipertiroidismo o tirotoxicosis.

Se presenta en 2/1.000 embarazos y se asocia con un aumento de complicaciones maternas y fetales. La causa más frecuente de hipertiroidismo durante el embarazo es el **bocio tóxico difuso o enfermedad de Graves-Basedow**, seguido por la tiroiditis linfocitaria subaguda, tiroiditis de Hashimoto, mola hidatiforme, coriocarcinoma y bocio nodular o adenoma tóxico.

La enfermedad de Graves-Basedow tiene una evolución variable durante el embarazo: si ya existía, tiende a empeorar durante el primer trimestre y después pierde actividad en el segundo y tercero. Las dosis de antitiroideos deben ajustarse durante la evolución de la gestación. Puede afectar tanto a la madre (preeclampsia, parto pretérmino, insuficiencia cardíaca y desprendimiento de placenta) como al feto (hipertiroidismo congénito, que suele ser autolimitado, retardo del crecimiento, prematuridad y muerte en el 50% de los casos graves). El parto puede desencadenar una tormenta tiroidea (taquicardia, hipertermia  $> 40^{\circ}$  C y deshidratación grave), más probable durante el trabajo de parto, cesárea o infecciones intercurrentes.

El **tratamiento** se limita a la cirugía y a los fármacos antitiroideos. El yodo radiactivo está contraindicado. Los antitiroideos (categoría D) se deben ajustar a la dosis mínima; el propiltiouracilo (medicación extranjera) es de elección, y como alternativa, metimazol y carbimazol. El propranolol (categoría C) puede emplearse como tratamiento sintomático. Si se precisaran dosis muy altas, estaría indicada la cirugía ablativa durante el segundo trimestre.

#### 8.3.2.2-Hipotiroidismo.

Se presenta en el 0,1 a 0,3% de los embarazos y su causa más frecuente es la presencia de **autoanticuerpos antitiroideos (tiroiditis autoinmune)**. Cuando aparece durante el embarazo, puede ser secundario a tiroiditis de Hashimoto o

yatrógeno, por ablación de la glándula en la enfermedad de Graves-Basedow. La clínica es la del hipotiroidismo fuera del embarazo, aunque rara vez hay mixedema.

**Diagnóstico:** las pruebas de función tiroidea muestran una disminución de la tiroxina libre (FT4) y un aumento de la TSH. En cuanto al tratamiento, es fundamental la reposición adecuada con levo-tiroxina (LT4), ya que es imprescindible para el desarrollo de numerosos órganos especialmente el cerebro fetal durante la primera mitad de la gestación (hasta la semana 13 la única fuente de tiroxina para el feto es la LT4 materna). Además, existe un elevado índice de complicaciones maternas.

**Tratamiento:** las gestantes diagnosticadas durante el embarazo deben iniciar tratamiento con LT4 (categoría A) a la dosis de 150 µg/día y realizar control de la función tiroidea en 3-4 semanas para ajustar la misma.

**A las gestantes con hipotiroidismo previo al embarazo hay que aumentarles la dosis de LT4 un 30-50%** tras el diagnóstico de embarazo, y realizar **control** de la función tiroidea en **3-4 semanas**.

## **8.4-Problemas del APARATO RESPIRATORIO.**

### **8.4.1-Asma.**

Su incidencia en gestantes está aumentando cada año. El asma mal controlada (nivel de evidencia B) incrementa el riesgo perinatal (crecimiento intrauterino retardado y preeclampsia), mientras que un adecuado control reduce estos riesgos. Durante el embarazo existe un estado fisiológico de hiperventilación y los volúmenes pulmonares se modifican. Se recomienda una espirometría en gestantes con asma persistente y valoración clínica de la función pulmonar (nivel de evidencia B) ya que la gravedad del asma puede variar durante el embarazo (nivel de evidencia C).

En cuanto al **tratamiento**, los **glucocorticoides inhalados son de primera elección en el asma persistente** (grado de recomendación B), y se recomienda el uso de budesonida (categoría C/B, nivel de evidencia B). El **salbutamol inhalado es de elección como terapia de alivio** (grado de recomendación B). Como alternativa, puede emplearse el bromuro de ipratropio inhalado (categoría B). Salmeterol y formoterol pueden utilizarse en casos seleccionados, valorando el análisis riesgo-beneficio. Se puede continuar la inmunoterapia en pacientes que estén en dosis B de mantenimiento y que obtengan beneficio terapéutico demostrado. **No debemos usar gluco-corticoides por vía oral** salvo que sean estrictamente necesarios, por riesgo de preeclampsia y malformaciones en el feto, como defectos en el macizo oro-facial.

## **8.5-Problemas GENITOURINARIOS.**

### **8.5.1-Infecciones del tracto urinario.**

El embarazo no predispone por sí mismo a la infección del tracto urinario (ITU), pero durante su curso se producen una serie de cambios anatómicos y hormonales que pueden facilitar que una colonización previa al embarazo, una BA previa, origine una ITU superior.

#### **8.5.1.1-Bacteriuria asintomática (BA).**

Su prevalencia oscila entre el 4-7%, y hasta el 30% de las BA no tratadas progresan a pielonefritis, que aumenta el riesgo de parto prematuro y de bajo peso al nacer, además de ser la responsable de hasta el 70% de los ingresos hospitalarios en gestantes. Los microorganismos responsables son los mismos que en la mujer no gestante y se recomienda realizar urocultivo para confirmar su erradicación. Son de **primera elección** la **amoxicilina** 500 mg/8 horas (categoría B, nivel de evidencia A), **amoxicilina-ácido clavulánico** 500 mg/8 horas (categoría B, nivel de evidencia A), y **cefuroxima axetilo** 250 mg/12 horas (categoría B). De segunda elección son la fosfomicina (categoría B) y la nitrofurantoína (categoría B).

Existe evidencia de que el tratamiento con pautas de dosis única es eficaz en el manejo de la BA, pero no la suficiente para evaluar si es más eficaz que las pautas clásicas más largas.

Si el tratamiento inicial fracasa y persiste la BA en el urocultivo de control, se debe tratar 14 días, según el antibiograma, y realizar urocultivos mensuales hasta finalizar el embarazo. En el 50% de las gestantes que reciben una segunda pauta persiste la BA. En estos casos, y tras la erradicación de la infección, debemos administrar tratamiento profiláctico hasta el momento del parto (cefuroxima axetilo 250mg en dosis nocturna).

#### **8.5.1.2-Bacteriuria sintomática. Cistitis.**

Aparece en un 1-5% de los embarazos. El tratamiento es el mismo que para la BA. En el seguimiento se recomienda la realización de urocultivos mensuales después de un episodio hasta la finalización del embarazo.

#### **8.5.1.3-Pielonefritis.**

Suele ir precedida de BA en el 70-80% de los casos y afecta al 1-2% de los embarazos. Ante su sospecha, se debe derivar a la gestante para ingreso y tratamiento hospitalario con observación durante, al menos, 24 horas. Tras el alta, debemos realizar un urocultivo de control para comprobar la eficacia del tratamiento.

## 8.5.2-Vulvo-vaginitis.

### 8.5.2.1-Vulvo-vaginitis candidiásica.

Es la más frecuente en nuestro medio. El síntoma fundamental es el **prurito**, que se acompaña de secreción blanquecina y grumosa, enrojecimiento, edema y excoriación vulvovaginal ocasional. El **tratamiento** de elección es el **clotrimazol** 100 mg por vía vaginal durante 7 días (categoría B), aunque por comodidad puede utilizarse la dosis única de 500 mg con buena respuesta.

### 8.5.2.2.-Vulvo-vaginitis por tricomonas.

Se trata de una ITS, que suele ser asintomática en el varón. Su síntoma fundamental es el **cambio en el flujo vaginal, verdoso y maloliente**. Se debe vigilar durante el embarazo por el riesgo de afectación pélvica. El **tratamiento** de elección es el **metronidazol** 2 g por vía oral en monodosis (categoría B).

## 8.6-INFECIONES en el embarazo.

### 8.6.1-Infección por virus del herpes simple.

La tasa real de primoinfección en el embarazo se desconoce. En las gestantes asintomáticas, las tasas de cultivo positivo oscilaban entre el 0,01 y el 4% en España en 1995. El daño al feto depende de la edad gestacional y suele producirla el virus del herpes simple (VHS) tipo 2 debido a la localización de las lesiones en el área genital. Si la infección se produce en etapas precoces del embarazo, el riesgo de aborto espontáneo es elevado; a medida que avanza la gestación, se asocia con un mayor riesgo de prematuridad (30-50%) y la posibilidad de infección fetal intrauterina es rara. Suele cursar de forma asintomática. El **tratamiento** de elección es el **aciclovir** 200 mg por vía oral 5 veces/día, respetando las horas de sueño, y debe iniciarse en las primeras 48-72 horas para que sea efectivo (categoría B, nivel de evidencia A) y se debe tratar a la pareja. Si las lesiones continúan activas en el momento del parto hay que valorar la indicación de cesárea.

### 8.6.2-Infección por el virus de la varicela.

La infección por el virus de la varicela (VVZ) en la embarazada puede producir lesiones importantes y aumentar la morbi-mortalidad perinatal: antes de la semana 20, hasta un 5% puede desarrollar varicela congénita; si el contagio se produce entre 5 días antes y 2 días después del parto, hasta un 50% de los recién nacidos pueden desarrollar varicela neonatal, con un 31% de mortalidad. Su diagnóstico es clínico, el periodo de incubación es de 11-21 días y el periodo de contagio se extiende desde dos días antes de la aparición del *rash* hasta que las lesiones se secan. Ante cualquier **gestante expuesta**, de la que desconocemos su estado serológico, se debe **realizar una serología de VVZ**: si la IgG es negativa (no inmunizada) y la IgM es positiva, se debe administrar la gammaglobulina específica (aunque no disponemos de ensayos



clínicos controlados sobre su eficacia), recomendable en las primeras 96 horas, aunque puede haber más plazo (hasta 10 días).

### **8.6.3-Infección por el virus de la hepatitis B y C.**

La transmisión de una madre portadora crónica del virus de la hepatitis B (VHB), fundamentalmente por contacto con secreciones vaginales, en los casos de positividad del antígeno e (HBeAg), es del 80-90%, que disminuye a < 5% si el HBeAg es negativo. La transmisión de una madre con infección aguda del virus de la hepatitis C (VHC) es más alta durante el tercer trimestre (70 frente al 10% en primer y segundo trimestres). Si el antígeno de superficie (HBsAg) es positivo, hay que determinar el HBeAg, el anticuerpo frente al HBeAg (HBeAc) y al antígeno del core (HBcAc). En gestantes portadoras crónicas, habrá que descartar una posible hepatopatía.

En gestantes **HBsAg positivas** y en aquellas en las que se desconozca su estado serológico, hay que combinar la inmunización activa y pasiva para prevenir la enfermedad del recién nacido, cuya efectividad es del 85-95%. No es indicación de cesárea.

En gestantes **HBsAg negativas**, se debe seguir la pauta de vacunación establecida a los 0, 2 y 6 meses.

### **8.6.4-Infecciones respiratorias.**

Son importantes sobre todo en gestantes con patología respiratoria previa. El diagnóstico es clínico, ya que hay que **evitar la radiología de tórax**, sobre todo en el primer trimestre.

#### **8.6.4.1-Infección respiratoria adquirida en la comunidad.**

La **amoxicilina** (categoría B) es de primera elección (grado de recomendación A). En caso de alergia, se recomienda la **eritromicina** (categoría B), de primera elección si se sospecha neumonía atípica.

#### **8.6.4.2-Gripe.**

El embarazo es un factor de riesgo para la aparición de complicaciones relacionadas con el virus de la gripe estacional (ingreso hospitalario: 250 casos por cada 100.000 embarazos) y por la cepa pandémica. Los casos de ingreso hospitalario por la gripe estacional (250/100.000 embarazos) es entre 5-10 veces mayor que las tasas observadas en adultos entre 18 y 64 años. No se ha demostrado que la gripe estacional produzca malformaciones fetales y, en los datos de series de casos disponibles en la actualidad de infección por el virus A/H1N1, no se ha demostrado que el riesgo de infección sea mayor que el de otras mujeres del mismo grupo de edad. Sin embargo, se ha observado que sí es mayor el riesgo de hospitalización y la tasa de mortalidad en los últimos datos disponibles de 2010 en países desarrollados (el 5-9% de los ingresos y el 5% de las defunciones se producen en gestantes).

Las conclusiones de estudios recientes y diversas sociedades científicas concluyen que toda embarazada es potencial paciente de riesgo de padecer gripe A/H1N1, sobre todo durante el segundo y tercer trimestres del embarazo, por lo que parece prudente indicar tratamiento precoz con oseltamivir o zanamivir 75 mg/12 horas/5 días. No obstante, no disponemos de datos ni de estudios suficientes para hacer esta recomendación, puesto que la mayoría de estudios se han realizado en infecciones por virus de la gripe estacional. FMC – Protocolos.

## **9.-MOLESTIAS COMUNES EN EL EMBARAZO.**

### **9.1-Lumbalgia.**

La mitad de las gestantes pueden presentar dolor de espalda en algún momento de su embarazo, debido a la **hiperlordosis fisiológica**. Se recomiendan una adecuada higiene postural y ejercicios de fortalecimiento de la musculatura abdominal y dorso-lumbar, calor local y masaje si hay contractura. Pueden emplearse analgésicos tipo **paracetamol**. Los antiinflamatorios no esteroideos no deberían utilizarse más allá de la semana 32.

### **9.2-Melasma.**

Es una **hipermelanosis adquirida** que se manifiesta en las zonas foto-expuestas, sobre todo **en la cara**, mediada por vía hormonal sobre una predisposición individual (puede aparecer en mujeres que toman anticonceptivos hormonales combinados). Hay que esperar a la finalización del embarazo para tratarlo. La hidroquinona al 2-8% es de elección, 1-2 aplicaciones/ día durante tres meses (nivel de evidencia A). No se dispone de estudios suficientes sobre su uso en el embarazo. La isotretinoína al 0,1% sería de segunda elección (categoría C, nivel de evidencia A).

### **9.3-Ansiedad.**

Los cambios de humor y la ansiedad son frecuentes en las embarazadas. La **psicoterapia** debe contemplarse como tratamiento de elección y agotar esta vía antes de recurrir al tratamiento farmacológico. En **casos graves**, podría emplearse la **bupiriona** (categoría B). Si predomina el **insomnio**, puede emplearse **zolpidem** (categoría B). La fluoxetina no debe emplearse durante la gestación por su toxicidad fetal.

### **9.4-Rinoconjuntivitis alérgica.**

Con frecuencia los síntomas nasales, principalmente la obstrucción, se agravan durante la gestación. La rinitis no tratada afecta la calidad de vida de quienes la padecen y puede afectar al tracto respiratorio inferior, particularmente en el asma.

Se recomienda empezar con la **aplicación tópica de cromoglicato disódico** (categoría B, nivel de evidencia A). Para el control del prurito, estornudos y rinorrea,

son muy eficaces los **antihistamínicos**, siendo de elección en embarazadas la **cetirizina** (categoría B, nivel de evidencia A). Si la **congestión nasal es importante**, se podría emplear la **beclometasona intranasal** (categoría C, nivel de evidencia A). Opción similar en seguridad y eficacia sería la budesonida.

## 10.-PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.

El Reglamento de los Servicios de Prevención, en su artículo 3, define la evaluación de los riesgos laborales como el proceso dirigido a estimar la magnitud de los riesgos que no hayan podido evitarse, obteniendo la información necesaria para así poder decidir sobre la necesidad de adoptar medidas preventivas y, en tal caso, sobre el tipo de medidas que deben adoptarse. En el caso de la población laboral especialmente sensible, como son las trabajadoras embarazadas, la **Ley de Prevención (artículo 16.1)** indica que si las medidas no son racionalmente posibles, se proceda a trasladar a la trabajadora a un puesto exento del riesgo o, de no ser esto posible, proceder a suspender el contrato de trabajo e iniciar los trámites de obtención del correspondiente subsidio de riesgo durante el embarazo en las oficinas de la Seguridad Social. En consecuencia, en condiciones óptimas, la información debería constar y la propia trabajadora disponer de dicha información sobre si su puesto de trabajo es o puede ser nocivo para la salud del embarazo.

En la **tabla II.I.6** puede verse un resumen de la legislación aplicable.

### Tabla II.I.6. Resumen de la legislación aplicable a la maternidad.

- Ley 3/1989. Duración del permiso por maternidad.
  - 16 semanas si parto único/18 semanas en partos múltiples.
  - 6 obligatoriamente después del parto, Real Decreto 1/1994 sobre el derecho al subsidio por maternidad.
- Ley 42/1994.
  - Paso de "Baja Maternal" a "Permiso por Maternidad".
  - "Coste Cero" para la empresa.
- Ley 31/1995 sobre prevención de riesgos laborales.
  - Evaluación preventiva de riesgos por parte del empresario.
  - Adaptación de las condiciones y el tiempo de trabajo, trabajo nocturno y trabajo a turnos.
- Ley 39/1999 para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.
  - Suspensión del contrato por riesgo durante el Embarazo.
  - Ausencias del trabajo para exámenes prenatales y permisos por lactancia.
- Real Decreto 1251/2001 sobre prestaciones económicas por maternidad.
- Ley 12/2001. Permisos especiales cuando el recién nacido queda hospitalizado.
- Directiva de la comunidad económica europea 92/85/CEE sobre despido nulo de la trabajadora embarazada.



# II - Atención al puerperio y la lactancia

## 1. ACTIVIDADES ASISTENCIALES

En la **tabla II.II.7** se desarrollan los parámetros y controles necesarios a tener en cuenta en el seguimiento del puerperio.

**Tabla II.II.7. Parámetros y controles en el puerperio.**

Parámetros	Observación/Control
Controles vitales	Pulso, TA, temperatura
Involución uterina	- 4º-5º día postparto: palpación 2 dedos por debajo del ombligo. - 10º día postparto: por debajo de la sínfisis púbica. - Útero de consistencia dura. - Presencia o ausencia de retortijones.
Loquios	A partir del tercer día: inferiores a una menstruación. Olor característica.
Perineo	Evaluar presencia de dolor. Evaluar presencia de episiorrafia. Descartar la presencia de hematomas, infección, hemorroides y dehiscencia de episiorrafia. Valorar tono suelo pélvico.
Herida quirúrgica (Cesárea)	Evaluar presencia de dolor. Descartar la presencia de hematomas, infección, serosas y dehiscencia de la herida quirúrgica. Aplicar curas en caso de heridas abiertas.
Mamas	Evaluar tipo de alimentación ofrecida al lactante. Observar una toma de lactancia materna en mujeres que den de mamar. Descartar la presencia de grietas, ingurgitación, tumefacción, dolor y evaluar el estado del pezón.
Extremidades inferiores	Descartar de edemas, dolor u otros signos indicativos de tromboflebitis.
Hábito miccional	Micción regular sin molestias ni incontinencia.
Hábito intestinal	Recuperar el patrón de eliminación intestinal previa al embarazo y potenciar actuaciones favorecedoras de la eliminación intestinal.

Estado emocional	Considerar las modificaciones habituales en esta etapa para intentar detectar aquellas situaciones que se alejan de la normalidad.
Alimentación	Alimentación equilibrada, variada y normocalórica que permita la recuperación de la madre.
Higiene	Informar sobre los hábitos higiénicos y establecer un plan de curas si precisa.
Recuperación física	Promover la realización de ejercicios progresivos que faciliten la recuperación del tono muscular del perineo, la columna y la circulación en las extremidades inferiores.
Relaciones sexuales/contracepción	Dar consejos que faciliten el restablecimiento de estas relaciones y facilitar la elección del método contraceptivo adecuado.
Continuidad asistencial	Recordar y facilitar la continuidad en nuevas visitas y derivación al programa del niño sano.

### 1.1- Actividades enfocadas al recién nacido.

Actividades asistenciales	Actividades educativas
Parámetros. Valoración del estado general. Cura del ombligo. Observación de la coloración. Exploración anogenital. Valoración de hábitos intestinales y miccionales. Valoración del crecimiento y curva de peso. Alimentación y reflejo de succión. Valoración de actividad en reposo. Control de higiene general. Valoración del tratamiento.	Parámetros. Lactancia. Control de peso. Deposiciones. Cólico. Higiene. Cura del ombligo. Conducta del recién nacido/a. Signos de alarma. Vacunaciones. Control pediátrico.

## 2. LACTANCIA MATERNA

### Recomendaciones

La lactancia materna constituye la forma natural y específica de alimentar a los y las recién nacidos/as y lactantes siendo un recurso al alcance de prácticamente todas las mujeres. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Academia Americana de Pediatría y el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría, son que la lactancia materna sea de forma exclusiva, sin ningún otro alimento, hasta los seis primeros meses de vida, y, conjuntamente con otros alimentos, complementando a la leche materna, hasta los dos años o más, o hasta que la madre y el/la hijo/a lo decidan.

Sin embargo, las tasas de lactancia estén muy por debajo de las recomendadas por las principales organizaciones internacionales y científicas. Diferentes estudios señalan al sistema sanitario como el principal responsable del abandono prematuro del amamantamiento, ello está ligado a la aún alta prevalencia de prácticas inadecuadas que interfieren con el proceso de amamantamiento. Por el contrario, sabemos que la IHAN está considerada como la intervención más costo-efectiva para la mejora global de las tasas de lactancia.

Los beneficios de la lactancia materna son bien conocidos, existiendo abundante bibliografía al respecto.

## **2.1- Aspectos a tener en cuenta sobre el fomento, la protección y el mantenimiento de la lactancia materna.**

### **2.1.1- Recomendaciones para una lactancia materna exitosa.**

#### A. Durante la Educación Maternal

1. Toda la información que se proporcione a los padres debe estar basada en la evidencia e independiente de intereses comerciales, y de este modo ayudar a los padres a tomar una decisión informada acerca de la alimentación de sus hijos.
2. Todos los padres deben conocer la importancia de no introducir ningún otro alimento hasta los seis meses de vida del bebé, y cómo introducir la alimentación complementaria de forma gradual, recomendando continuar con lactancia materna al menos hasta los dos años de edad o más si es posible.
3. Se deben comentar con las madres las prácticas que se sabe que favorecen el inicio y el establecimiento de la lactancia desde el momento del nacimiento (Ej. Los 10 Pasos para una Lactancia Materna Exitosa)
4. Es importante proporcionar información completa y actual sobre los beneficios del amamantamiento y acerca del proceso normal de establecimiento de la lactancia y como éste puede ser favorecido (Ej. Los 10 Pasos para una Feliz Lactancia Materna) durante la educación maternal, de forma individual o en grupo, que incluyan los siguientes apartados:
5. Los profesionales deben informar a las futuras madres sobre la fisiología del amamantamiento incluyendo: las señales de postura y agarre correctos, los signos precoces de hambre, los signos de amamantamiento eficaz y la frecuencia y duración de las tomas que puede esperarse cuando se amamanta a demanda.
6. Explicar la importancia de iniciar la lactancia materna de forma precoz cuanto antes tras el parto, facilitada con el contacto piel con piel en el nacimiento si es posible, y a demanda.
7. Los profesionales deben hablar con las madres acerca de las posibles dificultades y problemas, así como de las soluciones y recursos asistenciales a su disposición.
8. Ofrecer información sobre los grupos de apoyo si existen en su área.

## B. En la maternidad y primeros meses: inicio y establecimiento de la LM

1. El contacto piel con piel y el colecho es esencial para el apoyo emocional del bebé y para que la madre pueda responder precozmente a sus demandas. Con ello facilitamos la alimentación a demanda fundamental tanto para la madre como para el recién nacido, disminuyendo la incidencia de ictericia, mejorando el aumento de peso y se establecerá una lactancia satisfactoria a la vez que se previene la ingurgitación del pecho.
2. Deben evitarse los suplementos de suero, agua, infusiones o leche de fórmula que no estén médicamente indicados, especialmente durante los primeros días destacando la importancia del calostro y tranquilizando a la madre y su familia sobre sus características: la escasa cantidad facilita que el bebé pueda aprender y su alta calidad nutritiva y defensiva lo protege y le aporta todo lo necesario en condiciones normales.
3. La suplementación es la principal causa de abandono de la lactancia.
4. Insistir en la importancia de mantener la lactancia materna exclusiva
5. Deben evitarse los suplementos de suero, agua, infusiones o leche de fórmula que no estén médicamente indicados.
6. Las medidas de apoyo a la lactancia deben estar coordinadas entre los niveles de atención primaria y hospitalaria.
7. Desaconsejar el uso de tetinas y chupetes en el primer mes de vida o hasta que se instaure la lactancia materna.
8. Valorar la toma signos de buen agarre y transferencia adecuada. Corregir la postura de forma que la succión sea eficaz, enseñar a la madre a identificar la succión correcta dando mensajes de apoyo a la madre, transmitiendo autoconfianza y ofreciendo asesoramiento individualizado y colectivo en los talleres de lactancia materna. Informar sobre los grupos de apoyo existentes.
9. El apartado anterior exige solicitar permiso a la madre y utilizar la técnica "manos fuera", pero especialmente mantener una actitud respetuosa reconociendo su capacidad y su importante papel en la crianza.

## C. Mantenimiento de la LM hasta que la madre quiera

1. Alentar a la madre y su familia a mantener la exclusividad durante los seis primeros meses, animándola a extraerse y conservar su leche antes de la incorporación al trabajo.
2. El paso del amamantamiento exclusivo a los alimentos complementarios y posteriormente a la dieta familiar normal, con el final cese de la lactancia, debe ser gradual.
3. Las madres deben recibir información sobre que no es conveniente el inicio de la alimentación complementaria demasiado pronto porque:
  - La leche materna puede ser desplazada por otros alimentos o fluidos de inferior calidad que pueden no ser lo bastante nutritivos ni tener la suficiente energía para satisfacer las necesidades del niño y dar esos alimentos o fluidos puede conducir a la reducción del suministro de leche en la madre.



- Los niños pueden ser incapaces de digerir ciertos alimentos.
  - La exposición precoz de los niños a patógenos microbianos potencialmente contaminantes de estos alimentos puede dar lugar a un aumento del riesgo de problemas gastrointestinales.
  - La exposición temprana de los niños a ciertos alimentos puede desencadenar alergias.
4. Las madres deben recibir información sobre que no es conveniente retrasar la introducción de la alimentación complementaria porque:
- La lactancia exclusiva puede no suministrar suficiente cantidad de algunos micronutrientes, en especial hierro y zinc, al niño en crecimiento.
  - El desarrollo óptimo de las habilidades motoras orales tales como la masticación y la disposición a aceptar nuevos sabores y texturas pueden verse afectadas desfavorablemente.
5. Los niños deben, por tanto, iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses o poco después. Entre los 6-8 meses estos alimentos deben ser dados 2-3 veces al día, llegando a 3-4 veces al día a los 9 meses. La leche materna, no obstante, debe seguir siendo la principal fuente nutritiva durante todo el primer año de vida.
6. Las madres deben recibir información sobre que no es conveniente el inicio de la alimentación complementaria demasiado pronto porque:
- La leche materna puede ser desplazada por otros alimentos o fluidos de inferior calidad.
  - Los niños pueden ser incapaces de digerir ciertos alimentos.
  - La exposición precoz de los niños a patógenos microbianos potencialmente contaminantes de estos alimentos puede dar lugar a un aumento del riesgo de problemas gastrointestinales.
  - La exposición temprana de los niños a ciertos alimentos puede desencadenar alergias.
7. Las madres deben recibir información sobre que no es conveniente retrasar la introducción de la alimentación complementaria porque:
- La lactancia exclusiva puede no suministrar suficiente cantidad de algunos micronutrientes, en especial hierro y zinc, al niño en crecimiento.
  - El desarrollo óptimo de las habilidades motoras orales tales como la masticación y la disposición a aceptar nuevos sabores y texturas pueden verse afectadas desfavorablemente.
8. Los niños deben, por tanto, iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses o poco después. Entre los 6-8 meses estos alimentos deben ser dados 2-3 veces al día, llegando a 3-4 veces al día a los 9 meses. La leche materna, no obstante, debe seguir siendo la principal fuente nutritiva durante todo el primer año de vida.

#### D. Aspectos transversales

- Las medidas de apoyo a la lactancia deben estar coordinadas entre los niveles de atención primaria y hospitalaria.

- Incluir a los miembros de la familia en los cuidados del recién nacido para que favorezcan la lactancia materna.
- Respeto del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. Según el Real Decreto 867/2008 de 23 de mayo, ningún profesional debe proporcionar muestras gratuitas, revistas ni maletines publicitarios que contengan productos relacionados con la alimentación infantil.  
Eliminar de la consulta toda publicidad de productos de alimentación artificial o marcas comerciales que pueden hacer creer a la madre que la lactancia materna se puede comparar con la leche artificial.
- Identificar a las madres que precisan más ayuda con la lactancia materna, tales como madres primerizas, con niños/as prematuros/as, con peso inferior a 2.500 gramos, partos gemelares y fumadoras.
- Siempre que no haya inconvenientes, se recomienda la lactancia materna exclusiva mínimo hasta los seis meses desde el nacimiento, y, como alimento principal y conjuntamente con la alimentación complementaria hasta que la madre y su bebé lo consideren, respetando su decisión.

## **2.2- Contraindicaciones de la lactancia materna.**

Todo el personal sanitario que atiende a la madre y al bebé deben identificar las escasas contraindicaciones maternas o del lactante para la alimentación con leche materna.

### **Medicación.**

Valorar adecuadamente los fármacos que toma la madre durante el periodo de lactancia, indicándole fuentes de información como <http://www.e-lactancia.org>

### **Enfermedad materna.**

Es recomendable valorar la relación enfermedad-medicación tomando la actitud pertinente ante el beneficio-riesgo de acuerdo con las circunstancias.

### **Contraindicaciones del lactante**

Galactosemia.

### **Inhibición de la lactancia.**

Es la supresión farmacológica de la lactancia materna. Se recomienda vaciamiento progresivo de las mamas para evitar riesgos de infección y/o acumulación anómala de la leche materna.

### **Indicaciones para la inhibición de la lactancia materna.**

- Muerte fetal.
- Enfermedades graves de la madre (HIV positivo, tuberculosis hasta iniciar tratamiento o que deje de ser contagiosa).
- Medicación materna (algunos fármacos).
- Adicción a drogas.

- Alcoholismo materno.
- Deseo materno expresado de no amamantar.

## **2.3- Extracción y conservación de la leche materna.**

La leche materna, debido a sus propiedades y composición, es más fácil de conservar y almacenar que la leche artificial, si bien desde el punto de vista sanitario, deben seguirse una serie de recomendaciones tanto para preservar las condiciones de higiene y valores de la leche materna, como para asegurarse de que cada bebé sólo es alimentado con leche de su propia madre y no de otra diferente.

La extracción puede hacerse de forma manual, o con la ayuda de un sacaleches.

Si la separación es prolongada como en el caso de las madres que trabajan fuera del hogar, los bebés prematuros, o aquellos que tienen que ser hospitalizados por cualquier otra causa, los sacaleches manuales o eléctricos son una buena alternativa. Los mejores sacaleches manuales son aquellos que imitan el efecto de una jeringa, o bien los que pueden utilizarse con una sola mano. Entre los sacaleches eléctricos y a pilas, los hay de extracción sencilla (un pecho cada vez) y doble (los dos pechos a la vez). Cómo es de suponer, éste último recorta el tiempo de extracción a la mitad.

### **2.3.1- Recomendaciones para conservar y almacenar la leche materna (Asociación Española de Pediatría)**

La leche materna se puede extraer para su posterior utilización garantizando su conservación adecuada a temperatura ambiente, en refrigerador o en congelador, en función del tiempo que se vaya a tardar en utilizarla:

- A temperatura ambiente
  - 15 °C: 24 horas.
  - 19-22 °C: 10 horas.
  - 25 °C: 4 a 6 horas.
  - 30-38 °C: 4 horas
- Refrigerada (en nevera) entre 0 y 4º C: 8 días. Cuanto más estable sea la temperatura, mejor se conservará la leche, por lo que no se debe poner la leche en la puerta del frigorífico.
- Congelada:
  - En un congelador dentro de la misma nevera: 2 semanas.
  - En un congelador que es parte de la nevera pero con puertas separadas (tipo combi): 3-4 meses (porque la temperatura varía cuando la puerta se abre con cierta frecuencia).
  - En un congelador separado, tipo comercial, con temperatura constante de -19º C: 6 meses o más.

Lo ideal es enfriar rápidamente la leche extraída (en un recipiente con agua fría) y después congelarla lo antes posible. Si se realiza la extracción en casa y la leche no se va a utilizar ese mismo día, lo mejor es congelarla. Si se realiza la extracción fuera de casa,

puede conservarse en una neverita portátil con *frigolines* y congelarla en cuanto se llegue a casa.

### **2.3.2- Cómo almacenar la leche materna**

La leche materna extraída debería almacenarse siempre en envases destinados para uso alimentario. Los mejores envases para congelación son los de cristal. Antes de su utilización, es conveniente limpiar bien estos recipientes con agua caliente y jabón, aclarándolos a continuación y dejándolos secar al aire. También puede utilizarse el lavavajillas.

La leche también se puede almacenar en bolsas de plástico que existen en el mercado, especialmente diseñadas para este fin, que se acoplan al sacaleches directamente y luego se cierran. Si se utilizan bolsas de plástico hay que asegurarse de almacenarlas bien cerradas, dentro de un recipiente rígido, para evitar que dentro de la nevera sufran pinchazos que supondrían pérdidas o contaminación.

### **2.3.3- Cómo descongelar y calentar la leche extraída**

La leche se puede descongelar sumergiendo el recipiente en otro con agua caliente, mejor que calentándola directamente. Es preferible no utilizar el microondas porque el calentamiento es irregular y pueden producirse quemaduras. Una vez calentada, conviene agitarla antes de comprobar la temperatura.

La leche descongelada se puede guardar en la nevera 24 horas pero no se debe volver a congelar. Es preferible descongelar pequeñas cantidades, las que se vayan a utilizar inmediatamente, para evitar pérdidas de nutrientes y de factores de defensa. La leche que haya probado el bebé tampoco debe almacenarse de nuevo.

## **2.4- Observar una toma y asesorar sobre la práctica de la lactancia materna.**

Se evaluará la posición al mamar y la eficacia de la succión del recién nacido, mediante la observación de la madre y del recién nacido durante el amamantamiento (**anexo I**).

Se puede utilizar la gráfica de la OMS para valorar una toma.

### **2.4.1- Síntomas que indican una posición inadecuada al mamar.**

#### **Dolor en los pezones y grietas.**

Incorrecta colocación del complejo areola-pezones en la boca del bebé.

Corregir posición de la madre, facilitando el agarre con la boca bien abierta y comprobando la inexistencia de frenillo en el bebé.

#### **Ingurgitación, inflamación, mastitis.**

Inadecuado vaciamiento del pecho.

Fomentar la variación de posiciones para dar de mamar y comprobar la existencia de mastitis para indicar el tratamiento más adecuado.

## **2.5- Lactancia materna como analgesia no farmacológica en procedimientos invasivos.**

Los componentes de la lactancia materna que pueden contribuir al efecto analgésico incluyen la presencia de una persona reconfortante (la madre), la sensación física de contacto piel a piel, la distracción de la atención y la dulzura de la leche materna. Tomar el pecho durante el procedimiento doloroso disminuye el llanto y la expresión dolorosa. Reduce el dolor comparado con placebo y tiene similar efecto que la sacarosa. Se puede utilizar en caso de vacunación, prueba del talón, etc.

*"Cuidados desde el nacimiento". Ministerio de Sanidad.*

## **2.6- COLECHO**

La ABM (Academy of Breastfeeding Medicine) en su protocolo clínico de 2008 sobre colecho y lactancia materna, expone sus recomendaciones para un colecho seguro:

- Posición supina del bebé.
- Superficie plana y firme.
- No cubrir la cabeza del niño.
- No con madre fumadora ni que ingiera medicamentos que alteren el nivel de conciencia o alcohol.
- En este protocolo se nombra como alternativa a compartir el lecho el uso de la cuna sidecar, ya que provee proximidad y acceso al lactante, pero en una superficie independiente.

UNICEF y la OMS han elaborado la guía titulada "Compartiendo la cama con tu bebé" que también recoge estos consejos sobre colecho seguro.

## **3. ATENCIÓN EN SITUACIONES DE MAYOR VULNERABILIDAD**

### **Objetivo:**

Facilitar que los/las profesionales que atienden a mujeres puérperas conozcan las características específicas y necesidades de mujeres que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad.

### **Recomendaciones:**

1. Facilitar que las y los profesionales puedan identificar las situaciones de mayor vulnerabilidad, evitando estigmatizar a las mujeres.
2. Facilitar acceso sencillo y rápido a profesionales de atención psicosocial a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad (mujeres solas, adolescentes, en situaciones de riesgo social o que han sufrido o sufren violencia de género).
3. Evitar la adopción de medidas especiales que puedan discriminar.

4. El personal sanitario debe ser consciente de los riesgos, señales y síntomas de violencia de género y saber como proceder siguiendo las directrices del **“Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género”**

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

**En Murcia:** Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en Atención Primaria. <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/101242-genero.pdf>

#### **4. APOYO EN SITUACIONES DE PÉRDIDA Y DUELO**

##### **Objetivo:**

Realizar un enfoque de la atención centrada en las necesidades de la mujer y su familia o entorno cercano. Facilitar que las/los profesionales que atienden a mujeres tras una pérdida perinatal conozcan los protocolos de actuación adecuados para estas situaciones.

##### **Recomendaciones:**

1. Tener protocolos por escrito conocidos por todo el personal y basados en el conocimiento científico que extremen la atención a los aspectos humanos.
2. Respetar las necesidades individuales que expresen las mujeres y su acompañante/s y ofrecerles espacios físicos y tiempo de intimidad y la posibilidad de ver y estar con su bebé y abrazarlo si lo desean, así como respetar su decisión de no hacerlo.
3. Ofrecer la posibilidad de crear unos recuerdos.
4. Referirse al bebé por su nombre. Dar una explicación y responder las dudas, todas las veces que sea necesario sobre lo que ha sucedido.
5. Involucrar a la madre y su pareja en las decisiones respecto al destino del cuerpo del o la bebé, respetando su decisión.
6. Ofrecer ayuda psicológica. No minimizar el dolor, permitir expresarlo sin juicio, mediante escucha empática.
7. Asesorar a la madre sobre la inhibición de lactancia o destete tanto natural como farmacológico.

#### **5. ACTIVIDADES GRUPALES POSPARTO**

Puede ofrecerse esta actividad grupal durante el puerperio. Se trata de una actividad educativa enfocada a ambos miembros de la pareja, que incluye asesoramiento y trabajo corporal de recuperación física de la mujer.

Es importante informar a la mujer sobre los objetivos de esta actividad ya en la consulta de seguimiento del embarazo, durante las sesiones de educación maternal, durante el ingreso hospitalario posparto y, finalmente, en la primera visita en el puerperio domiciliario y también en la primera visita en la consulta pediátrica.

Estos grupos pueden ser abiertos o cerrados y la incorporación será libre, cuando las parejas sientan esa necesidad. La duración suele ser de unas dos horas, una vez por semana. El número de semanas dependerá de cuestiones organizativas y se recomienda un mínimo de cinco sesiones.

El contenido de esta actividad grupal incluye información y asesoramiento en aspectos relacionados con la madre y el recién nacido/a.

### **5.1- Asesoramiento en aspectos relacionados con la madre.**

- Dar información sobre la alimentación adecuada durante la lactancia y el posparto.
- Potenciar la autoestima de la madre.
- Implicar y responsabilizar a la pareja en el cuidado del recién nacido.
- Dar apoyo a la pareja en el reajuste de sus roles como padres.
- Ayudar a la pareja en la adaptación y la integración del recién nacido/a.
- Reflexionar sobre la importancia de la afectividad de la pareja y con el recién nacido.
- Dar elementos para facilitar el mantenimiento de las relaciones afectivas en la pareja.
- Dar información sobre el reinicio de las relaciones sexuales.
- Hacer reflexiones sobre la necesidad de establecer una buena relación con el entorno. Pareja, amigos/as, familia, otros/as hijos/as, etc.

### **5.2- Asesoramiento en aspectos relacionados con el recién nacido/a.**

Valorar la interiorización de la información sanitaria recibida, complementarla y dar pautas sobre signos de alarma.

### **5.3- Trabajo corporal postparto.**

Se trata de ejercicios físicos específicos para compensar las modificaciones que se han producido en el cuerpo de la mujer durante el embarazo, parto y postparto con el objetivo de:

- Facilitar la recuperación del tono muscular del perineo y la columna.
- Facilitar la circulación en las extremidades inferiores.
- Facilitar técnicas de recuperación física.
- Facilitar técnicas de relajación.
- Valorar que algunos ejercicios del trabajo corporal postparto pueden realizarse conjuntamente con el recién nacido.

# III - Suelo pélvico

## 1.- VALORACIÓN Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

El suelo pélvico es un conjunto complejo de músculos, fascias, vasos, nervios y orificios, que se sitúa en la base de la cintura pelviana. Tiene una capa superficial y otra profunda.

Los músculos superficiales forman una especie de ocho que se cruza a nivel de una zona de tejido fibro-conjuntivo conocida como centro tendinoso del periné. Esta zona es muy resistente, de vital importancia en el embarazo y especialmente en el parto. Es una zona de máxima confluencia, donde vienen a coincidir fibras de los bulbos cavernosos, del esfínter externo del ano, del elevador del ano (rafe), de los transversos,...

La capa profunda o diafragma pélvico tiene forma de doble cúpula con la concavidad hacia abajo en las mujeres sana. Está compuesto por el elevador del ano y el músculo coccígeo. Estos músculos conforman el plano más alto del suelo pélvico, situándose en el estrecho medio y proporciona sostén a los órganos intrapélvicos como son la vejiga, el útero e intestino grueso. Esta concavidad se ve modificada con el paso del tiempo y con los embarazos y partos, de tal forma que se aplanan y puede llegar incluso a invertirse. Es en estos casos cuando aparece sintomatología evidente como la incontinencia de orina o disfunciones sexuales que ponen de manifiesto la existencia de disfunciones.

Las disfunciones del suelo pélvico es un problema sanitario, social y personal muy importante. A menudo ocultas o mal diagnosticadas, estas disfunciones limitan la vida de las personas en cuanto a su calidad, pues no sólo se limitan a la incontinencia urinaria como problema físico, sino que se extienden hasta la vida sexual, laboral, afectiva y social de las mujeres.

Es fundamental por lo tanto, conocer las causas y tratar de prevenir las lesiones y disfunciones del suelo pélvico si queremos mejorar la calidad de vida de las mujeres a las que atendemos.

## 2.- CAUSAS DE DETERIORO DE LA TONICIDAD Y FUERZA MUSCULAR PERINEAL

Durante el embarazo se dan en el organismo modificaciones fisiológicas, que afectan a todos los sistemas corporales. Por lo general, estas regresan a su estado anterior al embarazo después del parto, salvo alguna excepción a nivel de la pelvis y del tracto urinario inferior donde lo normal es que no regresen por completo a su estado de nuliparidad. Ello se debe a factores hormonales y mecánicos, que tienen consecuencias sobre la musculatura perineal y estructuras de suspensión de las vísceras pélvicas. Así pues:

- El aumento durante el embarazo de los niveles plasmáticos de relaxina y progesterona incrementa la laxitud del tejido conectivo disminuyendo su calidad tensora y debilitando el tono de la musculatura del suelo pélvico, lo que tiene un





efecto negativo sobre el sostén de las vísceras pélvicas. Esta relajación hace que se pierda capacidad contráctil, fuerza y resistencia al esfuerzo.

- Por otra parte, el crecimiento del útero provoca un aumento de la presión intrapélvica y del peso de las vísceras en bipedestación. En consecuencia, aumentan las presiones superiores y la resultante de las fuerzas se anterioriza, dirigiéndose, como consecuencia de la anteversión de la pelvis, hacia la hendidura urogenital, zona de debilidad del suelo pélvico
- Los episodios de estreñimiento, que suelen afectar a muchas embarazadas, contribuyen a aumentar, como consecuencia de los esfuerzos realizados para defecar, por lo general en Valsalva, la sobredistensión del suelo pélvico y de los ligamentos viscerales.
- Otras alteraciones frecuentes en el embarazo como la leucorrea o la candidiasis, contribuyen al deterioro de los tejidos, a aumentar su fragilidad, y por tanto, a elevar las posibilidades de lesiones en el parto.
- El pujo en apnea somete al periné a una enorme presión que puede ser responsable de lesiones ligamentosas, musculares o neurológicas, aun practicando la episiotomía, que en sí misma también conlleva riesgos.

### **3.- POSIBLES LESIONES RELACIONADAS CON EL PARTO**

#### **3.1- EPISIOTOMÍA.**

Hay una extensa evidencia científica que demuestra que la episiotomía debe ser selectiva, pues cicatriza peor que los desgarros (a igualdad de afectación), deja más secuelas dolorosas en el tiempo, afecta más a las relaciones sexuales y no aporta mayores ventajas. La episiotomía disminuye la tensión en el suelo pélvico en la fase final del parto. Sin embargo, esta tensión es necesaria para ofrecer un contra-apoyo para el abombamiento excesivo como consecuencia de la presión de la cabeza fetal en el pujo. Además, la sección de la musculatura perineal lleva consigo la sección del nervio hemorroidal inferior, que proporciona sensibilidad a la parte inferior del periné y puede originar la dispareunia postparto.

#### **3.2- PUJOS, LITOTOMÍA.**

Los pujos dirigidos, la postura de litotomía, la macrosomía fetal, pueden aumentar el tiempo de latencia motora del pudendo, provocando lesiones nerviosas, a veces irreversibles, denervando parcialmente el suelo pélvico, como incontinencia urinaria, síndrome perineal descendente (descenso de todas las vísceras pélvicas), estreñimiento crónico, dificultades defecatorias e incontinencia ano-rectal.

#### **3.3- PROLAPSOS GENITALES.**

El prolapso genital es el descenso de los órganos pélvicos secundario a un debilitamiento del soporte del suelo pélvico. 9 de cada 10 mujeres están presentando este problema en algún grado de afectación. Se dividen en:

- Anterior: prolapso en vagina de uretra o en vejiga o ambos (Cistoceles, uretroceles).
- Medio: descenso de útero o de cúpula vaginal (Prolapso uterino o de la cúpula vaginal,

enterocele).

- Posterior: prolapso de recto (Rectocele)

A fin de estandarizar y valorar criterios que permitan comparar el grado de afectación de los prolapsos por parte de los distintos centros, la Sociedad de Continencia adoptó el sistema de estadificación del prolapso de los órganos pélvicos conocido como POPQ (Pelvic Organ Prolapse Quantification System) en Octubre de 1995. La clasificación de los prolapsos genitales se observan en la **TABLA II.III.8**. Dependiendo del tipo de prolapso la sintomatología será diferente, pero por lo general puede manifestar en:

- Dolor en el bajo vientre.
- Pesadez o presión en más de un 90% de los casos.
- Sensación de notar un bulto en los genitales, flujo vaginal, picazón.
- Dificultad, dolor y no satisfacción en las relaciones, sexuales.
- Dolores en la zona sacrolumbar.
- Estreñimiento (Trastornos de la defecación, pujo).
- Dificultad y molestias a caminar o con otros ejercicios físicos.
- Trastornos urinarios, incontinencia o pérdida involuntaria de la orina, alteraciones en la frecuencia miccional con aumento de la urgencia.

**Tabla II.III.8. Clasificación de los prolapsos genitales**

GRADO	VISUALIZACIÓN
NORMAL	No se visualiza en introito
GRADO I	Entre la posición normal y las espinas isquiáticas
GRADO II	Entre las espinas isquiáticas y el himen
GRADO III	Por fuera del himen sale parte del órgano
GRADO IV	Salida total del órgano prolapsado

#### **4.- PRINCIPALES PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL SUELO PÉLVICO**

##### **4.1- Patología UROGINECOLÓGICA.**

- Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE).
- Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU).
- Incontinencia mixta.
- Cistocele.
- Prolapso genital.
- Secuelas cicatriciales (episiotomía).
- Dolor perineal.

##### **4.2- Patología COLOPROCTOLÓGICA.**

- Incontinencia de gases.
- Incontinencia fecal.
- Rectocele.
- Enterocele.

#### **4.3- Patología SEXUAL:**

- a) Dispareunia.
- b) Disminución de la libido.
- c) Rotura de cicatrices.
- d) Anorgasmia.
- e) Vaginismo.

#### **4.4- Trastornos PSICOAFECTIVOS.**

- a) Afectación social.
- b) Afectación laboral.
- c) Afectación emocional.
- d) Depresión.
- e) Aislamiento.

Todas estas patologías pueden presentarse combinadas, de hecho, frecuentemente es así y lo anormal es encontrar alguna de forma aislada.

Como podemos ver en lo expuesto hasta ahora, las posibles patologías derivadas de una disfunción del suelo pélvico, no son una cuestión banal ni una situación que podamos englobar en el concepto de "normalidad" aunque sea frecuente en la población femenina. Es por ello que sea de vital importancia un correcto diagnóstico y manejo de estas lesiones para prevenir secuelas mayores y para revertir, en los casos posibles, los daños ocasionados en esta musculatura. El efecto directo será un aumento en la calidad de vida de la mujer a corto y largo plazo.

El papel de la matrona es fundamental e insustituible en la valoración perineal postparto. El resultado de esta valoración orientará la actitud terapéutica que puede requerir un manejo preventivo desde primaria o la derivación a otros especialistas como fisioterapeutas o ginecólogos.

### **5.- VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES DEL SUELO PÉLVICO.**

Para poder valorar correctamente el suelo pélvico hay que hacer una buena historia clínica, una correcta exploración física y una interpretación adecuada de las pruebas funcionales, si las hay.

#### **5.1- HISTORIA CLÍNICA**

##### **5.1.1- Síntomas urinarios.**

- a) Características de la micción, frecuencia diurna y nocturna.
- b) Incontinencia urinaria, descripción de tipo y clasificación.
- c) Características del flujo de la micción.
- d) Sensación de vaciado completo o incompleto.
- e) Necesidad de reducción del prolapso para iniciar o completar el vaciado de la vejiga.

f) Descripción de los cambios posturales que se requieren para lograr un completo vaciado vesical.

### **5.1.2- Síntomas intestinales.**

- a) Dificultad para la defecación, sensación de evacuación incompleta.
- b) Incontinencia de gases, pérdida o incontinencia de heces líquidas o sólidas; manchado fecal (de la ropa).
- c) Urgencia para la defecación.
- d) Malestar durante el acto de defecar.
- e) Manipulación de la vejiga, periné o ano para la defecación completa.
- f) Protusión rectal durante o después de la defecación.

### **5.1.3- Síntomas sexuales.**

- a) Conocer si la paciente es sexualmente activa. Si no lo es, indicar sus causas.
- b) Frecuencia de las relaciones sexuales. Conocer si practica la relación sexual por vía vaginal.
- c) Dispareunia, satisfacción con las relaciones sexuales, cambios en la respuesta orgásmica.
- d) Incontinencia urinaria o de gases durante la relación sexual.

### **5.1.4- Prolapsos.**

- a) Sensación de presión o peso vaginal.
- b) Dolor vaginal o dolor perineal bajo o posterior.
- c) Sensación de protusión o salida de genitales.
- d) Observación o palpación de masas en zona perineal.

### **5.1.5- Historia gineco-obstétrica.**

- a) Calendario menstrual y estado hormonal.
- b) Cirugía ginecológica previa.
- c) HISTORIA OBSTÉTRICA:
  - Nº de partos.
  - Peso de los RN.
  - Tipo de parto: eutócico, instrumentado, cesárea.
  - Postura de expulsivo.
  - Tiempo de expulsivo.
  - Uso de oxitócicos.
  - Pujos espontáneos/dirigidos.
  - Desgarros, episiotomías: sutura y cicatrización.
  - Episodios de incontinencia tras el parto.

### **5.1.6- Antecedentes de patología neurológica.**

- a) Nervios periféricos: neuropatía diabética, cirugía pélvica.

- b) De cola de caballo: espina bífida, agenesia sacra, traumatismo.
- c) Lesiones medulares: esclerosis múltiple, mielopatías.
- d) Lesiones cerebrales focales o difusas.

### **5.1.7- Radioterapia local y/ tratamientos farmacológicos.**

## **5.2- EXAMEN PERINEAL**

### **5.2.1- Examen visual de órganos genitales:**

- a) Piel y vello.
- b) Estado trófico de la piel.
- c) Distancia ano-vulvar: refleja espesor de la musculatura perineal y oscila entre 3 y 3,5 cm. Una distancia menor de 3cm nos indicará una musculatura mas delgada de lo normal y por tanto nos orientará en la valoración de la debilidad del suelo pélvico.
- d) Cicatrices perineales.
- e) Márgenes perineales (fisuras, hemorroides).
- f) Prolapso (vejiga, útero, recto).

### **5.2.2- Análisis de los músculos perineales.**

Balance perineal que se puede realizar mediante un estudio instrumental (perineómetro de Kegel) o manual (tacto vaginal o rectal). Este último es el mas usado por las matronas en la valoración postparto.

El registro se hace en función de los siguientes parámetros siguiendo el Método de valoración PERFECT que se detalla a continuación.

- a) Protocolo de valoración y seguimiento. Se valoran ambos lado (Lado derecho e izquierdo), y se selecciona el más potente. Luego se mide y se registra:
  1. P = fuerza (power). Escala Oxford 0-5 (**tabla II.III.9**) ¿Cómo es de fuerte?
  2. E = resistencia (endurance). Tiempo máximo que la mujer es capaz de contraer la musculatura del suelo pélvico con la máxima fuerza de contracción hasta que el músculo se fatigue. Máx 10". ¿Qué resistencia tiene?
  3. R = fatigabilidad (repetitions). Nº de contracciones a máxima resistencia, descansando 4" entre ellas. Max 10. ¿Se fatiga rápidamente?
  4. F = rapidez (fast). Tras un descanso de 1 min., solicitar el mayor nº de contracciones rápidas de 1" hasta que la musculatura se fatigue. Máx 10. ¿Cómo es su respuesta a estímulos?
  5. ECT = cada contracción debe temporalizarse y registrarse. P (0-5) E (0-10) R (0-10) F (0-10) =>0000 = DENERVACIÓN.
- b) El programa de ejercicios será siempre individualizado y específico para cada mujer.

**Tabla II.III.9. ESCALA DE OXFORD**

0	NINGUNA
1	PARPADEOS Movimientos temblorosos de la musculatura.
2	DÉBIL Presión débil sin parpadeos o temblores musculares.
3	MODERADO Aumento de presión y ligera elevación de la pared vaginal posterior.
4	BIEN Los dedos del examinador son apretados fuertemente; elevación de la pared posterior de la vagina contra resistencia moderada.
5	FUERTE Sujeción con fuerza de los dedos y elevación de la pared vaginal posterior.

El test muscular nos informa también sobre:

- Integración del periné en el esquema corporal (capacidad de localizar el grupo muscular y contraerlo).
- Existencia de contracciones musculares parásitas.
- Tono perineal basal en reposo (hipotonía, hipertonia, normotonía).
- Elasticidad.
- Fuerza muscular.

## 6. ABORDAJE TERAPÉUTICO

Una vez realizado el balance muscular y la exploración física general y evaluadas las necesidades o carencias de cada mujer, seguiremos una pauta de tratamiento que combinará una o varias de las técnicas que se mencionan a continuación. Es importante tener en cuenta que la zona perineal es la de la sexualidad, una zona íntima que provoca una gran vergüenza en la mujer si debe ser manipulada. Esta misma vergüenza es muchas veces la culpable de que la mujer no tenga integrado en su esquema corporal el periné: no lo ve, ni lo toca, por lo tanto no existe. Esto va a condicionar que la mujer reconozca su necesidad de tratamiento y acceda a recibirlo.

- Educación sanitaria.
- Ejercicios de suelo pélvico.
- Cinesiterapia.
- Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH).
- Electroestimulación funcional.
- Masoterapia.
- Biofeedback.

De todos estos abordajes, están dentro de las competencias de la matrona la educación sanitaria, algunos aspectos preventivos de la mesoterapia y los ejercicios de suelo pélvico, incluida la GAH (previa formación). El resto entra dentro del abordaje especializado por un fisioterapeuta especialista en tratamiento y rehabilitación de suelo pélvico. En algunas ocasiones, será necesaria la intervención quirúrgica y por lo tanto la

derivación a ginecología.

## 6.1- EDUCACIÓN SANITARIA

- **Se debe realizar SIEMPRE** y en todos los casos. Tomar el tiempo que sea necesario para explicar el tratamiento que se le va a aplicar; al ser algo muy íntimo y delicado gran parte del éxito se basa en la concienciación de la mujer con respecto a su problema y a lo que debe y no debe hacer para subsanarlo. Es muy importante que comprenda el objetivo del tratamiento, las fases, lo que se espera que consiga y los beneficios a corto, medio y largo plazo (mejoría total o parcial, calidad de vida, posibilidades quirúrgicas, etc.).
- **Consejos sobre hábitos de vida saludables para el suelo pélvico:**
  - Toma de conciencia. Es muy útil utilizar un espejo para ver su periné.
  - Controlar la ansiedad con técnicas de relajación o con la respiración.
  - Integración del SP en el esquema corporal, tocándolo y moviéndolo en la medida en que se pueda. Si colabora la pareja mejor para los dos. El método de Blandine Calais-Germain es muy adecuado para trabajar la integración del periné en el esquema corporal y aplicarlo en el movimiento.
  - No practicar deportes considerados de alto riesgo para SP: gimnasia deportiva, aeróbic, baloncesto, equitación, atletismo, footing, etc. Si los practica, utilizar medidas de prevención adecuadas.
  - Practicar deporte de bajo riesgo: natación, golf, ciclismo, patinaje, etc. Tomar precauciones en los trabajos de riesgo perineal: vendedoras, azafatas de vuelo, deportistas de élite, bailarinas, profesoras de baile, músicas de instrumentos de viento, etc.

## 6.2- EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO

### A. EJERCICIOS DE KEGEL

Estos ejercicios fueron ideados por el Dr. Arnold Kegel para fortalecer los músculos del suelo pélvico. Su objetivo es proporcionar herramientas a las mujeres para trabajar la musculatura del suelo pélvico y la vagina en la vida diaria, a fin de fortalecer la contractilidad y prevenir futuras lesiones.

Sin embargo, estos ejercicios sólo ejercitan las fibras fásicas del SP que constituyen únicamente el 20 % del total de sus fibras musculares. Sirven para potenciar la fuerza pero no el tono de base (que viene dado por el otro 80% de las fibras). Por tanto, es importante tener unas expectativas adecuadas, saber qué vamos a conseguir con estos ejercicios y cuando resultan útiles.

Para poder realizar los ejercicios de Kegel hay que saber reconocer los músculos y saber contraerlos. Si no, el efecto puede ser contraproducente puesto que pueden estar abombando y no contrayendo el periné. Para ello, el/la terapeuta introduce un dedo en la vagina o recto y se solicita la contracción. Este estímulo puede no ser suficiente para localizar la sensación, por lo que deberá tocar suavemente toda la zona y solicitar que la

contraiga. De esta manera la mujer va tomando conciencia de su musculatura y del movimiento que se produce al contraerla correctamente. También debe aprender a no contraer los músculos de los alrededores (relajar musculatura parásita).

- **El lento.** Apretar los músculos como cuando se detiene la orina, tirándolos hacia arriba.
- **El rápido.** Apretar y relajar los músculos tan rápidamente como se pueda hasta que se canse o transcurran unos 2 ó 3 minutos (lo que suceda primero).
- **El ascensor.** Este ejercicio requiere cierta concentración, pero sus resultados son muy buenos. La vagina es un tubo muscular con secciones en forma de anillo dispuestas una sobre otra. Imaginar que cada sección es una planta diferente de un edificio, y que sube y baja un ascensor tensionando cada sección. Empezar subiendo el ascensor suavemente hasta la primera planta, aguántalo durante un segundo, y subir hasta la segunda planta. Seguir subiendo tantas plantas como se pueda (normalmente no más de cinco). Para bajar, aguantar también un segundo en cada planta. Al llegar abajo, intentar ir al sótano, empujando los músculos pélvicos hacia abajo durante unos segundos (como un pujo). Finalmente, intentar relajar por completo la musculatura durante unos segundos. Sobre todo, no olvidar que hay que respirar pausadamente y no realizar el ejercicio con ayuda de los músculos abdominales.
- **La onda.** Algunos músculos del suelo pélvico están dispuestos en forma de un ocho, pero con tres anillos. Un anillo se sitúa alrededor de la uretra, otro alrededor de la vagina, y el último alrededor del ano. Contraer éstos músculos de delante a atrás y relájalos de atrás a delante.

## **B. GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA (GAH)**

La GAH es utilizada principalmente en ámbito preventivo postparto, aunque ya se está incorporando a todos los deportes y entrenamientos deportivos de diferentes ámbitos. Su objetivo es la prevención de prolapsos viscerales pelvianos y la IUE.

En la realización de un esfuerzo abdominal (tos, carrera, salto, ejercicio abdominal clásico) o de la práctica deportiva de diversas disciplinas (karate, tenis, Squash) la variación de la presión intra-abdominal es positiva, es decir, hay hiperpresión. Cuando esta tonicidad de la cincha abdominal es débil, la presión se transmite hacia la zona perineal anterior, causando, a la larga una hipotonía del SP. Se establece entonces un círculo cerrado: la relajación de la cincha abdominal (embarazo, morfología personal, actividad deportiva o profesional, etc.) genera una relajación del SP en el esfuerzo, lo cual determina a su vez por sinergia músculo-fascia-viscera, un prolapso y/o IUE. La GAH está prioritariamente dirigida a aquellas personas que presentan una hipotonía del SP y de la cincha abdominal. Estos ejercicios trabajan con las fibras tónicas de la musculatura del SP.

La GAH es una combinación de postura y apnea en espiración forzada, cuyo resultado es la disminución de la presión intrabdominal, el estímulo de reflejos musculares de la pelvis menor y del sistema nervioso autónomo. Para practicar GAH se debe aprender con un profesional formado y cualificado. Una vez aprendida la tabla de posiciones básicas, se



puede practicar en casa diariamente.

Los resultados de la GAH se aprecian en 2-3 semanas si se realizan a diario. Se reduce la cintura de forma significativa, aumenta el tono de los abdominales y del suelo pélvico, reduciéndose de forma evidente pequeños prolapsos y las pérdidas de orina. Al cabo de 6 meses de práctica, los resultados son muy buenos.

### **6.3- MASOTERAPIA**

El masaje de la musculatura perineal es una de las terapias más fáciles de aplicar y que menos rechazo produce, sobre todo cuando es aplicada por la pareja. Se deben tomar una serie de precauciones para evitar infecciones del tracto genital, especialmente durante el embarazo y el puerperio, aunque el masaje perineal se puede aplicar durante toda la vida de la mujer ya que además de ser una terapia facilitadora de la contracción, es placentera y se puede llevar al ámbito de la intimidad sexual.

Modo de aplicación:

- Lavarse bien las manos, uñas cortas.
- Elegir una zona de casa donde se esté cómoda y con un espejo dedicar tiempo a familiarizarse con el periné.
- Buscar una posición semisentada o en cuclillas, apoyada en la pared o cualquier posición que esté cómoda.
- Puede colocarse compresas de agua caliente en el periné o tomar un baño de asiento durante 10 minutos para relajar la zona.
- Si es automasaje es más fácil usar el pulgar; si se lo da la pareja o el/la terapeuta que utilice el dedo índice y el medio.
- Para lubricar los dedos (o los de la pareja) puede utilizar aceite de oliva, aceite de germen de trigo, de caléndula o de rosa de mosqueta, aceite para masajes o un lubricante acuoso. Lo ideal es que el aceite esté templado, sin que queme. Colocar también lubricante en la vagina y periné.
- Colocar los dedos dentro de la vagina y separar bien las piernas. Empujar la zona del periné hacia abajo, hacia el recto y hacia los lados de la vagina con un masaje firme pero con delicadeza, estirando la zona hasta que sienta una leve sensación de quemazón o escozor. Mantener la presión forzada sobre la horquilla del periné con los dedos durante 2 minutos o hasta que moleste.
- Ahora coger esta zona entre el dedo pulgar y los dedos opuestos y realizar un movimiento de vaivén. Este movimiento estira el tejido de la vagina, los músculos que la circundan y la piel del periné. Realizar masa durante 3-4 minutos.
- Coger la parte inferior de la vagina entre los dedos y estirar. Esto ayuda a imaginar cómo será la sensación de presión de la cabeza del bebé sobre la zona, ayudando a relajarla.
- Durante el masaje, no presionar la apertura de la uretra para evitar una posible infección urinaria.
- Este masaje se debe realizar una vez al día. Después de una semana se empiezan a notar los resultados sobre el periné y la vagina aumentará su flexibilidad y estiramiento.

## **Indicaciones:**

- A. Embarazo. Controversia en cuanto al inicio del tratamiento y en cuanto a su eficacia. No aplicar en el primer trimestre de la gestación. En cualquier caso, su objetivo es mejorar la elasticidad de los tejidos, integrar el SP en el esquema corporal y tener sensaciones parecidas al estiramiento que se producirá en el parto.
- B. Puerperio (a partir de la 6ª semana). Recuperación posnatal. Evita fibrosis cicatriciales, retracciones y tirantezas de la episiotomía.
- C. Preparación y recuperación para la cirugía vaginal.
- D. Disfunciones sexuales femeninas.

### **6.3.1- Masajes especiales:**

#### ***Bolas Chinas***

Existen muchos tipos de bolas chinas. Son esferas u óvalos que contienen una bola pequeña en su interior. Su efecto es fundamentalmente vibratorio cuando se llevan en la vagina y hay movimiento. Se introducen en la vagina hasta fondo de saco, si es posible. La mujer, con las bolas puestas, hará su vida normal, caminando, bailando o realizando actividades habituales de su vida que no impliquen sedestación. El tiempo que se llevan puestas vendrá condicionado por la resistencia de cada mujer. Al principio, si hay debilidad importante, se caerán al cabo de poco tiempo. Usándolas diariamente, o en días alternos, irá progresando el tiempo de permanencia. Con media hora diaria, es suficiente, pero se pueden llevar hasta 2 horas sin problemas.

- Vienen en paquetes de 2 bolas unidas o de una sola bola. La elección de una u otra dependerá del estado basal del suelo pélvico y de la elección de la mujer.
- Su uso es muy recomendable, especialmente combinado con ejercicios voluntarios de suelo pélvico o con Gimnasia Abdominal Hipopresiva.

#### ***Masaje con Vibrador***

La estimulación a través de la vibración es muy importante para favorecer la estimulación propioceptiva y la sensibilidad. El vibrador es un instrumento muy extendido como juguete sexual, pero tiene una gran capacidad terapéutica que debemos explorar. Es fácil de conseguir, y hay multitud de modelos, formas, tamaños y propiedades.

Se puede combinar el ejercicio de la musculatura con el uso del vibrador, pero dado el carácter sexual y placentero del mismo, es muy recomendable que la mujer aprenda a explorarse y a estimularse de forma autónoma. De esta manera, no sólo trabajará su musculatura y propiocepción, sino que tendrá una asociación positiva con el entrenamiento.

## IV – BIBLIOGRAFÍA

### EMBARAZO, PUERPERIO Y LACTANCIA

- Alarcón Diane Mp; Martines Serrano P; Del Pliego Pilo G: Importancia del yodo durante la gestación. Prog Obstet Ginecol. 2006;49(8):411-53
- Alberto López García-Franco, Lorenzo Arribas Mir, Emilia Bailón Muñoz, M. José Iglesias Piñeiro, Julia Ojuel Solsona, Blanca Gutiérrez Teira et al. Actividades preventivas en la mujer. Grupo de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en el embarazo. Aten Primaria. 2012; 44 Supl 1:65-69.
- Bailón E, Arribas L. Atención en el embarazo. En: Guía de Actuación de Atención Primaria. 3ª ed. Barcelona: Semfyc; 2006. p. 1.557-62.
- Batalla Martínez C, Arribas Mir L, Bailón Muñoz E. Embarazo. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 692-715.
- Consejo Médico para promover el abandono del tabaco en el embarazo: Guía Clínica. O. Gracia-Algar. Atención Primaria (2003).
- Cuidados desde el Nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.  
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
- Cunningham FG y Cols: Trastornos hipertensivos durante el embarazo. En: Cunningham FG y Cols. Obstetricia de Williams. 22ª Edición.; 2006. McGraw-Hill Interamericana; Mexico DC. 34:761-807
- Day NL et al. Alcohol, Marihuana and tobacco: effects of prenatal exposure on offspring growth and morphology at age six. *Alcohol-Clin-Exp-Res* 1994; 18(4): 786-794.
- Dias JCP. Enfermedad de Chagas en las Américas: epidemiología y control. Enf. Emerg. 2005.
- Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.  
<http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>  
Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia.  
<http://www.ihan.es/>  
Listado de grupos de apoyo en la Región de Murcia.  
<http://www.ihan.es/index3.asp?IdComAut=13>
- Fabre E, Bartha JL, Gallo M, González de Agüero R, Haya FJ, Melchor JC. Nutrición en el embarazo. Documento de Consenso SEGO. 2008. Disponible en [www.SEGO.com](http://www.SEGO.com).
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General De Salut Pública: Protocol de seguiment de l'embarasás a Catalunya. 2º edició revisada. 2005.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat: Control básico del embarazo de la Comunidad Valenciana. Manual para profesionales sanitarios. 2002.

- Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad: Protocolo de Atención al Embarazo y puerperio. 2007
- Grupo Español para el Estudio de la Diabetes y Embarazo. Guía Asistencial 2006. Prog Obstet Ginecol. 2007;50:249-64.
- Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE), Sociedad Española de Diabetes (SED), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (Sego), Asociación Española De Pediatría (Sección de Neonatología): Guía asistencial de diabetes mellitus y embarazo (3ª edición). Av Diabetol 2006; 22:73-87
- Guía "compartiendo la cama con tu bebé" UNICEF. OMS.  
[http://www.ihan.es/publicaciones/libros\\_manuales/sharingbed\\_spanish.pdf](http://www.ihan.es/publicaciones/libros_manuales/sharingbed_spanish.pdf)
- Guía Pre-conception - advice and management. Prodigy 2007
- López García-Franco A, Arribas Mir L, Bailón Muñoz E, Iglesias Piñeiro MJ, Ojuel Solsona J, Gutiérrez Teira B, et al. Grupo de la Mujer del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Actividades preventivas en el embarazo. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud, semFYC-PAPPS 2012.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública: Recomendaciones sobre la suplementación con ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural. Inf Ter Sist Nac Salud 2001; 25:66-67
- Moliner C, Martín-Carrillo P. Atención en la lactancia y el puerperio. En: Guía de Actuación de Atención Primaria. 3ª ed. Barcelona: Semfyc; 2006. p. 1.563-66.
- Ortega A, Bailón E. Atención a los problemas más frecuentes en el embarazo. En: Guía de Actuación de Atención Primaria. 3ª ed. Barcelona: Semfyc; 2006. p. 590-597.
- PAPPS ACTUALIZACION 2009. Actividades preventivas en el embarazo E. Bailón Muñoz, L. Arribas Mir y J. Landa Goñi. Grupo de Actividad Preventiva en la Mujer del PAPPS.
- Real Decreto 867/2008, de 23 de mayo, por el que se aprueba la reglamentación técnico-sanitaria específica de los preparados para lactantes y de los preparados de continuación.  
<http://www.boe.es/boe/dias/2008/05/30/pdfs/A25121-25137.pdf>
- Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría.  
<http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/recomendaciones>
- Recomendaciones sobre suplementación con ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Inf Ter Sist Nac Salud. 2001; 25: 66-7.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos. Control prenatal del embarazo normal. 2010. Accesible en [www.proSEGO.com](http://www.proSEGO.com).
- WHO. Reaching optimal iodine nutrition in pregnant and lactating women and young children: programmatic recommendations (ed). Public Health Nutr. 2007; 10: 1527-9.
- Wilson RD, Johnson JA, Wyatt P, Allen V, Gagnon A, Langlois S, Blight C, Audibert F, Désilets

- Yodo y Salud Perinatal. Informe Técnico y Recomendaciones. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2008.

## **SUELO PÉLVICO**

- Baydock SA, Flood C, Schulz JA, MacDonald D, Esau D, Jones S, Hiltz CB. Prevalence and risk factors for urinary and fecal incontinence four months after vaginal delivery. J Obstet Gynaecol Can. 2009 Jan;31(1):36-41. .50.

- Borello-France D, Burgio KL, Richter HE, Zyczynski H, Fitzgerald MP, Whitehead W, Fine P, Nygaard I, Handa VL, Visco AG, Weber AM, Brown MB; Pelvic Floor Disorders Network. Fecal and urinary incontinence in primiparous women. Obstet Gynecol. 2006 Oct;108(4):863-72.

- Calais-Germain, B.(2007) Anatomía para el movimiento. El periné femenino y el parto. Elementos de anatomía y bases de ejercicios. La liebre de Marzo

- Fitzpatrick M, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Randomised clinical trial to assess anal sphincter function following forceps or vacuum assisted vaginal delivery. BJOG. 2003 Apr;110(4):424-9

- Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, 2007.

- Haddow G, Watts R, Robertson J. Effectiveness of a Pelvic Floor Muscle Exercise Program on Urinary Incontinence Following Childbirth. Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews, 2005.

- Hay-Smith Jean, Mørkved Siv, Fairbrother Kate A, Herbison G Peter. Entrenamiento de la musculatura del piso de la pelvis para la prevención y tratamiento de la incontinencia fecal y urinaria en mujeres antes y después del parto (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. JAMA. 2005 May 4;293(17):2141-8.

- Hughes BT, Chepyala P, Hendon S, Crowell MD, Olden KW. Fecal incontinence in an inpatient population: a not uncommon finding. Dig Dis Sci. 2009 Oct;54(10):2215-9. Epub 2008 Dec 5.

- Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. NICE Clinical Guideline, September 2007.

- Onwude J.L. Stress incontinence. Search date June 2008. Clinical Evidence 2009;04:808.

- Peschers UM, Sultan AH, Jundt K, Mayer A, Drinovac V, Dimpfl T. Urinary and anal incontinence after vacuum delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003 Sep 10;110(1):39-42.

- Roman H, Robillard PY, Payet E, El Amrani R, Verspyck E, Marpeau L, Barau G. [Factors associated with fecal incontinence after childbirth. Prospective study in 525 women]. J

GynecolObstetBiolReprod (Paris). 2004 Oct;33(6 Pt 1):497-505.

- Schaal JP, Equy V, Hoffman P. [Comparisonvacuum extractor versus forceps]. J Gynecol ObstetBiolReprod (Paris). 2008 Dec;37 Suppl 8:S231-43. French.

- Williams A, Herron-Marx S, Knibb R. Theprevalence of enduring postnatal perineal morbidity and itsrelationshipprototype of birth and birthisriskfactors. J ClinNurs. 2007 Mar;16(3):549-61.

## ANEXO I

### FICHA DE OBSERVACIÓN DE UNA TOMA DE LACTANCIA MATERNA

Signos de que la lactancia funciona bien

Signos de posible dificultad

#### POSICIÓN DEL CUERPO

- Madre relajada y cómoda
- Cuerpo del bebé cerca, de frente al pecho
- Cabeza y cuerpo del bebé alineados
- Nalgas del bebé apoyadas

- Hombros tensos, se inclina sobre el bebé
- Cuerpo del bebé separado de la madre
- Cuello del bebé torcido
  - Sólo apoyados la cabeza o los hombros

#### RESPUESTAS

- El bebé busca el pecho
- El bebé explora el pecho con la lengua
- Bebé tranquilo y alerta mientras mama
- El bebé permanece agarrado al pecho
- Signos de eyección de leche (chorros, entuertos)

- No se observa búsqueda
- El bebé no se muestra interesado en el pecho
- Bebé inquieto o llorando
- El bebé se suelta del pecho
- No hay signos de eyección de leche

#### VÍNCULO AFECTIVO

- Lo sostiene segura y confiadamente
- La madre mira al bebé cara a cara
- Mucho contacto con la madre
- La madre acaricia al bebé

- Lo sostiene nerviosamente y con torpeza
- La madre no mira al bebé a los ojos
- Lo toca poco, no hay casi contacto físico
- La madre no lo acaricia

#### ANATOMÍA

- Pechos blandos después de la toma
- Pezones protáctiles
- Piel de apariencia sana
- Pechos redondeados mientras el bebé mama

- Pechos ingurgitados (pletóricos)
- Pezones planos o invertidos
- Piel roja o con fisuras
- Pechos estirados

#### SUCCIÓN

- Más areola sobre la boca del bebé
- Boca bien abierta
- Labio inferior evertido
- Mentón del bebé toca el pecho
- Mejillas redondeadas
- Tomas lentas y profundas, a veces con pausas.
- Se puede ver u oír al bebé deglutendo.

- Más areola por debajo de la boca del bebé
- Boca no está bien abierta
- Labio inferior invertido
- Mentón del bebé no toca el pecho
- Mejillas tensas o hundidas hacia adentro
- Sólo tomas rápidas
- Se oye al bebé chasqueando

#### TIEMPO

- El bebé suelta el pecho espontáneamente.

- La madre retira al bebé del pecho

La toma duró \_\_\_\_\_ minutos

OMS. UNICEF





# APÉNDICE III

## CONTROL PRENATAL EN LA MUJER INMIGRANTE

**GRUPO PIAM 2012**



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	93
2. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS EN LA CONSULTA PRENATAL.....	94
3. CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO.....	95
3.1. MUJERES LATINOAMERICANAS.....	96
3.1.1. El embarazo.....	96
3.2. MUJERES MAGREBÍES.....	96
3.2.1. El embarazo.....	97
3.2.2. El RAMADÁN es el mes sagrado del Islam.....	98
3.3. MUJERES DEL ÁFRICA SUBSAHARIANA.....	98
3.3.1. El embarazo.....	98
3.4. MUJERES DE EUROPA ORIENTAL Y CENTRAL.....	99
3.4.1. El embarazo.....	99
3.5. MUJERES DE ASIA CENTRAL.....	100
3.5.1. El embarazo.....	100
3.5.2. La filosofía china.....	100
4. ENFERMEDADES MÁS HABITUALES DETECTADAS Y SU RELACIÓN CON LA GESTACIÓN.....	100
4.1. ENFERMEDAD DE CHAGAS Y GESTACIÓN.....	101
4.2. PALUDISMO O MALARIA Y GESTACIÓN.....	102
4.3. TUBERCULOSIS Y GESTACIÓN.....	103
5. BIBLIOGRAFÍA.....	104



# Control prenatal de la mujer inmigrante

## 1. INTRODUCCIÓN

Como objetivo de este apéndice nos proponemos analizar de una forma práctica y útil aquellos factores que desde la atención multicultural, favorecen y garantizan el **Seguimiento Gestacional** de la población inmigrante garantizando su equidad en el acceso y en la prestación de servicios sin disminuir la calidad de la atención prestada.

Según Herranz y colaboradores<sup>3</sup>: *"En contra de la creencia generalizada, muchos agentes de salud que atienden a la inmigrante embarazada (médicos de familia, ginecólogos y matronas) señalan que en general no existen diferencias de morbilidad obstétrica y neonatal respecto a las madres autóctonas, siendo el seguimiento de la gestación normalmente adecuado y el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto similar"*.

Esta situación se debe a que el sistema de salud español permite en la mayor parte de los casos un fácil acceso a la atención médica de calidad a todas las mujeres inmigrantes; además, esto se añade a que la mujer embarazada suele ser sana y suele presentar factores protectores y de comportamientos prenatales saludables.

Sin embargo, aunque la población **inmigrante** se considera una población sana, cabe señalar que en el caso de las mujeres embarazadas, **pueden existir situaciones de vulnerabilidad que compliquen su proceso**, como pueden ser el período de adaptación a nuestro país y otras situaciones comunes a cualquier otra mujer como por ejemplo: la condición de ser adolescente, la multiparidad y los períodos intergenésicos cortos, las historias obstétricas desfavorables, las infecciones maternas o las conductas de riesgo.

Los datos que nos aporta el análisis del informe MIAS (Fabrè et al. 2010), recomiendan que dentro de los controles prenatales, se preste atención a la posible aparición de situaciones o enfermedades que con mayor prevalencia se relacionan con alguno de estos grupos de inmigrantes: menor cobertura vacunal de tétanos y rubeola; mayor frecuencia de prueba de Mantoux positiva; aumento en la prevalencia de parasitosis intestinales (predominio de protozoos) y portadoras de estreptococo grupo B; y un mayor número de casos con isoimmunización Rh y de anemias tanto por déficit nutricional como por predisposición genética de algunos colectivos. Por ello se recomienda añadir a la serología habitual (rubéola, VIH, VHB y sífilis), un estudio de paludismo (en aquellas mujeres recién llegadas de zonas endémicas), PPD y parásitos en heces, si dichas mujeres han llegado hace menos de cinco años a España.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), recomienda valorar en algunos grupos de población inmigrante: la hepatitis C, citomegalovirus, parvovirus, herpes simple y varicela-zoster. Siempre según la situación epidemiológica de cada

país y la evidencia científica existente respecto a las infecciones a controlar en cada caso.

## 2. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS EN LA CONSULTA PRENATAL

Desde los planteamientos de la ENSSR y otros informes nacionales (2) (3) y (6), el control del embarazo de estas mujeres debe ser similar al de la paciente autóctona; aunque la atención obstétrica deba abordarse ofreciendo una **atención específica según las diferentes necesidades** de las mujeres (**valoración cultural individualizada de la mujer inmigrante**) que en modo distinto presentan modelos reproductivos con grandes diferencias debido a sus costumbres, a las dificultades con el idioma o a las diversas formas de entender la salud reproductiva y la salud sexual, en este sentido es importante el número de mujeres que perciben el embarazo como una situación que no requiere atención sanitaria (Jansá 2002).

### Recomendaciones:

- Aplicar **las mismas** recomendaciones que en cualquier otra mujer embarazada autóctona, **respetando la individualidad** de cada mujer, su contexto sociocultural y las experiencias previas que haya vivido (en cuanto a embarazos y partos anteriores).
- Facilitar desde el protocolo de atención, todo lo necesario para una **rápida y precoz incorporación al seguimiento del embarazo e incentivar el cumplimiento de los controles** (visitas, ecografías y pruebas complementarias), desde la información de su importancia; y dado el alto grado de incumplimiento de estos, en sectores de inmigración particulares.
- Tanto en la población inmigrante como en la autóctona, hemos de intentar acercar físicamente la consulta de control prenatal, flexibilizando horarios y adaptándola a la disponibilidad personal y laboral, así como rentabilizar el número de visitas realizadas durante el embarazo de bajo riesgo.
- Potenciar la comunicación ayudando a desarrollar **habilidades de empatía y escucha** que faciliten mayor bienestar a usuarias y personal sanitario, aumentando la capacidad de tomar decisiones informadas.
- Promover y difundir la importancia **del control prenatal**, así como elaborar materiales de educación maternal y promoción de la salud en diferentes idiomas o usando pictogramas.
- En la **Anamnesis**, además de los contenidos generales a toda la población, se deben investigar, factores como: País de Origen; Tiempo de estancia en España; Última estancia en su país; Países visitados (ruta migratoria) y tiempo de estancia; Vivienda y convivientes. Se hace de especial importancia conocer su Estado Vacunal y como refiere (Morera et al. 2009: pág. 332) las posibles alteraciones psicológicas causadas por el desarraigo, el estrés, la ansiedad y la adaptación. En definitiva, el análisis de su situación biopsicosocial ligada al

embarazo nos va a indicar las dificultades, riesgos y herramientas para su seguimiento.

- Investigar el **tipo de alimentación**, en relación al equilibrio de nutrientes ingeridos y variantes culinarias de tipo cultural. *“La dieta es un hecho cultural adaptado a las circunstancias, necesidades y recursos; de ahí que debemos interesarnos por la alimentación y conocer algunas peculiaridades desde el punto de vista multicultural, conservándola o mejorándola pero sin ejercer etnocentrismo”* (Herranz y Cantos 2009: pág. 6).
- Preguntar habitualmente **sobre la intención de viajar o desplazarse**, para tratar de adaptar el protocolo de seguimiento (viaje de trabajo, cambio de ciudad, vacaciones en mujeres que trabajan en el servicio doméstico,...).
- Procurar facilitar el acceso a los **cursos de preparación al parto**, (donde la barrera idiomática no lo impida) intentando superar las barreras de no asistencia y/o abandono precoz.
- **Mejorar la información y el conocimiento de las patologías específicas** según los países de origen, con especial atención enfermedades emergentes relacionadas con la inmigración y el embarazo.
- Debemos estar alerta para detectar posibles situaciones de **violencia de género**.
- Se prestará atención a la posibilidad de existencia de **mutilaciones genitales femeninas**.
- **Facilitar la actuación de personal sanitario femenino, siempre que sea posible** en aquellas actividades o pruebas donde exista un rechazo cultural o religioso o personal a la atención por personal sanitario masculino.

### 3. CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO

Desde el punto de vista cultural y socioeconómico, aparecen en algunos casos barreras o dificultades, que no siempre facilitan un fluido y adecuado control prenatal: problemas con el idioma; acceso más tardío al primer control; discontinuidad en el cumplimiento del calendario de visitas y pruebas complementarias; y escasa participación (por influjo cultural e idiomático) en los programas de preparación para la maternidad –sesiones de educación maternal-. Situación esta donde el papel de matronas/es tiene especial importancia en la búsqueda de soluciones adaptativas.

Aportamos un resumen derivado de la bibliografía referenciada que nos da **ciertas pinceladas generales** sobre costumbres y situaciones culturales de los grupos étnicos más habituales en nuestro país. La intención no es la de **homogeneizar** a toda la población, sino tener un conocimiento que nos pueda servir de guía cuando

comencemos la relación terapéutica. **Estos datos deben ser siempre contrastados con las mujeres.**

### 3.1. MUJERES LATINOAMERICANAS

En nuestro país son el colectivo de mujeres inmigrantes más numeroso. En la Región de Murcia, los países de procedencia con mayor número de inmigrantes, son por este orden: Ecuador, Colombia, Paraguay, Bolivia, Brasil, Nicaragua, Rep. Dominicana, Perú y Cuba (Centro Regional de Estadística de Murcia-CREM 2011). Como colectivo tienen una frecuentación a los servicios sanitarios que no difiere de la población autóctona; puesto que no presentan grandes diferencias culturales en este sentido. Se encuentran más familiarizadas con las medidas de prevención.

A diferencia de otros colectivos (magrebíes, asiáticos) no intentan aquí reproducir las estructuras sociales de sus países de origen. Tienen mucha responsabilidad respecto al futuro de sus hijos y mantienen creencias como el «mal de ojo» (Morera et al. 2009).

#### 3.1.1 El embarazo

Los datos del informe MIAS nos hablan de un número importante de embarazos no planificados, y de una tasa importante de diagnóstico tardío de la gestación. Sin embargo de todos los colectivos de mujeres inmigrantes son las que mejor completan los controles prenatales. A esto contribuye especialmente la ausencia de barreras culturales e idiomáticas.

Son un colectivo que presenta una alta tasa de interrupción voluntaria del embarazo, realizándose en muchas ocasiones en etapas avanzadas de la gestación. (MIAS: Fabré et al. 2010).

### 3.2. MUJERES MAGREBÍES

En la Región de Murcia, los países de procedencia con mayor número de inmigrantes, son por este orden: Marruecos y Argelia (CREM 2011). Es una población que generalmente goza de un buen estado de salud. Son, después de las mujeres latinoamericanas, las que más frecuentan los servicios sanitarios. Su cultura (por nuestro desconocimiento), puede dificultarnos como profesionales a la hora de prestar una atención integral. La característica más importante será la **barrera idiomática**. En muchas ocasiones será el marido o amistades, e incluso algún hijo/a menor (que manejan mejor el idioma), los que nos sirven de intérpretes. Suelen mostrarse en algunos casos reacias (muestran un pudor exacerbado) a las exploraciones ginecológicas, sobre todo si son realizadas por hombres; por ello es conveniente realizar la exploración en presencia de otra mujer, así como tener el consentimiento del marido, si está presente. Sus especificidades culturales y religiosas, **nos obligan a actuar con especial competencia cultural**.



A diferencia de los varones, tienen muchas dificultades relacionales, pero intentan mantener su identidad religiosa y cultural con la inserción en redes de solidaridad entre compatriotas, reproduciendo así las relaciones de parentesco y género del país de origen. (Morera et al. 2009).

### 3.2.1. El embarazo

Una de las razones de su llegada a nuestro país es el **Reagrupamiento Familiar** y muchas mujeres marroquíes lo realizan durante el embarazo en fases avanzadas. Es muy habitual encontrarnos con primeras visitas con gestaciones en el tercer trimestre e incluso cercanas al parto (momento por el que muchas han inmigrado para ser asistidas en nuestro sistema sanitario).

Es importante a la hora de nuestra atención comprender la influencia que en estas mujeres pueda tener su origen, ya sea **rural** (mayores tasas de analfabetismo y escaso contacto con sistemas sanitarios), o **urbano** (mayor tasa de alfabetización y acceso a alguna infraestructura sanitaria). En nosotros estará la responsabilidad de ir facilitándole el proceso de adaptación a nuestro sistema sanitario. Suelen ser por lo general embarazos con un alto grado de aceptación, como experiencias vividas dentro de un entorno familiar estable. Culturalmente pueden generarse casos de cierta ansiedad allí donde la necesidad de ser madre se encuentra influida por "*el miedo a verse rechazada por el marido por no cumplir con su papel reproductivo*". (MIAS: Fabré et al. 2010: pág. 70).

Según los datos, son las mujeres inmigrantes **con menor tasa de IVE**. Y en comparación con las mujeres autóctonas, tienen tasas mayores de diagnóstico tardío del embarazo e incumplimiento del calendario de controles.

Con respecto al embarazo y de cara a sus controles se tendrán en cuenta las siguientes características:

- **Un Índice de Masa Corporal (IMC)** elevado en muchas de ellas debido a sus costumbres culturales alimentarias (dietas ricas en hidratos de carbono) y escaso ejercicio físico.
- Pueden presentar **tasas de hemoglobina preparto inferiores** a otros colectivos de embarazadas.
- Un buen número de ellas **percibe como normal** (en el embarazo), la aparición de náuseas y vómitos; y la aparición de fases de astenia y malestar general.
- Existe una importante incidencia de mujeres portadoras **de estreptococo grupo B**.
- No parece existir una mayor prevalencia de **Diabetes Gestacional** con respecto a las embarazadas autóctonas.



### 3.2.2. El RAMADÁN es el mes sagrado del Islam

Considerado por los musulmanes como mes de bendición y purificación a través del ayuno y la oración. Comienza en el noveno mes del calendario musulmán y tiene una duración de 29 a 30 días. La situación de ayuno es iniciada con el amanecer de día y se va a prolongar hasta la puesta de sol. En ese espacio de tiempo, no se ingieren alimentos sólidos ni líquidos, (incluyendo agua y medicamentos). Tampoco se puede fumar, ni mantener relaciones sexuales, ni se pueden someter a exploraciones ginecológicas, toma citológica, etc.

El Corán lo preceptúa de obligado cumplimiento a los musulmanes; pero plantea eximentes entre otros colectivos, como son las mujeres embarazadas o las madres lactantes. Sin embargo en aquellas embarazadas que deciden seguir su práctica, podrían existir dificultades para su correcta alimentación; así como interferencias en el cumplimiento de los controles.

En cuanto al seguimiento de los tratamientos, podría ser necesario ajustar las pautas en los horarios permitidos por la práctica del ramadán (antes del amanecer y después de la puesta de sol).

### 3.3. MUJERES DEL ÁFRICA SUBSAHARIANA

En la Región de Murcia, los países de procedencia con mayor número de inmigrantes, son por este orden: Ghana, Senegal, Nigeria y Malí (CREM 2011).

Los datos del informe MIAS reflejan que la mayoría de estas mujeres provienen de sociedades donde el respeto que una mujer recibe depende en gran medida del número de hijos, lo que supone una **alta tasa de fecundidad**. "*La maternidad es el rol más importante de estas mujeres*". (Fabrè et al. 2010: pág. 71).

En su mayoría son mujeres jóvenes y sanas, con una procedencia de países de baja renta per-cápita y bajos índices de desarrollo, lo que puede suponer un déficit de acceso previo en sus países a los servicios sanitarios (existe una **escasa conciencia** de la importancia de las **actividades preventivas**). Cuestión esta que puede condicionar culturalmente una adecuada adaptación a nuestra sistemática de cuidados. Estas mujeres suelen presentar tasas importantes de **analfabetismo**, y una de las principales dificultades en su atención proviene de la **barrera idiomática**.

#### 3.3.1. El embarazo

Nos encontramos con un grupo de mujeres, donde sus aspectos culturales y religiosos, nos obligan a atenderlas con una adecuada competencia cultural.

Con respecto al seguimiento del embarazo tendremos en cuenta las siguientes particularidades: importante incidencia de **embarazos precoces**; alta tasa de

**diagnóstico tardío** de la gestación, (con la consiguiente demora al inicio de los controles) y una **discontinuidad** importante en el seguimiento prenatal.

Utilizan habitualmente una serie de prácticas terapéuticas propias de su cultura. Dan un gran valor a la sangre, lo que puede acarrear a veces dudas o incluso alguna negación a las extracciones sanguíneas repetidas, situación que suele subsanarse en el momento que nuestra explicación, les convence de su pertinencia.

Para una anamnesis adecuada, debemos tener en cuenta ciertas prevalencias de enfermedades que se presentan en los países de procedencia, como son: infección por VIH; portadoras de hepatitis B y C; parasitosis intestinales; malaria; tuberculosis; sífilis y otras infecciones de transmisión sexual.

Por otro lado tendremos especial atención a la presencia de casos de **mutilaciones genitales femeninas** y a la posible incidencia de **violencia de género**.

Es importante conocer que existe un mayor porcentaje con respecto a la población autóctona: de anemias (30-40% de las mujeres embarazadas); de deficiencias nutricionales; de portadoras de estreptococo del grupo B; y de patología de hipertensión arterial (se interrogará por antecedentes de preeclampsia y eclampsia) (MIAS: Fabré et al. 2010: pág. 72).

### **3.4. MUJERES DE EUROPA ORIENTAL Y CENTRAL**

En la Región de Murcia, los países de procedencia con mayor número de inmigrantes, son por este orden: Rumania, Bulgaria, Ucrania y Rusia (CREM 2011).

Su demanda más frecuente de asistencia obstétrico-ginecológica se relaciona con la anticoncepción y el embarazo. Podríamos encontrarnos en este grupo de mujeres con mayores tasas de incumplimiento de las revisiones periódicas y de los tratamientos pautados; así como dificultades en la aceptación de nuestros patrones sanitarios. Es importante conocer que presentan un índice de **fumadoras** muy alto; una alta prevalencia de **tuberculosis** (Rusia, Ucrania, Bielorrusia y Rumania) y de **hepatitis B** (Bulgaria, Albania y Rumania).

#### **3.4.1. El embarazo**

Este grupo de mujeres, pueden presentar en comparación con la población autóctona; unas tasas de **hemoglobina** preparto inferiores a las de otras áreas geográficas; una mayor tasa de **IVE**, de embarazos **no deseados** y de infecciones **vaginales y urinarias**.

### **3.5. MUJERES DE ASIA CENTRAL**

En la Región de Murcia, los países de procedencia con mayor incidencia en número son por este orden: China, India y Pakistán (CREM 2011). Nos centraremos principalmente en las mujeres de origen chino. En algunas ocasiones su aislamiento idiomático y social, genera con frecuencia que aparezcan episodios de fracaso y frustración en la comunicación con el personal sanitario. En este colectivo se detecta un mayor uso de diferentes prácticas preventivas o terapéuticas propias de su cultura.

#### **3.5.1. El embarazo**

Podemos observar una escasa **planificación** de los embarazos (sobre todo en segundos hijos), una alta tasa de **diagnostico tardío**, (en general acuden tarde a la primera visita) y un **cumplimiento desordenado** del seguimiento prenatal. Son mujeres poco partidarias de hacerse análisis de sangre, debido a la creencia de que dichas extracciones debilitan la salud. Presentan una alta prevalencia de anemias, tuberculosis y portadoras de hepatitis B (MIAS: Fabré et al. 2010)

En este grupo de mujeres existe una baja incidencia de **IVE**.

#### **3.5.2. La Filosofía China**

Tiene su base en la ponderación y el equilibrio, y en la dualidad yin-yang, que rige todos los aspectos del universo. Cuando aparece la enfermedad se buscan explicaciones desde la desarmonía en el plano individual y la naturaleza, entre el yin (energía negativa, frío) y el yang (energía positiva, caliente). En su convicción cultural serán, las plantas medicinales, la meditación y la acupuntura las que restablezcan el perdido equilibrio.

Son mujeres muy aferradas culturalmente a hábitos dietéticos tradicionales, lo que presenta una dificultad en la aceptación y el cumplimiento de aquellos consejos que en este sentido podamos ofrecerles. De acuerdo con la filosofía del yin (frío) y yang (caliente), consideran que el embarazo es un estado caliente y, por tanto, en esta circunstancia disminuyen los alimentos "calentadores" (carne roja y grasa) e incrementan los "enfriadores" (verduras, fruta). Sin embargo cuando nos fijamos en el puerperio, la situación cambia; se considera una situación yin (de pérdida de energía) y por ello para contrarrestar ese predominio, solo se ingerirán alimentos calientes (pollo, cerdo, sal, arroz hervido, té), evitando los fríos.

### **4. ENFERMEDADES MÁS HABITUALES DETECTADAS Y SU RELACIÓN CON LA GESTACIÓN.**

Según Herranz y Cantos (2009: pág. 23), a la hora de realizar un acercamiento a la situación de la población inmigrante, hay que diferenciar tres periodos:

- **El momento inmediatamente posterior a su llegada;** podrían padecer enfermedades importadas o adquiridas en sus países autóctonos que se manifiestan clínicamente y se diagnostican a su llegada al nuevo país. Así aparecen parasitosis intestinales, el paludismo importado, la enfermedad de Chagas o la esquistosomiasis y, enfermedades de base genética, como hemoglobinopatías o síndromes talasémicos y déficit de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa.
- **Cuando el inmigrante ha comenzado a establecerse;** suelen aparecer otros problemas de salud debido a las precarias condiciones de vida en nuestro país (hacinamiento, marginación, soledad...), sobre todo si se encuentra en situación irregular. como tuberculosis, riesgo de ETS o enfermedades mentales.
- **Cuando ya se han asentado;** presentan una patología similar a la de la población autóctona.

#### **De la bibliografía referenciada y relacionado con la gestación destacamos:**

- Una mayor incidencia de **Lúes** latentes tardías no tratadas en el país de origen (América Latina, África subsahariana); **Portadoras de hepatitis B** (China, el África subsahariana y los antiguos países del Este); **ITS** por comportamiento de riesgo.
- **La incidencia de hepatitis C** es menor en gestantes inmigrantes, pero el virus de la hepatitis C ha registrado un repunte en España a causa de inmigrantes de zonas endémicas como Europa del Este y África subsahariana.
- Una mayor incidencia de: Colonización por **estreptococo del grupo B** e **ITU** durante la gestación.
- Con respecto a la prevalencia de **anticuerpos antirubeola**, el porcentaje de población inmigrante con serología negativa es del 11-33%. (será importante el seguimiento durante el embarazo para detectar posibles casos de primo infección).
- Se debe documentar la inmunidad frente a la **varicela** (en estos países, es habitual que no exista inmunidad), para evitar los contactos en mujeres con serologías negativas).
- La **anemia gestacional y puerperal** es también superior en la población inmigrante, siendo imprescindible al tratamiento preventivo con suplementos de hierro en todas las gestantes y, sobre todo, en las adolescentes y las procedentes de países en vías de desarrollo (inmigrante económica).

#### **4.1. ENFERMEDAD DE CHAGAS Y GESTACIÓN <sup>3</sup>**

- a. Parasitosis por *Trypanosoma cruzi*, cuyo vector es un insecto (*Triatoma*), que se infecta al picar a un animal o una persona ya infectados. Se propaga cuando el insecto infectado deposita heces (con el parásito) en la piel y a menudo al



frotarse introduce las heces en la herida de la picadura, en un corte abierto o en los ojos o la boca.

- b. En España, es enfermedad importada y emergente (mayor prevalencia en **bolivianos**).
- c. Esta consensuado desaconsejar el tratamiento de las mujeres embarazadas, pues no se conoce su posible riesgo teratogénico.
- d. La mayoría de los expertos recomiendan efectuar **pruebas de cribado** a todas las Embarazadas procedentes de zonas de riesgo. Aunque no se puede evitar la transmisión al feto (caso de madre infectada), la terapéutica existente resulta eficaz para evitar que los niños enfermen de forma crónica (lo que no ocurre con el tratamiento en los adultos).
- e. Se ha demostrado la presencia del parásito en la leche materna. Y aunque no existe evidencia de transmisión por esta vía, en nuestro medio se debe contraindicar la lactancia materna.

#### 4.2. PALUDISMO O MALARIA Y GESTACIÓN <sup>3</sup>

a. Enfermedad producida por plasmodios. Se transmite mediante la picadura de mosquito hembra del género Anopheles y, mucho menos, a través de transfusiones sanguíneas, intercambio de jeringuillas o por vía transplacentaria.

b. En España los casos declarados son importados en inmigrantes o en viajeros procedentes del **África subsahariana**. Sospechar un paludismo es importante, pues si no se sospecha no se diagnostica. **Un cuadro febril con antecedentes epidemiológicos compatibles es un paludismo** mientras no se demuestre lo contrario.

c. Las embarazadas **sufren más complicaciones en caso de enfermedad** (anemia materna, hipoglucemia, edema agudo de pulmón) y un mayor riesgo de muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso y malaria congénita.

d. Hay autores que recomiendan **realizar cribado** a embarazadas procedentes de países endémicos de paludismo, con **estancia en nuestro país inferior a seis meses** Ello es especialmente importante si la zona es el África Subsahariana o el Sudeste Asiático.

a. Desde el punto de vista obstétrico, prestaremos atención a mujeres inmigrantes en edad fértil que retornan a sus países a visitar a familiares o amigos (VFA). Tras residir varios años en los países de acogida se pierde la inmunidad adquirida a la malaria, por lo que hay que tomar profilaxis antipalúdica cuando se visita el país de origen.

### 4.3. TUBERCULOSIS Y GESTACIÓN <sup>3</sup>

- a. La mayoría de los casos de tuberculosis en inmigrantes son **reactivaciones de infecciones adquiridas en sus países** (por ello, depende de la tasa de tuberculosis en origen).
- b. El **riesgo de contagio dentro de las comunidades de inmigrantes es elevado**, a causa de las condiciones de hacinamiento y la dificultad de acceso a los servicios sanitarios, lo que a su vez retrasa el diagnóstico y el tratamiento adecuado y, por consiguiente, aumenta el periodo de transmisibilidad.
- c. Se plantean las acciones desde el cribado obligatorio a toda la población inmigrante procedente de regiones de alta prevalencia, hasta mantener la misma actitud que la población autóctona. Sin embargo faltan estudios que verifiquen la eficacia del mismo, existiendo dudas sobre el coste-beneficio del cribado.
- d. **Recién nacido de madre tuberculosa:**
1. La transmisión de la infección puede ser **transplacentaria; en el parto, por aspiración de material contaminado y por vía respiratoria, y posnatalmente, por vía respiratoria.**
  2. Realmente, la enfermedad es contagiosa cuando la madre presenta una tuberculosis pulmonar no tratada o con bacteriología (baciloscopia positiva en esputo) positiva en el momento del parto. **Si la baciloscopia es negativa en el momento del parto o son formas extrapulmonares, la enfermedad es poco contagiosa.**
  3. Cuando se **diagnostica durante el embarazo**, la mujer debe recibir **tratamiento de inmediato** con una pauta que incluya **al menos isoniacida y rifampicina** (INH más RMP), lo que reduce el riesgo de contagio al nacimiento. No hay que separar al niño de la madre ni **inhibir la lactancia**, ya que el bacilo no se ha aislado en la leche materna.
  4. Cuando se **diagnostica al final de la gestación o después del parto**, hay que **tratar a la madre lo antes posible** (INH más RMP). El pediatra evaluará al niño por si tiene tuberculosis congénita. Serán los protocolos sobre el tema los que determinen los pasos a seguir con el R.N.
  5. Si en el momento del parto la madre lleva al menos dos meses de tratamiento, la OMS aconseja no separar a la madre del niño (administrando al RN isoniacida, según protocolos).

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. ENSSR (Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva). SANIDAD 2011 MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD.
2. MIAS (Mujer Inmigrante y Asistencia Sanitaria) (COMITÉ DE SOLIDARIDAD DE LA SEGO) 2010. Coordinador Prof. Ernesto Fabre González.
3. Herranz A, Cantos M, ATENCIÓN MULTICULTURAL A LA MUJER. Barcelona: Ed. MAYO ; 2009
4. CREM (Centro Regional de Estadística de Murcia)
5. Jansá JM. Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades. Aten Prim; 2002.
6. Morera J, Alonso A, Huerga H, MANUAL DE ATENCIÓN AL INMIGRANTE. Madrid: Ergón Novartis; 2009