

PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA MUJER. REGIÓN DE MURCIA

PIAM
Diciembre 2012



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social





CONSEJERÍA DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA
SERVICIO MURCIANO DE SALUD
ISBN: 978-84-96994-86-7
Depósito legal: MU 156-2013
Primera edición PIAM
Diciembre 2012

PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA MUJER

Coordinador

Juan José Pedreño Planes

Autores (por orden alfabético)

Francisca Amate Segura

Matrona. Centro de Salud Ranero/Zarandona.
Área VI-Vega Media del Segura

José Arnau Sánchez

Matrón. Centro de Salud Vistabella. Área VII-
Murcia-Este

Ángel Baeza Alcaraz

Médico de familia. Centro de Salud El Ranero.
Área VI-Vega Media del Segura

Inmaculada Barceló Barceló

Médica de familia. Responsable docente del
Centro de Salud Barrio del Carmen. Área VII-
Murcia-Este

Carmen Cánovas Cuenca

Matrona. Centro de Salud La Alberca. Área I-
Murcia-Oeste

María Ángeles Castaño Molina

Matrona. Hospital Comarcal del Noroeste. Área
IV-Noroeste

Antonio Castaño Serrano

Ginecólogo. Jefe de Ginecología y Obstetricia
Hospital Virgen del Castillo. Área V-Altiplano

Gemma Corrales Rodríguez

Matrona. Centro de Salud Torre-Pacheco
Oeste. Área VIII-Mar Menor

Miguel Costa Andreo

Ginecólogo. Jefe de Servicio de Ginecología y
Obstetricia del Hospital Universitario Rafael
Méndez. Área III- Lorca

Verónica Cuadrado Ruiz

Matrona. Centro de Salud Puente Tocinos.
Área VII-Murcia-Este

Amalia Martínez Landete

Médica de Familia. Coordinadora EAP del
Centro de Salud El Palmar. Área I-Murcia-
Oeste

María Dolores Martínez Lorente

Médica de familia. Centro de Salud Murcia
Infante. Área VII-Murcia-Este

Concepción Martínez Romero

Matrona. Subdirectora de Enfermería del
Materno-Infantil. Hospital Universitario Virgen
de la Arrixaca. Área I-Murcia-Oeste

Magdalena Molina Oller

Ginecóloga. Jefa de Estudios. Hospital
Universitario Rafael Méndez. Área III-Lorca

Daniel Morillas Guijarro

Matrón. Paritorio Hospital Universitario Virgen
de la Arrixaca. Área I-Murcia-Oeste

María Nieves Muñoz Rodríguez

Matrona. Dirección General de Planificación,
Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e
Investigación

Paz Orellana Navarro

Matrona. Centro de Salud Francisco Palao-
Yecla Oeste. Área V-Altiplano

Juan José Parrilla Paricio

Ginecólogo. Jefe de Servicio de Ginecología y
Obstetricia del Hospital Universitario Virgen de
la Arrixaca. Área I-Murcia-Oeste

Juan José Pedreño Planes

Médico de familia. Director Médico Área III-
Lorca

Pedro Pérez López

Médico de familia. Centro de Salud Vistalegre-
La Flota. Área VI-Vega Media del Segura

Juan Luis Delgado Marín

Ginecólogo. Jefe de Sección de Obstetricia del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Área I-Murcia-Oeste

Mariano De La Traba Peinado

Ginecólogo. Jefe de Sección de Ginecología del Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Área VIII-Mar Menor

Alfredo Escolano Escolano

Ginecólogo. Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Comarcal del Noroeste. Área IV-Noroeste

Juana Flores Torrecillas

Médica de familia. Centro de Salud Cartagena-Casco. Área II-Cartagena

María Dolores García Albarracín

Matrona. Centro de Salud Águilas Norte. Área III-Lorca

José García Denia

Matrón. Centro de Salud San Antón. Área II-Cartagena

Carmen María García Martínez

Matrona. Centro de Salud Campo de Cartagena. Área I-Murcia-Oeste

Rafael García Romero

Ginecólogo. Jefe de Sección de Obstetricia del Hospital General Universitario Santa Lucía. Área II-Cartagena

Amor Gea Serrano

Trabajadora Social de los Centros de Salud Espinardo y Santomera. Áreas I-Murcia-Oeste y VII-Murcia-Este

Juana Teresa Jiménez Pérez-Muelas

Trabajadora Social del Centro de Salud Barrio del Carmen. Área VII-Murcia-Este

Francisca Postigo Mota

Matrona. Centro de Salud Cieza Este. Área IX-Vega Alta del Segura

Santiago Poveda Siles

Médico de familia. Centro de Salud Jumilla. Área V-Altiplano

Isabel Pulido Fernández

Matrona. Centro de Salud Santomera. Área VII-Murcia-Este

Beatriz Ríos Morata

Médica de familia. Coordinadora EAP del Centro de Salud Abarán. Área IX-Vega Alta del Segura

Francisco Ruiz Lavela

Médico de familia. Coordinador EAP del Centro de Salud Alhama. Área I-Murcia-Oeste

Tomás Luis Sánchez-Bolea Pérez

Ginecólogo. Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Área VIII-Mar Menor

María Isabel Sánchez Zapata

Ginecóloga. Jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Universitario Santa Lucía. Área II-Cartagena

María Luisa Vidal Maestre

Matrona. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Área VI-Vega Media del Segura

Porfirio Vivaracho Terror

Ginecólogo. Hospital Comarcal del Noroeste. Área IV-Noroeste

COLABORADORES

Bartolomé Carrilero Fernández

Médico Unidad Regional de Medicina Tropical.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Ricardo García de León González

Pediatra. Jefe de Servicio de Pediatría.
Hospital Virgen del Castillo de Yecla

Ascensión Gómez López

Matrona y Fisioterapeuta especialista en suelo
pélvico. Centro de Salud Cartagena Este. Área
II

Encarna Guillén Navarro

Pediatra. Unidad de Genética Médica. Servicio
de Pediatría. Hospital Universitario Virgen de
la Arrixaca

Josefina Marín López

Médica de familia. Jefa de Servicio.
Coordinación de Programas Asistenciales.
Servicio Murciano de Salud

Herminia Martínez Pérez

Ginecóloga. Unidad Ginecológica de Apoyo del
Ranero. Hospital Universitario Virgen de la
Arrixaca



PRÓLOGO

A lo largo de la vida, las mujeres atravesamos por diferentes etapas precisando una serie de demandas del sistema sanitario. El presente programa da respuesta a necesidades específicas en la atención a las mujeres de la Región de Murcia. La Consejería de Sanidad y Política Social apuesta, ampara y fomenta todos los proyectos que ayuden a mejorar la salud de las mujeres.

Este documento abarca aspectos preventivos y de promoción de la salud de una manera integral englobando las diferentes etapas del ciclo biológico de la mujer.

El actual Programa Integral de Atención a la Mujer es fruto del esfuerzo de profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, que tras un largo período de cooperación y consenso han conseguido establecer el marco de actuaciones para su desarrollo. Además, se han sentado las bases para trabajar de manera uniforme en todas las Áreas de Salud. Lo que supone un compromiso colectivo para mejorar la atención a las mujeres en la región.

Es una satisfacción que diferentes colectivos del ámbito sanitario muestren un permanente interés por impulsar una asistencia de calidad basada en la evidencia científica, en la investigación, en sociedades científicas y en expertos. Todo ello contribuye a una atención más acorde con las necesidades tanto de ciudadanas como de profesionales.

Quiero agradecer el esfuerzo de todas las personas que han participado en la elaboración de este programa, haciendo posible que nos sirva de instrumento para promover una atención de calidad a las mujeres. Deseo manifestar también mi agradecimiento a todos los que colaboren en su implantación y desarrollo.

María Ángeles Palacios Sánchez
Consejera de Sanidad y Política Social



PRESENTACIÓN

El Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM) que se describe en el presente documento, se basa en la evidencia científica disponible y en el consenso alcanzado por los profesionales que han intervenido en su elaboración, con el propósito de mejorar las actuaciones de cada uno de los procedimientos que en él se contemplan.

Para conseguir esta finalidad, se confeccionó un documento borrador basado en lo que se estaba realizando en la Región de Murcia. De manera, que se comprobó que en todas las Áreas de Salud se estaba prestando mucho interés en la atención a las mujeres; pero con diversidad de criterios. Uno de los puntos dispares eran las Unidades Ginecológicas de Apoyo (UGA), que asumían diferentes cometidos según el área en la que se encontraran.

De forma paralela, se planificó una estrategia para llevar a cabo el proyecto y se crearon grupos de trabajo por categorías. Estos grupos se fueron reuniendo de forma progresiva a lo largo de algo más de nueve meses, aportando sus evidencias y sugerencias. Por último, se mantuvieron reuniones conjuntas de todos los colectivos, estableciendo unánime acuerdo para mejorar la atención a determinados procesos básicos en la vida de la mujer.

El actual PIAM consta de seis subprogramas que van dirigidos a todas las mujeres de la Región de Murcia, a partir de los 14 años de edad. Si bien, cada uno de ellos indica la población diana en la que se centra. El objetivo general es establecer el marco de actuación de la asistencia sanitaria en procesos básicos concretos de la vida de la mujer desde un punto de vista integral que engloba aspectos biopsicosociales, preventivos y terapéuticos.

El primer subprograma es **“Atención al malestar biopsicosocial de la mujer”**. Muchos de los síntomas que manifiestan las personas en las consultas de Atención Primaria no se relacionan con causas médicas. Siendo más frecuente este malestar en las mujeres. Este subprograma pretende promover la salud de la mujer, detectar el malestar biopsicosocial e intervenir sobre los síntomas mediante una escucha adecuada y trabajando la propia mujer con el/la profesional las diferentes vertientes.

Situar en primer lugar este subprograma nos permite impregnar el PIAM desde una óptica biopsicosocial con perspectiva de género. Contribuyendo a identificar el malestar psicosocial y estudiarlo desde su origen.

El segundo subprograma es **“Prevención del cáncer ginecológico”**. Tres son los tumores ginecológicos sobre los que, actualmente, podemos realizar un diagnóstico precoz: mama, endometrio y cérvix. Es cierto que debemos fomentar la prevención primaria para luchar contra los factores de riesgo modificables que influyen en la aparición del cáncer. No obstante, la identificación temprana de un tumor disminuye la mortalidad; objetivo principal de este subprograma. Así mismo, se indican las poblaciones diana a las que van dirigidas estos diagnósticos y los criterios de inclusión basados en las evidencias y Planes de Salud actuales.

“Promoción de la salud sexual. Anticoncepción: información y seguimiento de métodos anticonceptivos”, es el tercer subprograma incluido. Donde se recogen unas recomendaciones de la “Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva”; así como, información sobre métodos anticonceptivos para ayudar a la mujer a evitar enfermedades de transmisión sexual, disminuir los embarazos no deseados o tener un control médico cuando utilizan algún método anticonceptivo.

El cuarto subprograma es **“Atención al embarazo, parto y puerperio”**. En general, esta atención consiste en promover la salud, el bienestar y los estilos de vida saludables desde el comienzo del embarazo incluyendo a las mujeres, sus parejas, criaturas y familia. Es muy importante la colaboración y comunicación entre todos los profesionales de ambos niveles asistenciales. Además, debido a la diversidad cultural que existe en la Región de Murcia, este subprograma aborda la atención a la multiculturalidad en el embarazo, prestando sus servicios de forma integral a todas las usuarias de procedencia inmigrante.

El quinto subprograma es **“Atención a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)”**. Se diseña un circuito para atender a las mujeres que solicitan IVE, según la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo. No obstante, como la IVE está sujeta a leyes, normas y decretos, no cabe duda que cualquier modificación que surja habrá que implantarla desde el momento de su aplicación. Sin embargo, dentro de las actuaciones de este subprograma se pretende ayudar a las mujeres que solicitan IVE mediante un plan de acogida, autocuidado, información y seguimiento para la práctica de sexo seguro, identificación de los aspectos psicosociales que le condicionan y que acuda a su centro de salud para orientación y asesoramiento de métodos anticonceptivos.

El sexto subprograma es **“Atención al climaterio”**. El aumento de la esperanza de vida ha convertido el climaterio en un capítulo muy importante de la medicina y de la sociedad. Con este subprograma se pretenden promover estilos de vida saludables, disminuir el impacto de los problemas que aparecen en esta etapa y facilitar conocimientos y habilidades que ayuden a las mujeres perimenopáusicas.

Finalmente, el PIAM especifica la estructura, función y dependencia de la **Unidad Ginecológica de Apoyo (UGA)**. Del mismo modo, define su Cartera de Servicios, que se basará en el PIAM (excepto el embarazo) y la patología ginecológica.

Este Programa se ha de divulgar y sustentar a través de la Comisión Paritaria Regional y las Comisiones de Seguimiento de Áreas que han de estar constituidas por los profesionales sanitarios y no sanitarios del Sistema Público de Salud murciano, evaluándose anualmente los indicadores propuestos en el PIAM. Un objetivo debe ser la participación de las mujeres, lo que también nos va a permitir conocer sus expectativas. Todo esto es fundamental para establecer las líneas estratégicas de los próximos años.

Juan José Pedreño Planes
Coordinador PIAM 2012

JUSTIFICACIÓN Y VIGENCIA

El Programa Integral de Atención a la Mujer de la Región de Murcia ha sido elaborado durante el año 2012 gracias al esfuerzo de coordinación y consenso de numerosos profesionales, apoyados por la Consejería de Sanidad y Política Social y el Servicio Murciano de Salud. Este equipo de profesionales ha estado formado por médicos/as de familia, matronas/es, ginecólogos/as y trabajadoras sociales, en el que todas las Áreas de Salud han estado representadas.

Previo a la constitución del equipo de profesionales, se analizó la situación del programa y se confeccionó un documento de trabajo que recogía lo que se estaba realizando en la región acerca de la atención a la mujer, sirviendo de modelo para el desarrollo de las reuniones. Durante varios meses se han mantenido reuniones periódicas, inicialmente independientes por categorías y luego mixtas, con los distintos miembros del equipo. Siendo el objetivo contribuir a mejorar la atención prestada en la Región de Murcia a las mujeres en las diferentes etapas de su vida, cimentados en la calidad, la igualdad y la coherencia tanto asistencial como económica.

La información recogida en el documento definitivo ha sido contrastada con las evidencias científicas disponibles y las sociedades científicas relacionadas con el programa. Se ha acordado la constitución de una comisión paritaria regional y comisiones de seguimiento por áreas para conocer el grado de implantación, la evolución, las dificultades y las propuestas de mejora posibles. Así mismo, se ha diseñado en cada subprograma una metodología de evaluación con carácter anual.

El programa debe ser revisado en un plazo máximo de dos años. No obstante, está sujeto en cualquier momento a modificaciones por nuevas evidencias o normas que así lo requieran, extensibles a todo el ámbito regional.



SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AECC:	Asociación Española Contra el Cáncer.
ACV:	Accidente cerebrovascular.
AHO:	Anticoncepción hormonal oral.
ASCUS/AGUS:	Células escamosas/glandulares atípicas de significado indeterminado.
AP/APS:	Atención Primaria / Atención Primaria de Salud.
AVE:	Acontecimiento vital estresante.
BFHI:	<i>Baby Friendly Hospital Initiative.</i>
B-HCG:	Gonadotropina coriónica humana.
BI-RADS:	<i>Breast Imaging Reporting and Data System</i> (Sistema de informes y registro de datos de imagen de la mama).
BRCA:	<i>Breast cancer</i> (cancer de mama).
CAD:	Centro de Atención a Drogodependientes.
CARM:	Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
CAVIS:	Centros de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de Violencia de Género.
CEDAW:	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
CIAP:	Clasificación Internacional de Atención Primaria.
CIN o NIC:	Neoplasia cervical intraepitelial.
CS:	Centro de Salud.
CSM:	Centro de Salud Mental.
DTN:	Defectos del tubo neural.
DIU:	Dispositivo intrauterino.
EAP:	Equipo de Atención Primaria.
EMAVI:	Equipo Municipal de Atención a la Violencia contra las Mujeres.
ENSSR:	Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
FAO:	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (<i>Food and Agriculture Organization</i>).
FCF:	Frecuencia cardíaca fetal.
FPP:	Fecha probable de parto.
FUR:	Fecha última regla.
GOT:	Transaminasa glutámico-oxalacética.
GPT:	Transaminasa glutámico-pirúvica.
HSIL:	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado.
HTA:	Hipertensión arterial.
IHAN:	Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia.
IMC:	Índice de masa corporal.
ITS:	Infección de transmisión sexual.
IVE:	Interrupción voluntaria del embarazo.
LSIL:	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.
MF:	Médico de familia.
MTHFR:	Metiltetrahidrofolato reductasa.

OMI-AP:	Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
ONU:	Organización de las Naciones Unidas.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
PAPP-A:	Proteína Plasmática A Asociada al Embarazo.
PAPPS:	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud.
PIAM:	Programa Integral de Atención a la Mujer.
SEGO:	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
SELENE:	Historia Clínica Electrónica de Hospital.
SERAM:	Sociedad Española de Radiología Médica.
SMS:	Servicio Murciano de Salud.
SNS:	Sistema Nacional de Salud.
SOP:	Síndrome de ovario poliquístico.
SUAP:	Servicio de Urgencias de Atención Primaria.
THS:	Tratamiento hormonal sustitutivo.
TNM:	Estadificación del cáncer basada en la extensión del tumor, afectación de ganglios y metástasis.
TOG:	Tolerancia oral a glucosa.
TS:	Trabajadora social.
TSH:	Hormona estimulante de la tiroides.
UGA:	Unidad Ginecológica de Apoyo.
VG:	Violencia de Género.
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
VPH:	Virus del Papiloma Humano.
WCRF:	<i>World Cancer Research Fund</i> (Fundación Mundial para la Investigación del Cáncer).
WHO:	<i>World Health Organization</i> (OMS).

ÍNDICE

PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA MUJER (PIAM).....	17
Introducción.....	17
Objetivos del programa.....	18
Subprogramas del PIAM.....	19
Población diana.....	20
Esquema que siguen los subprogramas.....	20
Organización del PIAM.....	20
SUBPROGRAMAS DEL PIAM.....	23
1. Atención al malestar biopsicosocial de la mujer.....	25
2. Prevención del cáncer ginecológico.....	53
2.1. Cribado del cáncer de mama.....	57
2.2. Diagnóstico precoz del cáncer de endometrio.....	71
2.3. Cribado del cáncer de cérvix.....	77
3. Promoción de la salud sexual. Anticoncepción: información y seguimiento de métodos anticonceptivos.....	89
4. Atención al embarazo, parto y puerperio.....	107
5. Atención a la interrupción voluntaria del embarazo.....	169
6. Atención al climaterio.....	189
UNIDAD GINECOLÓGICA DE APOYO.....	201
1. Estructura, función y dependencia.....	203
2. Cartera de Servicios de la UGA.....	203
3. Anexos.....	205



Programa Integral de Atención a la Mujer

La atención a las mujeres es prioritaria en todas y cada una de las etapas fisiológicas de su vida, y especialmente cuando acontecen patologías específicas, ya que presentan tasas de morbilidad superiores a los hombres en enfermedades endocrinológicas, autoinmunes, aparato circulatorio, osteomuscular y trastornos mentales. Esta mayor afectación de las mujeres se debe tanto a factores psicológicos como sociales y de género, "en la medida en que el papel tradicional de las mujeres en las sociedades las expone a más tensiones, al tiempo que les resta capacidad para modificar su entorno estresante, así como la alta tasa de violencia doméstica y sexual a que están expuestas" (OMS 2001).

Para ello se pretende una prestación de servicios sanitarios a todas las mujeres incluidas en cada uno de los procesos del Plan Integral de Atención a la Mujer, en el ámbito de la Atención Primaria con el apoyo diagnóstico y terapéutico de las Unidades Ginecológicas en las Áreas de Salud donde cuenten con este recurso o con el apoyo de los Centros Hospitalarios.

Desde la Consejería de Sanidad, Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación, conjuntamente con la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud, se pretende unificar criterios de asistencia en toda la Región de Murcia para prestar una atención universal a todas las mujeres de la Comunidad Autónoma sin discriminación por razones geográficas, clase social, nivel de estudios, nacionalidad y con especiales dificultades (mujeres con discapacidad, mujeres pertenecientes a minorías étnicas, mujeres drogodependientes, mujeres víctimas de violencia y mujeres prostituidas), en la prestación de los servicios mínimos en cada una de las etapas de su ciclo vital.

Todo esto, unido a la reciente publicación de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva hace que se planteen diversos cambios en la atención prestada en nuestros centros sanitarios que contribuyan a la mejora en la asistencia basándose en los últimos avances y evidencias científicas.

INTRODUCCIÓN

Las diferentes etapas del ciclo vital en la mujer determinan unas necesidades y demandas específicas de los servicios sanitarios, con independencia de las prestaciones que se realizan a la población general. Debido a estas necesidades físicas, psicológicas y sociales, la atención a la salud de la mujer se desarrolla fundamentalmente en aspectos preventivos y de promoción de la salud, sin menoscabo de la atención curativa y rehabilitadora de los problemas de salud detectados.

Este Programa Integral de Atención a la Mujer se sustenta en un marco teórico biopsicosocial con perspectiva de género, basado en la idea de que la salud de la mujer no sea atendida sólo desde un modelo biomédico centrado exclusivamente en la fisiopatología. Es preciso insistir en la importancia de aplicar este nuevo enfoque, en el que se plantea que la salud de las mujeres está condicionada no sólo por características biológicas, sino por el contexto cultural, social, político y económico en que viven; siendo esta perspectiva acorde con la que se promueve desde los organismos internacionales (OPS, OMS, ONU,...), la legislación nacional y regional (Ley Orgánica 3/2007), europea e internacional, así como por la evidencia científica y expertos.

Resulta necesario poner de relieve que la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia tiene el mayor interés en fomentar estas acciones de impulso a programas que contribuyen a mejorar la salud de la mujer. Para ello se plantea por un lado optimizar los recursos y estructuras ya existentes y por otro, implementar acciones específicas en aquellos aspectos aún no desarrollados.

Con este programa se pretende en primer lugar englobar, cuantificar y ordenar las acciones que tradicionalmente se vienen enmarcando como de "Atención a la mujer" para mejorar la calidad de la atención y además potenciar determinadas actuaciones, desde ambos niveles asistenciales, Atención Primaria y Atención Hospitalaria, para llegar a dar mayor cobertura.

Para desarrollar este programa en todas y cada una de sus acciones, y aunque AP sea el eje desde el que se centra la atención por sus características de accesibilidad, continuidad, etc., este PIAM no sería posible sin una adecuada coordinación y colaboración entre todos los niveles asistenciales del SMS.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Objetivo general

Establecer un marco de actuación de la asistencia sanitaria en la Región de Murcia en algunos de los procesos básicos de la vida de la mujer para mejorar su calidad de vida, considerando lo normal, realizando una detección precoz de lo patológico y proporcionando herramientas para una intervención efectiva desde un enfoque integral que englobe los aspectos biopsicosociales y terapéuticos.

Objetivos específicos

1. Promocionar la salud de las mujeres fomentando hábitos de vida saludables.
2. Detectar y abordar el malestar biopsicosocial que esté afectando la salud de las mujeres.

3. Formar y sensibilizar a los/las profesionales del SMS en una adecuada atención a la salud de las mujeres desde el modelo biopsicosocial con perspectiva de género.
4. Facilitar la accesibilidad de las mujeres al sistema sanitario, eliminando las barreras arquitectónicas, de enseres, de información y de organización.
5. Fomentar las medidas de prevención general del cáncer ginecológico.
6. Aumentar el número de diagnósticos precoces de cáncer de mama, cérvix y endometrio.
7. Mejorar el acceso a la anticoncepción y a una disminución del número de embarazos no deseados, potenciando una sexualidad plena y satisfactoria.
8. Mejorar la atención en el embarazo, parto y puerperio en base a la evidencia científica actual.
9. Identificar los embarazos de riesgo.
10. Aumentar la cobertura de los programas de educación maternal impartidos en cada centro de atención primaria.
11. Disminuir la morbimortalidad perinatal.
12. Promover la lactancia materna.
13. Orientación y asesoramiento en la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo.
14. Mejorar la atención en el climaterio y detección precoz y control de los problemas de salud más frecuentes en esta etapa de la vida: osteoporosis e incontinencia urinaria.
15. Fomentar la investigación de los/las profesionales en la salud de las mujeres.
16. Adaptar los protocolos clínicos a la Evidencia científica.
17. Unificar los sistemas de información y registro, adaptándolos a las necesidades de los/as profesionales y pacientes.
18. Optimización de recursos, identificando una consulta de referencia en cada área de salud que cuente con mobiliario clínico adecuado, accesibilidad completa y una agenda específica con horarios ajustados tanto a las necesidades de transporte como a la duración de la consulta de acuerdo a las necesidades específicas de sus usuarias.

SUBPROGRAMAS DEL PIAM

1. Atención al malestar biopsicosocial de la mujer.
2. Prevención del cáncer ginecológico.
 - 2.1 Diagnóstico precoz del cáncer de mama.
 - 2.2 Diagnóstico precoz del cáncer de endometrio.
 - 2.3 Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix.

3. Promoción de la Salud Sexual. Anticoncepción: información y seguimiento sobre métodos anticonceptivos.
4. Atención al embarazo, parto y puerperio.
 - 4.1. Seguimiento del embarazo.
 - 4.2. Educación maternal y preparación al parto.
 - 4.3. Atención al parto normal.
 - 4.4. Atención al puerperio.
5. Atención a la interrupción voluntaria del embarazo.
6. Atención al climaterio.

POBLACIÓN DIANA

El Programa Integral de Atención a la Mujer va dirigido a todas las mujeres a partir de los 14 años, con cobertura sanitaria en el Servicio Murciano de Salud, con distintos criterios de inclusión según los subprogramas a los que accede.

ESQUEMA QUE SIGUEN LOS SUBPROGRAMAS

- Situación y atención actual del proceso.
- Objetivos.
- Población diana.
- Actuaciones.
- Circuitos de derivación y comunicación entre profesionales.
- Evaluación.
- Flujograma.
- Bibliografía.
- Anexos.

ORGANIZACIÓN DEL PIAM

Para la organización del PIAM, así como para garantizar el seguimiento y evaluación, se constituirán la Comisión Paritaria Regional y las Comisiones de Seguimiento de Áreas y se designarán:

- Un/a Responsable Regional, cuyo nombramiento será realizado por la/el Consejera/o de Sanidad y Política Social.
- Un/a Responsable o Coordinador/a de Atención Primaria y un/a Responsable Coordinador/a Gineco-Obstétrico en cada Área de Salud.
- Un/a Representante del PIAM en cada Centro de Salud, que ha de recaer en uno de los profesionales de Atención Primaria que intervienen en el programa.

- Los nombramientos de los Coordinadores/as y de los Representantes del PIAM serán realizados por la Comisión Paritaria Regional a propuesta de los/las Gerentes de Área.
- La Comisión Paritaria Regional estará constituida por el/la Gerente del SMS, el/la Responsable Regional del PIAM y los/as Coordinadores/as de Atención Primaria y Gineco-Obstétricos del PIAM de cada Área de Salud. Esta comisión establecerá las competencias y responsabilidades de todas las comisiones y sus miembros.
- Las Comisiones de Seguimiento de Áreas estarán presididas por el/la Gerente de Área y liderada por un/a Responsable o Coordinador/a de Área del PIAM, designado/a por la Comisión Paritaria Regional. Asimismo, estarán constituidas por los representantes del PIAM de cada Equipo de Atención Primaria (EAP) y los representantes hospitalarios relacionados con el PIAM que cada área, a propuesta de sus Gerentes, determine.
- Tanto la Comisión Paritaria Regional como las Comisiones de Seguimiento de Áreas tienen la responsabilidad de hacer cumplir las evidencias y acuerdos pactados en el PIAM.

Del mismo modo, con el fin de garantizar los aspectos científico-técnicos del PIAM, se constituirá un Comité Técnico con representantes de las Sociedades Científicas, cuyas funciones serán: análisis de los resultados de las evaluaciones anuales y propuestas de modificaciones a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.





SUBPROGRAMAS DEL PIAM



1- ATENCIÓN AL MALESTAR BIOPSIICOSOCIAL DE LA MUJER



1 – ATENCIÓN AL MALESTAR BIOPSIICOSOCIAL DE LA MUJER

1.1- SITUACIÓN Y ATENCIÓN ACTUAL DEL PROCESO

Según los estudios realizados, entre el 30% y el 60% de todas las visitas en atención primaria se deben a **síntomas para los que no se encuentra causa médica** (José Luis Vázquez Barquero y otros. Psychological Medicine 1990) y entre el 70% y el 90% de los casos son **mujeres**.

Hay que tener en cuenta que **los síntomas somáticos son muy frecuentes**, algunos estudios demuestran que el 75% de adultos sanos presentan, en el plazo de un mes, algún tipo de malestar somático, **las mujeres presentaron mayores porcentajes** de síntomas agudos que los varones y declaran el doble de problemas psíquicos, dificultad para dormir y cansancio injustificado. Son dolores y síntomas somáticos, muchos de ellos manifestaciones vegetativas, que la inmensa mayor parte de las veces resultan ser funcionales (es decir, sin trastorno orgánico evidenciable) y que se pueden asociar, tanto a alteraciones físicas, como psíquicas (Velasco Arias, Sara. Madrid 2006).

“Los trastornos mentales comunes o los síntomas somáticos sin explicación médica, asociados o no a quejas anímicas, abordados bajo la óptica biomédica, son clasificados en distintas categorías diagnósticas (fibromialgia, fatiga crónica, depresión, síndrome de colon irritable, cefalea tensional, etc.) o no llegar a ninguno, quedando como síntomas inexplicados. Cuando esto ocurre, en la práctica se observa que la conducta terapéutica es, con mucha frecuencia, la prescripción de psicofármacos, quedando sin **abordar la causa de malestar psicosocial que causa los síntomas, y lo más preocupante, cronificándose los problemas a través de la medicación**. Es una cronificación donde las pacientes quedan en una posición de incapacidad para actuar y modificar su modo de vida, de modificar posibles causas asociadas a su malestar psicosocial. Pero como los síntomas no remiten, esta cronificación se acompaña de una posible insistencia de la demanda no satisfecha: “pacientes hiperfrecuentadoras”, “pacientes difíciles”. Se define el **malestar psicosocial** como el sufrimiento que no puede ser descifrado y expresado en palabras y que aparece como sufrimiento anímico o en el cuerpo como síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable” (Velasco Arias, Sara. 2006).

“Además, **existen diferencias en la atención sanitaria a las mujeres**. Los médicos y médicas son más proclives a diagnosticar depresión a las mujeres incluso con la misma sintomatología y puntuaciones en test que los varones y también en una mayor frecuencia de prescripción de psicofármacos a las mujeres (ansiolíticos, antidepresivos, sedantes, hipnóticos, neurolépticos), lo que señala la OMS que puede explicarse por la mayor prevalencia entre ellas de trastornos mentales comunes, como por la mayor tendencia de las mujeres a recabar ayuda, aunque también apuntan a la influencia significativa en la

actitud de los médicos y médicas, que tienden a inclinarse por la opción de prescribir medicamentos cuando se enfrentan a una situación psicosocial incluso poco compleja, así como que actúan bajo la influencia de estereotipos de género que inducen a mayor prescripción tranquilizante a las mujeres” (Velasco Arias, Sara 2006).

Por lo tanto, desde un **marco teórico biopsicosocial con perspectiva de género**, que incluye en el proceso de enfermar la influencia del contexto social y la subjetividad, ambos además condicionados por el género, Sara Velasco plantea que “los síndromes y síntomas que tratamos no tienen su causa sólo en la biología, que desde luego puede predisponer, y tampoco sólo a situaciones sociales precarias, sino en la posición subjetiva de la persona en su contexto social y cómo se enfrenta a los conflictos”.

Las fuentes de este subprograma han sido:

- el **Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres: Intervención en Atención Primaria de Salud**. Elaborado e implantado en Murcia durante 2003 y 2005 por parte de la **Dra. Sara Velasco Arias** y dirigido desde el Instituto de la Mujer del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales por parte de Dña. Begoña López Dóriga.¹
- Documento de **Trabajo Social en Atención Primaria de Salud**. Madrid 2001.

1.2 – OBJETIVOS

- Mejorar la calidad de vida de las mujeres mediante la promoción de hábitos de vida saludables.
- Promover la salud de la mujer mediante el autocuidado y la autoaceptación.
- Ofrecer un espacio de escucha activa y empática que favorezca la no medicalización de la problemática psicosocial de la mujer.
- Favorecer en la mujer el análisis e integración de las distintas situaciones vitales, familiares y/o sociales, que puedan ocasionarles malestar con sintomatología asociada.
- Dar a conocer los recursos socio-sanitarios y comunitarios que ayuden a la resolución de los conflictos que puedan aparecer en las distintas etapas de la vida de la mujer.

¹ Marco teórico y modelo de atención publicado en Sara Velasco Arias, 2006 y publicada la evaluación realizada sobre 432 casos clínicos en Sara Velasco, Begoña López Dóriga y cols., 2007

1.3 – POBLACIÓN DIANA

Mujeres que acuden a la consulta y presentan los siguientes **factores psicosociales de género²**:

Sobrecargas de género:

- Matrimonio, falta de comunicación íntima con la pareja, trabajo de ama de casa.
- Roles múltiples y doble jornada laboral.
- Cuidado de otros, hijos pequeños, cuidado de personas dependientes o enfermas.
- Hijos adolescentes.
- “Superwoman”, “Síndrome de abuela esclava”.
- Falta de soporte y ayuda socio-familiar.

Caídas de ideales (ideales de feminidad):

- Ruptura de pareja.
- Hijos con enfermedad o discapacidad.
- Dificultades con el ideal materno (infertilidad).
- Carencia de proyecto propio y de otras realizaciones.
- Cambios de ciclo vital (menopausia...).

Violencia de género/abusos-relaciones de poder:

- Experiencias infantiles traumáticas.
- Abusos infantiles.
- Violencia, malos tratos.
- Dependencia económica y afectiva.

Pérdidas más dolorosas por dependencia afectiva:

- Pérdidas de personas queridas, de trabajo, de condiciones de vida...
- Muertes significativas: hijos/hijas, pareja, padres....
- Pérdida del amor.
- Soledad.
- Inmigrantes en situación de especial vulnerabilidad (desarraigo, aislamiento).

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Patología psiquiátrica grave.

1.4 – ACTUACIONES

-1.4.1. Promoción de la salud de la mujer.

-1.4.2. Detección y valoración biopsicosocial.

-1.4.3. Intervención:

-1.4.3.1 Ante la demanda manifiesta: los síntomas.

-1.4.3.2 Ante la demanda latente: escucha biopsicosocial.

² Relación de factores psicosociales identificados por Sara Velasco (2006), recopilada a partir de autoras de estudios de género y su propia experiencia.

- 1.4.3.3 **Cómo trabajar con la mujer en las diferentes esferas.**
- 1.4.4. **Seguimiento.**
- 1.4.5. **Violencia de género.**
- 1.4.6. **Actuación de la Trabajadora Social del centro de Salud.**
- 1.4.7. **Registro de la actuación.**

1.4.1.- Promoción de la salud de las mujeres:

a) La dimensión social de la mujer y los recursos comunitarios.

Desde todos los niveles de nuestro sistema sanitario y especialmente desde la Atención Primaria de Salud, podemos promocionar la salud de las mujeres **potenciando su dimensión social:**

1) Conociendo y dándoles a conocer las actividades y recursos comunitarios que permitan mejorar su calidad de vida. Así como los recursos de ayuda para situaciones difíciles o de enfermedad (asociaciones de mujeres separadas, grupos de apoyo para cáncer de mama, etc.) la mujer necesita tener actividades y proyectos propios, que sean fuentes de satisfacción, de aprendizaje y de oportunidades de relación.

2) Es preciso tener presente las dificultades y temores de las mujeres para incorporarse a lo social (poca confianza en sus capacidades, dificultades para tomar decisiones, etc.). Todo ello tiene que ver con los mandatos de género (**ANEXO I**).

3) En ocasiones no es suficiente informar, sino trabajar los miedos, integrando los componentes familiares y sociales, creando grupos de mujeres como espacios intermedios en los que la mujer desarrolle recursos personales y de relación.

b) Promocionar la salud de las mujeres desde la perspectiva de género es:

- Tener presente lo que piensan, lo que sienten y sus circunstancias personales, familiares y sociales.
- Favorecer que puedan tener actividades y proyectos propios.
- Estimular que otros miembros de la familia compartan las responsabilidades domésticas, el cuidado de los mayores y la crianza de los hijos.
- Ayudarlas a tenerse presentes, dedicar un tiempo a su cuidado y atreverse a expresar sus necesidades o deseos.
- Incluir contenidos de salud (hay déficit importantes en contenidos de alimentación, actividad física, salud cotidiana, remedios para síntomas menores, aspectos emocionales, etc.).
- Evitar los diagnósticos aislados del contexto y la medicalización.

- Coordinarnos con otros servicios de la comunidad (prever tiempos dentro del horario, organizar espacios de intercambio de experiencias y programas).
- Devolver a la sociedad lo que observamos (determinantes psicosociales que están siendo origen de malestar y patología).
- Reflexionar sobre nuestras actitudes en relación con las mujeres que acuden a la consulta y como podemos orientar nuestra formación para ayudarlas mejor (Pilar Blanco, 2004).

c) Los **espacios grupales**

“ Son un lugar primordial para promocionar la salud de las mujeres”.

- Ayudan a evitar la medicalización.
- La verbalización de nuestros miedos, problemas, conflictos nos ayuda a irlos elaborando, resolviendo.
- Las mujeres recuperan su palabra y a través de ella su subjetividad.
- El intercambio nos permite entender que no somos únicas, ayudan a analizar los problemas comunes.
- Las mujeres aprenden a comunicarse y relacionarse. A valorar su propia experiencia y la de los demás.
- A crear relaciones significativas entre ellas.
- El grupo apoya en el camino de abordar los cambios necesarios.
- El espacio grupal facilita el descubrir que sus problemas no son sólo individuales, si no también sociales (Pilar Blanco, 2004).

1.4.2 – Detección y valoración biopsicosocial

El abordaje inicial debe consistir en realizar una adecuada detección activa en las consultas de medicina, enfermería, matrona, ginecología, fisioterapia, etc., de la población demandante. A estas mujeres, además de los datos básicos de antecedentes personales, familiares y ginecológicos, descritos en el PIAM en cada subprograma, se les realizará una **exploración psicosocial básica** para detectar factores de riesgo psicosocial:

- **Ausencia de Redes de apoyo significativas: familiares y sociales**
- **Acontecimientos Vitales Estresantes (ANEXO II).**
- **Dificultades en las Etapa del Ciclo Vital Familiar (ANEXO III).**
- **Cribado de Violencia de género (Preguntas RADAR del Protocolo de Violencia de Género de Salud Mental de Murcia).**

Para detectar estos factores de riesgo realizaremos las siguientes preguntas:

BREVE EXPLORACIÓN PSICOSOCIAL:

1.- Redes de apoyo significativas: familiares y sociales:

¿Cuenta con personas significativas en su entorno familiar o social que le apoyen?

2.- Acontecimientos Vitales Estresantes:

***¿Ha vivido algún acontecimiento importante en estos últimos años que le haya causado importante estrés o malestar?
¿Cómo lo ha vivido y cómo está actualmente?***

3.- Preguntas VG

3.1.- En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?

- *mucha tensión.*
- *alguna tensión.*
- *sin tensión.*

3.2.- Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

- *mucha dificultad.*
- *alguna dificultad.*
- *sin dificultad.*

(Normas de corrección: se asigna una puntuación de "1" a las respuestas más extremas (mucha tensión y mucha dificultad) y una puntuación de "0" a las demás opciones de respuesta. La puntuación final oscila entre "0" y "2" y tanto las puntuaciones "1" como "2" son considerados resultados positivos en el cribado.)

3.3.- Si en la actualidad no tiene pareja pero la ha tenido, se puede incluir una pregunta acerca de si ha sufrido violencia por su pareja en el pasado, con una pregunta: ¿Hay alguna persona de una relación previa que le haya hecho sentir miedo?

Tras los datos obtenidos en la detección de factores de riesgo biopsicosocial, es necesario realizar una **valoración psicosocial más exhaustiva a aquellas mujeres que presenten factores de riesgo**. Para ello se aconseja la realización de algún test validado que nos sirva como herramienta de cribado para explorar determinados aspectos, así como la conveniencia de realizar genograma. En este sentido también se aconseja utilizar:

- Para cuantificar la probable disfunción familiar se aconseja la realización del test de **APGAR familiar** incluido en OMI (**ANEXO IV**).
- **Recomendaciones: necesidad de incorporar el análisis de género en las consultas** de Atención Primaria. Algunos aspectos subjetivos y sociales a tener presentes Pilar Blanco (**ANEXO V**).

Estos tests pueden ser autoadministrados; se le pueden entregar a la paciente para que los realice en casa y evaluarlo en la próxima consulta programada (lo que puede facilitar la realización de una entrevista semiestructurada).

Si existen problemas o dificultad a la hora de detectar, valorar, diagnosticar o abordar diferentes aspectos, se aconseja realizar interconsulta a trabajo social del C.S.

1.4.3 – INTERVENCIÓN

1.4.3.1 – Ante la demanda manifiesta: LOS SÍNTOMAS

- Favorecer la **empatía** con frases como *entiendo que esté preocupada, me hago cargo de lo difícil de la situación.*
- Realizar **anamnesis adecuada de los síntomas** que presenta. Procurar que la paciente se sienta comprendida y que sus quejas orgánicas sean suficientemente atendidas. No negar la sintomatología y tranquilizar a la paciente.
- A la vez que se atiende la demanda manifiesta, hacerse cargo de la **demanda latente** aunque aún no se satisfaga. Comenzar con las clásicas pero importantes preguntas: *¿Desde cuando se siente...? o ¿Cuándo aparecieron los síntomas? ¿A qué atribuye los síntomas?...*
- **Evitar diagnósticos de complacencia** del tipo: artrosis, "cervicales",... La paciente se aferrará a estos diagnósticos que la colocará en una posición subjetiva o rol de pasividad.
- Evitar realizar pruebas y derivaciones al especialista innecesarias, incorporando la **negociación**. Esta puede ser del tipo: *Probablemente no nos va a aportar nada sobre el proceso que le afecta, pero se la voy a hacer siempre y cuando acceda a que si dicha prueba es normal, confiará en mí y nos centraremos en los aspectos emocionales que pueden contribuir a la causa de su malestar...*
- No precipitarse en la atribución psicológica de los síntomas: **Evitar atribuir sistemáticamente cada síntoma nuevo a enfermedad mental**. Hay que valorar cada síntoma, y recordar que la paciente con malestar psicosocial invariablemente morirá de una causa orgánica.
- **Si la paciente presenta depresión**, se ha de tener cuidado con la prescripción de psicofármacos como única terapia (sobre todo benzodiazepinas) que en muchos casos no resuelve el problema y tan sólo puede añadir otro más como la dependencia.
- **Desfocalizar los síntomas:** convertir al menos la mitad del tiempo de consulta en la **escucha biopsicosocial**, resaltando aspectos positivos y alabando progresos (*"Es magnífico que haya vuelto a la actividad..."*).

1.4.3.2 – Escucha biopsicosocial

Según el método de atención biopsicosocial de Sara Velasco (2006) se plantea realizar la escucha de la manera siguiente:

- **Es imprescindible escuchar a la mujer. No centrarnos en** dar instrucciones a la persona, en informarle, convencerle de lo que le pasa o decirle lo que tendría que hacer y confiar en su voluntad para que lo haga (“anítese, haga cosas...” o “relájese, si no pasa nada”).
- Antes de cualquier intervención es el momento de **tener en mente todos los factores psicosociales, incluidos los determinantes de género (ANEXO VI)**. No preguntaremos sobre factores de riesgo concretos, sino que esperamos que vayan apareciendo, pero hay que conocerlos porque **no podemos escuchar aquello que no hemos pensado antes**. Identificar estos factores de riesgo abre una nueva ventana para comprender.
- **¿Qué escuchar?:**
 - o Escuchar los síntomas y lo que viene del cuerpo.
 - o Escuchar los acontecimientos y situación social.
 - o Escuchar la vivencia subjetiva y además la conexión que ambas (síntomas corporales y hechos sociales) tienen con las impresiones y afectos, con la subjetividad.

Lo que encontraremos es el material con el que haremos la intervención.

- Pueden realizarse **preguntas abiertas** como: *cuénteme un poco sobre usted, lo que le parezca importante o le preocupe*, si cuenta algo que parece de interés animarla a continuar y no interrumpir... *eso parece importante y ¿qué más le pasaba?...*
- Los **factores de riesgo psicosocial que se han detectado** en la detección básica pueden servirnos para **señalarlos y preguntarle** más detenidamente sobre ellos.
- **Escucha biográfica selectiva** para localizar los acontecimientos sociales y de género que pueden ser significativos para la persona y desencadenantes del malestar (para lo que deberemos tener en mente los determinantes psicosociales).
- Precaución importante: **no intentar sacar conclusiones inmediatas** nada más escuchar algunas cosas, sino dar tiempo a que se desplieguen los asuntos.
- **Contención:**
 - o Tolerancia y acogimiento de la posible ansiedad y angustia.

- Sostener tolerando expresiones emocionales o relatos perturbadores; mantener la presencia tranquila, la mirada y algún contacto.
- Poner límites a lo que puede ser atendido y lo que sobrepasa.

- "Nuestro objetivo será posibilitar que **el malestar y los síntomas sean reinterpretados** tanto por el o la profesional de la salud como por la mujer. Es necesaria la escucha de las apreciaciones subjetivas de la propia paciente que es donde se puede encontrar el significado de sus síntomas. Se trata a la persona como sujeto activo de su padecimiento para que conozca, aprecie y tome responsabilidad activa para afrontar y modificar lo necesario que causa su malestar. El resultado es lo que llamamos **subjetivación activa**" (Velasco, Sara. 2006).

1.4.3.3.-Cómo trabajar con la mujer en las diferentes esferas

Según el método de atención biopsicosocial de Sara Velasco (2006):

Que sea la propia mujer, junto con el/la profesional la que tras la elaboración y asociación de sus síntomas a su forma de vivir, busque y proponga las actividades y proyectos en las siguientes áreas:

1.- ESFERA FÍSICA. CUIDAR EL CUERPO.

Trabajar mediante entrevista motivacional los cuidados básicos que precisa el cuerpo para un buen funcionamiento fisiológico: La alimentación, el ejercicio, evitar los tóxicos y las agresiones.

Seguir escuchando el significado que puedan tener los síntomas corporales.

2.- ESFERA SOCIAL:

- Procurar que mantenga lazos significativos con los otros y una presencia como persona activa y constructora de la sociedad. Tanto en las relaciones con cada persona, como con la sociedad misma.
- Evitar ser víctima pasiva de las circunstancias externas. Por el contrario, tratar de modificar aquello que le perjudica o es injusto o la coloca en un rol pasivo.
- Mantener siempre alguna vía de realización a través de:
 - El trabajo.
 - El saber.
 - El amor.
 - El encuentro con los otros.
 - Tener hijos/as.
 - La creación.
 - La mística.
- Fomentar su red social. Ampliar su horizonte de intereses y ponerlas en contacto con diferentes grupos humanos en los que se afiance su sentido de pertenencia.

- Son importantes los grupos de mujeres que se están desarrollando en los Centros de Salud. Motivar su participación.

3.- **ESFERA PSÍQUICA.**

“El principal protector de la salud es mantener una posición activa de realización del deseo, es decir, ser sujeto de los propios actos y no objeto de los otros, lo que implica mantener un horizonte de independencia y autonomía, contar con proyectos vivenciales propios. Al mismo tiempo, no ser objeto de lo social implica posiciones subjetivas para no ser objeto de los modelos e ideales imperantes. Perder el afán de omnipotencia. Reconocer la existencia de un sujeto interior que tiene sus motivos y por tanto interrogarse por los significados de las posiciones que la mujer mantiene, por el significado de los propios actos e incluso de los propios síntomas” (Velasco, Sara. 2006).

1.4.4 – SEGUIMIENTO

Acordar un plan de seguimiento en consultas programadas, teniendo en cuenta el ritmo y proceso de cada mujer.

1.4.5 – VIOLENCIA DE GÉNERO

En el caso de que se detecte una situación de **VIOLENCIA DE GÉNERO** es importante destacar los Protocolos de actuación existentes en el SMS. Así mismo, existe un Responsable de VG en cada Centro asistencial (Hospitales, C.S., CSM, SUAP...) y Trabajo Social del Centro, que podrán orientar sobre la intervención. No obstante, **Es necesario hacer especial mención a los siguientes aspectos:**

- Reforzar la idea de inadmisibilidad de la violencia.
- Reforzar la idea de que ella no es culpable y no ha hecho nada que pueda ser castigado con violencia.
- Identificar la negación del hecho (violencia) como mecanismo de defensa de la mujer.
- Ofrecer las vías para que explique la demanda de ayuda cuando lo crea oportuno.
- Favorecer la expresión de sentimientos de vergüenza, culpa, lealtad al agresor o de secretos de familia para poder identificarlos como causa de su pasividad.
- Facilitar información sobre la realización de la denuncia y los pasos a seguir.
- Facilitar sistemas de apoyo y/o tratamiento (CAVIS, EMAVI, Oficina de Atención a Víctimas, Fuerzas y Cuerpos...).

1.4.6 – ACTUACION DEL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL EN EL CENTRO DE SALUD

Serán susceptibles de derivación a trabajo social aquellas mujeres descritas en el perfil general que precisen:

- Un espacio de “escucha activa” que les facilite la toma de conciencia de sus dificultades y les permita la búsqueda de solución.

- Orientación para la resolución de su problemática.
- Información sobre los recursos disponibles para la resolución de sus problemas.

Es importante que las/los profesionales sanitarios presten especial atención a la hora de derivar a las mujeres, motivándolas previamente para que realicen un trabajo personal de cambio. Por ello, en algunos casos, será necesario preparar conjuntamente estrategias de derivación o de tratamiento, mediante **interconsulta**. El hecho de que el personal sanitario aconseje **tratamiento grupal**, facilita la disposición de las mujeres para acudir al mismo, dado que en general están acostumbradas a una respuesta farmacológica, rechazando opciones que supongan una implicación personal.

1 INTERVENCIÓN SOCIAL

APOYO PSICOSOCIAL

Proceso mediante el cual las personas verbalizan los acontecimientos vitales que están ocasionando su conflicto, produciéndose la base para su resolución. A lo largo del proceso las personas analizan y toman conciencia del origen de su malestar, desarrollando capacidades para afrontar su situación-problema. En este contexto el Trabajador Social contiene los estados emocionales de las personas para devolverlos más elaborados. A través del vínculo profesional que se establece en esta comunicación, se promueven cambios que les permiten modificar sus actitudes (a nivel interno, relacional y social).

El apoyo emocional puede ir acompañado de:

- Información, orientación y asesoramiento.
- Apoyo instrumental:
 - Información de recursos socio-sanitarios.
 - Orientación del funcionamiento de los mismos.
 - Motivación para su adecuada utilización.
 - Seguimiento con el usuario.
 - Seguimiento con el profesional que lo atiende (antes de derivarlo, durante la intervención y después de esta).

INTERCONSULTAS

Coordinación entre profesionales del EAP para realizar un tratamiento integral.

COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Actividades realizadas para intervenir en situaciones conflictivas de índole interpersonal y familiar, con profesionales de otras instituciones.

ATENCIÓN DOMICILIARIA

Asistencia en el domicilio del individuo / familia que estén incapacitados para acudir al centro, y/o se considere necesario por el T. Social para realizar una valoración y tratamiento psicosocial.

2 NIVELES DE INTERVENCIÓN

A) NIVEL INDIVIDUAL

Durante este proceso, la persona, reforzada y apoyada, moviliza y genera sus propios recursos para promover cambios que favorecen la resolución de sus dificultades.

Metodología

- 1 sesión semanal.
- 3/4 hora por sesión.
- De 3 a 4 meses.

B) NIVEL FAMILIAR

1. Que la familia genere nuevas alternativas de actuación.
2. Que las asimile.
3. Que elija las más adecuadas para afrontar y resolver la problemática dentro de su contexto concreto.

C) NIVEL GRUPAL

Objetivos:

- Favorecer un espacio de crecimiento personal.
- Intercambiar experiencias.
- Fomentar habilidades personales y sociales.
- Potenciar comportamientos saludables.
- Utilizar adecuadamente los recursos de la red comunitaria.

Encuadre:

- Grupo (de 8 a 14 personas).
- Mínimo: 8 sesiones.
- Periodicidad: 1 sesión semanal.
- Duración de la sesión: mínimo, 90 minutos.

Metodología:

- Dinámica grupal.
- Información teórica.
- Ejercicios prácticos.
- Evaluación.

Contenido temático

- Masculinidad y feminidad.
- Comunicación.

- Hijos.
- Pareja.
- Autoestima.
- Autocuidado.
- Relaciones con el entorno.
- Estrés.
- Vivencia de la menopausia.
- Hábitos saludables.
- Sexualidad.

D) INTERVENCIÓN COMUNITARIA. Promoción de la salud.

1.4.7 – Registro de la actuación

Se anotarán las situaciones detectadas que originan el malestar y las posibles causas de los mismos.

Los datos positivos de los diferentes test descritos en el protocolo se anotarán en la historia.

La historia clínica servirá de registro de las diferentes intervenciones que se realicen por parte de todos los/las profesionales que intervengan.

1.5 – CIRCUITOS DE DERIVACIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

1.5.1 – Antes de realizar una derivación es muy importante:

- Conseguir la atribución de los síntomas a aspectos emocionales y no orgánicos.
- Realizar una adecuada aproximación de los nuevos síntomas que tenga la paciente.

Hasta que la paciente no haya hecho la adecuada atribución de los síntomas a aspectos emocionales, se aconseja que sea vista y controlada por el/la profesional de atención primaria. Una vez haya asumido el origen psicosocial de los síntomas, se aconseja, en función de los problemas detectados, derivación para tratamiento individual o grupal a trabajo social del C.S.

1.5.2 – Criterios de derivación Centro de Salud Mental o CAD

- Deseo de la paciente de acudir a salud mental.
- Gravedad de los síntomas.
- Comorbilidad psiquiátrica.
- Abuso de alcohol y drogas.

1.6 – EVALUACIÓN

Cobertura de mujeres en tratamiento psicosocial

- NIVEL INDIVIDUAL

$$\frac{\text{nº de mujeres en tratamiento individual}}{\text{nº total de personas de la zona básica}} \times 100$$

- NIVEL GRUPAL:

$$\frac{\text{nº de mujeres en tratamiento grupal}}{\text{nº de personas de zona básica}} \times 100$$

1.7 – SECUENCIA BÁSICA DE LA EXPLORACIÓN PSICOSOCIAL

BREVE EXPLORACIÓN PSICOSOCIAL

1.- Redes de apoyo significativas: familiares y sociales:

¿Cuenta con personas significativas en su entorno familiar o social que le apoyen?

2.- Acontecimientos Vitales Estresantes:

***¿Ha vivido algún acontecimiento importante en estos últimos años que le haya causado importante estrés o malestar?
¿Cómo lo ha vivido y cómo está actualmente?***

3.- Preguntas VG

3.1.- En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?

- *mucha tensión.*
- *alguna tensión.*
- *sin tensión.*

3.2.- Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

- *mucha dificultad.*
- *alguna dificultad.*
- *sin dificultad.*

(Normas de corrección: se asigna una puntuación de "1" a las respuestas más extremas (mucha tensión y mucha dificultad) y una puntuación de "0" a las demás opciones de respuesta. La puntuación final oscila entre "0" y "2" y tanto las puntuaciones "1" como "2" son considerados resultados positivos en el cribado.)

3.3.- Si en la actualidad no tiene pareja pero la ha tenido, se puede incluir una pregunta acerca de si ha sufrido violencia por su pareja en el pasado, con una pregunta: ¿Hay alguna persona de una relación previa que le haya hecho sentir miedo?

Tras los datos obtenidos en la detección de factores de riesgo biopsicosocial, es necesario realizar una **valoración psicosocial más exhaustiva a aquellas mujeres que presenten factores de riesgo**. Para ello se aconseja la realización de algún test validado.

1.8 – BIBLIOGRAFÍA

- VELASCO ARIAS, SARA: "Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres: intervención en Atención Primaria de Salud. Documento Salud nº 9 Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2006.
- Velasco, Sara; López Dóriga Begoña; Tourné, Marina y cols. "Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria". *Feminismos* nº 10, Centro de Estudio de la Mujer, Universidad de Alicante, 2007.
http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6129/1/Feminismos_10_08.pdf
- Programa de Atención a la Mujer. Área de salud 9 de la Comunidad Autónoma de Madrid. 1999.
- El Trabajo Social en Atención Primaria de Salud. INSALUD. Madrid 2000.
- BLANCO PRIETO, PILAR: "La atención a las mujeres que acuden con frecuencia a nuestras consultas. Necesidad de incorporar el análisis de Género. *Revista Salud* 2000, nº 95. Enero 2004.
- EUROsocial. Informe de buenas prácticas, 2008: Programa de atención biopsicosocial al malestar de las Mujeres en Atención Primaria. Comisión Europea. <http://epic.programaeurosocial.eu/buscador/experiencia.php?exp=26>

1.9 - ANEXOS

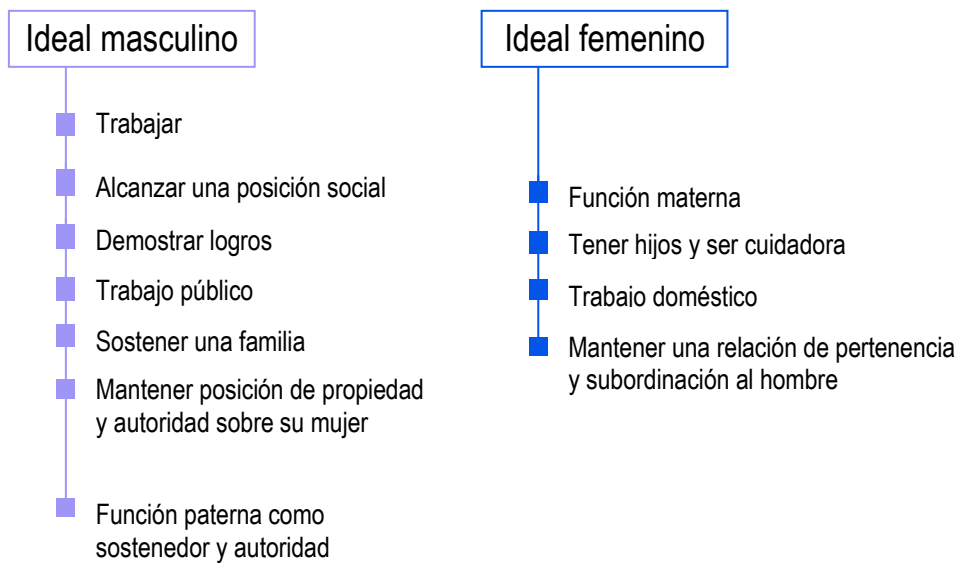
ANEXOS ATENCIÓN AL MALESTAR BIOPSIICOSOCIAL DE LA MUJER



ANEXO I

MANDATOS DE GÉNERO

Ideales tradicionales de género



Fuente: Material didáctico de Sara Velasco. Atención Biopsicosocial al malestar de las mujeres. Madrid, Instituto de la Mujer 2006.

ANEXO II

ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES (AVES)

Cuando una situación de estrés es muy intensa (fallecimientos, divorcio) o inesperado (despido laboral, cambio de trabajo de domicilio) y la familia cuenta con poco apoyo social es posible que desencadene una crisis, en cambio el mismo estrés en presencia de óptimos recursos familiares facilitará su adaptación y evolución del sistema.

El impacto de los AVE sobre la familia va a depender de los distintos factores como son:

- a) El tipo, la intensidad y las características del agente estresante
- b) La calidad y la cantidad de los recursos familiares
- c) El equilibrio u homeostasis de la familia, las creencias y la percepción frente al estresor.

Escala de evaluación de reajuste social

La evaluación hace referencia a acontecimientos acaecidos en el último año. El evento señalado nos da poca información si no lo complementamos con una entrevista semiestructurada, ya que es muy importante valorar si los acontecimientos vitales son o no deseados.

- 1 Muerte del cónyuge **100**
- 2 Divorcio **73**
- 3 Separación matrimonial **65**
- 4 Encarcelación **63**
- 5 Muerte de un familiar cercano **63**
- 6 Lesión o enfermedad personal **53**
- 7 Matrimonio **50**
- 8 Despido del trabajo **47**
- 9 Paro **47**
- 10 Reconciliación matrimonial **45**
- 11 Jubilación **45**
- 12 Cambio de salud en un miembro de la familia **44**
- 13 Drogadicción y/o alcoholismo **44**
- 14 Embarazo **40**
- 15 Dificultades o problemas sexuales **39**
- 16 Nuevo miembro en la familia **39**
- 17 Reajuste de negocio **39**
- 18 Cambio de situación económica **38**
- 19 Muerte de un amigo íntimo **37**
- 20 Cambio en el tipo de trabajo **36**
- 21 Mala relación con el cónyuge **35**
- 22 Juicio por crédito o hipoteca **30**

- 23 Cambio de responsabilidad en el trabajo **29**
- 24 Hijo o hija que deja el hogar **29**
- 25 Problemas legales **29**
- 26 Logro personal notable **28**
- 27 La esposa comienza o deja de trabajar **26**
- 28 Comienzo o fin de la escolaridad **26**
- 29 Cambio en las condiciones de vida **25**
- 30 Revisión de hábitos personales **24**
- 31 Problemas con el jefe **23**
- 32 Cambio de turno o de condiciones laborales **20**
- 33 Cambio de residencia **20**
- 34 Cambio de colegio **20**
- 35 Cambio de actividades de ocio **19**
- 36 Cambio de actividad religiosa **19**
- 37 Cambio de actividades sociales **18**
- 38 Cambio de hábito de dormir **17**
- 39 Cambio en el número de reuniones familiares **16**
- 40 Cambio de hábitos alimentarios **15**
- 41 Vacaciones **13**
- 42 Navidades **12**
- 43 Leves trasgresiones de la ley **11**

ANEXO III

Etapas del Ciclo Vital Familiar La familia genera dinámicas propias que cambian en su forma y función. Estos cambios están inmersos en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia, por lo que en base a este contexto no existen formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas, sin embargo, se considera que el ciclo vital familiar es una secuencia ordenada y universal, predecible en dónde la solución de las tareas de una fase anterior, facilita la superación de una fase posterior. Cada fase del ciclo vital está precedida por una crisis de desarrollo, manifiesta en aspectos desde pequeños hasta provocar cambios permanentes (tolerados o no tolerados).

ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR según la OMS.

- I. Formación Matrimonio El nacimiento del primer hijo.
- II. Extensión Nacimiento del primer hijo Nacimiento del último hijo.
- III. Extensión completa Nacimiento del último hijo Primer hijo abandona el hogar.
- IV. Contracción Primer hijo abandona el hogar Último hijo abandona el hogar.
- V. Contracción completa Último hijo abandona el hogar Muerte del primer cónyuge.
- VI. Disolución Muerte del primer cónyuge Muerte del cónyuge sobreviviente.

ETAPA	DESDE	HASTA
<i>I. Formación</i>	Matrimonio	El nacimiento del primer hijo
<i>II. Extensión</i>	Nacimiento del primer hijo	Nacimiento del último hijo
<i>III. Extensión completa</i>	Nacimiento del último hijo	Primer hijo abandona el hogar
<i>IV. Contracción</i>	Primer hijo abandona el hogar	Último hijo abandona el hogar
<i>V. Contracción completa</i>	Último hijo abandona el hogar	Muerte del primer cónyuge
<i>VI. Disolución</i>	Muerte del primer cónyuge	Muerte del cónyuge sobreviviente



ANEXO IV

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	Nunca	A veces	Siempre
¿Está satisfecha con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Discute con su pareja los problemas que tienen en el hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Las decisiones importantes las toman en conjunto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está satisfecha con el tiempo que permanecen juntos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente que su familia le quiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación:
Cada pregunta se puntúa de 0 a 2.
0: "nunca", 1: "a veces", 2: "siempre"

Valoración:
igual o superior a 7: familia normofuncionante.
entre 4 y 6: disfunción familiar leve.
igual o inferior a 3: disfunción familiar grave.

ANEXO V

Necesidad de incorporar el análisis de género en las consultas de Atención Primaria. Algunos aspectos subjetivos y sociales a tener presentes (Pilar Blanco)

Ofrecer escucha activa para conocer más de sus circunstancias, de cómo siente y piensa la mujer. Porque:

La expresión de los sistemas, el sentirse escuchada, en la relación que se establece con la/el profesional es terapéutica en si mismo.

Nos permiten tender y poder ayudar a la mujer a ampliar su perspectiva y a buscar salidas.

Algunos aspectos subjetivos y sociales a tener presentes en las consultas pueden ser:

Socio-familiares:

- ¿Tiene proyectos propios o su vida es solo en función de los demás?
- ¿Está sometida a doble jornada?
- ¿Cómo es el reparto de responsabilidades en casa? ¿Disponibilidad permanente de la mujer?
- ¿Tiene tiempos de ocio, diversión, relación social?

Afectivos y psicológicos:

- ¿Se siente querida? ¿Se siente tenida en cuenta? ¿Es cuidada por alguien?
- ¿Tiene amigas en quien confiar?
- ¿Realiza alguna actividad física expresiva o placentera? ¿Disfruta de su sexualidad?
- ¿Cómo se valora ella misma? ¿Cómo se siente con su cuerpo?
- ¿Ha interiorizado lo que se espera socialmente que debe ser una mujer: Obediente, sumisa, pasiva, disponible, atractiva?
- ¿Qué miedos tienen? ¿Miedo a dimensión social? (participación política, conducir, trabajo, salir sola, etc.).
- No siempre hay que intentar resolver los síntomas. Sobre todo, tener presente no medicalizar, no psiquiatrizar, o psicologizar. A veces la persona puede encontrar sus propios recursos.

Lo que si podemos hacer

- Darles información pertinente a su salud que les devuelva el protagonismo sobre la misma, y les ayude a potenciar su bienestar cotidiano: Alimentación, actividad física, tiempos de ocio, relaciones significativas, amigas, etc.
- Ayudarles a entender la relación entre sus síntomas y sus circunstancias de vida.
- Apoyarlas, desculpabilizarlas (el déficit de autoestima y la culpa están muy presentes en las mujeres), favorecer su autonomía (la autonomía le ayuda a recuperar la confianza en si misma), ayudarles a reintegrarse en el espacio social (trabajo, deporte, cultura, diversión, relación).

ANEXO VI

FACTORES PSICOSOCIALES DE GÉNERO PARA LAS MUJERES **(Velasco Arias, Sara)**

CONTEXTO SOCIAL

Condicionantes sociales, biografía y acontecimientos vitales:

- Las grandes carencias (economía).
- Las pérdidas (empleo, estatus, separación, salud...).
- La muerte.
- Crisis y acontecimientos vitales.
- El sobreesfuerzo, frustración, competitividad.
- Ausencia o conflicto en vías de autorrealización.
- Conflictos de intimidad y sexualidad, vida de pareja y familiar.
- Conflicto de roles de género.

LA SUBJETIVIDAD

Experiencia vivida

- Posición pasiva.
- Ser objeto de otros.
- Dependencia.
- Inhibición, tristeza, soledad, desamor...

En muchos casos se refiere a un grupo bien definido de mujeres de entre 30 a 55 años, generalmente casadas, amas de casa y con uno o varios hijos, que al margen de definiciones más o menos peyorativas y de encuadres poco científicos (síndrome del ama de casa), se trata básicamente de mujeres con malestar.

Podríamos hablar de un **perfil general** de estas mujeres que se correspondería con:

- Han depositado sus expectativas sociales y de desarrollo personal en la familia.
- Son las mediadoras de la autoridad parental.
- Se muestran insatisfechas con el matrimonio, que no ha colmado sus expectativas.
- Tienen maridos periféricos y ausentes y vuelcan sus esfuerzos en los hijos.
- Tienden a realizar actividades rutinarias: limpian sobre limpio y van 10 veces a la compra. Una de estas actividades rutinarias puede ser la de acudir al médico.
- No se les valora el trabajo y no reciben elogios. Baja autoestima.
- En ellas prima lo corporal y tienen una escasa capacidad de simbolizar o elaborar psicológicamente sus conflictos. Con facilidad somatizan sus emociones, negando el origen emocional de sus molestias.
- Mujeres con escasas o nulas relaciones sociales. Vivencia negativa de su aislamiento y soledad.





2- PREVENCIÓN DEL CÁNCER GINECOLÓGICO



2 – PREVENCIÓN DEL CÁNCER GINECOLÓGICO

INTRODUCCIÓN: MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER GINECOLÓGICO

En términos generales el cáncer es el resultado de la interacción de factores genéticos y medioambientales. Los antecedentes familiares suponen un considerable aumento del riesgo en el cáncer de mama. Las mujeres con alteraciones en alguno de los dos principales genes de susceptibilidad, BRCA1 – BRCA2, tienen una probabilidad más elevada de desarrollar cáncer de mama a lo largo de la vida (Armstrong et al., 2000).

Los factores medioambientales o exposiciones de riesgo investigadas incluyen a la obesidad en mujeres posmenopáusicas como factor de riesgo para el cáncer de mama al suponer una mayor exposición de la glándula mamaria a los estrógenos circulantes (Pike et al., 2007). El sedentarismo, la exposición precoz a altas dosis de radiaciones ionizantes, el consumo de alcohol, el tratamiento hormonal sustitutivo (Key et al., 2001), los anticonceptivos orales, el alto consumo de grasa, el menor consumo de folatos y la exposición a plaguicidas organoclorados contribuyen a la aparición del cáncer ginecológico, fundamentalmente de mama. La obesidad también es un factor de riesgo para el cáncer de endometrio y la anticoncepción hormonal oral de inicio temprano lo es para el cáncer de cérvix.

Determinadas profesiones (profesoras, farmacéuticas, trabajadoras sanitarias, empleadas de la industria química, trabajadoras de telefonía y radio y peluqueras) muestran una incidencia mayor, aunque es difícil deslindar la influencia de factores específicamente ocupacionales (Pollan, 2001).

Por tanto, en la **prevención primaria del cáncer ginecológico** la alimentación, el peso y la actividad física son factores relacionados con la prevención del cáncer. Las recomendaciones alimentarias, junto con el mantenimiento de la actividad física y un índice de masa corporal adecuado, podrían con el tiempo contribuir a reducir la incidencia de cáncer entre un 30 y un 40%, especialmente de mama (mujer posmenopáusica), endometrio, colon riñón y esófago (WCRF, 1997; WHO-FAO, 2003).

En alimentación, las dietas ricas en **vegetales** (cereales, legumbres y hortalizas) que son ricos en folatos y carotenoides y **frutas** protegen frente a los cánceres. Hay que **disminuir el consumo de grasas de origen animal** y que la principal fuente de grasas sean las procedentes del aceite de oliva, pescado y frutos secos.

Mantener un **peso adecuado** protege contra el cáncer. Es aconsejable tener un **índice de masa corporal (IMC) entre 19 y 25 kg/m²**. Así que, además de una dieta adecuada, hay que realizar una **actividad física moderada**

consistente en ejercicio físico aeróbico o ejercicios de resistencia como correr, pasear a paso ligero, etc.

Asimismo, un **consumo de alcohol mantenido dentro de los límites recomendados** prevendría hasta el 20% de los casos de cáncer del aparato aero-digestivo, el colon y recto y mama (WCRF, 2007). Siendo aconsejable no superar la ingesta de una bebida al día (cerveza, vino u otra bebida similar).

Otros factores o circunstancias a tener en cuenta en la prevención primaria del cáncer ginecológico son la lactancia materna, la exposición a radiaciones ionizantes y la exposición a plaguicidas.

La **lactancia materna disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama**. Cuanto más dura la lactancia mayor es el efecto protector. Al mismo tiempo, disminuye el riesgo de padecer cáncer infantil en el hijo o hija que toma el pecho. Cuando el primer nacimiento ocurre a edades más tempranas disminuye el riesgo de cáncer de mama.

La **exposición a altas dosis de radiaciones ionizantes incrementa el riesgo de cáncer de mama**. Este efecto es mayor cuando estas exposiciones se realizan de forma precoz; es decir, durante o antes de la pubertad. Hay que evitar las pruebas innecesarias y buscar alternativas no ionizantes (ecografías o resonancias) siempre que sea posible. No obstante, hay que tener en cuenta que una mamografía irradia menos que una radiografía convencional.

La **exposición a plaguicidas organoclorados** (uso agrícola o para plagas) **incrementa el riesgo de cáncer**. Es aconsejable que no se utilicen estas sustancias para tratar las plagas en el hogar.

En la **prevención del cáncer de cuello uterino** es importante la difusión de buenas prácticas en la promoción de la salud sexual y prevención de las infecciones de transmisión sexual.

En cuanto a la **autoexploración mamaria**, existe razonable evidencia de **ausencia de beneficio**, por lo que no se debe recomendar su práctica (Baxter, 2001). Las diversas revisiones sistemáticas disponibles indican que la autoexploración mamaria, previa instrucción de las mujeres, no muestra una disminución de la mortalidad por cáncer de mama. Las revisiones concluyen que esta intervención incrementa el número de visitas médicas para la evaluación de lesiones benignas y que aumenta la proporción de biopsias con resultado negativo de forma significativa.

Sin embargo, es necesario aconsejar a las mujeres de cualquier edad que consulten a su médico/a los posibles síntomas y/o cambios que noten en sus mamas.

OBJETIVOS:

1. Identificar situaciones de riesgo o enfermedades susceptibles de intervención.
2. Mejorar la calidad de vida de las mujeres, detectando los problemas de salud en estadíos precoces.
3. Realizar actividades de prevención secundaria en la población incluida.

2.1 – CRIBADO DEL CÁNCER DE MAMA

2.1.1 - SITUACIÓN Y ATENCIÓN ACTUAL DEL PROCESO

El cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres de la Región de Murcia, con una incidencia ajustada a la población europea estándar de 80 por 100.000 mujeres año y una tendencia estable desde el año 1998. La probabilidad de que una mujer española adquiriera un cáncer de mama antes de cumplir 75 años es de un 5%. Esto significa que una de cada 20 mujeres desarrollará cáncer de mama antes de esa edad. Desde 1995 existe un programa institucional de prevención secundaria, basado en la detección precoz mediante mamografía bienal que, en la actualidad, se dirige a mujeres entre 50 y 69 años (Plan de Salud 2010 – 2015).

En la región la Consejería de Sanidad tiene establecido el programa de detección precoz del cáncer de mama a través de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y dos empresas concertadas para el Área II y parte del Área VI. Para conseguir reducir la mortalidad por cáncer de mama en la población, es necesario garantizar un grado de participación al menos del 70% en el programa de cribado.

2.1.2 – OBJETIVOS

Objetivo general:

- Disminuir la mortalidad por cáncer de mama colaborando en su detección precoz.

Objetivos específicos:

- Contactar, al menos, con el 80% de la población de mujeres de 50 a 69 años y conseguir una participación en el programa de cribado de cáncer de mama por encima del 75%.
- Incrementar la detección precoz de carcinomas en estadíos iniciales.

2.1.3 – POBLACIÓN DIANA

Mujeres con edades comprendidas entre los 50 y 69 años, según el Plan de Salud 2010 – 2015 y la Cartera de Servicios del SMS. **Tabla 2.1.1 - Mujeres de 50 a 69 años por Áreas de Salud en la Región de Murcia.**

Excepciones:

- Mujeres con mastectomía bilateral.
- Mujeres con neoplasia maligna de mama.
- Mujeres con imposibilidad física para hacerse la mamografía.

Factores de riesgo:

- Menarquia temprana.
- Menopausia tardía.
- Nuliparidad o primer embarazo tardío.
- Historia familiar de cáncer de mama.
- Enfermedad mamaria benigna.

Factores que influyen en la mujer para participar en estos programas:

- Nivel de estudios.
- Estatus socioeconómico.
- Estado civil.
- Actitud hacia su propia salud.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Miedo a descubrirlo.

Protocolo de la Consejería de Sanidad y Política Social:

- Mamografía bienal a mujeres entre los 50 y 69 años de edad.

Tabla 2.1.1. Mujeres de 50 a 69 años por Áreas de Salud en la Región de Murcia (2012).

ÁREA I: MURCIA OESTE	25.017
ÁREA II: CARTAGENA	30.823
ÁREA III: LORCA	16.346
ÁREA IV: NOROESTE	7.711
ÁREA V: ALTIPLANO	5.624
ÁREA VI: VEGA MEDIA DEL SEGURA	25.280
ÁREA VII: MURCIA ESTE	18.934
ÁREA VIII: MAR MENOR	9.022
ÁREA IX: VEGA ALTA DEL SEGURA	5.275
Total	144.032

2.1.4 – ACTUACIONES

- a. **Información a los/las profesionales del Servicio Murciano de Salud (responsabilidad del SMS).** Para conseguir un elevado grado de participación y adhesión al programa, mediante una actitud favorable de los y las profesionales implicados/as en el mismo, debiendo ser conscientes de la importancia de la información a las mujeres, así como que el grado de adhesión depende de la garantía de atención en tiempo y forma.
- b. **Campañas de sensibilización a través de los medios de comunicación (responsabilidad de la Consejería de Sanidad).** Han de aprovecharse todos los medios de comunicación que tenemos a nuestro alcance (prensa, radio, televisión e internet). La información debe ser veraz, sin dramatismo, transmitiendo un mensaje esperanzador, provocando el interés de la mujer por su propia salud y estableciendo claramente los beneficios del cribado para el tramo de edad seleccionado en el programa.
- c. **Captación (responsabilidad de la Consejería de Sanidad).**
 - **Informando** cualquier profesional de sistema sanitario para proponer la inclusión de las pacientes en el programa según protocolo.
 - La **captación activa** se realizará a través de la **base de datos de Tarjeta Sanitaria** de todas las mujeres comprendidas entre los 50 y 69 años.
 - **Inclusión en el programa.** A través de Atención Primaria o empresa concertada (en Murcia: AECC y otras).
- d. **Citación (responsabilidad de la Consejería de Sanidad y empresa concertada: AECC y otras).**
 - La citación se realizará mediante **carta de invitación personal a la mujer**, indicando fecha y hora para la realización de la mamografía, acompañando folleto explicativo del programa.
 - Existen **dos posibilidades**:
 1. **Nueva incorporación.**
 2. **Incluida en el programa** y que en la actualidad le corresponde la realización de su mamografía bienal.
 - **Una semana antes** de la realización de la mamografía **se confirmará la cita telefónicamente** por el organismo responsable de realizar la prueba.
- e. **Realización del cribado (responsabilidad de la Consejería de Sanidad y empresa concertada: AECC y otras).**

- Se realizarán **mamografías de screening** con una periodicidad **bienal**.
- **En el plazo de 15 días recibirá los resultados** a través de carta, llamada telefónica o médico de familia.

2.1.5 – CIRCUITOS DE DERIVACIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

a. Comunicación de resultados

- La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) o empresa concertada comunica los resultados de la mamografía a la paciente y a su médico de familia.

b. Interpretación de los resultados y derivación (Tabla 2.1.2. Clasificación de BI-RADS)

- Si el resultado es **"MAMOGRAFÍA NORMAL"**:
 1. La AECC o empresa concertada lo comunica a la mujer y a su médico de familia. Éste también informará a la mujer.
 2. El médico de familia debe registrar los resultados en la historia de OMI-AP.
 3. Hay que recordar a la mujer que debe volver a realizar su mamografía de control a los dos años.
- Si el resultado es **"MAMOGRAFÍA PATOLÓGICA"**:
 1. El médico de familia recibe informe del resultado de la AECC o empresa concertada.
 2. **"SOSPECHA DE CÁNCER DE MAMA"**: la AECC o empresa concertada deriva directamente a la Unidad de Mama de referencia. Cuando el informe llega directamente al médico/a de familia, éste deriva a la Unidad de Mama de referencia como preferente. La mujer ha de ser vista antes de 10 días.
 3. **"PATOLOGÍA MAMARIA NO SOSPECHOSA DE CÁNCER"**: el médico de familia derivará a la mujer, si procede, a la unidad o consulta hospitalaria de referencia.

Tabla 2.1.2. Clasificación de BI-RADS

El American Collage of Radiology, en 1992, desarrolló el BI-RADS® (Breast Imaging Reporting and Data System: Sistema de informes y registro de datos de imagen de la mama).

Se trata de un sistema de categorización de las lesiones mamarias en función

del grado de sospecha de malignidad. Cada categoría implica una recomendación para el seguimiento de las lesiones o el procedimiento, intervencionista o no, a seguir.

CATEGORÍAS BI-RADS®:

- **BI-RADS 0: Evaluación adicional**

Se considera una categoría incompleta. Se necesitan pruebas adicionales de imagen y/o comparación con mamografías previas o proyecciones localizadas, magnificadas u otras o ecografía.

- **BI-RADS 1: Negativa.**

Mamas simétricas, sin nódulos, sin distorsiones ni calcificaciones sospechosas. Mamografía normal. Se recomienda control periódico habitual.

- **BI-RADS 2: Benigna.**

Se describe un hallazgo benigno (fibroadenoma calcificado, calcificaciones de tipo secretor, quistes oleosos, lipomas, galactoceles, hamartomas). Se recomienda control rutinario periódico.

- **BI-RADS 3: Probablemente benigna.**

Precisa control a corto plazo. Probabilidad de malignidad <2%.

Hallazgos específicos:

- Nódulo sólido circunscrito sin calcificaciones.
- Asimetría focal.
- Microcalcificaciones puntiformes agrupadas.

Se recomienda control a los 6 meses y adicionales si precisa durante 2 años o más, para demostrar la estabilidad de la lesión. Si aumenta o progresa la lesión es recomendable practicar una biopsia.

- **BI-RADS 4: Anormalidad sospechosa.**

Se trata del hallazgo que no tiene el aspecto típico de malignidad, pero la probabilidad de malignidad es lo suficientemente alta para que la biopsia deba ser considerada.

La lesión más representativa de este grupo sería la masa de contornos no definidos, polilobulada, mal visualizada, de ecoestructura heterogénea y las microcalcificaciones heterogéneas, amorfas o granulares.

Esta categoría se divide en 3 subcategorías:

- Categoría 4A: Baja sospecha de malignidad.**

Si la biopsia es negativa se deberá realizar un seguimiento a los 6 meses.

- Categoría 4B: Sospecha intermedia de malignidad.**

En caso de biopsia negativa, se realiza seguimiento según la concordancia clínico-radiológica.

-Categoría 4C: Moderada sospecha de malignidad.

Si la biopsia de estas lesiones es negativa, es imperativo un control a los 6 meses.

- **BI-RADS 5: Altamente sugestiva de malignidad.**

Las imágenes más representativas de este grupo son las masas de contornos irregulares y especulados y las microcalcificaciones irregulares con disposición lineal, ductal o arboriforme.

Existe más de un 95% de probabilidad de malignidad.

La actitud más recomendada es tomar acciones apropiadas.

- **BI-RADS 6: malignidad conocida.**

Lesiones con malignidad demostrada mediante biopsia, previa a terapias definitivas (cirugía, radioterapia o quimioterapia).

Debe realizarse la acción terapéutica más adecuada.

SERAM (Sociedad Española de Radiología Médica) 2006 – Traducción de la última edición Americana.

2.1.6 – MUJERES NO INCLUIDAS EN EL PROTOCOLO DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD

a. Mujeres asintomáticas menores de 50 o mayores de 69 años:

1. A criterio de ginecología de zona, dentro del estudio de otra patología.
2. A criterio de ginecología de la UGA, dentro del estudio de otros programas de salud (climaterio, anticoncepción, etc.).
3. A criterio de medicina de familia, si procede.

b. Mujeres jóvenes, mayores de 30 años, con antecedentes familiares de cáncer de mama (tabla 2.1.3):

1. Remitir a las Unidades de Mama de referencia, como derivación normal, para estudios oportunos.

Tabla 2.1.3. Criterios de derivación para estudio genético

- Mujeres susceptibles de presentar síndrome hereditario de cáncer:
 1. Familias con tres o más familiares directos (al menos un familiar de primer grado) afectados de cáncer de mama y/u ovario.
 2. Familias con menos de tres familiares afectados de cáncer de

mama y/u ovario, que además cumplan alguno de los siguientes factores de riesgo:

- Cáncer de mama diagnosticado antes de los 30 años.
- Cáncer de mama bilateral diagnosticado antes de los 40 años.
- Cáncer de mama y ovario en la misma paciente (sincrónico y metacrónico).
- Cáncer de mama en el varón.
- Dos casos de cáncer de mama, familiares de primer grado, diagnosticados antes de los 50 años.
- Dos o más familiares de primer grado afectados de cáncer de ovario, independientemente de la edad.
- Un cáncer de mama y un cáncer de ovario en los familiares de primer grado.
- Un miembro de la familia que tiene una mutación genética (BRCA1, BRCA2).

Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad 2010.

c. Mujeres con sospecha de patología mamaria:

1. Valoración por su médico/a de familia:

-Puede solicitar exploraciones complementarias (ecografía o mamografía) al servicio de radiología de su hospital de referencia.

- Patología mamaria que sugiere malignidad: derivación preferente a Unidad de Mama de referencia.

- Patología mamaria no sospechosa de malignidad: derivación, si procede, a la unidad o consulta hospitalaria correspondiente.

2.1.7 – EVALUACIÓN

Periodicidad

- Se realizará con periodicidad anual.

Grado de captación

- Proporción de mujeres de 50 a 69 años que son invitadas a participar en el programa (mujeres de 50 a 69 años según la base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual a las que se les ha remitido carta de invitación para participar en el programa).

- Se excluirán aquellas mujeres con algún motivo justificado: fallecimiento, cambio de domicilio, mastectomizadas e inmovilizadas.

Grado de cobertura

- Proporción de mujeres de 50 a 69 años a las que se les ha realizado mamografía de cribado en el año anterior.

Adherencia al programa

- Proporción de mujeres de 50 a 69 años que acuden a estudios sucesivos con periodicidad bienal sobre aquellas que acudieron por primera vez.

Intervalos de tiempo entre realización de mamografía de cribado y comunicación del resultado

- No podrá ser superior a 15 días.

Intervalo de tiempo entre detección de sospecha de cáncer de mama y solicitud de cita a la unidad correspondiente

- No podrá ser superior a 48 horas.

Intervalo de tiempo entre detección de sospecha de cáncer de mama y confirmación diagnóstica

- No podrá ser superior a 15 días.

Intervalo de tiempo entre detección de sospecha de cáncer de mama y tratamiento

- No podrá ser superior a 30 días.

Calidad de lectura

- Proporción de mujeres remitidas al nivel especializado por sospecha de cáncer de mama.
- Se estima un 7% de mujeres remitidas al nivel especializado para completar estudio y que al 1,2% de las mujeres remitidas se les realizará biopsia.
- Como control de la calidad de lectura, se realizará una evaluación externa anual sobre una muestra de mamografías de cribado realizadas durante el año previo. Para esta evaluación se designarán dos radiólogos externos a la unidad de cribado, y se analizará el grado de concordancia

entre los radiólogos que realizaron la lectura del cribado y los radiólogos externos.

Calidad de indicación de la biopsia

- Proporción de biopsias negativas sobre positivas. Se considera óptimo una biopsia negativa por cada biopsia positiva.

Criterios de evaluación de resultados

- Aunque la disminución de la mortalidad por cáncer de mama (objetivo general del programa) no se detectará hasta transcurridos cinco a diez años desde el inicio del programa de cribado, hay indicadores indirectos a corto plazo que orientan sobre la repercusión del programa en la mortalidad.
- Entre los indicadores a corto plazo para la evaluación de resultados están:
 - Tasa de detección de cáncer de mama. Esta tasa de detección debe **triplicar** la estimada para el grupo de edad de 50 a 69 años en ausencia de "screening" en la primera vuelta. Se espera una tasa mayor de 5/1.000 mujeres estudiadas en la primera vuelta.
 - Según la clasificación TNM:
 - Tasa de detección de carcinomas «in situ».
 - Tasa de detección de tumores de pequeño tamaño ($= < 10$ mm).
 - Tasa de detección de cánceres invasivos.
 - Porcentaje de tumores con afectación ganglionar.
 - Porcentaje de tumores con presencia de metástasis.
 - Incidencia de cánceres de intervalo. Los cánceres de intervalo son los que aparecen clínicamente en las mujeres que han participado en el programa y cuya mamografía había sido considerada normal.
 - Porcentaje de tumores cuyo tratamiento efectuado ha sido conservador.

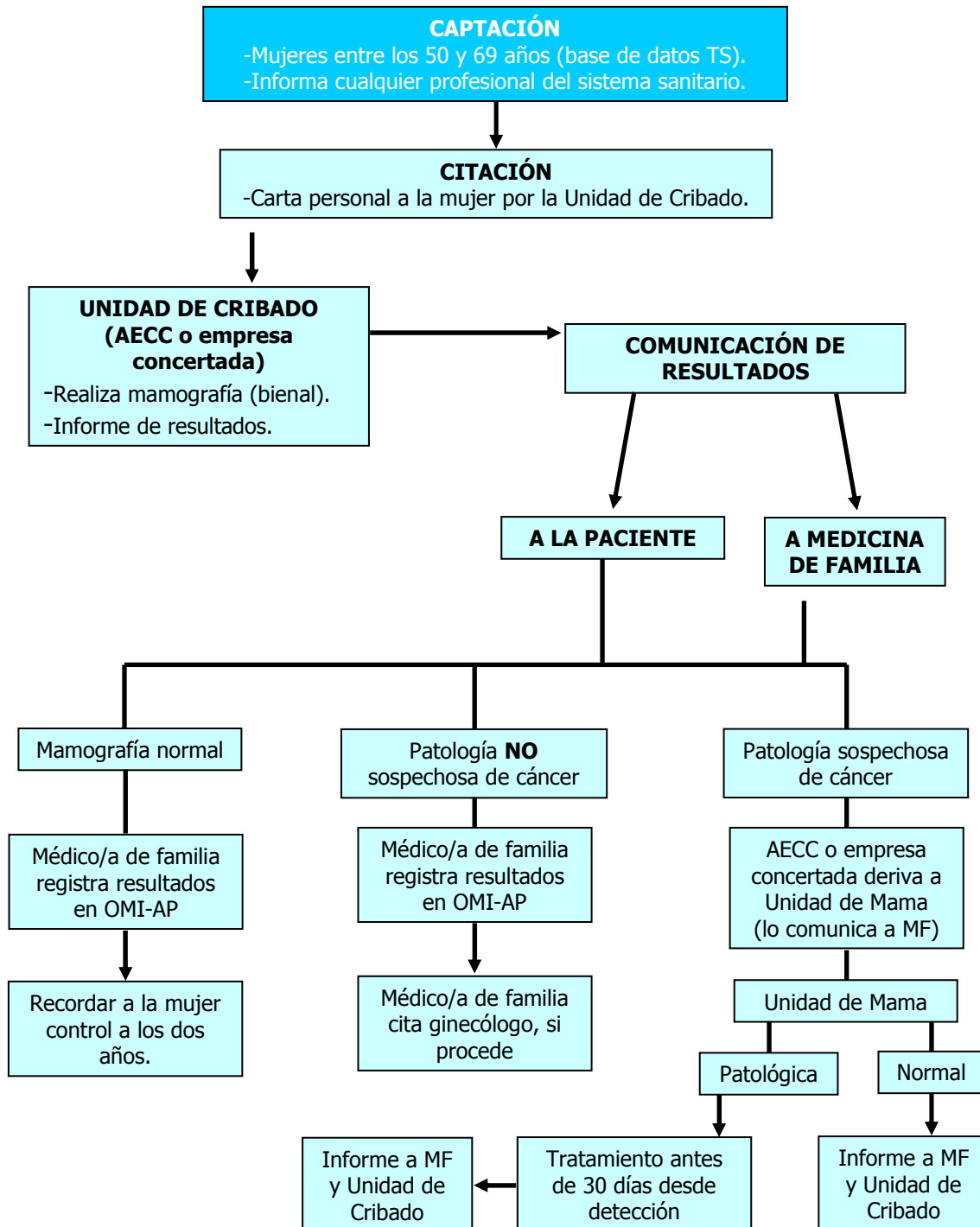
Los principales indicadores a largo plazo son:

- Tasa de mortalidad por cáncer de mama.
- Supervivencia media de los cánceres detectados.

Para la obtención de los indicadores citados es necesario disponer de un sistema de registro sistemático de los datos necesarios para la elaboración de los mismos y generados a lo largo de todas las fases del programa.

2.1.8 – FLUJOGRAMA

CRIBADO DEL CÁNCER DE MAMA



2.1.9. BIBLIOGRAFÍA

- AETS. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Uso de la mamografía y de la citología de Papanicolaou para la detección precoz del cáncer de mama y de cérvix uterino en España. Informe de Evaluación nº 34, noviembre de 2002.
- Aranceta J, Serra-Majem LI, Ortega R, Entrala A, Gil A (eds). Las vitaminas en la alimentación de los españoles. Estudio eVe. Madrid: Panamericana 2000: 49-94.
- Armstrong K, Calzone K, Stopfer J, FitzGerald G, Coyne J, Weber B (2000) Factors associated with decisions about clinical BRCA1/2 testing. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 9: 1251-1254.
- Armstrong K, Moye E, Willians S, Berlin JA et Reynolds EE. Screening mammography in women 40 to 49 years of age: A systematic review for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007; 146: 516-526.
- Ascunce N, Ederra M, Barcos A, Zubizarreta R, Fernández AB, Casamitjana M (2007). Situación del cribado de cáncer de mama en España: características y principales resultados de programas existentes.
- Barton MB. Breast cancer screening. Benefits, risks, and current controversies. *Postgrad Med.* 2005;118:27-6, 46.
- Baxter N, with the Canadian Task Force on Preventive Health care. Preventive health care, 2001 update: should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? *CMAJ* 2001; 164:1837-46. [Medline].
- Borrás JM, Espinàs JA, Castells X. La evidencia del cribado del cáncer de mama: la historia continua. *Gac Sanit* 2003; 17: 249-55.
- COM (Comisión de las Comunidades Europeas) (2003). Una estrategia europea de salud y medio ambiente. Bruselas 2003.
- Comisión de las Comunidades Europeas. Propuesta de Recomendación del Consejo sobre cribado del cáncer. Bruselas, 5.5.2003.
- Descripción del Cribado del Cáncer en España, Proyecto DESCRIC. Plan Nacional para el SNS del Ministerio de Sanidad y Consumo 2007. Iruretagoiena M, Cantero D, Asua J. Revisión de la evidencia científica: cribado mamográfico del cáncer de mama. Evaluación de Tecnologías Sanitarias. OSTEBA- Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco.
- European Parliament Resolution. "Breast Cancer in the European Union", OJ C 68 E (18.03.2004): 611.
- Fletcher SW. Screening average risk women for breast cancer. UpToDate 2006. Disponible en: www.uptodate.com

- Gotsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.:CD001877.DOI: 10.1002/14651858.CD001877. pub.2.
- Gundgaard J, Nielsen JN, Olsen J, Sorensen J Increased intake of fruit and vegetables: estimation of impact in terms of life expectancy and healthcare costs. Public Health Nutr 2003; 6: 25-30.
- IARC. Internacional Agency for Research on Cancer. Breast Cancer Screening.IARC Handbooks of Cancer Prevention Vol 7. IARC Press 2002. [http:// breast-cancer-research.com/content/pdf/bcr616.pdf](http://breast-cancer-research.com/content/pdf/bcr616.pdf). IARC. Internacional Agency for Research on Cancer convencional Monograph 2005 (en prensa). http://www.iarc.fr/ENG/Press_Releases/pr151a.html.255
- Instituto Nacional de la Salud. Plan Integral de Atención a la Mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
- Key TJ, Verkasalo PK, Banks E (2001) Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol* 2: 133-140.
- M. Marzo-Castillejo, B. Bellas-Beceiro, C. Vela-Vallespín, M. Nuin-Villanueva, C. Bartolomé-Moreno, M. Vilarrubí-Estrella y E. Melús Palazón. Grupo de Expertos de Cáncer del PAPPS. Recomendaciones de Prevención del Cáncer. Atención Primaria. 2012; 44 Supl 1:23-35.
- Marzo Castillejo M, Bailón Muñoz E. Cáncer en la Mujer. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6ª ed. Vol. II. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 1.109-1.114.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
- Moss SM, Cuckle H, Evans A et al Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised controlled trial Lancet. 2006; 368(9552):2053-2060.
- Pike MC, Wu AH, Spicer DV, Lee S, Pearce CL (2007) Estrogens, progestins, and risk of breast cancer. *Ernst Schering Found Symp Proc* 127-150.
- Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo, 2010.
- Pollan M (2001) [Breast cancer in women and occupation.A review of the evidence]. *Gac Sanit* 15 Suppl 4: 3-22.
- Ruano Raviña A. Susceptibilidad al cáncer de mama y ovario asociado a los genes BRCA1 y BRCA2. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde.Axencia de Avaliación de Tecnoloxías de Galicia, Avalia-t, 2002. Informes de evaluación: INF 2002/03.
- SemFYC. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Actualización 2012.

- Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM). Clasificación de BI-RADS, 2006 – Traducción de la última edición americana.
- World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR. 2007. Washington DC.



2.2 – DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO

2.2.1 – SITUACIÓN Y ATENCIÓN ACTUAL DEL PROCESO

El cáncer de endometrio es el segundo en orden de frecuencia de los cánceres ginecológicos, después del de mama. Ocupa el primer lugar de los cánceres uterinos, por delante del cáncer de cuello, si se excluye la neoplasia cervical intraepitelial, afectando de forma casi exclusiva a mujeres postmenopáusicas.

La **hemorragia postmenopáusica y perimenopáusica con factores de riesgo**, representa el **principal síntoma del cáncer de endometrio**, admitiéndose que se produce al menos en el 80% de las mujeres con la enfermedad. Algunas mujeres no manifiestan el síntoma a no ser que se les pregunte, por temor o por desconocimiento del significado de un sangrado después de la menopausia.

El pronóstico del cáncer endometrial puede considerarse favorable, pues incluso sin aplicar ninguna medida, la supervivencia oscila entre el 75% y el 80% a los 5 años.

Actualmente, se considera que la detección precoz de la enfermedad depende de una evaluación adecuada y sin demora de toda hemorragia postmenopáusica. Por ello, **es útil y de bajo coste la anamnesis dirigida a la detección de hemorragia postmenopáusica a todas aquellas mujeres climatéricas que acuden al primer nivel de los servicios sanitarios con independencia del motivo de consulta**, ya que la sospecha y derivación al nivel hospitalario para su evaluación adecuada puede beneficiar la supervivencia y calidad de vida de las mujeres afectadas.

2.2.2 – OBJETIVOS

Objetivo general

- Detectar precozmente el cáncer de endometrio.

Objetivos específicos

- Disminuir la mortalidad por cáncer de endometrio.
- Evaluar cualquier metrorragia tanto en la menopausia como un sangrado irregular esporádico que no sigue un patrón cíclico.

2.2.3 – POBLACIÓN DIANA

Mujeres en la menopausia. **Tabla 2.2.1 Mujeres mayores de 50 años por Áreas de Salud en la Región de Murcia.**

Excepciones

Mujeres hysterectomizadas.

Factores de riesgo

- a. Obesidad.
- b. Hipertensión arterial.
- c. Diabetes Mellitus.
- d. Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) sólo con estrógenos.
- e. Hiperestronismo (independientemente de la edad):
 - Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP).
 - Anovulación crónica.
 - Resistencia a la insulina.

Protocolo de la Consejería de Sanidad y Política Social

- Anamnesis sobre sangrado vaginal a mujeres menopáusicas en Atención Primaria, que debe quedar registrado en la historia clínica y se le aconsejará que consulte ante cualquier sangrado.
- Periodicidad anual.

Tabla 2.2.1. Mujeres mayores de 50 años por Áreas de Salud en la Región de Murcia (2012).

ÁREA I: MURCIA OESTE	40.300
ÁREA II: CARTAGENA	48.466
ÁREA III: LORCA	26.627
ÁREA IV: NOROESTE	13.315
ÁREA V: ALTIPLANO	9.195
ÁREA VI: VEGA MEDIA DEL SEGURA	39.778
ÁREA VII: MURCIA ESTE	30.662
ÁREA VIII: MAR MENOR	14.081
ÁREA IX: VEGA ALTA DEL SEGURA	8.031
Total	230.455

2.2.4 – ACTUACIONES

a. Información a los/las profesionales sanitarios del Servicio Murciano de Salud (responsabilidad del SMS). Para conseguir un elevado grado de implicación de los/las profesionales en el diagnóstico precoz.

b. Campañas de sensibilización a través de los centros sanitarios (responsabilidad de la Consejería de Sanidad). Distribución de carteles informativos para sensibilizar a las mujeres, provocando el interés por su propia salud y estableciendo claramente los beneficios del diagnóstico precoz.

En la carta que informa de los resultados de las mamografías, añadir a pie de página una nota, en negrita, recordando la importancia de consultar a su médico/a de familia ante un sangrado vaginal en la menopausia.

c. Captación (responsabilidad en Atención Primaria: Médico/a de Familia, Matrona/ón, Enfermera/o y Trabajador/a Social)

- Anamnesis anual para conocer la presencia de sangrado vaginal después de la menopausia a todas las mujeres que acudan a la consulta por cualquier motivo:
 1. Sangrado en la menopausia.
 2. Sangrado irregular en una mujer obesa.
 3. Sangrado no previsto en mujeres con THS.

d. Confirmación diagnóstica y plan terapéutico (responsabilidad en Atención Hospitalaria).

- Cualquier sangrado antes mencionado sospechoso de cáncer de endometrio, precisa pruebas para su diagnóstico (ecografía vaginal y biopsia de endometrio por aspiración o histeroscopia) y un tratamiento adecuado en Atención Hospitalaria.

2.2.5 – CIRCUITOS DE DERIVACIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

a. Derivación

- El médico/a de familia deriva a la paciente mediante hoja de interconsulta de OMI-AP indicando el motivo y haciendo constar el resultado de la última citología de cribado:
 1. A ginecología, pacientes con o sin THS, ante sospecha de cáncer de endometrio, con cita que no se demore más de 15 días.
- Finalmente, se emite un informe en el que conste un resumen del episodio (exploraciones complementarias, diagnóstico y tratamiento, si ha precisado) para la paciente y el médico/a de familia.

2.2.6 – EVALUACIÓN

Periodicidad

Se realizará con periodicidad anual.

Cobertura del Programa

Proporción de mujeres iguales o mayores a 50 años a las que se les realiza anamnesis anual sobre metrorragias. Se excluirán las mujeres histerectomizadas.

Derivación a Atención Hospitalaria

Proporción de mujeres iguales o mayores de 50 años que se derivan a Atención Hospitalaria con sospecha de cáncer de endometrio respecto a la cobertura del Programa.

Confirmación diagnóstica

Proporción de mujeres en las que se confirma cáncer de endometrio con respecto a la cobertura del Programa.

Criterios de evaluación de resultados

La disminución de la mortalidad por cáncer de endometrio (objetivo general del programa) no se detectará hasta transcurridos al menos entre 5 y 10 años desde el inicio del programa.

Entre los indicadores a corto plazo para la evaluación de resultados está:

-Nº de cánceres de endometrio detectados.

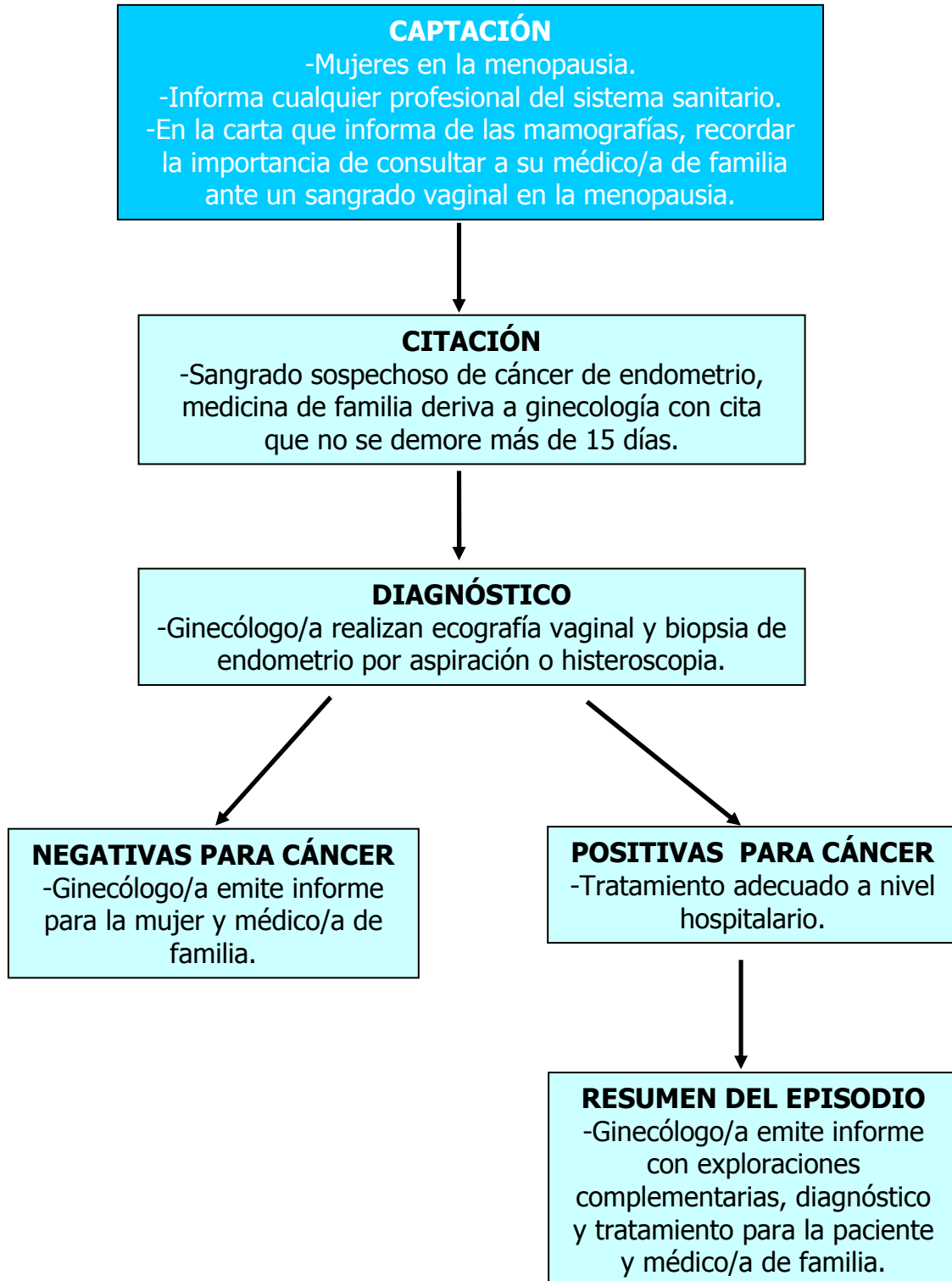
Los principales indicadores a largo plazo son:

- Tasa de mortalidad por cáncer de endometrio.
- Supervivencia media de los cánceres detectados.

Para la obtención de los indicadores citados es necesario disponer de un sistema de registro sistemático de los datos necesarios para la elaboración de los mismos y generados a lo largo de todas las fases del programa.

2.2.7 – FLUJOGRAMA

DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO



2.2.8 – BIBLIOGRAFÍA

- Amant F, Moerman P, Neven P, et al. Endometrial cancer. *Lancet*. 2005; 366:491-505.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin, clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, number 65, August 2005: management of endometrial cancer. *Obstet Gynecol*. 2005 Aug;106(2):413-25.
- Área de Epidemiología ambiental y Cáncer, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. La situación del cáncer en España. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III, Estrategias e informes, Planificación Sanitaria, 2005.
- Clark T J, Barton P M, Coomarasamy A, Gupta J K, Khan K S. Investigating postmenopausal bleeding for endometrial cancer: cost-effectiveness of initial diagnostic strategies. *BJOG*. 2006; 113: 502-510.
- Doménech Senra P. Actividades preventivas en la mujer. En: Guía de Actuación de Atención Primaria. 3ª ed. Barcelona: Semfyc; 2006. p. 1.548-51.
- Instituto Nacional de la Salud. Plan Integral de Atención a la Mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
- M. Marzo-Castillejo, B. Bellas-Beceiro, C. Vela-Vallespín, M. Nuin-Villanueva, C. Bartolomé-Moreno, M. Vilarrubí-Estrella y E. Melús Palazón. Grupo de Expertos de Cáncer del PAPPS. Recomendaciones de Prevención del Cáncer. Atención Primaria. 2012; 44 Supl 1:23-35.
- Marzo Castillejo M, Bailón Muñoz E. Cáncer en la Mujer. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 1.114-1.118.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
- Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo, 2010.
- SemFYC. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Actualización 2012.
- Sorosky JI. Endometrial cancer. *Obstet Gynecol*. 2008 ;111(2 Pt 1):436-47.

2.3 – CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX

2.3.1 – SITUACIÓN Y ATENCIÓN ACTUAL DEL PROCESO

Cada año algo más de 4.000 españolas ingresan en el hospital debido a un cáncer de cuello de útero, de las que 225 mueren por la enfermedad. Las mujeres más afectadas por este tipo de cáncer son **las que tienen una edad entre los 30 y 59 años, ya que supusieron el 60% de los ingresos.**

En España el cáncer de cérvix ocupa el sexto lugar tras el de mama, colorrectal, estómago, endometrio y ovario. Supone el 3'7% de todos los cánceres femeninos, si bien la incidencia varía según la provincia.

Las de menor incidencia son Navarra y Zaragoza con 4-5 casos por 100.000 habitantes y la provincia con mayor incidencia es Baleares (Mallorca), con 13'6 casos por 100.000 habitantes. Estas diferencias pueden atribuirse en la variabilidad de los sistemas de información y registro al igual que a los factores relacionados con las pacientes (principalmente la edad y la comorbilidad).

A nivel mundial, las áreas de mayor incidencia y mortalidad corresponden a los países menos desarrollados: Latinoamérica, África y Sudeste Asiático. Los países con mayor desarrollo económico presentan menor incidencia.

El virus VPH (Virus del Papiloma Humano), que sigue la vía de transmisión sexual, es el principal agente causal.

Gracias al efecto combinado del cribado o screening, junto con el tratamiento desde las primeras fases de la enfermedad, la mortalidad por cáncer de cérvix ha disminuido significativamente en los últimos cincuenta años en los países desarrollados.

La supervivencia a cinco años (porcentaje de mujeres que sobrevive al menos cinco años una vez detectado el cáncer, excluidas aquellas que mueren por otras enfermedades) en todos los estadios del cáncer de cuello uterino, asciende al 71%. Cuando se detecta en un estadio temprano, el cáncer invasor de cuello uterino tiene una supervivencia a cinco años del 92%.

Desde el año 2007 se está recomendando en España la aplicación de la vacuna contra el VPH. Esta vacuna protege contra la infección de ciertos tipos del virus del papiloma humano, que pueden causar cáncer del cuello uterino y verrugas genitales. La vacunación puede reducir el número de muertes por cáncer de cuello uterino. El momento idóneo para vacunarse es antes de haber comenzado de las relaciones sexuales, puesto que estas mujeres aún no han estado expuestas al VPH. No obstante, se han ampliado las indicaciones para vacunar a las mujeres que han mantenido relaciones sexuales. En la Región de

Murcia esta vacuna está incluida en el calendario vacunal para mujeres de 13 años.

2.3.2 – OBJETIVOS

Objetivo general

- Detección precoz del cáncer de cuello de útero.

Objetivo específico

- Disminuir la mortalidad por cáncer de cérvix.
- Optimizar la realización de citologías en mujeres de riesgo.
- Garantizar la realización de un seguimiento específico en programas organizados de mujeres de riesgo elevado.

2.3.3 – POBLACIÓN DIANA

- Mujeres asintomáticas que sean o hayan sido sexualmente activas, desde los 3 años del inicio de las relaciones sexuales hasta los 65 años. **Tabla 2.3.1 Mujeres de 14 a 65 años por Áreas de Salud en la Región de Murcia.**

Excepciones:

- Mujeres con histerectomía radical.
- Mujeres que no hayan tenido nunca relaciones sexuales.

Factores de riesgo:

- Presencia de infección por Papiloma virus.
- VIH positivo.
- Promiscuidad.
- Anticoncepción hormonal oral de inicio temprano (antes de los 18 años).

Protocolo de despistaje del cáncer de cérvix:

La mejor técnica de diagnóstico precoz utilizada es la citología cérvico-vaginal. No obstante, la vacunación frente al VPH constituye una recomendación preventiva oncológica de primer nivel. Con la aparición de las vacunas del VPH nos vamos a encontrar con distintos escenarios en los próximos años. Se está contemplando que vacunación y cribado se apliquen como estrategias sinérgicas y complementarias. Existiendo suficiente evidencia acerca de la utilidad de la prueba del VPH. Habrá que decidir cómo se incorpora esta prueba al cribado modificando los algoritmos y las recomendaciones para la práctica clínica tras los consensos que se vayan estableciendo por las diferentes

sociedades científicas. Mientras tanto, según la evidencia científica y el amplio consenso entre expertos, el protocolo de despistaje del cáncer de cérvix es el que se detalla a continuación:

1. Mujeres VIH positivas o inmunodeprimidas:

- Actitud diagnóstica: CITOLOGÍA ANUAL.

2. Resto de mujeres:

- Actitud diagnóstica: dos citologías iniciales consecutivas con un intervalo de un año entre ellas y posteriormente, si son normales, **cada 3 años**.
- A las mujeres iguales o mayores de 65 años, sin citologías en los últimos 5 años, se les ofrecerá la realización de dos citologías con periodicidad anual, y si son normales no se proponen más intervenciones.

Tabla 2.3.1. Mujeres de 14 a 65 años por Áreas de Salud en la Región de Murcia (2012).

ÁREA I: MURCIA OESTE	107.761
ÁREA II: CARTAGENA	119.169
ÁREA III: LORCA	70.467
ÁREA IV: NOROESTE	31.347
ÁREA V: ALTIPLANO	33.098
ÁREA VI: VEGA MEDIA DEL SEGURA	108.525
ÁREA VII: MURCIA ESTE	84.347
ÁREA VIII: MAR MENOR	40.817
ÁREA IX: VEGA ALTA DEL SEGURA	23.136
Total	618.667

2.3.4 – ACTUACIONES

a. Información a los/las profesionales sanitarios del Servicio Murciano de Salud (responsabilidad del SMS). Cualquier persona implicada con la salud debe proponer a las mujeres la realización de citología cérvico-vaginal según protocolo.

b. Captación (responsabilidad de Consejería de Sanidad, Servicio Murciano de Salud y Atención Primaria).

- Mujeres asintomáticas que sean o hayan sido sexualmente activas, desde los 3 años del inicio de las relaciones sexuales hasta los 65 años.

- Para mejorar la captación, es aconsejable que la Consejería de Sanidad envíe a las mujeres carta personalizada con información sobre la prevención del cáncer de cérvix y el período de cribado.
- Inclusión en el programa: ha de hacerse por médico/a de familia o matrona/ón. Introducen en el programa a la mujer a través de OMI-AP.

c. Actuación asistencial

Prueba de cribado: **CITOLOGÍA CÉRVICO-VAGINAL.**

- 1 La citología es una técnica de diagnóstico, que puede ser solicitada por medicina de familia, matrona/ón o enfermería y puede ser interpretada por médico/a de familia o matrona/ón. La derivación y/o el tratamiento, en el supuesto de hallar anomalías corresponde al médico/a de familia.
- 2 La información al diagnóstico oncológico que aporta la citología cérvico-vaginal es, en la actualidad, el método más aceptado para la detección del cáncer cervical por su alta sensibilidad diagnóstica y por su relación coste beneficio.
- 3 Otras características de la técnica:
 - 3.1 El diagnóstico microbiológico sirve para saber si la interpretación oncológica es suficientemente equiparable al diagnóstico oncológico, conclusión que saca el patólogo.
 - 3.2 El diagnóstico hormonal en la actualidad no tiene valor diagnóstico.
 - 3.3 Si sospechamos y pretendemos identificar infecciones vaginales, debemos recurrir a otras técnicas diagnósticas más rápidas, seguras y de menor coste, como el cultivo cérvico-vaginal.

4 Competencias en Atención Primaria:

- 4.1 Inclusión en el programa: médico/a de familia, matrona/ón y enfermera/o.
- 4.2 Realización de la citología cérvico-vaginal: matrona/ón.
 - Para que la valoración citológica sea adecuada, la toma de la muestra cérvico-vaginal debe tener como mínimo las siguientes condiciones:
 1. Utilizar siempre el espéculo vaginal.
 2. Visualización completa del cuello.
 3. Describir las alteraciones encontradas (pólipos, ulceraciones, etc.).
 - Se deben derivar a ginecología las mujeres que:
 1. No se pueda visualizar el cuello.

2. Con alteraciones en el cuello.
3. Las lesiones sangrantes del cuello.
4. Coitorragias.
5. Citología anormal.

- 4.3 Interpretación de los resultados: médico/a de familia y matrona/ón.
- 4.4 Indicaciones de tratamiento o derivación: médico/a de familia.

5 Competencias en Atención Ginecológica:

- 5.1 El ginecólogo/a realizará todas aquellas citologías que surjan de la práctica clínica inmediata en la consulta ginecológica, sin ser derivadas a atención primaria.
- 5.2 Diagnóstico de confirmación: ginecología
- 5.3 Tratamiento: ginecología.
- 5.4 Seguimiento: ginecología.

2.3.5 – CIRCUITOS DE DERIVACIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

a. Solicitud de la prueba (médico/a de familia, matrona/ón o enfermera/o)

- Tras incluir a la mujer en el programa en OMI-AP, se solicita la prueba a través de cita previa en la agenda informática de su centro de salud, para que la realice el matrona/ón.
- La solicitud debe emitirse por OMI y hacer constar los datos básicos de filiación de la mujer.

b. Realización de la prueba (matrona/ón) (Tabla 2.3.2. Proceso de registro en OMI y codificación de las citologías)

- La/el matrona/ón realiza la prueba e identifica la citología con códigos de números. Se anota este código en OMI.
- Comprobar que el teléfono de la usuaria está actualizado, por si le tenemos que avisar.
- La/el matrona/ón comunicará cualquier incidencia al médico/a de familia de referencia.

Tabla 2.3.2. Proceso de registro en OMI y codificación de las citologías

1. Registro en OMI-AP de las citologías:

- Entrar en la historia clínica de OMI-AP de la mujer.
- Comprobar que su teléfono está actualizado.



- Clicar en Actividad Preventiva.
- Acceder a Actividades Técnicas.
- Clicar en citologías.
- Marcar, también, Educación Sanitaria (facilitamos mucha información a la mujer).
- En el recuadro de "**Comentarios**", podemos dejar escrito el número de la citología practicada, al igual que los hallazgos encontrados en la exploración.
- Finalmente, en caso necesario, podemos clicar en el recuadro de "**Derivar a medicina de familia**".

2. Codificación de las citologías:

- Los códigos se obtienen de rollos de pegatinas que contienen 3 números.
- Un código de números se aplica a la petición.
- Otro código de números se coloca en el porta muestras, en la zona esmerilada.
- El tercer código de números se pega en el resguardo que entregamos a la mujer.

c. Recepción de los resultados (matrona/ón)

- La/el matrona/ón ha de disponer periódicamente de un listado de citologías practicadas para comprobar que se han analizado y recibido los resultados.
- La/el matrona/ón registra en OMI (apartado correspondiente de Actividades Preventivas) los resultados.
- La/el matrona/ón ha de reclamar los resultados de la citología si pasado un mes no los ha recibido.
- La/el matrona/ón facilita al médico/a de familia correspondiente el original de los resultados para entregárselos a la mujer.

d. Interpretación de los resultados (médico/a de familia o matrona/ón)

- Si el resultado de la citología es **NORMAL**, el/la médico/a de familia o matrona/ón informa a la mujer, recordándole cuándo debe volver a realizarse la citología:
 1. Si es la primera, repetir al año.
 2. Si tiene realizadas más de dos, repetir cada 3 años.
- Si el resultado de la citología es **PATOLÓGICO**, la/el matrona/ón localiza a la mujer para derivar al médico/a de familia para aplicar tratamiento o derivar a ginecología.

- El sistema que más se utiliza para informar sobre los resultados de las citologías es el SISTEMA BETHESDA (USA) Tabla 2.3.3. Cuando aparecen células anormales o lesiones, sintetizando, se especifican como:
 1. **ASCUS** (células escamosas atípicas de significado indeterminado).
 2. **AGUS** (atipia glandular de significado incierto).
 3. **LSIL** (lesión escamosa intraepitelial de bajo grado).
 4. **ASC-H** (atipia escamosa de significado incierto, no se descarta lesión intraepitelial).
 5. **HSIL** (lesión escamosa intraepitelial de alto grado).

Tabla 2.3.3. Clasificación de la Neoplasia Cervical Intraepitelial.

NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL

La **neoplasia cervical intraepitelial (NIC o CIN** del inglés *cervical intraepitelial neoplasma*, o también **SIL** – *squamous intraepitelial lesion*) es un crecimiento precanceroso de células escamosas en el cuello uterino. La causa principal de estas lesiones es una previa infección de transmisión sexual, producida por el **virus del papiloma humano (VHP)**, fundamentalmente las cepas oncogénicas 16 y 18.

Los CIN se clasifican en tres grados, atendiendo al nivel de invasión de las células escamosas:

- **CIN I** (grado I): displasia leve o crecimiento celular anormal. Es considerada una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (**LSIL**: *low grade squamous intraepitelial lesion*).
- **CIN II** (grado II): considerada lesión escamosa intraepitelial de alto grado (**HSIL**: *high grade squamous intraepitelial lesion*).
- **CIN III** (grado III): considerada de alto grado, la displasia es severa (**HSIL**: *high grade squamous intraepitelial lesion*).

e. Derivación desde Atención Primaria (medicina de familia).

- Se deriva a ginecología atendiendo a los siguientes criterios:
 1. **ASCUS** con inflamación, tratamiento y repetir citología al mes.
 2. **ASCUS** sin inflamación, derivar a ginecología.
 3. **LSIL (CIN I)**: derivar a ginecología para coloscopia y biopsia antes de 1 mes.

4. **AGUS, ASC-H y HSIL (CIN II – CIN III):** derivar a ginecología para ser valorada antes de 15 días.

f. Comunicación entre profesionales

- Interconsulta de medicina de familia a ginecología:
 1. En hoja de interconsulta de OMI-AP.
 2. Se hará constar:
 - a. Motivo de derivación.
 - b. Resultado y fecha de la última citología realizada.
 3. Se cita en la agenda informatizada para UGA en administración del centro de salud.
 4. La demora de la cita no superará los 15 días.
- Interconsulta del ginecología a medicina de familia:
 1. Informe con el diagnóstico y tratamiento realizado.
 2. Se emiten dos copias, una para la mujer y otra para medicina de familia.

2.3.6 – EVALUACIÓN

a. Periodicidad

Se realizará con periodicidad anual.

b. Indicadores de Cobertura

Nº de mujeres de 25 a 65 años a las que se les realiza detección precoz de cáncer de cérvix, según la pauta establecida.

c. Adherencia al programa

Nº de mujeres de 25 a 65 años que acuden al estudio sucesivo al año de la primera citología y a los sucesivos con periodicidad de 3 años sobre aquellas que acudieron la primera vez.

d. Intervalo de tiempo entre la toma cérvico-vaginal y la comunicación de resultados

Este intervalo no podrá superar los 30 días.

e. Derivaciones a Atención Hospitalaria

Nº de mujeres de 25 a 65 años que se derivan a Atención Hospitalaria por SIL bajo grado.

Nº de mujeres de 25 a 65 años que se derivan a Atención Hospitalaria por SIL alto grado.

Nº de mujeres de 25 a 65 años que se derivan a Atención Hospitalaria por ASCUS, AGUS o ASC-H.

f. Confirmación Diagnóstica

Porcentaje de mujeres de 25 a 65 años a las que se confirma cáncer de cérvix sobre aquellas derivadas a Atención Hospitalaria por SIL alto grado.

g. Criterios de evaluación de resultados

La disminución de la mortalidad por cáncer de cérvix (objetivo general del programa) no se detectará hasta transcurridos al menos entre 5 y 10 años desde el inicio del programa.

Entre los indicadores a corto plazo para la evaluación de resultados, están:

- Nº de cánceres de cérvix detectados.
- Porcentaje de carcinomas «in situ».
- Porcentaje de carcinomas invasivos.

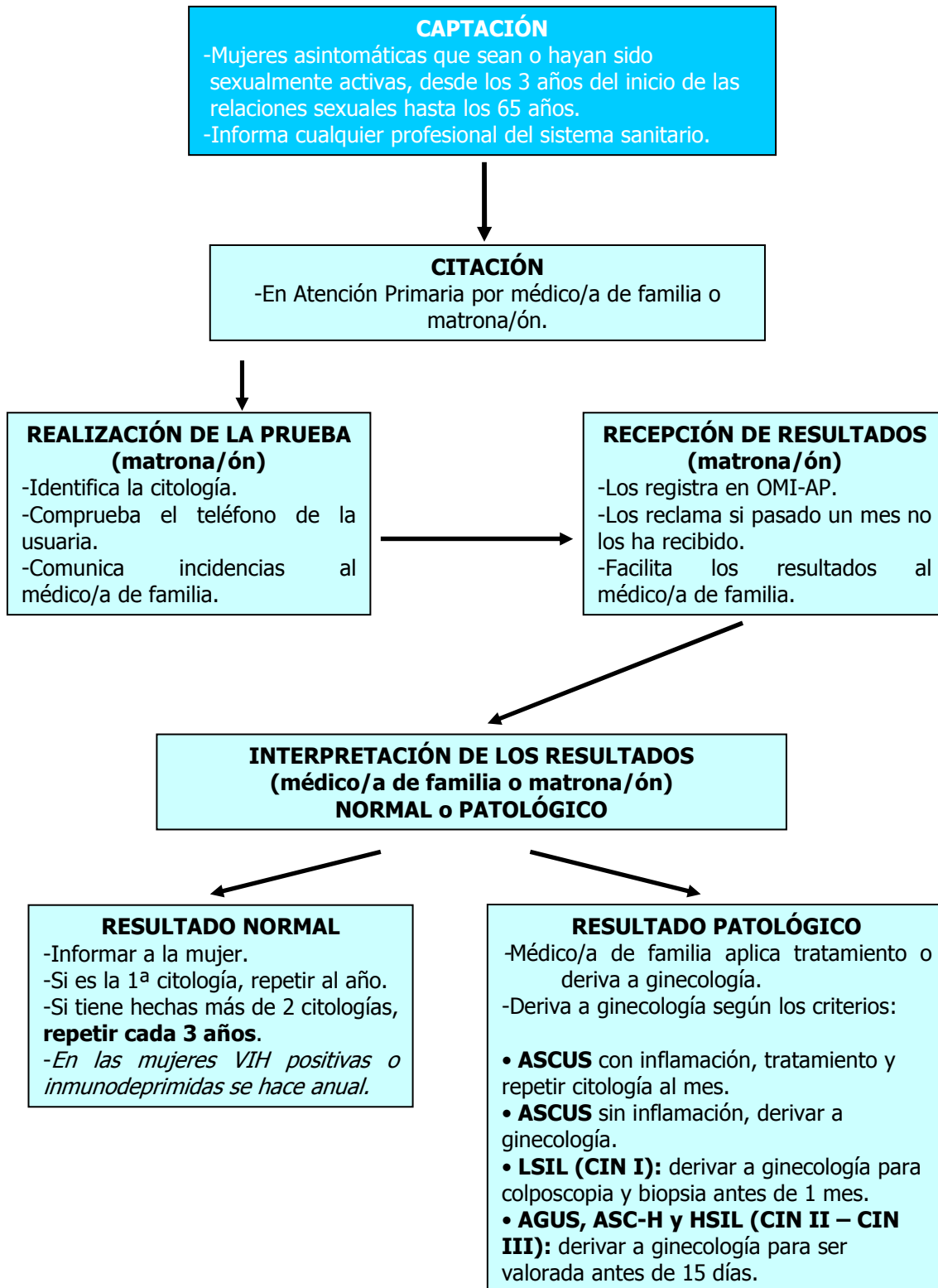
Los principales indicadores a largo plazo son:

- Tasa de mortalidad por cáncer de cérvix.
- Supervivencia media de los cánceres detectados.

Para la obtención de los indicadores citados es necesario disponer de un sistema de registro sistemático de los datos necesarios para la elaboración de los mismos y generados a lo largo de todas las fases del programa.

2.3.7 – FLUJOGRAMA

CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX



2.3.8. BIBLIOGRAFÍA

- AETS. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Uso de la mamografía y de la citología de Papanicolau para la detección precoz del cáncer de mama y de cérvix uterino en España. Informe de Evaluación nº 34, noviembre de 2002.
- Avalia-t. Axencia de Avaliación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Cribado decáncer de cérvix. Métodos convencionales y nuevos métodos. Revisión de la evidencia para su posible implantación en Galicia. Septiembre 2002.
- Cancer Screening Policy in Europe. Recomendacion del Consejo de la Unión Europea 02.12.2003. Diario Oficial de la Unión Europea L327/34, 16.12.2003.
- Comisión de las Comunidades Europeas. Propuesta de Recomendación del Consejo sobre cribado del cáncer. Bruselas, 5.5.2003.
- Cortés J, Martínón-Torres F, Ramón y Cajal JM, Gil A, Velasco J, Abizanda M, et al. Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello de útero y vulva: recomendaciones para la práctica clínica. Prog Obstet Ginecol. 2010; 53:1-19.
- Exojo E. Protocolos del Cribado del Cáncer de Cérvix. Curso de Prevención en Cáncer del Cuello de Útero para Atención Primaria. XXIII Congreso de la AEPC. Badajoz, 2011.
- Instituto Nacional de la Salud. Plan Integral de Atención a la Mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
- Grupo Español de VPH: Informe Foro Español 2009/Málaga 29 de mayo. Ramon y Cajal JM er al. 3ª Mesa: Interaccion Vacuna y Cribado. Eficiencia SP.MSD eds. Eds. 2009 ISB 978-84-8473-817-6.
- M. Marzo-Castillejo, B. Bellas-Beceiro, C. Vela-Vallespín, M. Nuin-Villanueva, C. Bartolomé-Moreno, M. Vilarrubí-Estrella y E. Melús Palazón. Grupo de Expertos de Cáncer del PAPPS. Recomendaciones de Prevención del Cáncer. Atención Primaria. 2012; 44 Supl 1:23-35.
- Marzo Castillejo M, Bailón Muñoz E. Cáncer en la Mujer. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 1.118-1.124.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
- Oncoguia SEGO; Cáncer de Cuello de Utero 2008. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO. Octubre 2008.
- Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo, 2010.

- Sáez A, et al. Análisis inicial de eficiencia en la aplicación clínica de las nuevas recomendaciones para la prevención secundaria del cáncer de cuello de útero. Prog Obstet Ginecol. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2012.06.010>.
- Sawaya GF, McConnell KJ, Kulasingam SL, Lawson HW, Kerlikoswske K, Melnikow J, Lee NC, Gildengorin G, Myers ER and Washington AE. Risk of Cervical Cancer Associated with Extending The Interval between Cervical- Cancer Screenings. N Engl J Med 2003 Vol 349; 16; 1501-1509.
- SemFYC. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Actualización 2012.
- Viikki M, Pukkala E, Hakama M. Risk of cervical cancer after a negative Pap smear. J. Med Screen 1999(6): 565-9.



3- PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL. ANTICONCEPCIÓN: INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



3 – PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL. ANTICONCEPCIÓN: INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

3.1 – PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL

3.1.1 – OBJETIVOS

- Facilitar a la población información y educación para la salud sexual desde una visión holística, considerando las relaciones de género además de las necesidades y/o situaciones específicas de los distintos grupos poblacionales y los diferentes contextos de vulnerabilidad (grupos etarios, discapacidades, opciones y orientaciones sexuales, identidades de género, personas con VIH, migración, violencia sexual).
- Promover y propiciar los canales de participación social en las políticas sanitarias relacionadas con la salud sexual.
- Respeto a la condición social, religión o creencias de la mujer.
- Promover la toma de decisiones libre e informada en cuanto a la maternidad y paternidad.

3.1.2 – RECOMENDACIONES (ENSSR)

- Se emprenderán acciones para promover una sexualidad saludable, placentera e igualitaria, a lo largo de la vida, considerando las diferentes circunstancias vitales de mujeres y hombres.
- Se tendrán en cuenta en las acciones de promoción de la salud sexual los determinantes sociales, culturales, económicos y de género, visibilizando los diferentes contextos de vulnerabilidad en los distintos grupos poblacionales (grupos etarios; discapacidades; opciones y orientaciones sexuales; identidades de género: transexualidad; personas VIH positivas; migración; violencia sexual).
- Se diseñarán acciones que fomenten la corresponsabilidad y la igualdad en las relaciones sexuales y el uso de los métodos anticonceptivos y de prevención de ITS, cualquiera que sea la opción y orientación sexual.
- Se diseñarán estrategias de información que refuercen una salud sexual vivida de manera integral, autónoma, igualitaria, placentera y respetuosa, donde los derechos sexuales y reproductivos queden garantizados.
- Se diseñarán herramientas que recojan las necesidades y las distintas realidades de mujeres y hombres, para mejorar la calidad de la



intervención sanitaria, la promoción, la investigación y la formación en la salud sexual teniendo en cuenta los determinantes sociales y de género, así como los diferentes contextos de vulnerabilidad y diversidad.

- Se impulsará la información y educación sanitaria integral con perspectiva de género a todos los grupos poblacionales, para que desde un conocimiento integral de la sexualidad, puedan manejarse responsablemente a lo largo de su vida.
- Se potenciará, en el marco del ámbito educativo, la educación sexual en la infancia y adolescencia, de acuerdo con el nivel de desarrollo de cada edad, tomando como referencia la visión holística de la sexualidad y la diversidad.
- Se diseñarán acciones encaminadas a la prevención de los embarazos no deseados y a la prevención de ITS, considerando los distintos contextos de vulnerabilidad.
- Se propiciarán acciones de sensibilización que permitan prevenir las diferentes manifestaciones de la violencia sexual, tal como indica la CEDAW y la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, así como el resto de normativa vigente.
- Con el objetivo de optimizar recursos y compartir conocimientos sobre la promoción de la salud sexual, se actuará conjunta y coordinadamente con las administraciones responsables de educación, igualdad, juventud, trabajo, inmigración, justicia, etc., así como con las organizaciones sociales.
- Se desarrollarán espacios de interlocución política entre las administraciones públicas y la sociedad civil organizada para la toma de decisiones en la promoción de la salud sexual.
- Se promoverán espacios de encuentro y reflexión en torno a la sexualidad, dirigidos a los diferentes grupos poblacionales, teniendo en cuenta la diversidad y los contextos de vulnerabilidad.
- Se emprenderán acciones que impliquen a los medios de comunicación en la promoción de la salud sexual, teniendo en cuenta y visibilizando las distintas realidades de los grupos poblacionales y sus contextos.
- Se promoverán acciones para aumentar el conocimiento de la diversidad sexual y de género, y la igualdad y el respeto a lesbianas, gays, transexuales y bisexuales.

3.2 – ANTICONCEPCIÓN: INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

3.2.1 – SITUACIÓN Y ATENCIÓN ACTUAL DEL PROCESO

Los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual (ITS) ocupan un lugar de importancia creciente entre los problemas ligados a aspectos relacionados con la reproducción. La magnitud de la población expuesta y la posibilidad de prevención, a través de la contracepción y de la educación sexual, hacen de estos embarazos y de una de sus consecuencias menos deseables, la interrupción voluntaria de la gestación, un claro problema de salud pública de alcance mundial.

Actualmente, el uso de métodos anticonceptivos es muy desigual y sólo el 45% de las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial utilizan alguno, por lo que la falta de información y/o su uso inadecuado son las principales causas de embarazos no deseados.

Existen diversos métodos anticonceptivos: naturales (calendario, temperatura basal,...), hormonales (oral, parenteral y post-coital), de barrera (preservativos, diafragma), mecánicos (dispositivo intrauterino -DIU-) y quirúrgicos (ligadura de trompas y vasectomía). Los métodos más utilizados en nuestro país son el preservativo (37,3%) y la anticoncepción hormonal oral (17,9%). Les siguen el Dispositivo Intrauterino (4,9%) y los métodos irreversibles (4,6% en el hombre y 4,3% en la mujer) (Boletín Daphne nº 23 2009).

En España, según las últimas encuestas del Equipo DAPHNE de 2007 y 2009 (2.108 mujeres de 15 a 49 años), la utilización de métodos anticonceptivos ha pasado de un 49% en 1997 a un 80% en 2007 y a un 79,5% en 2009 (Boletín Daphne nº 22 de 2009). Además, este informe destaca que las mujeres por debajo de los 19 años los utilizan el 60-65%, mientras que las mayores de 40 años los utilizan el 70%.

La anticoncepción afecta a hombres y mujeres, por lo que la población a la que va dirigida este servicio se corresponde con el total de personas en edad fértil en nuestra Comunidad, aunque por su especial complejidad y repercusión en el sexo femenino, este documento hace más hincapié en los problemas relacionados con la mujer y se incorpora dentro del Programa Integral de Atención a la Mujer.

El Servicio Murciano de Salud oferta el servicio de información y seguimiento de métodos anticonceptivos en la Cartera de Servicios de Atención Primaria. Los médicos/as de familia, matronas/es y los ginecólogos/as comparten la responsabilidad del subprograma en la Región de Murcia.

3.2.2 – OBJETIVOS

- Proporcionar conocimientos sobre sexualidad, enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos a las mujeres y los hombres en edad fértil.
- Contribuir a facilitar el disfrute de una sexualidad plena y placentera.
- Facilitar la elección del número de hijos y del momento del nacimiento.
- Disminuir el número de embarazos no deseados y de riesgo, así como el número de IVE, incidiendo en adolescentes.
- Aumentar el número de mujeres que utilizan algún método bajo control médico y realizan el seguimiento adecuado de los diferentes métodos anticonceptivos.

3.2.3 – POBLACIÓN DIANA

- Población en edad fértil.

Población a la que debe ofertarse la anticoncepción de forma especial:

- Las mujeres (y/o sus parejas) que usen métodos anticonceptivos poco eficaces.
- Mujeres mayores de 40 años.
- Las mujeres (y/o sus parejas) pertenecientes a grupos de riesgo:
 - o Adolescentes de 14 a 19 años.
 - o Cuando ha transcurrido menos de 1 año desde el último parto.
 - o Después de una IVE.
 - o Usuarias de drogas.
 - o Riesgo de ITS.
 - o Riesgo social:
 - Analfabetismo.
 - Nivel sociocultural bajo.
 - Problemas de comprensión.
 - Población inmigrante.
- A las mujeres en el postparto.
- Las mujeres (y/o sus parejas) con enfermedades que supongan un riesgo añadido al embarazo:

- Enfermedades psiquiátricas, epilepsia, tumores, cardiopatías, insuficiencia renal, diabetes, hipertensión arterial (HTA).

- Las mujeres (y/o sus parejas) con enfermedades hereditarias.

3.2.4 – ACTUACIONES Y COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

a. Información sobre métodos anticonceptivos (responsabilidad de Atención Primaria).

A todas las mujeres en edad fértil se les informará y orientará sobre métodos anticonceptivos por parte de los profesionales del primer nivel de atención. Es importante contactar con la población juvenil, por lo que será necesario facilitar mecanismos de captación y facilidad para el acceso a los servicios sanitarios.

b. Captación (responsabilidad de Atención Primaria y Atención Hospitalaria).

A través de carteles (ubicación de la consulta, horario de la misma,...), folletos con la explicación de las técnicas de planificación familiar, anatomía y fisiología de la reproducción, etc.

Captación directa en la consulta a demanda o programada de medicina o enfermería, en la consulta de la matrona (visita puerperal, práctica de citologías, etc.) y en la consulta de trabajo social.

Es importante contactar con la población juvenil a través de los servicios sanitarios (adolescentes incluidos en el Programa de Salud Infantil, colegios, asociaciones juveniles, ingresos hospitalarios por otros motivos,...) y en coordinación con otras instituciones y organizaciones (sindicales, vecinales, etc.). Es muy importante llegar a la población marginal (trabajadores sociales, organizaciones no gubernamentales, etc.) por lo que será necesario facilitar mecanismos de captación y garantizar el acceso a los servicios sanitarios.

- Captación activa

- Creación de grupos multidisciplinares de actuación y seguimiento.
- Identificación de grupos de riesgo:
 - Adolescentes.
 - Inmigrantes.
 - Desestructuración socio-familiar.
 - Deficientes.
 - Prostitutas.
 - Antecedentes de IVE.
 - Puérperas.
 - Uso de la píldora postcoital reiterativa.

- Identificación de pacientes de la población general susceptible de planificación.

c. Inclusión en el programa (responsabilidad de Atención Primaria: médico/a de familia o matrona/ón).

- Historia clínica:

- En la historia clínica de las mujeres debe constar, al menos cada dos años, si la mujer utiliza o no algún método anticonceptivo. Si lo utiliza debe quedar registrado.
- Si dice no tener relaciones sexuales, debe quedar registrado.
- Informar sobre la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), advirtiendo de las ventajas del preservativo.
- Debe constar en la historia:
 - La oferta de información sobre los diferentes métodos.
 - Cuáles son las propuestas más válidas para esa mujer en ese momento.
 - Si decide iniciar/continuar con algún método y cuál es este.
- Cuando esté registrado, no será necesario preguntar:
 - Mujeres con método anticonceptivo irreversible, incluido histerectomía.
 - Mujeres con diagnóstico de esterilidad.
 - Mujeres con diagnóstico de menopausia.

- Si la mujer elige anticoncepción hormonal:

○ Anamnesis y exploración física:

- Antecedentes familiares o personales de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes mellitus, dislipemias, obesidad, cardiopatía isquémica, trombosis venosa o ACV).
- Historia gineco-obstétrica (paridad, fórmula menstrual, si existe o no sangrado uterino anormal, intervenciones ginecológicas, fecha de la última citología y si ha llevado planificación familiar previa y con qué resultado).
- Antecedentes personales de enfermedad hepática aguda, migraña focal, otosclerosis y epilepsia.
- Consumo habitual de fármacos.

- Hábitos tóxicos (el tabaco aumenta el riesgo de tromboembolismo).
- Exploración física, peso, tensión arterial.
- Exploración de signos de patología vascular en miembros inferiores.
- 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.

d. Elección de anticoncepción hormonal (responsabilidad de Atención Primaria: médico/a de familia) (Apéndice I)

- Mujeres en general: CONTRACEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS.

- Realizar anamnesis y exploración física descrita.
- Primer control en Atención Primaria, a los 3-6 meses.
- **SEGUIMIENTO** (en Atención Primaria o Ginecología - UGA):
 - Buena tolerancia (medicina de familia):
 - Control bienal de analítica.
 - Citologías de cribado igual que a la población general.
 - Actualización de contraindicaciones.
 - Efectos secundarios.
 - Control de la tensión arterial.
 - Sangrados anómalos o sospecha de patología (Ginecología – UGA):
 - Exclusión de patología genital.
 - Valoración e instauración de método alternativo o seguimiento.

- Mujeres en período de lactancia: CONTRACEPTIVOS HORMONALES GESTAGÉNICOS.

- La **captación** es realizada por la/el **matrona/ón** en la visita puerperal precoz.
- Inicio del tratamiento (médico/a de familia):



- No necesita exploraciones complementarias añadidas a las conocidas durante el embarazo.
- Nunca se iniciará el tratamiento antes de las 6 semanas postparto.
- Se aplica tratamiento oral diario o Depot trimestral (recordando a la mujer que pueden producir alteraciones del patrón menstrual, sin pérdida de eficacia del tratamiento).
- Seguimiento (médico/a de familia):
 - A los tres meses valorar cambio de método, si ha abandonado la lactancia. Independientemente de que haya o no recuperado las menstruaciones.
 - Si se aplica DIU, derivar a ginecología – UGA.
 - Informar que cuando deje la lactancia debe cambiar de método anticonceptivo.
- **Píldora postcoital (médico/a de familia) (Apéndice I Anticoncepción)**
 - No necesita exploraciones complementarias añadidas a las ya conocidas en su historia clínica.
 - Captación sin demora. Dosis única de tratamiento.
 - Seguimiento: incluir en el protocolo como mujer de riesgo.

e. Elección de Dispositivo Intrauterino (DIU) (responsabilidad de Atención Primaria y Ginecología – UGA).

- **Captación (Atención Primaria):**
 - La mujer que elija DIU y sea subsidiaria, tras una valoración clínica por su médico/a de familia, ha de derivarse a ginecología UGA, haciendo constar motivo de consulta y resultado de la última citología de cribado.
- **Instauración del método DIU por primera vez (ginecólogo/a – UGA):**
 - Actuación de ginecología:
 - Valora idoneidad del método.
 - Excluye patología ginecológica que lo contraindique.
 - Informa y entrega consentimiento informado.
 - Inserta DIU.
 - Si desde ginecología se desea introducir el DIU con la menstruación, se facilita un teléfono de contacto para que la mujer llame y concertar la cita.
 - Tras la inserción, desde ginecología se emite un informe para la mujer y medicina de familia, donde ha de constar:

- Tipo de DIU aplicado e incidencias del procedimiento.
 - Se facilitará a la mujer folleto explicativo de las posibles incidencias derivadas del método.
- **Seguimiento (ginecología – UGA y medicina de familia):**
- Control ecográfico tras la siguiente regla (se cita directamente por ginecología tras la inserción).
 - Si hay buena tolerancia al método:
 - La mujer necesita valoración clínica anual para considerar la idoneidad del método.
 - Si su médico/a de familia precisa apoyo diagnóstico, deriva a ginecología mediante cita programada.
 - El/la ginecólogo/a:
 - Realiza una ecografía vaginal.
 - Emite informe de idoneidad del método.
 - Si la mujer no tolera el método por sangrados, etc.:
 - Medicina de familia, tras valorar a la mujer, la deriva a ginecología mediante cita programada.
 - La retirada del DIU la efectuará el/la ginecólogo/a de la UGA, previa cita programada.

Las citologías de cribado de cáncer de cérvix se realizarán siguiendo el protocolo de la población general.

f. Elección de implantes Depot subcutáneos (responsabilidad de Atención Primaria y Ginecología – UGA).

- **Captación (Atención Primaria):**
- La mujer que elija Implante y sea subsidiaria, tras una valoración clínica por su médico/a de familia, ha de derivarse a ginecología-UGA, haciendo constar motivo de consulta y resultado de la última citología de cribado.
- **Instauración del método IMPLANTE por primera vez (ginecología – UGA):**
- Actuación del ginecólogo/a:
 - Valora idoneidad del método.
 - Excluye patología ginecológica que lo contraindique.
 - Informa y entrega consentimiento informado.
 - Asegura cita programada para aplicarlo.
 - La inserción, dado que es un procedimiento de baja complejidad, se realiza en la propia consulta con las medidas básicas de asepsia.



- Tras la inserción, el/la ginecólogo/a emite un informe para la mujer y medicina de familia, donde ha de constar:
 - Tipo de **IMPLANTE** aplicado e incidencias del procedimiento.
 - Se facilitará a la mujer folleto explicativo de las posibles incidencias derivadas del método.
- **Seguimiento (ginecología – UGA y medicina de familia):**
 - Si hay buena tolerancia al método:
 - La mujer necesita valoración clínica anual por medicina de familia para considerar la idoneidad del método.
 - Si la mujer no tolera el método por sangrados, etc.:
 - El/la médico/a de familia, tras valorar a la mujer, la deriva a ginecología mediante cita programada.

La retirada de IMPLANTES corresponde al ginecólogo/a. Dado que es un procedimiento de baja complejidad, se realiza en la propia consulta con las medidas básicas de asepsia.

Las citologías de cribado de cáncer de cérvix se realizarán siguiendo el protocolo de la población general.

g. Elección de esterilización quirúrgica (responsabilidad de Atención Primaria y Ginecología – UGA).

- **Captación (Atención Primaria):**
 - La mujer es derivada, mediante hoja de interconsulta de OMI-AP, a ginecología-UGA haciendo constar motivo de consulta y el resultado de la última citología de cribado.
- **Instauración del método (ginecólogo/a – UGA):**
 - Valora la idoneidad del método.
 - Excluye patología que contraindique la técnica.
 - Incluye a la mujer en el protocolo de cirugía del programa.

h. Manejo específico de grupos de riesgo (responsabilidad de Atención Primaria y Atención Ginecológica).

- **Mujeres adolescentes.**
 - **Captación (médico/a de familia, enfermera/o, matrona/ón y trabajador/a social):**
 - Formación de grupos de trabajo en colaboración con los Institutos de Secundaria para colaborar en la aplicación de

- un Plan de Educación para la Salud en las Escuelas (información, talleres, etc.).
- Captación activa de mujeres que acuden al sistema para otras consultas.
 - **Contracepción hormonal (Atención Primaria y Atención Ginecológica):**
 - Aplicar protocolo de contracepción hormonal a las mujeres que lo deseen a partir de los dos años de la menarquia, con especial preferencia a método Depot intravaginal o percutáneo.
 - **Seguimiento (Atención Primaria y Atención Ginecológica):**
 - Controles similares a la población general.
- **Mujeres inmigrantes o con dificultades de integración social.**
- **Captación (Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Servicios Sociales):**
 - Captación activa en mujeres que consultan por otros motivos.
 - Formación de grupos de trabajo en colaboración con asuntos sociales.
 - **Implantación (Atención Primaria y Atención Ginecológica):**
 - Flexibilizar las indicaciones de métodos no hormonales, según las condiciones socio-culturales, costumbres religiosas, creencias, etc.
 - Los requisitos son similares a la población general.
- **Puérperas.**
- **Captación activa (Atención Primaria):**
 - Medicina de familia a mujeres que consultan por cualquier motivo.
 - Matrona/ón:
 - En las charlas de Educación Maternal del tercer trimestre del embarazo.
 - En la visita puerperal precoz.
 - Proponer, en general, la utilización de método contraceptivo hormonal gestagénico (oral/diario o Depot intramuscular trimestral).
 - Facilitar cita preferente con medicina de familia para prescripción del método.
 - **Seguimiento (Atención Primaria y Atención Ginecológica):**
 - Medicina de familia, a los tres meses:
 - Evalúa cambio de método según lactancia.

- Incluye, si procede y según protocolo, en el programa de cribado de cáncer de cérvix.
 - Si la mujer desea continuar contraceptivo hormonal, indicar inyectable cada 3 meses hasta finalizar la lactancia.
 - Si la mujer lo desea, al tercer mes postparto, independientemente de que haya o no recuperado las menstruaciones puede insertarse un DIU (derivación a ginecología – UGA).
 - Flexibilizar las indicaciones de métodos no hormonales.

3.2.5 – EVALUACIÓN

a. Periodicidad

Se realizará con periodicidad anual.

b. Cobertura

Porcentaje de mujeres de 14 a 49 años que han recibido información sobre métodos anticonceptivos.

c. Utilización de Métodos Anticonceptivos

Porcentaje de mujeres de 14 a 49 años con anticoncepción hormonal/año.

Porcentaje de mujeres de 14 a 49 años con DIU.

Porcentaje de mujeres de 14 a 49 años con ligadura de trompas.

d. Seguimiento de Mujeres con Métodos Anticonceptivos: Anticoncepción Hormonal/DIU

Porcentaje de mujeres de 14 a 49 años con anticoncepción hormonal a las que se les realiza al menos un control bienal sobre el n.º de mujeres de 15 a 49 años que utilizan anticoncepción hormonal.

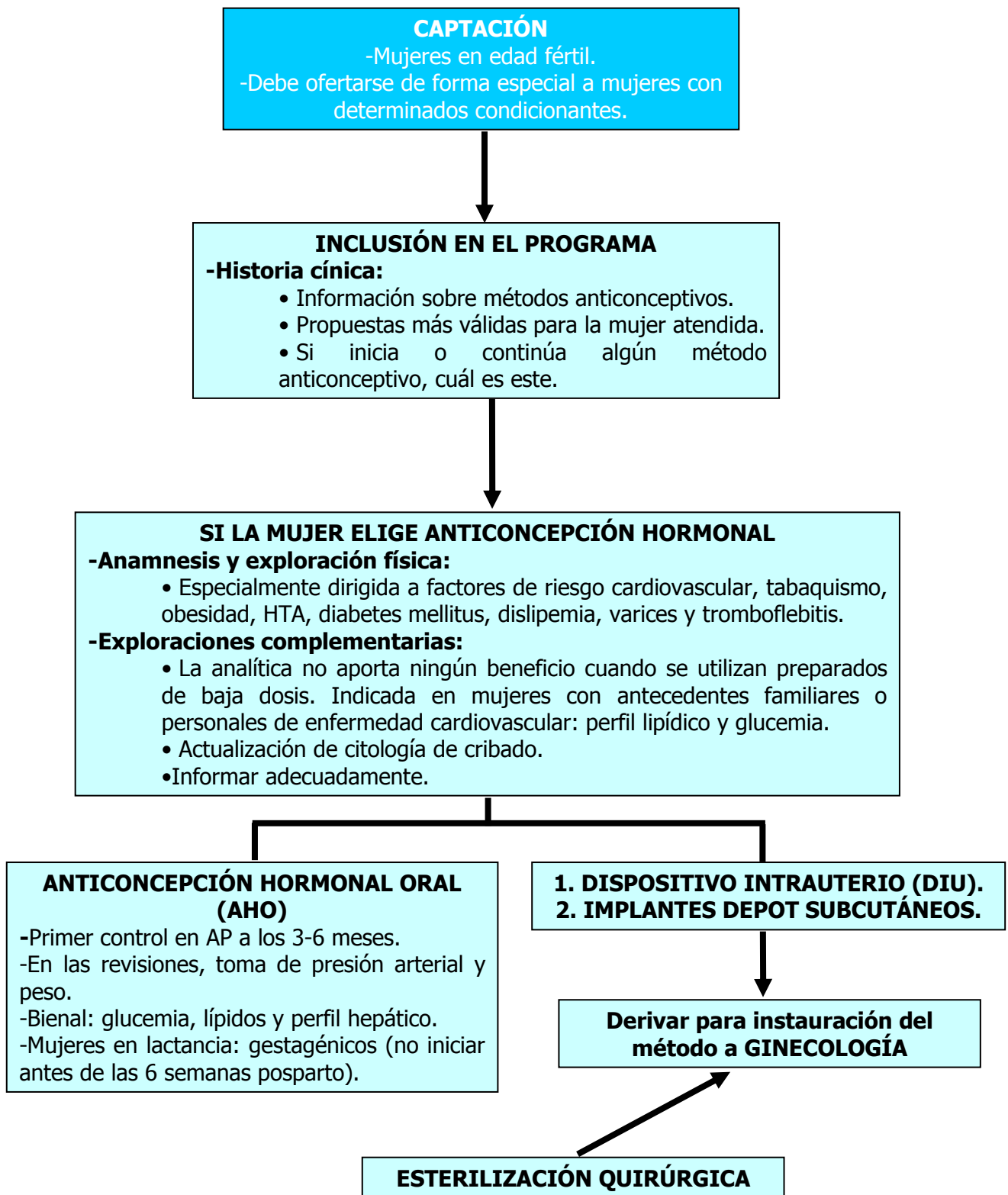
Porcentaje de mujeres de 14 a 49 años con DIU a las que se les realiza al menos un control anual sobre el n.º de mujeres de 14 a 49 años que utilizan DIU.

e. Indicadores de resultados

Porcentaje de embarazos en adolescentes sobre el total de embarazos/ año.

Para la obtención de los indicadores citados es necesario disponer de un sistema de registro sistemático de los datos necesarios para la elaboración de los mismos y generados a lo largo de todas las fases del programa.

3.2.6 - FLUJOGRAMA



3.2.7 – 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.
- Blumenthal PD, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K. Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long- acting reversible contraception. Human Reproduction Update. 2011;17:121-37.
- Del Cura-González I, Coutado A. Prevención de embarazos no deseados. En: Brotons C., Ciurana R., Iglesias M., editores. Manual de prevención en Atención Primaria. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). SEMFYC; 2003. p. 871- 888.
- Equipo Daphne. Encuesta Bayer Schering Pharma VII. Anticoncepción en España 2011 [consultado 24-4-2012]. Disponible en:
www.equipodaphne.es/otrasencuestas.php?y=2011
- Grupo Daphne. Hábitos anticonceptivos y aborto. Estudio HAYA 2009. Disponible en:
www.equipodaphne.es/encuestas.php
- Instituto Nacional de la Salud. Plan Integral de Atención a la Mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
- 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
- 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
- UK national guidelines for HIV testing 2008. London (UK): British HIV Association, British Association for Sexual Health and HIV, British Infection Society; 2008 Sep.



4- ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

DEFINICIONES BÁSICAS

- **EDAD GESTACIONAL:** tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación hasta el momento considerado. Se expresa en días y/o en semanas.
- **DURACIÓN DEL EMBARAZO:** tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación hasta la fecha del parto, independientemente de que el producto de la concepción nazca vivo o muerto. Se expresa en semanas.
- **PARTO:** expulsión o extracción de un feto de 500 g o más de peso (o 22 semanas de gestación), vivo o muerto.
- **PARTO PRETÉRMINO:** parto que ocurre antes de las 37 semanas (259 días) de gestación.
- **PARTO A TÉRMINO:** el que se produce entre las semanas 37 y 41 completas (259-293 días) de gestación.
- **PARTO POSTÉRMINO:** el que se produce a las 42 semanas (294 días) o más de gestación.
- **EMBARAZO PROLONGADO:** el que dura más de 42 semanas.
- **ABORTO:** expulsión o extracción de un feto o embrión de menos de 500g (aproximadamente de menos de 22 semanas de gestación).

Protocolos SEGO. DEFINICIONES PERINATOLÓGICAS. 2010

4 – ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

4.1 – SITUACIÓN Y ATENCIÓN ACTUAL DEL PROCESO

El embarazo es un estado fisiológico que precisa de un seguimiento para controlar las posibles alteraciones que pueden aparecer, con la intención de prevenirlas o diagnosticarlas precozmente. Durante la gestación pueden presentarse procesos que interfieren en su evolución y a su vez el embarazo puede influir en el curso de determinadas enfermedades.

La mortalidad materna es muy baja en España. Esta baja tasa de mortalidad es debida en gran parte a la atención correcta a la mujer en el embarazo por parte del Sistema Público de Salud, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. El sistema sanitario debe seguir manteniendo esta calidad en las prestaciones ya que la buena atención durante el embarazo y parto pueden causar beneficios en la salud a lo largo de la vida.

La atención sanitaria que se ofrece a las mujeres embarazadas y a sus familiares ha cambiado a lo largo de los últimos años para favorecer la desmedicalización del proceso fisiológico; el respeto de la evolución natural del mismo, y la simplificación del conjunto de actuaciones. Para todo ello es necesario valorar cualquier intervención antes de ser aplicada en base a la evidencia científica actual y a las necesidades y expectativas de cada mujer.

Es importante detectar los posibles riesgos no solo obstétricos y clínicos, sino también psicosociales. Así mismo, es importante que las mujeres tomen decisiones informadas de una forma individualizada.

El Servicio Murciano de Salud presta la atención al embarazo, parto y puerperio al 100% de las mujeres que acuden a sus servicios sanitarios. Los recursos humanos que intervienen en este subprograma se encuentran en los dos niveles asistenciales, Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

En el PIAM de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (CARM), la atención a la mujer embarazada es responsabilidad de un equipo multidisciplinar compuesto por médicos/as de familia, matronas/es y médicos/as gineco-obstetras. El objetivo principal es asegurar la continuidad asistencial de forma coordinada entre todos para proporcionar una calidad asistencial acorde con las recomendaciones de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) y de las Sociedades Científicas Nacionales e Internacionales. Además, debemos tener en cuenta durante todo el proceso a las personas que acompañan principalmente a las mujeres, como por ejemplo su pareja. Así mismo, tanto en el embarazo como en el puerperio, su hijo/a también es sujeto de cuidados de la/el matrona/ón, desde la atención intrauterina hasta los 28 primeros días de vida.

Aunque el embarazo es un estado fisiológico de la mujer, hay una serie de situaciones que deben ser evaluadas por el obstetra, por constituir un embarazo de riesgo. No obstante, no significa perder el contacto con la gestante, que en muchas ocasiones podrá seguir control por su médico/a de familia y matrona/ón. También pueden asociarse factores psicosociales que precisen el apoyo de otros profesionales del equipo de salud como las/los trabajadoras/es sociales. Siendo muy importante establecer vías de comunicación directas entre atención primaria y el hospital.

ATENCIÓN A LA MULTICULTURALIDAD EN EL CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO (Apéndice III)

Desde la Atención a la **MULTICULTURALIDAD** en el ámbito de la salud, **el PIAM de la Región de Murcia**, se plantea la prestación de servicios de una **FORMA INTEGRAL** a todos los usuarios de procedencia inmigrante que constituyen la **diversidad cultural**, reconocida actualmente en la Región de Murcia.

Desde los planteamientos de la ENSSR 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 paciente 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.

La multiculturalidad supone a los profesionales sanitarios que atienden a las mujeres inmigrantes, adquirir una **COMPETENCIA CULTURAL** (proceso mediante el cual los/las profesionales de la salud intentan lograr la habilidad de trabajar eficazmente dentro del contexto cultural del individuo).

Objetivos:

- Asegurar una atención adecuada a las **mujeres inmigrantes y sus parejas** en el proceso, facilitando su **participación**, contemplando las **particularidades** de cada caso y disponiendo de los medios adecuados para **minimizar las posibles barreras culturales e idiomáticas**.
- En el protocolo de atención se definirán las actuaciones necesarias en estos grupos de mujeres, **evitando tomar medidas** que puedan significar **discriminación**.

4.2 – OBJETIVOS

General:

Promover la salud, el bienestar y los estilos de vida saludables en las mujeres desde el comienzo del embarazo, proporcionando información adecuada sobre el proceso fisiológico y apoyando el desarrollo de actitudes y habilidades necesarias para mejorar los hábitos, teniendo en cuenta las necesidades y circunstancias particulares de cada mujer incorporando a su pareja y familiares en los cuidados necesarios con una atención global, integral y de calidad orientada a promover una vivencia del embarazo y nacimiento satisfactoria para las mujeres, sus parejas, criaturas y familia.

Específicos:

- Captar precozmente a todas las gestantes.
- Disminuir la morbi-mortalidad materno-fetal.
- Ofrecer y asegurar la información sobre los cambios en las etapas del embarazo, promover los cuidados adecuados y explicar la realización de procedimientos, pruebas y exploraciones.
- Mejorar la salud y calidad de vida de la mujer embarazada y de la criatura.
- Identificar y derivar a la gestante con aumento de riesgo.
- Favorecer la participación de las mujeres y sus parejas durante todo el proceso, considerando la multiculturalidad y discapacidad.
- Cuidar al hijo desde su vida intrauterina hasta los primeros 28 días de vida.

4.3 – POBLACIÓN DIANA

- Todas las mujeres en edad fértil (**tabla 4.1**, orientativa).
- Todas las mujeres con test de gestación positivo y gestación en curso.
- La pareja o acompañante principal en este proceso de la mujer.
- El hijo desde su vida intrauterina hasta los primeros 28 días de vida.

Tabla 4.1. Mujeres de 14 a 49 años por Áreas de Salud en la Región de Murcia (2012).

ÁREA I: MURCIA OESTE	67.461
ÁREA II: CARTAGENA	70.703
ÁREA III: LORCA	43.894
ÁREA IV: NOROESTE	18.032
ÁREA V: ALTIPLANO	15.348
ÁREA VI: VEGA MEDIA DEL SEGURA	68.747
ÁREA VII: MURCIA ESTE	53.685
ÁREA VIII: MAR MENOR	26.736
ÁREA IX: VEGA ALTA DEL SEGURA	13.977
Total	378.583

4.4 – ACTUACIONES

4.4.1 – ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL (responsabilidad de Atención Primaria: médico/a de familia y matrona/ón) Apéndice II. Subprograma del embarazo.

- **Introducción**

La asistencia preconcepcional es un PROCESO PREVENTIVO que facilita la toma de decisiones responsables para que la mujer y su pareja puedan afrontar el PROCESO DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD con las máximas garantías en el Proceso Reproductivo.

El PIAM de la Región de Murcia, contempla la Atención Preconcepcional, dentro del **PROGRAMA** de **ASISTENCIA PRENATAL**, con la base de la evidencia científica actualmente reconocida, para atender a las necesidades de la población susceptible de su utilización.

La atención y el asesoramiento preconcepcional se concretan no solo a las mujeres y sus parejas que acuden espontáneamente antes de iniciar un embarazo, sino también a las que son remitidas por padecer una enfermedad crónica o por antecedentes reproductivos adversos.

Es una actividad en **consulta previa al embarazo** para identificar y actuar sobre los **riesgos de la gestación** antes de que esta ocurra.

Tiene como principal LIMITACIÓN el ALTO PORCENTAJE DE EMBARAZOS QUE NO SON PLANIFICADOS.

- **Objetivos:**

1) Planificar las gestaciones, sólo así podrá acceder a la consulta pregestacional.

- 2) Crear la infraestructura adecuada para que la mujer pueda acceder a la consulta previa a la gestación.
- 3) Fomentar que la mujer acuda a la consulta previa a la gestación para conocer su estado de salud e iniciar las acciones de educación sanitaria.
- 4) Evaluar el riesgo reproductivo Realizar una anamnesis dirigida a la detección de enfermedades de tipo hereditario para remitir a **asesoramiento genético**.
- 5) Informar adecuadamente a la mujer y su pareja para que decidan sobre su futuro reproductivo.
- 6) Adoptar medidas de protección fetales (exposición fármacos, exploraciones en período crítico).
- 7) Prevenir los Defectos del Tubo Neural (DTN).
- 8) Promoción de la salud y acciones emprendidas en función de los riesgos y enfermedades identificados.
- 9) Promocionar **estilos de vida saludable** en la mujer y su pareja antes de la concepción.

- **Metodología:**

- 1) Se recomienda **que se realice dentro del año que precede** al comienzo del embarazo.
- 2) Algunas de las acciones que se desarrollan **evitan su repetición en la primera consulta prenatal**.
- 3) **NO GARANTIZA un buen resultado del embarazo, y nunca debe ser OFERTADA en este sentido.**
- 4) **EL CONTENIDO DE LA CONSULTA depende de las CONDICIONES ESPECÍFICAS EN CADA MUJER.**

- **Evaluación del riesgo reproductivo**

- Los instrumentos básicos son la:

HISTORIA CLÍNICA

1. HISTORIA FAMILIAR Y ANAMNESIS

a. Historia familiar y anamnesis lo más detallada posible de la pareja y sus familiares, incluyendo al menos tres generaciones, para identificar el riesgo de aparición o repetición de una alteración genética:

i. Debe recoger: Edad de ambos progenitores en el momento del nacimiento, antecedentes de abortos espontáneos o mortinatos, antecedentes de esterilidad, técnicas de reproducción asistida, historia personal o familiar de enfermedades genéticas, malformaciones congénitas o retraso mental, historia familiar de enfermedades psiquiátricas y abuso de sustancias.

ii. Tras la identificación de un posible riesgo de transmisión de una enfermedad genética, es



indispensable su estudio y caracterización antes de la concepción, para proporcionar asesoramiento genético adecuado y valorar las distintas opciones reproductivas. Es conveniente la obtención del informe genético original del caso índice familiar para asegurar el correcto diagnóstico.

1. Las indicaciones para derivar a la Consulta de Genética Médica del hospital de referencia son:

- Embarazo previo o hijo anterior afecto de enfermedad genérica, alteración cromosómica, malformaciones congénitas y/o retraso mental.
- Mujeres, sus parejas o familiares afectados por enfermedad genética, alteración cromosómica, malformaciones congénitas y/o retraso mental.

b. Antecedentes médicos

- i. La consulta preconcepcional en la mujer con problemas médicos crónicos debe evaluar los riesgos potenciales que la enfermedad tiene para la madre y el feto y los asociados con su tratamiento.
- ii. ***En definitiva, se trata de situar a la mujer en las mejores condiciones de salud antes de iniciar la gestación, y seleccionar el momento más adecuado para la concepción o informarle de los riesgos existentes en situaciones o patologías individualizadas.***
- iii. *Las enfermedades crónicas que se pueden beneficiar de la consulta preconcepcional son numerosas, siendo necesaria una valoración específica para cada una:*
 1. **Algunas pueden agravarse por el embarazo** (Hipertensión pulmonar, trastornos tromboembólicos, insuficiencia renal grave...).
 2. **Otras se asocian con un resultado perinatal adverso** (Diabetes Mellitus no controlada, HTA crónica, Fenilcetonuria (microcefalia y retraso mental), Hipertiroidismo (tirotoxicosis fetal), Lupus eritematoso, Epilepsia, Enf. Psiquiátrica,...).

c. Antecedentes reproductivos

i. Antecedentes obstétricos

1. Evolución de embarazos y término de los mismos (incluyendo complicaciones en embarazos previos).

2. Antecedente de un mal resultado reproductivo (abortos espontáneos, muertes perinatales, nacidos con defectos congénitos, nacidos con lesión residual).
- ii. **Conducta sexual**
 1. Uso de contraceptivos, Prácticas sexuales (contacto con parejas de riesgo), Antecedente de infecciones de transmisión sexual.
- iii. **Antecedentes ginecológicos**
 1. Alteraciones del ciclo menstrual, Patología orgánica en el ap. Reproductor, Cirugía Previa, Historia de Esterilidad.
- iv. **Antecedentes psicosociales**
 1. **Valoración psicosocial (Punto 1.7– SECUENCIA BÁSICA DE LA EXPLORACIÓN PSICOSOCIAL: BREVE EXPLORACIÓN PSICOSOCIAL.** Subprograma de Atención al Malestar Biopsicosocial de la Mujer).
 2. Información sobre factores psíquicos, ambientales, la historia social, los hábitos y el estilo de vida de la mujer para poder identificar comportamientos y exposiciones a factores de riesgo que puedan condicionar un resultado desfavorable de la gestación:
 - a. Consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales. Actividad laboral (Exposición a tóxicos ambientales hogar y laboral, Exposición a teratógenos, Estrés). Estado Mental. Ejercicio. Nutrición y dietas. Ambiente en el hogar (violencia, economía, apoyo familiar y social). Deseo de la gestación.

2. EXPLORACIÓN FÍSICA

- a. La exploración física está destinada a identificar los signos de enfermedad sistémica o ginecológica, y, en función de las condiciones, debe incluir:
 - i. Exploración física general. Tensión arterial. Peso. Talla. IMC. Exploración genital y mamaria (en determinadas circunstancias, si fuera necesario).

3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- a. Su selección debe ser individual en función de los hallazgos obtenidos en la historia clínica, en la exploración física, así como de la prevalencia de determinadas enfermedades en la población:

i. RECOMENDADAS EN TODAS LAS MUJERES:

1. Hemograma. Grupo y Rh. Test de Coombs indirecto (además del Rh, otros Ac. pueden causar enfermedad hemolítica perinatal).
2. Glucemia. Serología (Rubéola, Sífilis). Orina: Anormales y Sedimento.
3. Citología triple toma (si no la tiene realizada según protocolo regional de cribado del cáncer de cérvix).
4. OFERTADAS A TODAS LAS MUJERES (realizadas sólo si hay consentimiento informado). Cribado de VIH.

ii. OFERTADAS A ALGUNAS MUJERES (en función de su situación de riesgo):

1. Chagas a las mujeres con deseo de gestación procedentes de países latinoamericanos con endemia. **Figura 1.**
2. Screening de ITS en población de riesgo.



Figura 1. Distribución geográfica de la enfermedad de Chagas en América Central y del Sur. Basado en un mapa publicado por SpringerImages (Wikipedia).

• Actividades preventivas y educación para la salud

1. NECESIDAD DE CONSULTA PRENATAL PRECOZ.

2. CONSEJO NUTRICIONAL.

3. SUPLEMENTACIÓN PERICONCEPCIONAL CON FOLATOS.

- a. Debe comenzar al menos un mes antes de la concepción y continuar durante las primeras 10-12 semanas de gestación. No obstante, hay estudios que aconsejan que se mantengan durante toda la gestación y la lactancia.
- b. Se aconseja que todas las mujeres que planeen un embarazo reciban suplementos de ácido fólico entre **0.4 y 0.8 mg al día**, además de una dieta equilibrada.
- c. **En la mujer con alto riesgo de tener un feto con DTN**, con el objetivo de prevenir la recurrencia se recomienda el suplemento oral con ácido fólico a dosis de **4-5 mg./día** en mujeres con hijos anteriores portadores de alteraciones del tubo neural, durante un período de uno a tres meses previos a la concepción y en los tres primeros meses de la gestación. Existiendo estudios que aconsejan que a partir del tercer mes se administren 0,4 a 0,8 mg/día durante el resto del embarazo y la lactancia. Además de una dieta equilibrada.
- d. En caso de conocer que la mujer sea portadora de la **mutación MTHFR (metiltetrahidrofolato reductasa)**, dar **metafolin** durante todo el embarazo.

4. SE RECOMIENDA EL USO DE SAL IODADA.

5. EVITAR EL CONSUMO DEL TABACO.

6. EVITAR EL CONSUMO DEL ALCOHOL.

7. EVITAR EL CONSUMO DE OTRAS DROGAS.

8. ACTIVIDAD FÍSICA Y LABORAL (Prevención de Riesgos laborales):

- a. Actividad laboral moderada y adecuada al futuro embarazo.
- b. Algunas condiciones de trabajo se han asociado a malos resultados obstétricos (nacidos pretérmino, bajo peso al nacimiento): Trabajo de más de 36 horas por semana o 10 horas por día. Bipedestación prolongada (más de 6 horas por turno). Ruido excesivo. Carga física de peso. Stress psicológico y/o físico. Ambiente frío. La exposición ocupacional a agentes tóxicos, anestésicos, disolventes y pesticidas puede incrementar el riesgo de abortos, malformaciones y otros efectos adversos.

9. EXPOSICIÓN A TERATÓGENOS, FARMACOLÓGICOS Y AMBIENTALES.

10. DISMINUCIÓN CONSUMO CAFEÍNA.

- a. Reducir el consumo de cafeína a 50 mg/día (una taza de café puede contener de 100-150 mg, si es descafeinado de 2-4 mg).

11. AGENTES FÍSICOS.

- a. **Radiaciones.**-El período más peligroso se sitúa entre la 2ª y 6ª SG, cuando se produce la organogénesis.
- b. **Hipertermia** .-De origen exógeno (saunas) o endógeno (fiebre).

12. PRÁCTICAS SEXUALES SEGURAS.

13. PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

14. APOYO SOCIAL:

- a. Detección de casos de violencia doméstica.
- b. Economía familiar; Apoyo familiar y social.

15. VACUNACIONES:

- a. Oportunidad de revisar estado inmunitario y vacunación si precisa.
- b. Rubéola (vacunar en ausencia de inmunidad, y evitar el embarazo en los tres meses siguientes).
- c. Hepatitis B (vacunar si existen factores de riesgo).

4.4.2 – CAPTACIÓN (responsabilidad de Atención Primaria: médico/a de familia y matrona/ón)

a. Mujer que consulta porque está embarazada.

- Comprobar el embarazo con test de gestación positivo.
 - i. Se confirma mediante test inmunológico de la hCG en orina (se positiviza a la semana de la primera falta en el 95% de los casos).
 - ii. Si el test es negativo, repetimos el test a los 7 días del primero.
 - iii. Si persiste la duda se debe determinar la β -hCG en sangre.
- **Captación tardía:** la embarazada se incorporará al programa a partir del control que le corresponda a su semana de gestación.

b. Valoración del riesgo obstétrico.

- Los embarazos de bajo riesgo o normales realizarán el seguimiento en Atención Primaria al tratarse de una actividad de prevención y promoción de la salud. Los embarazos con factores de riesgo serán evaluados por el obstetra; pero no significa perder el contacto con la gestante en Atención Primaria.
- En la **tabla 4.2** se mencionan los factores de riesgo durante el embarazo según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).

Tabla 4.2. Factores de riesgo durante el embarazo (SEGO)

Factores sociodemográficos	Antecedentes reproductivos
<ul style="list-style-type: none"> -Edad materna: ≤ 18 años -Edad materna: ≥ 35 años -Obesidad: IMC ≥ 30* -Delgadez: IMC < 18,5* -Tabaquismo -Alcoholismo -Drogadicción -Nivel socioeconómico bajo -Riesgo laboral 	<ul style="list-style-type: none"> -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
Antecedentes médicos	Embarazo actual
<ul style="list-style-type: none"> -Hipertensión arterial** -Enfermedad cardíaca -Enfermedad renal -Diabetes mellitas -Endocrinopatías -Enfermedad respiratoria crónica -Enfermedad hematológica -Epilepsia y otras enfermedades neurológicas -Enfermedad psiquiátrica -Enfermedad hepática con insuficiencia -Enfermedad autoinmune con afectación sistémica -Tromboembolismo -Patología médico-quirúrgica grave 	<ul style="list-style-type: none"> -Hipertensión inducida por el embarazo -Anemia grave -Diabetes gestacional -Infección urinaria de repetición -Infección de transmisión perinatal -Isoimmunización Rh -Embarazo múltiple -Polihidramnios/oligohidramnios -Hemorragia genital -Placenta previa a partir de la 32 semana -Crecimiento intrauterino restringido -Defecto congénito fetal -Estática fetal anormal a partir de la semana 36 -Amenaza de parto pretérmino -Embarazo postérmino -Rotura prematura de membranas -Tumoración uterina -Patología médico-quirúrgica grave

*IMC: **índice de masa corporal** (kg/m²): se calcula como peso en kg/talla en metros².

** 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.

- Si en una mujer embarazada se **identifican factores de riesgo en la captación o primera visita en Atención Primaria**, según la **tabla 4.1**, éstos quedarán registrados en la Historia Clínica/Cartilla Maternal para que la unidad obstétrica de referencia tenga la información oportuna y valore a la mujer en la visita de las 12 semanas, salvo en los tres supuestos que más abajo se mencionan, que han de ser evaluados antes de las 12 semanas de gestación.
- Precisan consulta obstétrica **antes de las 12 semanas de gestación** los siguientes procesos:
 - **Abortos de repetición (3 o más de 3 abortos).**
 - **Embarazo ectópico previo.**
 - **Enfermedad trofoblástica gestacional previa.**
- **El resto de procesos pueden ser valorados en la semana 12 con el obstetra.**
- La **aparición de factores de riesgo durante el seguimiento del embarazo en Atención Primaria**, serán comunicados a la unidad obstétrica de referencia para valoración oportuna.
- En los casos de **duda consultar con la Unidad Obstétrica** de su hospital de referencia.
- Las gestantes que presenten **factores de riesgo** realizarán los seguimientos necesarios en la consulta obstétrica. Asimismo, mantendrán los controles y cuidados oportunos en Atención Primaria (educación para la maternidad-paternidad, atención al puerperio y atención al recién nacido).

c. Valoración psicosocial (Punto 1.7– SECUENCIA BÁSICA DE LA EXPLORACIÓN PSICOSOCIAL: BREVE EXPLORACIÓN PSICOSOCIAL. Subprograma de Atención al Malestar Biopsicosocial de la Mujer).

d. Pruebas y recomendaciones

- Solicitud de **1ª analítica** (a realizar en la **10ª semana**) :
 1. Hemograma. Glucemia basal. Creatinina. Bilirrubina Total. Ácido úrico. GOT. GPT. TSH. Grupo sanguíneo. Rh. Test de Coombs indirecto (con independencia del grupo sanguíneo y Rh. Si la mujer es Rh negativa y la prueba es negativa, repetir cada 4 semanas a partir de las 24 semanas de gestación).

2. Serología de lúes, rubéola, hepatitis B y VIH.
3. **Serología de Chagas**, para mujeres provenientes de países endémicos (zonas continentales del norte, centro y sur de Latinoamérica) o hijas de madre originaria de Latinoamérica. **Tabla 4.3.**

En la **tabla 4.4** se indica de forma genérica el manejo de la enfermedad de Chagas en mujer embarazada.

4. Orina: anormales y sedimento.
 5. Urocultivo.
 6. **Test de O`Sullivan** en la primera visita si la gestante tiene riesgo de diabetes gestacional:
 - a. Obesidad (IMC igual o superior a 30).
 - b. Intolerancia glucídica o diabetes gestacional previa.
 - c. Historia de diabetes en familiares de primer grado.
 - d. Antecedentes de hijo nacido con macrosomía.
 - e. Malos antecedentes obstétricos: abortos de repetición, muerte fetal, etc.
- Solicitar **fracción β -hCG** (gonadotropina coriónica humana) y **PAPP-A** (proteína plasmática A asociada al embarazo). A la mujer se le informará y entregará la hoja de Consentimiento Informado en la visita de las 12 semanas con el obstetra.

El sentido de la **determinación de la PAPP-A y fracción libre de la β -hCG alrededor de la semana 10 de gestación** (mejor momento para realizar este análisis), independientemente de que se realice o no **cálculo de riesgo de aneuploidías**, es que se pueden valorar en el primer trimestre como **índices de función placentaria precoz**, de forma que puedan ser utilizados estos resultados no sólo para determinar el riesgo de aneuploidías, sino para establecer factores de riesgo o pronósticos en la gestación, y así poder adecuar la asistencia a la gestante de forma individualizada.

Tabla 4.3. Países endémicos latinoamericanos de mayor a menor prevalencia de la enfermedad de Chagas en España (Datos Schmunis y Castro Izaguirre) 2009.

1	BOLIVIA	10	HONDURAS
2	ARGENTINA	11	PERÚ
3	COLOMBIA	12	MÉXICO
4	PARAGUAY	13	EL SALVADOR
5	BRASIL	14	GUATEMALA
6	ECUADOR	15	NICARAGUA
7	VENEZUELA	16	COSTA RICA
8	CHILE	17	PANAMÁ
9	URUGUAY		

Tabla 4.4. Protocolo de diagnóstico y manejo de gestantes con sospecha de enfermedad de Chagas.

1. A quién solicitar la serología de <i>Trypanosoma cruzi</i>	<ul style="list-style-type: none"> Gestantes provenientes de Latinoamérica o hijas de madre originaria de Latinoamérica.
2. Serología negativa:	<ul style="list-style-type: none"> La gestante seguirá control clínico habitual del embarazo.
3. Serología positiva:	<ul style="list-style-type: none"> Si la analítica confirma infección por <i>Trypanosoma cruzi</i>, la gestante será valorada en la semana 12 por la unidad obstétrica correspondiente para informar, programar el seguimiento del embarazo y derivar para estudio parasitológico a la consulta de la Unidad Regional de Medicina Tropical. Puede citarse directamente por SELENE o llamando al 968.39.55.52
4. Manejo	<ul style="list-style-type: none"> No está justificada la interrupción del embarazo. Debe hacerse un seguimiento ecográfico.
5. Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> No está justificado el tratamiento farmacológico durante la gestación. Benznidazol o Nifurtimox están contraindicados durante el embarazo. Si la gestante se encuentra en tratamiento con estos fármacos se aconseja suspender el tratamiento.

Unidad Regional de Medicina Tropical, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

- **Recomendar:**

1. Profilaxis con **ácido fólico**:

a. **Mujeres con riesgo de tener un hijo con DTN** (epilepsia, diabetes mellitus, obesidad – IMC > 35-, antecedentes de gestación de DTN):

- i. 4 mg/día de ácido fólico, en los 3 primeros meses del embarazo. Existiendo estudios que aconsejan que a partir del tercer mes se administren 0,4 a 0,8 mg/día durante el resto del embarazo y la lactancia.

b. **Mujeres de bajo riesgo** (sin antecedentes de gestación con DTN):

- i. 0,4 a 0,8 mg/día de ácido fólico, en los 3 primeros meses del embarazo. No

obstante, hay estudios que aconsejan que se mantengan durante toda la gestación y la lactancia.

2. En caso de conocer que sea **portadora de la mutación MTHFR**, dar **Metafolín** durante todo el embarazo.
3. Profilaxis con **yodo**:
 - a. 200 µg/día de yodo, durante los 3 primeros meses del embarazo. No obstante, hay estudios que aconsejan que se mantengan durante toda la gestación y la lactancia.

En el **Anexo I** se recogen unas **recomendaciones generales para la mujer embarazada y medidas de prevención de la toxoplasmosis**.

En el **Anexo II** se contemplan los **perfiles analíticos del embarazo**.

4.4.3 – CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO NORMAL (médico/a de familia, matrona/ón y ginecólogo/a)

a. PRIMERA VISITA (9-11 semanas) – (Matrona/ón y médico/a de familia, si procede)

a. Promoción de la salud en el embarazo.

- Conocer el **estado de salud de cada mujer**. Conocer la disposición emocional de la mujer hacia el embarazo y los cambios que la maternidad conlleva.
- Ofrecer una **asistencia a la maternidad continuada y de calidad**. Facilitar información veraz, evitando la que genere estrés y ansiedad basada en descripción de patologías que no existan en su caso concreto.
- Recomendar una **alimentación equilibrada y hábitos de higiene dental**.
- Identificar posibles **riesgos relacionados con el trabajo** productivo o remunerado y reproductivo o doméstico. Aconsejar prestar atención a su necesidad de descanso y tiempo de ocio.
- Informar sobre distintas formas de **expresar o disfrutar la sexualidad**.
- Informar sobre las medidas de **prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)** tanto en la mujer como a la pareja.
- Informar sobre los riesgos del consumo de **alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas** en el embarazo.



- Sobre el **consumo de medicamentos**, informar que sólo deben ser utilizados en aquellos casos donde el beneficio supere los riesgos.
- Fomentar la **actividad física y la práctica de ejercicio moderado**. Aconsejar ejercicio físico en el agua dado que también parece tener beneficios positivos para las molestias propias del embarazo (lumbalgias, pesadez de miembros inferiores, etc.) y efectos relajantes.
- Facilitar recomendaciones a las mujeres embarazadas que vayan a realizar **viajes** internacionales.
- Promover el **bienestar psicológico y emocional de las gestantes**. El acompañamiento efectivo por la pareja o persona de confianza de la gestante a lo largo del proceso, facilita el bienestar emocional de la mujer y tiene efectos preventivos.
- Poner en marcha las medidas necesarias para la **detección y abordaje de la violencia y abuso sexual**.
- Integrar la promoción, la educación y el **apoyo a la lactancia materna**, respetando las circunstancias personales, sociales, laborales, de contexto y culturales de cada mujer.
- Cumplir el **Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna**, evitando prácticas publicitarias.
- Mejorar la **coordinación** entre las consultas prenatales, las maternidades hospitalarias, los centros de AP y los grupos de apoyo a la lactancia materna.
- Los **factores de riesgo social** que se identifiquen deben quedar reflejados en OMI-AP, pero no en la Cartilla Maternal.
- Las **gestantes con riesgo social** han de ser **asesoradas** por **Trabajo Social** para valoración e intervención.

b. Pruebas y recomendaciones

- Apertura y cumplimentación de la **Cartilla Maternal**:
 1. Datos de filiación (incluido país de procedencia).
 2. Antecedentes familiares (enfermedades infecto-contagiosas en convivientes).
 3. Antecedentes personales.
 4. Antecedentes obstétricos.
 5. Antecedentes ginecológicos.
 6. Gestación actual.
- Datos a **recabar**:
 1. Fecha de la última regla (FUR).
 2. Fecha probable de parto (FPP).
 3. Edad gestacional (en caso de dudas se solicitará ecografía urgente a UGA/hospital).
 4. Fórmula gestacional: G – P – C – A.
 5. Antecedentes gineco-obstétricos.

6. Tabaco – Alcohol – Drogas.
 7. Consumo fármacos.
 8. Aceptación del embarazo: Deseado. Aceptado. Deseos de interrupción. Tanto por la mujer como por su entorno.
 9. Peso, talla, IMC y tensión arterial.
 10. Síntomas de embarazo.
 11. Valoración del suelo pélvico. Incontinencia urinaria y/o fecal.
- **Control clínico:**
 1. Peso. Talla. Índice de Masa Corporal (IMC).
 2. Tensión arterial.
 3. Edemas.
 4. Varices, etc.
 - Información sobre **consejo genético**.
 - Información sobre el **seguimiento del embarazo** (pruebas, visitas, etc.).
 - Identificación de **factores de riesgo** (ver tabla...).
 - **Información:**
 1. **Cuidados del embarazo.** Facilitar hoja con **recomendaciones generales** para la mujer embarazada (Anexo II).
 2. **Signos de alarma.** Explicar **síntomas y signos** por los que la embarazada debe consultar (motivos de consulta urgente).
 3. **Cambios fisiológicos.**
 4. **Alimentación y ejercicio.**
 5. **Hábitos como el tabaco, alcohol y drogas.**
 6. **Profilaxis buco-dental.**
 7. Facilitar hoja **medidas de prevención de toxoplasmosis** (Anexo III).
 8. Valoración de la **Inmunidad antitetánica.**
 9. Recomendar la **vacunación antigripal** en las gestaciones del 2º y 3º trimestre que coincidan con el período estacional de la gripe.
 10. Recomendar la **vacunación de hepatitis B** en el 2º-3º trimestre, en **población de riesgo**.
 - Consejos para **mejorar las molestias** normales del embarazo.
 - **1ª analítica** (analítica del 1º trimestre):



1. **Valorar** resultados con el médico/a de familia, si procede:
 - a. **Hemograma:**
 - i. Si anemia: tratar.
 - ii. Si plaquetas <100.000: derivar a C. Alto Riesgo.
 - b. **Lúes positiva:** tratar y derivar a C. Alto Riesgo.
 - c. **Rubéola:**
 - i. Inmune: seguimiento normal.
 - ii. Negativa: vacunar postparto.
 - d. **VIH positivo:** derivar a C. Alto Riesgo.
 - e. **Hepatitis B activa:** derivar a C. Alto Riesgo.
 - f. **Sedimento de orina:**
 - i. Bacteriuria positiva: tratar.
 - ii. Piuria y nitritos positivos: tratar.
 - g. Valorar **urocultivo**.
2. La valoración de la β -HCG y la PAPP-A será efectuada por el/la ginecólogo/a en la segunda visita, semanas 11-13 de gestación.
3. **Anotar** resultados en historia clínica.
4. En las mujeres gestantes con **grupo Rh negativo**, se les informará de la administración de la **inmunoglobulina anti-D** entre las **semanas 28-34**. Se aplica dosis única de 300 mcg (1.500 UI).
5. En el supuesto de aplicar la inmunoglobulina anti-D por amniocentesis con un margen de 12 o más semanas anteriores a la semana 28, hay que repetir la dosis.
 - Citar el **primer control ecográfico:**
 1. Se realiza entre la **11 y 13 semanas** de gestación.
 2. Se **calcula la fecha recomendada** y se cita a la embarazada con obstetricia.
 3. La cita se facilitará en SELENE mediante el Programa Mostrador de su centro de salud.
 - **Citar** para la **próxima visita con matrona/ón (3ª)**, aproximadamente hacia las 16-18 semanas.

b. SEGUNDA VISITA (11 y 13 semanas) – (Obstetricia)

- Informar sobre **cribado combinado de primer trimestre** y de los controles ecográficos sucesivos del embarazo, recogidos en un consentimiento informado.
- Realizar **ecografía del primer trimestre** (según protocolo de la SEGO).
- La información del resultado del cribado combinado se realizará según la disponibilidad de cada área.
- **Control clínico** donde se valoran los **factores de riesgo, la primera analítica y la cartilla maternal.**
- La **gestante sin factores de riesgo o de bajo riesgo** mantendrá el seguimiento del embarazo en su centro de salud con su médico/a de familia y matrona/ón.
- Si la **gestante tiene factores de riesgo**, el/la obstetra individualizará los controles y la atención a realizar en el seguimiento del embarazo, sin perder el contacto con el centro de salud.
- Dar **cita** a la embarazada para la **ecografía del segundo trimestre** (18-22 semanas de gestación).

c. TERCERA VISITA (16-18 semanas) – (Matrona/ón)

- Exploración de los **factores de riesgo.**
- **Control clínico:**
 1. Peso.
 2. IMC, si precisa.
 3. Tensión arterial.
 4. Valorar edemas.
- Detección de **latido cardíaco fetal.**
- Preguntar y aclarar **molestias o dudas.**
- **Educación sanitaria.**
- **Solicitar 2ª analítica** (2º trimestre):



1. Solicitar el **TEST DE O'SULLIVAN** (test de sobrecarga oral con 50 gr. de glucosa), para realizarlo en la **semana 24-28** de gestación.
 2. Hemograma.
 3. Creatinina. Bilirrubina Total. Ácido úrico. GOT. GPT.
 4. Anormales y sedimento.
 5. Coombs indirecto, en mujeres Rh negativo.
- **Comprobar** que está citada para la **2ª ecografía** (18-22 S.G.).
 - **Citarse** a la gestante para la 5ª visita (24-28 S.G.).

d. CUARTA VISITA (18-22 semanas) – (Obstetricia)

- **Informar del proceso** que se le va a realizar.
- Realizar **ecografía del segundo trimestre** (según protocolo de la SEGO).
- **Informar** a la embarazada de los hallazgos detectados en la **ecografía**.
- **Control clínico** donde se valoran los **factores de riesgo, la analítica y la cartilla maternal**.
- **Citar para ecografía del tercer trimestre** (32-36 semanas).
- Se **remite a su centro de salud** para seguir control del embarazo.

e. QUINTA VISITA (24-28 semanas) – (Matrona/ón y médico/a de familia, si procede)

- Atención a los **síntomas subjetivos** manifestados por la embarazada.
- Preguntar por **síntomas objetivos** (sangrado vaginal, dolor abdominal, síntomas urinarios,...).
- Exploración general y constantes
 - i. Cálculo edad gestacional.
 - ii. Peso.
 - iii. Revisión del IMC.
 - iv. Tensión arterial.
 - v. Edemas.
 - vi. Altura uterina.



- vii. Auscultación Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF).
 - viii. Movimientos fetales.
 - ix. Presencia de molestias abdominales y/o contracciones uterinas.
- Exploración de los **factores de riesgo**.
 - **Valoración psicosocial (Punto 1.7– SECUENCIA BÁSICA DE LA EXPLORACIÓN PSICOSOCIAL: BREVE EXPLORACIÓN PSICOSOCIAL.** Subprograma de Atención al Malestar Biopsicosocial de la Mujer):
 - i. Violencia de género.
 - ii. Problemas psiquiátricos.
 - Incluir en los **cursos de educación maternal**:
 - 1. Información, ejercicios ante-postparto.
 - 2. Técnicas de relajación.
 - 3. Información sobre métodos anticonceptivos.
 - Informar sobre **síntomas de parto pretérmino**.
 - Recordar la **promoción de la salud** en el embarazo.
 - Valorar los resultados de la **2ª analítica** (2º trimestre) en colaboración con el médico/a de familia, si precisa:
 - 1. **Hemograma**:
 - a. Si anemia: tratar.
 - b. Si plaquetas <100.000: derivar a C. Alto Riesgo.
 - 2. **Sedimento de orina**:
 - a. Bacteriuria positiva: tratar.
 - b. Piuria y nitritos positivos: tratar.
 - Valorar **TEST DE O´SULLIVAN** (test de sobrecarga oral con 50 gr. de glucosa):
 - 1. Si **glucemia postprandial** (1 hora) >140 mg/dl:
 - a. Solicitar prueba de Tolerancia Oral a Glucosa (TOG) con 100 gr de glucosa.
 - b. El test de TOG se considera positivo si aparecen dos valores por encima de lo estimado:
 - i. Glucemia basal >105 mg/dl
 - ii. Glucemia 1 hora >190 mg/dl

- iii. Glucemia 2 horas >165 mg/dl
 - iv. Glucemia 3 horas >145 mg/dl
 - c. Si TOG es **positivo derivar** a Consulta de Alto Riesgo.
 - d. Si se altera uno de los valores, se repetirá la prueba 4 semanas después.
- Si **Rh negativo y Test de Coombs indirecto negativo**, programar la administración de la **inmunoglobulina anti-D** entre las semanas 28 y 34. Se aplica una dosis única de 300 mcg (1.500 UI). Tras la administración de la inmunoglobulina se positiviza el test de Coombs.
 - Citar con matrona/ón para la semana 29.

g. SEXTA VISITA (29 semanas) – (Matrona/ón)

- Exploración de los **factores de riesgo**.
- Control de la **Tensión arterial y el peso**.
- Control de **edemas**.
- **Exploraciones:**
 1. Maniobras de Leopold.
 2. Evolución de la altura uterina.
- Detección del **latido cardíaco fetal**.
- Preguntar sobre **posibles contracciones**.
- Actualización de datos en la **cartilla maternal**.
- **Educación sanitaria**.
- **Revisar dieta**.
- **Educación maternal**
- Información sobre el **Plan de Parto**.
- **Comprobar la cita con la ecografía del tercer trimestre (32-36 S.G.)**.
- Citar a la embarazada para el **siguiente control con matrona/ón (36-37 S.G.)**.

h. SÉPTIMA VISITA (32-36 semanas) – (Obstetricia)

- **Informar del proceso** que se le va a realizar.
- Realizar **ecografía del tercer trimestre** (según protocolo de la SEGO).
- **Informar** a la embarazada de los hallazgos detectados en la **ecografía**.
- **Control clínico** donde se valoran **la analítica y la cartilla maternal**.
- Exploración de los **factores de riesgo**.
- Se **remite a su centro de salud** para seguir control del embarazo (**cita con matrona/ón** 36-37 semanas).

i. OCTAVA VISITA (36-37 semanas) – (Matrona/ón)

- Exploración de los **factores de riesgo**.
- Control de **Tensión Arterial y peso**.
- Auscultación de **Frecuencia Cardíaca Fetal** (FCF).
- Valoración de **movimientos fetales**.
- **Maniobras de Leopold**.
- **Educación sanitaria** (informar sobre revisión postparto).
- Solicitar **3ª analítica** (3º trimestre):
 1. Hemograma.
 2. Glucemia.
 3. Proteinuria.
 4. AgHBs.
 5. VIH
 6. En grupos de riesgo:
 - a. Serología sífilis.
 7. **Cultivo recto-vaginal del Estreptococo Agalactiae** (la/el matrona/ón ha de recoger la muestra para este cultivo).
 8. **Pruebas de coagulación**.
- Citar para **monitor** sobre la **semana 40**, si previamente no se hubiera citado.

- Advertir a la mujer que venga a **recoger los resultados analíticos en una semana** (médico/a de familia – matrona/ón):

Valorar 3ª analítica y cultivo (entregar a la embarazada):

1. Hemograma: si anemia, tratar.
2. Pruebas de coagulación.
3. Cultivo recto-vaginal E. Agalactiae: si es positivo se recomienda profilaxis intraparto.

k. NOVENA VISITA (39-40 semanas) – (Matrona/ón y obstetra, si procede)

- Realización de **monitor** en la semana **40** (tabla 4.5).

Tabla 4.5. CRITERIOS DE NORMALIDAD MONITORIZACIÓN NO ESTRESANTE

NORMALIDAD, requiere la presencia de los siguientes ítems:

1. **Línea de base:** estable, claramente identificada.
2. **Frecuencia cardíaca fetal:** 120-160 latidos /minuto.
3. **Variabilidad a corto plazo (amplitud de las oscilaciones):** 5-25 latidos/minuto.
4. **Variabilidad a largo plazo (frecuencia de las oscilaciones):** 3-5 oscilaciones/minuto.
5. **Ascensos transitorios:** aumentos de la FCF 15 latidos/minuto con duración entre 15 segundos y 10 minutos.
6. **Ausencia de deceleraciones:** disminución de FCF por debajo de la línea de base.

La ausencia de normalidad precisa supervisión por obstetra.

Guía clínica de asistencia al parto normal.

- Control clínico.



- Comprobar que la gestante tiene las **pruebas de coagulación, cultivo estreptococo agalactiae**, adherido a la cartilla maternal; así como el **grupo sanguíneo**.
- Remitir a obstetricia para valorar monitor si este no es satisfactorio.
- Comprobar si tiene los **conocimientos adecuados** sobre:
 - a. Motivos de ingreso.
 - b. Información sobre el parto y métodos de alivio del dolor.
 - c. Lactancia materna.
 - d. Visita puerperal.
- Comprobar que está citada con el Servicio de Obstetricia de referencia.
- Decirle que vuelva si tiene cualquier duda.

I. A PARTIR DE LA SEMANA 40 LA GESTANTE ES CONTROLADA POR EL/LA OBSTETRA

- La mujer embarazada está citada en el **Servicio de Obstetricia de referencia**, a partir de la semana 40, para el parto.
- El **Consentimiento Informado de anestesia epidural** tiene que facilitar el **Servicio de Anestesia del área correspondiente**, en la Educación Maternal previa a la semana 40.
- La **atención al parto normal** se desarrolla en el capítulo 4.4.5, basado en la "**Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud**".

Con esta visita de seguimiento finaliza el proceso asistencial de la mujer embarazada. La atención al postparto o visita puerperal está contemplada en el apartado 4.4.6.

Los profesionales que intervienen en el proceso han de realizar las actividades contempladas en el programa; respetando el trabajo y permitiendo el desarrollo profesional de todos los colectivos.

4.4.4 – EDUCACIÓN MATERNAL Y PREPARACIÓN AL PARTO (responsabilidad de Atención Primaria: Matronas/es)

OBJETIVOS:

a. Ofrecer un **programa de preparación para el embarazo, parto, nacimiento y crianza** que facilite una vivencia satisfactoria de la experiencia, eliminando miedos e incertidumbres y proporcionando información adecuada acerca de todo el proceso.

b. Promover la **autonomía y el desarrollo personal** de la embarazada con el **apoyo de la pareja**.

c. Fomentar el vínculo afectivo:

1. Tener en cuenta las **necesidades de las mujeres y parejas** que acuden a la educación maternal, para el desarrollo de las sesiones.
2. el programa debe **englobar el proceso de maternidad y paternidad**, contemplando el proceso del embarazo, parto, puerperio y cuidado del recién nacido/a
3. **Implicar a la pareja** en los programas y consultas desde el comienzo del embarazo atendiendo a sus propias necesidades y vivencias.

ACTUACIONES:

1. Cambios físicos y psicológicos: Adaptación materna durante el embarazo. Sexualidad.

Objetivo general:

Proporcionar información en torno a los cambios asociados al proceso de embarazo y parto para promover hábitos higiénico-dietéticos saludables, así como actitudes y vivencias positivas hacia el mismo.

Objetivos específicos:

Al finalizar esta sesión, las y los asistentes serán capaces de:

- Reconocer las manifestaciones fisiológicas propias de la gestación e identificar los signos y síntomas de riesgo.
- Adquirir conductas que satisfagan las necesidades derivadas de dichos cambios (higiene postural, relajación, medidas higiénico-dietéticas...)
- Disminuir la ansiedad que producen estos cambios en la embarazada y aumentar su autoestima.
- Conocer aspectos básicos sobre nutrición.
- Describir las necesidades dietéticas específicas del embarazo.
- Adoptar formas sanas de cocinar.
- Reconocer conductas higiénicas adecuadas a los cambios del embarazo.

- Recibir educación en sexualidad en el contexto del embarazo para promover una vida sexual placentera.

2. Anatomía y fisiología de la Sexualidad y la Reproducción.

Objetivo general:

Contribuir al aumento del nivel de salud materno-fetal y bienestar de la mujer gestante, disminuyendo la incidencia de la morbilidad materna y perinatal.

Objetivos específicos:

Al finalizar esta sesión, las y los asistentes serán capaces de:

- Enumerar nombres y funciones del aparato genital masculino y femenino, familiarizando a las y los asistentes con el vocabulario que se emplea.
- Conocer los cambios que se producen desde la fecundación hasta el completo desarrollo fetal.
- Realizar los ejercicios destinados a fortalecer los músculos del suelo pélvico, y conocer la técnica del masaje perineal prenatal.

3. Vínculo afectivo prenatal.

Objetivo general:

En esta sesión se pretende conseguir que las familias conozcan el desarrollo físico, psíquico y emocional del hijo o de la hija intraútero, para potenciar la creación del vínculo afectivo.

Objetivos específicos:

Al finalizar esta sesión, las y los asistentes serán capaces de:

- Reconocer los diferentes tipos de movimientos.
- Distinguir las contracciones de los movimientos del bebé.
- Diferenciar lo fisiológico de lo patológico referente a los movimientos y contracciones.
- Conocer las fases del vínculo afectivo.
- Aprender actividades para relacionarse con su bebé intraútero, asimismo transmitir a su pareja estos conocimientos para hacerle partícipe.
- Modificar sus percepciones negativas referentes a los movimientos del bebé y ser capaces de disfrutar de ellos con diferentes técnicas.

4. Parto

Objetivo general:

Aportar información y conocimientos a la gestante y a los acompañantes que acuden al curso sobre el complejo proceso del parto. De esta forma se les puede ayudar a comprender lo que les sucede y a poder elegir entre las posibilidades que le oferten y los recursos existentes en su área de salud.

Objetivos específicos:

Al finalizar esta sesión, las y los asistentes serán capaces de:

- Conocer los periodos del parto y su evolución.
- Expresar y compartir las emociones que genera la vivencia del parto.
- Identificar las distintas formas de presentarse el inicio del parto y valorar cuándo acudir al Hospital.
- Identificar la posibilidad de analgesia.
- Practicar diferentes posturas durante el trabajo de parto.
- Conocer su medio hospitalario de referencia.
- Conocer los recursos sociales y profesionales.
- Conocer los recursos médicos en caso de parto con incidencias.
- Conocer las primeras atenciones al Recién Nacido/a.
- Confeccionar su plan de parto.

5. Lactancia materna.

Objetivo general:

Lograr que las madres den lactancia materna a sus hijos de manera satisfactoria, todo el tiempo posible e idealmente hasta que ellas quieran.

Objetivos específicos:

Al finalizar esta sesión, las y los asistentes serán capaces de:

- Reforzar su convencimiento de que la leche materna es la alimentación óptima para su hijo/a.
- Fomentar el intercambio de experiencias e información entre madres lactantes o que han lactado en el pasado.
- Resolver los problemas más frecuentes que pueden surgir durante la lactancia o en su defecto buscar ayuda para resolverlos.
- Tener claro que su decisión se va a respetar sin que los/las profesionales emitan juicios de valor y/o ejerzan presión para la toma de decisiones en lactancia.
- Entender la importancia del apoyo familiar para que la experiencia de la lactancia sea positiva.
- Tomar sus propias decisiones incluso en un ambiente familiar, social y/o económico poco favorable.

6. Cuidados del/la recién nacido/a.

Objetivo general:

Proporcionar la información actualizada y científicamente contrastada en relación a los cuidados que se debe prestar al/la recién nacido/a y que den respuestas a sus necesidades, permitiendo su desarrollo en la esfera tanto física como afectiva.

Objetivos específicos:

Al finalizar esta sesión, las y los asistentes serán capaces de:

- Conocer los procedimientos que los y las profesionales sanitarios/as realizan al recién nacido/a desde el momento de su nacimiento y durante su estancia en la sala de partos y maternidad.
- Conocer los cuidados que se practican al recién nacido/a durante su estancia en la maternidad.
- Reconocer las características del recién nacido normal.
- Aprender los cuidados domiciliarios básicos que el recién nacido/a necesita con respecto a su alimentación, higiene y vestido.
- Conocer las medidas necesarias para crear un entorno agradable y seguro para el bebé durante sus primeras semanas de vida.
- Reconocer los problemas más frecuentes que suele presentar el recién nacido/a y cómo resolverlos.
- Conocer las medidas necesarias en materia de prevención de accidentes del recién nacido/a.
- Reconocer la importancia del Programa de Detección Precoz y los procedimientos a seguir para su realización.
- Conocer los pasos administrativos que hay que llevar a cabo tras el nacimiento del bebé.

7. Gimnasia maternal y ejercicios de respiración y relajación.

Objetivo general:

Aumentar la calidad de la atención al embarazo, parto y puerperio a través de la revisión de los contenidos actualizados impartidos en los talleres de Educación Maternal para mejorar así la experiencia de la población en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Objetivos específicos:

Al finalizar esta sesión, las y los asistentes serán capaces de:

- Favorecer el control de peso durante la gestación.
- Mejorar el estado físico y psicológico para afrontar todas las modificaciones normales durante el embarazo, parto y puerperio de forma óptima.
- Mejorar la calidad del sueño y los momentos de descanso en embarazo y parto.
- Aumentar la autoestima y bienestar durante el embarazo.
- Incrementar la resistencia a las contracciones durante el periodo activo de parto.
- Liberar a la gestante de la tensión acumulada durante el periodo activo de parto y reducir el cansancio.
- Disminuir la administración de fármacos durante el embarazo y parto.
- Concienciar a las embarazadas de su estado para afrontar todo el proceso (embarazo, parto y puerperio) de forma positiva.

8. Puerperio. Planificación familiar.

Objetivo general:

Proveer la información y recursos necesarios para conseguir una correcta adaptación de la mujer y su núcleo familiar, a los cambios que se producen en el puerperio, de forma que puedan vivir esta etapa con seguridad y plenitud.

Objetivos específicos:

Al finalizar esta sesión, las y los asistentes serán capaces de:

- Reconocer los cambios físicos, psicológicos y sociofamiliares que tienen lugar en el puerperio e identificar cualquier desviación de lo normal que requiera consulta al profesional sanitario.
- Proporcionar y recibir los cuidados básicos específicos para esta etapa tanto para la madre como para el recién nacido/a.
- Reconocer ideas erróneas y mitos acerca del puerperio.
- Reconocer la necesidad de implicar a ambos progenitores en los cuidados, tareas y responsabilidades del día a día, dejando algo de tiempo para el descanso de ambos.
- Reconocer este periodo como importante en la relación madre-recién nacido/a.
- Enumerar las revisiones y programas de salud necesarias en cada momento y decidir utilizar estos servicios.
- Predecir los posibles cambios y adaptaciones que la faceta sexual de la pareja puede sufrir en esta etapa.
- Decidir sobre los métodos anticonceptivos que mejor se adapten a sus circunstancias y necesidades familiares en esta etapa de la vida y explicar cómo acceder a ellos.

9. Legislación, derechos y recursos sociales.

Objetivo general:

Orientar a las futuras madres y su entorno acerca de la legislación, derechos y recursos sociales existentes en torno al embarazo, parto y maternidad.

Objetivos específicos:

Al finalizar esta sesión, los y las asistentes serán capaces de:

- Conocer los derechos de los y las recién nacidos/as.
- Enumerar los grupos de apoyo de lactancia existentes en la comunidad como un recurso cercano y disponible, fomentando la participación en ellos.
- Reconocer la información legislativa y recursos disponibles para conciliar la vida familiar y laboral en el embarazo y la crianza.
- Analizar los permisos que por ley pueden disfrutar las mujeres durante su proceso de embarazo mediante las actividades propuestas.
- Comprender los derechos y deberes que posee la embarazada en relación a su proceso de parto.

4.4.5 – ATENCIÓN AL PARTO NORMAL (responsabilidad de Atención Hospitalaria: tocólogo/a – matrona/ón)

Según la Organización Mundial de la Salud, el Parto Normal se define como aquel que comienza de forma espontánea, que tiene bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. La criatura nace espontáneamente en posición cefálica, entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el recién nacido se encuentran en buenas condiciones.

En determinadas ocasiones, cuando se produce alguna desviación de la normalidad, es necesario intervenir para que el nacimiento se produzca de forma exitosa. Para que la madre y la criatura por nacer puedan llegar al momento del parto en las mejores condiciones, es importante que la mujer embarazada reciba los cuidados de salud ofrecidos por el sistema sanitario. También es necesario que la mujer y su pareja tengan una vivencia satisfactoria de todo el proceso, embarazo, parto, puerperio y crianza, confiando en su capacidad para desarrollar este proceso natural de forma adecuada en un clima de respeto, seguridad e intimidad.

Para mejorar la calidad asistencial y mantener los niveles de seguridad actuales, la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia y el Servicio Murciano de Salud desarrollan una serie de acciones. Por una parte, mediante reformas en la arquitectura y/o adecuación de los espacios físicos en los centros sanitarios que cuentan con maternidad en sus instalaciones, y por otra, a través de actividades de formación y actualización de profesionales, además de la puesta en marcha de un grupo regional multidisciplinar para la elaboración de una Vía Clínica de Atención al Parto Normal, en torno a la atención a la maternidad para favorecer una atención con aspectos de calidez, calidad, participación y protagonismo de las mujeres en el proceso del parto.

Las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con respecto a la atención al parto y al nacimiento se encuentran en los siguientes documentos:

- **Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS.**
- **Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal.**
- **Plan de Parto y Nacimiento.**
- **Estándares y Recomendaciones para Maternidades Hospitalarias.**
- **Cuidados desde el Nacimiento.**
- **Calidad en la Asistencia Profesional al Nacimiento y Lactancia IHAN.**

Los hospitales de la Región de Murcia que cuentan con maternidad en sus instalaciones son los siguientes:

- **Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.** El Palmar, Murcia. Centro de referencia en Salud Materno Infantil de las Áreas de Salud I, VI, VII, IX
- **Hospital Universitario Santa Lucía.** Cartagena. Área de Salud II.
- **Hospital Universitario Rafael Méndez.** Lorca. Área de Salud III.
- **Hospital Comarcal del Noroeste.** Caravaca de la Cruz. Área IV.
- **Hospital Virgen del Castillo.** Yecla. Área de Salud V.
- **Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor.** San Javier. Área de Salud VIII.

Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud.

Es el marco de referencia para las y los profesionales del Sistema Nacional de Salud (SNS) en cuanto a una atención de calidad al proceso del parto, basada en la evidencia científica y el mejor conocimiento disponible.

En la Región de Murcia, fruto del Consenso de Mínimos aprobado en cada uno de los centros hospitalarios y en el marco del **Consejo Coordinador de Atención al Parto Normal de la Región de Murcia**, (Órgano de carácter institucional constituido para garantizar el desarrollo de las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal en la Región, compuesto por representantes de los diferentes hospitales con maternidad y en particular, de los servicios de Obstetricia y Ginecología: jefes de servicio y supervisoras de paritorio, pediatría, Dirección General de Asistencia Sanitaria y Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica en Investigación) se contemplan las siguientes **Recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal:**

1. Rasurado del periné

El rasurado del periné no es necesario antes del parto. En caso de episiotomía o desgarro puede estar indicada, en ese momento, su realización en la zona del periné para facilitar la sutura.

Recomendaciones

- Evitar la práctica rutinaria del rasurado perineal a las mujeres de parto
- Opcionalmente, y si se considera necesario al momento de realizar una sutura, se podrá hacer un rasurado parcial del vello pubiano, o según preferencia de la parturienta.

En todos los centros sanitarios de la Región se evita realizar esta práctica de forma sistemática, salvo que sea necesario para dar algunos puntos de sutura.

2. Enema

En general no es necesaria la administración de enemas antes del parto. En caso de estar indicado se informará por qué y se solicitará consentimiento.

Recomendaciones:

- Desaconsejar la administración rutinaria de enema a la gestante.
- Aplicar opcionalmente, previa información, si la gestante lo desea por algún motivo.

En ningún centro de la Región se realiza de forma rutinaria.

3. Acompañamiento durante el proceso

El acompañamiento por parte de una persona de confianza de la gestante durante el nacimiento facilita todo el proceso, a la vez que aumenta su bienestar disminuyendo las sensaciones dolorosas, por lo que precisa menos tratamiento para aliviar el dolor.

Recomendaciones:

- Permitir y alentar a todas las mujeres, si lo desean, a que cuenten con personas de su apoyo durante todo el proceso de modo ininterrumpido, facilitando que el acompañamiento se inicie desde las etapas más tempranas al mismo.
- Promover una política institucional que permita a la gestante elegir libremente a la persona que la acompañe de forma continuada durante todo el proceso del parto.

Se permite y alienta a las mujeres, que cuenten con la persona de apoyo que ellas elijan, durante todo el proceso facilitando que el acompañamiento se inicie desde las etapas más tempranas del mismo, siempre y cuando las condiciones asistenciales y estructurales lo permiten.

4. Periodo de dilatación

El periodo de dilatación comprende desde el comienzo del parto hasta la dilatación completa. Se divide en fase latente y fase activa.

Recomendaciones:

- Instruir a la embarazada en el reconocimiento de los signos de un verdadero trabajo de parto para reducir el número de consultas de guardia por falsos trabajos de parto.
- Facilitar que la gestante pueda deambular y elegir adoptar la posición de acuerdo a sus necesidades y preferencias.

Se informa a la embarazada tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria, sobre el reconocimiento de los signos de un verdadero trabajo de

parto, y se facilita que pueda deambular y elegir adoptar la posición de acuerdo a sus necesidades y preferencias, siempre y cuando las condiciones asistenciales y estructurales lo permitan.

- Permitir la ingestión de alimentos, principalmente líquidos, según las necesidades de las gestantes.

Si la evolución del parto es normal y no existen contraindicaciones, se recomienda tomar líquidos claros durante el periodo de dilatación, en algunos centros se permite y si esto no es posible se informa a la gestante de los motivos.

- Potenciar entornos amigables (naturales, arquitectónicos y psicosociales) que ayuden a una actitud y vivencia en las mejores condiciones.

La adecuación del entorno arquitectónico de los centros sanitarios se ha realizado con la construcción de nuevos hospitales y con reformas o adaptaciones en otros, que facilitan una mejor estancia y vivencia del momento tan importante del nacimiento.

- Utilizar el partograma como método de evaluación del progreso del parto.

Se ha elaborado un partograma electrónico unificado para toda la Región de Murcia fruto del trabajo de un grupo multidisciplinar de profesionales.

- Realizar una monitorización y control del bienestar fetal adecuado a las recomendaciones de la OMS.

El control del bienestar fetal se realiza mediante monitorización electrónica de los latidos cardíacos. Esta monitorización puede ser de forma intermitente si el proceso del parto es normal y se dispone de una matrona de forma constante, o continua si se utiliza algún tipo de medicación o si existen indicaciones que así lo aconsejen. En la mayoría de los hospitales se realiza de forma continua.

- No realizar amniotomía de rutina.

La rotura de la bolsa de las aguas o amniotomía puede producirse de forma espontánea en cualquier momento del periodo de dilatación o mantenerse íntegra hasta el parto. Sólo en determinadas circunstancias es necesario romperla artificialmente.

- No colocar vía venosa periférica de rutina.

Aunque en la Estrategia de Atención al Parto Normal no se recomienda canalizar una vía venosa de forma rutinaria en un parto normal, puede ser necesaria en determinadas situaciones. En todos los centros se contempla la posibilidad de colocar una vía salinizada que permita conectar un suero intravenoso o administrar una medicación de forma inmediata.

- El empleo de la oxitocina se limitará a los casos de necesidad. No se considera necesaria si el progreso del parto es adecuado.

La oxitocina es una hormona que segrega el cuerpo de la mujer de forma natural durante el periodo de dilatación y parto en condiciones de intimidad y tranquilidad, produce contracciones en el útero y facilita el vínculo afectivo con la criatura. En determinadas ocasiones es necesario utilizarla de forma artificial para acelerar el proceso del parto. En ningún centro de la Región se administra oxitocina de forma rutinaria salvo que exista una indicación médica.

- Limitar el número de tactos a los mínimos imprescindibles.

En todos los centros de la Región de Murcia se realizan los mínimos tactos vaginales necesarios para evaluar la evolución del parto, en general cada 2 o 4 horas, o antes, si los profesionales lo creen conveniente.

5. Manejo del dolor durante el parto

Existen diferentes métodos para aliviar el dolor, con una serie de beneficios y potenciales riesgos. La información sobre los métodos de alivio del dolor se ofrece tanto en las sesiones de educación maternal como en las visitas del control del embarazo.

Recomendaciones:

- Informar previamente a las mujeres sobre los diferentes métodos para alivio del dolor, sus beneficios y potenciales riesgos.
- Informar a las mujeres de la capacidad cerebral de producir sustancias analgésicas (endorfinas) en un parto fisiológico en condiciones de intimidad.
- Informar sobre los riesgos y consecuencias de la analgesia epidural para la madre y la criatura.
- No realizar analgesia de rutina.
- Ofrecer a las mujeres la posibilidad de elegir uno o varios métodos, si lo desean.
- Para aquellas mujeres que no desean emplear fármacos durante el parto, se deberá informar sobre la evidencia de otros métodos alternativos disponibles.
- Permitir que las mujeres estén acompañadas de manera continuada durante todo el proceso.

En la actualidad existen algunos métodos no farmacológicos como acompañamiento continuado, inmersión en agua caliente, inyecciones de agua estéril, movilidad, relajación, pelotas grandes, y, además, en condiciones de intimidad y tranquilidad, el cerebro de la mujer es capaz de segregar unas sustancias analgésicas (endorfinas) que pueden ayudar a aliviar el dolor de forma natural.

Entre los métodos farmacológicos el más conocido y eficaz es la analgesia epidural. Si se opta por esta técnica es necesario firmar un consentimiento informado que se facilita antes del parto. Algunos centros ofrecen información por parte de un/a anestésista, bien en una charla o bien de forma individual,

acerca de los beneficios, riesgos y consecuencias de esta analgesia, tanto para la madre como para la criatura.

En ningún centro se realiza analgesia de forma rutinaria, sino cuando está indicada.

6. Posición materna durante el periodo expulsivo

El periodo expulsivo o segunda etapa del parto es el que transcurre entre el momento en el que se alcanza la dilatación completa y se produce el nacimiento del bebé. Se divide en periodo expulsivo pasivo y periodo expulsivo activo.

Recomendaciones:

- Permitir que las mujeres adopten la postura que espontáneamente prefieran.
- Decidir libremente qué posición adoptar durante todo el proceso, incluido el expulsivo.
- Capacitar a profesionales de la atención al parto en las diferentes posiciones.
- Investigar las percepciones de las mujeres y los factores que influyen en la elección de las posiciones que adoptan.

Es recomendable que la mujer se coloque en la postura que ella prefiera para dar a luz, en función de las posibilidades de cada centro, tanto estructurales como asistenciales y/o profesionales, y siempre que se respeten los principios de calidad asistencial y control del estado fetal.

7. Episiotomía

La episiotomía es una incisión realizada en la zona perineal en el momento del parto. No se aconseja su realización de forma rutinaria ya que puede tener complicaciones y efectos negativos.

Recomendaciones:

- Promover una política de episiotomía selectiva y no sistemática.
- No suturar los desgarros leves o cortes menores.
- De ser necesaria, se aconseja realizar episiotomía medio-lateral con sutura continua de material reabsorbibles.
- Mejorar la formación sobre la protección del periné.

En todos los centros de la Región se promueve realizar las mínimas episiotomías necesarias y no suturar los desgarros leves si no es preciso. En caso de ser necesaria, se realiza de forma medio-lateral y con material reabsorbible.

8. Alumbramiento.

El alumbramiento es la etapa del parto que transcurre entre la salida del bebé y la expulsión de la placenta.

Recomendaciones:

- No pinzar el cordón con latido como práctica habitual.
- Ofrecer manejo activo en los partos vaginales para la prevención de la hemorragia postparto.

Se recomienda la administración de oxitocina tras el parto.

Aunque las siguientes prácticas clínicas, los partos instrumentales y las cesáreas, son procedimientos que se aplican en situaciones de complicación del parto, se incluyen en este apartado por la interrelación existente, ya que según el conocimiento disponible, en la medida en que se potencien y desarrollen las recomendaciones de esta Estrategia, los partos instrumentales y las cesáreas deberían ser menos frecuentes.

9. Partos instrumentales

En algunas ocasiones el equipo obstétrico considera necesario realizar una intervención en el proceso normal del nacimiento.

Recomendaciones:

- Evitar realizar partos instrumentales salvo indicación por patología y respetar los tiempos de duración del período expulsivo.
- En vista del hecho de que existe una reducción en la probabilidad de morbilidad materna con ventosa extractora comparada con el uso de fórceps, y en presencia de personal con buena experiencia en el uso del vacuum, este método es recomendado como primera opción cuando esté indicado un parto asistido.

En general se utiliza la ventosa extractora como primera elección, por existir menores riesgos frente a la extracción con fórceps.

10. Cesáreas

La cesárea es una intervención médico-quirúrgica que se realiza para la prevención y/o tratamiento de complicaciones maternas o fetales. Es una intervención de cirugía mayor con una tasa de morbimortalidad materna y fetal mayor que la de un parto normal, así como de secuelas para la madre y la criatura recién nacida.

Recomendaciones:

- investigar las causas del incremento de las tasas de cesárea y su variabilidad

- Facilitar en la medida de lo posible el acceso de la persona acompañante
- Cuidar las condiciones ambientales de silencio e intimidad para que el primer contacto visual, táctil, olfativo y microbiológico de la criatura sea con su madre.
- Implementar programas para la racionalización de las tasas de cesáreas y la disminución de su variabilidad no justificada.
- Facilitar, salvo excepciones, la posibilidad de un parto vaginal después de cesárea.

En todos los centros de la Región se investigan las causas del incremento de cesáreas y existen programas para que se realicen las intervenciones necesarias de acuerdo a criterios fundamentados en pruebas científicas de idoneidad o adecuación, seguridad clínica y efectividad.

También se favorece la posibilidad de que el parto sea vaginal después de una cesárea, siempre y cuando las condiciones lo permitan.

11. Contacto Precoz Madre- Criatura recién nacida

El contacto piel con piel inmediato tras el parto es una práctica beneficiosa tanto para el recién nacido/a como para la madre, puesto que facilita el inicio de vínculo afectivo en un momento muy especial para ambos. Colocando la criatura recién nacida encima de su madre, se favorece el reflejo de búsqueda para cogerse al pecho, a la vez que mejora su temperatura y su glucemia. Este proceso no debe forzarse, sino que debe ser espontáneo y tranquilo, y debe durar, al menos, cincuenta minutos o durante el tiempo que la madre desee y siempre que las condiciones del recién nacido/a lo permitan. Estando en contacto piel con piel, el recién nacido/a podrá realizar la primera toma de lactancia materna en el tiempo que necesite, cuidando las condiciones de tranquilidad e intimidad.

Recomendaciones:

- La criatura recién nacida sana y su madre deben permanecer juntos tras el parto y no separarse en ningún momento si el estado de salud de la madre lo permite.
- Inmediatamente después del parto, la criatura recién nacida se coloca sobre el abdomen de la madre, se la seca y se cubre con una toalla seca. Así se agarrará al pecho de forma espontánea en la mayoría de los casos, permaneciendo al menos 50 minutos en estrecho contacto piel con piel con su madre.
- Los únicos procedimientos que se realizarán a la criatura recién nacida durante este tiempo de contacto piel con piel con su madre, son su identificación y la adjudicación del test de Apgar.
- Informar a las madres sobre las ventajas del contacto piel con piel.
- Posponer las prácticas de profilaxis ocular, peso, vitamina K, etc., al finalizar el contacto precoz, intentando realizar todos los procedimientos en presencia de las madres y padres, y tras su consentimiento.



- No deben realizarse de forma rutinaria la aspiración de secreciones, el lavado gástrico, el paso de la sonda orogástrica, el paso de sonda para confirmar la permeabilidad de las fosas nasales y el paso de la sonda rectal. No son necesarias y no están exentas de riesgo.
- También es recomendable en caso de cesáreas. Siempre que sea posible, preparar el campo para realizar el contacto precoz madre-recién nacido/a.
- Si el estado de salud no lo permite, se ofrecerá al padre la posibilidad de que haga el contacto piel con piel con su criatura.
- Establecer la metodología de los cuidados centrados en el desarrollo, estimulando el método madre-canguro, el contacto piel con piel de madres y padres y la colaboración de éstos en sus cuidados, especialmente en los casos de criaturas recién nacidas más vulnerables.
- Favorecer la erradicación de las salas-nido en los hospitales.
- Trabajar con grupos de apoyo que faciliten las buenas prácticas.

En todos los centros de la Región se informa a las madres sobre las ventajas del contacto piel con piel y se facilita siempre y cuando las condiciones estructurales y asistenciales lo permiten.

12. Atención postnatal inmediata. Lactancia.

12.1. Recomendaciones sobre prácticas postnatales.

El postparto inmediato es un periodo sensible de extrema importancia para el establecimiento de la lactancia materna y también desempeña un papel importante en el desarrollo del vínculo. El vínculo madre/padre/criatura recién nacida se considera una experiencia humana compleja y profunda que requiere del contacto físico y de la interacción en momentos tempranos de la vida. Este periodo postnatal inmediato se ha visto invadido por cantidad de procedimientos médicos y de enfermería no siempre justificados y que implican con frecuencia la separación Madre-RN.

Recomendaciones:

- Abandonar los procedimientos injustificados (aspiraciones, comprobación de la permeabilidad de coanas, esófago y ano)
- Retrasar la realización de los procedimientos necesarios pero que supongan separar a la criatura de su madre.
- En el caso de las criaturas recién nacidas hospitalizadas, rodearlas de un ambiente cómodo y placentero, lo más semejante a un hogar para ellas y sus familias, y facilitar la política de Unidades Neonatales abiertas a madres y padres las 24 horas.
- Solicitar el consentimiento de las madres para cualquier procedimiento que interfiera con la lactancia materna (administración de sueros, biberones...)

- Difundir y asegurar el cumplimiento de la normativa vigente sobre derechos del niño hospitalizado (Carta de derechos del niño hospitalizado aprobada por la Unión Europea en 1986)

12.2. Recomendaciones sobre lactancia.

La lactancia materna es la mejor opción de alimentación para el recién nacido/a, reporta múltiples beneficios para la salud, tanto físicos como psicológicos de la madre y su criatura.

Recomendaciones:

- Promover prácticas eficientes en el apoyo a la lactancia materna.
- Facilitar en cada hospital a cada madre la posibilidad de la lactancia materna, su extracción, conservación y mantenimiento para la administración al RN de la leche de su propia madre.
- Fomenta la donación de leche de madre y la puesta en marcha de Bancos de Leche.
- Trabajar con grupos de apoyo que faciliten las buenas prácticas en lactancia.
- Respetar la decisión informada de las mujeres que opten por la lactancia artificial.
- Dar información adecuada y desarrollar habilidades sobre lactancia artificial a las madres que así lo decidan.

En cada centro de la Región se facilita el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna, la extracción y conservación de la leche materna en caso de separación madre hijo/a, y se solicita el consentimiento de la madre para realizar cualquier procedimiento que interfiera con la lactancia materna. Además, se trabaja conjuntamente con grupos de apoyo y se respeta la decisión informada de las mujeres que opten por la lactancia artificial, facilitándoles información adecuada.

4.4.6 – ATENCIÓN AL PUERPERIO (responsabilidad de Atención Primaria: matronas/es) (Apéndice II)

Tras el parto, comienza una nueva etapa en la vida de la mujer que acaba de ser madre por los cambios físicos y emocionales que conlleva el parto y la adaptación a esta nueva situación. Es necesario además compatibilizar los cuidados del bebé con el propio autocuidado, lo que supone un esfuerzo en el que hay que tener en cuenta los apoyos familiares y sociales con los que cuenta. Es preciso, por tanto, prestar una especial atención a la díada madre-bebé en este periodo para promover su salud, prevenir problemas y apoyar su bienestar aconsejando la plena implicación de la pareja, apoyo familiar y las redes sociales de autoayuda.

OBJETIVO

Promover la salud de las mujeres puérperas atendiendo a los cambios físicos, emocionales y psicológicos que se producen durante este periodo, facilitando el asesoramiento y los cuidados necesarios para su bienestar, realizando un seguimiento individualizado de la evolución del puerperio con un esquema de atención adecuado a cada mujer.

Esta visita se realizará por la/el matrona/ón del Equipo de Atención Primaria lo antes posible preferentemente entre los 3-8 días postparto, independientemente del tipo de parto. Podrá ser realizada en el Centro de Salud o en el domicilio si la mujer no puede desplazarse.

Se llevará a cabo independientemente de que el embarazo haya sido controlado o no en el Centro de Salud.

Sería interesante que desde el hospital de referencia notifiquen al Centro las altas postparto y éste se ponga en contacto telefónico con la mujer para proponer esta visita y planificar el momento adecuado para realizarla.

ACTUACIONES

- Preferible realizarlo en los **días 3-8 del puerperio**, en el centro de salud o en el domicilio.
- **Anamnesis:** recoger los datos del parto, del postparto, y de la evolución del recién nacido (comprobar informe de alta hospitalario).
- **Valoración del estado físico de la madre:**

Controles vitales.

- TA.
- Temperatura (si signos o síntomas de mastitis o infección).

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 entuertos

Loquios

- A partir del 3er día: inferiores a una menstruación.
- Olor característico.

Perineo

- Evaluar presencia de dolor
- Revisar existencia de episiotomía y/o desgarros



- Descartar la presencia de hematomas, infección, hemorroides y dehiscencia de episiorrafia.

Abdomen

- Revisar existencia de 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

- Descartar la presencia de grietas, ingurgitación, tumefacción, dolor y evaluar el estado del pezón si refiere molestias.

Si lactancia materna:

- Observar una toma de lactancia materna. (Apéndice II: LACTANCIA MATERNA, OBSERVACIÓN DE UNA TOMA, CONTRAINDICACIONES, EXTRACCION Y CONSERVACION LECHE MATERNA)

Extremidades inferiores

- Descartar presencia de edemas, dolor u otros signos indicativos de tromboflebitis.

Hábito miccional

- Micción regular.
- Valorar la existencia de sintomatología de infección de tracto urinario (disuria, polaquiuria, tenesmo).
- Preguntar si presenta incontinencia urinaria.

Hábito intestinal

- Valorar la existencia de incontinencia fecal, severidad, frecuencia y duración de los síntomas y remitir para evaluación si precisa.
- Recuperar el patrón de eliminación intestinal previa al embarazo y potenciar actuaciones favorecedoras de la eliminación intestinal, valorando la dieta y la ingesta de líquidos.

Cefaleas

- Descartar la presencia de cefalea o migraña severa si ha recibido analgesia epidural o espinal.

Valorar la existencia de fatiga puerperal persistente.

Valoración del estado psicológico de la madre.

- Potenciar la autoestima de la madre y la confianza en sus capacidades y en las del recién nacido. Valorar la adaptación y el grado de autonomía alcanzado por la madre.



- Considerar las modificaciones habituales en esta etapa para intentar detectar aquellas situaciones que se alejen de la normalidad.
- Atención en casos de pérdida perinatal.
- Atención en casos de especial vulnerabilidad social, discapacidad.
- Observar el estado emocional de la madre y sus preocupaciones.
- Favorecer la comunicación-verbalización por parte de la puérpera de sus emociones, especialmente los sentimientos de inadecuación, no adaptación, cansancio, ira, rechazo, para evitar la culpabilidad consecuente y la aparición de sentimientos y estados depresivos. Incorporar al padre en los cuidados a la madre y al recién nacido/a.
- Atención a síntomas de depresión postparto. Puede ser útil realizar tres preguntas:
 1. ¿Estás preocupada por tu estado de ánimo?
 2. ¿Estás preocupada porque no tienes ilusión, esperanza?
 3. ¿Crees que necesitas ayuda? ¿Tienes apoyo de tu pareja, familia?

Si son afirmativas las tres se puede pasar la **escala de Edimburgo** y derivar en caso necesario.

- **Actividades enfocadas al recién nacido**

Actividades asistenciales

- Valoración del estado general: hidratación de piel y mucosas, coloración presencia de ictericia.
- Preguntar sobre ritmo de actividad-alerta.
- Preguntar sobre características y ritmo de micción. Si hace menos de 3-4 micciones diarias investigar problemas de alimentación.
- Preguntar sobre características de las deposiciones.
- Evaluar tipo de alimentación ofrecida al recién nacido/a,
- En caso de lactancia materna realizar observación de una toma.
- Promover lactancia materna a demanda.
- En caso de lactancia artificial comprobar preparación correcta de un biberón.
- Realización de pruebas bioquímicas del recién nacido, si no le han sido practicadas antes del alta hospitalaria. Se pueden realizar al mismo tiempo de la observación de la toma, aprovechando la analgesia producida por el amamantamiento.

Exploración:

- Peso.
- Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria.
- Revisión del ombligo
- Valoración del crecimiento y curva de peso.
- Control de higiene general.
- Derivar al pediatra en caso de apreciar alguna alteración de la normalidad.

- Instaurar el plan de cuidados y el seguimiento posterior.

- Promoción de la salud y educación sanitaria.

- **Transmitir** que el nacimiento de un/a hijo/a requiere una adaptación y reestructuración física y psíquica importante para la mujer puérpera.
- Recomendar una **Alimentación equilibrada**, variada y que permita la recuperación de la madre, recomendando un adecuado aporte nutricional y de líquidos, especialmente si se lacta.
- Alentar el **descanso** de la madre aprovechando las horas de sueño del bebé, promoviendo un entorno familiar que apoye a las mujeres puérperas.
- **Recomendar** que la madre que amamante evite las bebidas alcohólicas, el exceso de cafeína teína, bebidas de cola con cafeína, etc.
- **Higiene.** Informar sobre hábitos higiénicos de la madre y del recién nacido/a.
- **Recuperación física.** Promover la realización de actividad física adecuada a sus condiciones previas, características, preferencias y necesidades, y los ejercicios que faciliten la recuperación del suelo pélvico y el momento más adecuado para realizarlos.
- **Promover el mantenimiento de la lactancia materna.**
 - Prevenir los problemas de salud de la madre lactante y su hijo/a derivados de exposición a tóxicos medioambientales (como el humo del tabaco).
 - Informar sobre la conducta normal del recién nacido/a, signos de demanda de alimentación, crisis de crecimiento, huelgas de lactancia, etc.).
 - Está **contraindicado el uso de povidona yodada** durante el **embarazo y la lactancia**. Tampoco se aconseja su uso tópico en el recién nacido (puede alterar las pruebas de detección de hipotiroidismo congénito). Es eficaz como **antiséptico** el uso de **CLORHEXIDINA**.

- Promover una visión amplia de la sexualidad en el puerperio no centrada en la actividad coital. Fomentar la creación de espacios de confianza entre las mujeres y sus parejas junto con profesionales de Atención Primaria para abordar las posibles dificultades y/o vivencias respecto a la sexualidad en este periodo.

- Información de **anticoncepción en el puerperio:**

1. Especialmente indicados los métodos de barrera, preferible el preservativo (prevención de las ITS).
 2. En caso de optar por tratamiento hormonal en la lactancia, está indicado el desogestrel oral o en implante (valorar en la consulta del médico/a de familia a partir de la 6ª semana postparto, recordando a la mujer que pueden producir alteraciones del patrón menstrual sin pérdida de eficacia del tratamiento).
 3. El DIU no debe insertarse hasta que se haya producido la involución uterina completa, lo que se acepta que sucede en la sexta semana postparto, independientemente de que se haya iniciado o no la menstruación.
 4. Los anticonceptivos hormonales orales (AHO) combinados con estrógenos y gestágenos están contraindicados durante la lactancia materna.
- Incluir a la mujer en los **programas de salud** de su centro de salud.
 - Recordar la conexión con el **programa del Recién Nacido** sano en los primeros 15 días de vida.
 - Revisar si es necesaria la **vacunación de la rubéola**.
 - Recordar a la mujer con **patologías asociadas**, que mantenga su **seguimiento de control**
 - Si se ha diagnosticado de anemia postparto es necesario reforzar la educación sanitaria en cuanto a hábitos dietéticos, alimentación rica en hierro, así como su seguimiento con su profesional de medicina de familia.
 - Si ha padecido una diabetes gestacional, existe un riesgo incrementado de desarrollar una Diabetes tipo II, y se asocia frecuentemente con otros componentes del síndrome metabólico

Signos de alarma por los que debe consultar de la madre

- Fiebre ($T^a > 38^{\circ} C$).
- Metrorragia abundante.
- Loquios malolientes.
- Signos inflamatorios locales en las mamas.
- Molestias en el periné o en la cicatriz de la cesárea.
- Molestias urinarias.
- Molestias en las piernas susceptibles de trombosis venosa profunda.
- Sentimientos de tristeza continua, de no poder con las demandas del bebé, ganas de llorar constante.

Signos de alarma del recién nacido/a por los que debe consultar

- Fiebre.
- Mal estado general.
- Rechazo de tomas.
- Deshidratación.
- Ictericia generalizada de piel y mucosas.
- Mal aspecto del ombligo.

Derivación a Actividades grupales posparto

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.

A las 6-8 semanas después del parto es recomendable una segunda valoración:

- Preguntar sobre situación y evolución del puerperio.
- Valorar la adaptación y el grado de autonomía alcanzado por la madre.
- Valorar el estado físico y psicológico de la madre y del recién nacido.
- Toma de T.A. si ha habido hipertensión durante el embarazo.
- Valoración de la musculatura del suelo pélvico, si incontinencia, dispareunia, recomendación de ejercicios de fortalecimiento y/o derivación si precisa a la unidad de recuperación de suelo pélvico correspondiente.
- Información sobre relaciones sexuales/contracepción.
- Tipo de alimentación del lactante y valoración de lactancia materna. Información adecuada sobre las diferentes opciones de alimentación de su

recién nacido en el momento de su reincorporación a la vida laboral y los riesgos y beneficios derivados de ellas. Información sobre la compatibilidad de trabajo y lactancia materna. Reforzar la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis primeros meses de vida del bebé y con alimentación complementaria, siendo la lactancia materna el alimento principal, hasta un mínimo de dos años o más, siempre y cuando la madre quiera.

- Valoración de la implicación del padre en los cuidados del recién nacido para fomentar el vínculo afectivo con el padre y la maternidad-paternidad como una vivencia compartida.

4.5 – CIRCUITOS DE DERIVACIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

Los circuitos de derivación y comunicación entre profesionales en el proceso de un embarazo normal o de bajo riesgo, han quedado expuestos en los apartados de CAPTACIÓN y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO. No obstante, relacionamos a continuación una serie de situaciones especiales que precisan de una atención por parte del médico/a de familia o ginecólogo/a, desarrollados en el Apéndice II de Seguimiento del Embarazo Normal y Puerperio.

a. Situaciones patológicas habituales del embarazo

- Amenaza de aborto.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Embarazo prolongado.
- Parto prematuro.
- Placenta previa.

b. Situaciones de derivación a nivel especializado.

- Derivación al obstetra en la primera visita (Estratificación del riesgo obstétrico –Tabla...-).
- Motivos de derivación en el curso del embarazo.
- Derivación urgente.

c. Patologías médicas

- Anemia.
- Bacteriuria asintomática.
- Infección urinaria.

d. Manejo de la sintomatología más frecuente

- Náuseas y vómitos.
- Estreñimiento y hemorroides.
- Pirosis.

e. Vacunas durante el embarazo

- Gripe.
- Tétanos.
- Hepatitis B.
- Otros consejos.

f. Derechos de la embarazada

- Licencia por maternidad.
- Permiso para visitas médicas y educación maternal.
- Prevención de riesgos laborales.
- Documento de salud de la embarazada.

g. Información práctica

- Servicio de información telefónica para la embarazada en la Región de Murcia o a nivel nacional.

4.6 – EVALUACIÓN

a. Periodicidad

- Se realizará con periodicidad anual.

b. Cobertura

- Nº de embarazos anualmente sobre el nº de niños menores de 12 meses.

c. Captación y Valoración de la Mujer Embarazada

- Proporción de mujeres gestantes captadas y valoradas antes de las 13 semanas anualmente sobre el nº de niños menores de 12 meses.
- Proporción de mujeres gestantes que teniendo una captación precoz en Atención Primaria se atienden en las Unidades Ginecológicas, según programa, antes de las 13 semanas.

d. Seguimiento de la Mujer Embarazada

- Proporción de mujeres cuyo seguimiento del embarazo se realiza en Atención Primaria sobre el total de mujeres gestantes anualmente.
- Proporción de mujeres cuyo seguimiento del embarazo se realiza en Atención Especializada sobre el total de mujeres gestantes anualmente.

- Tasa de mujeres gestantes que tienen realizadas las tres visitas obstétricas básicas.

-Tasa de mujeres gestantes que tienen realizadas las tres analíticas básicas.

e. Preparación al Parto

- Nº de mujeres a las que se les ha realizado preparación al parto anualmente sobre nº de niños menores de 12 meses.

f. Atención al Parto

- Nº total de partos atendidos anualmente sobre nº de niños menores de 12 meses.

- Porcentaje de partos vaginales atendidos anualmente sobre nº total de partos atendidos.

- Porcentaje de partos vaginales atendidos con analgesia epidural anualmente sobre el total de partos vaginales atendidos.

g. Visita postparto

- Nº de mujeres puérperas las que se les ha realizado visita postparto anualmente sobre el nº de niños menores de 12 meses.

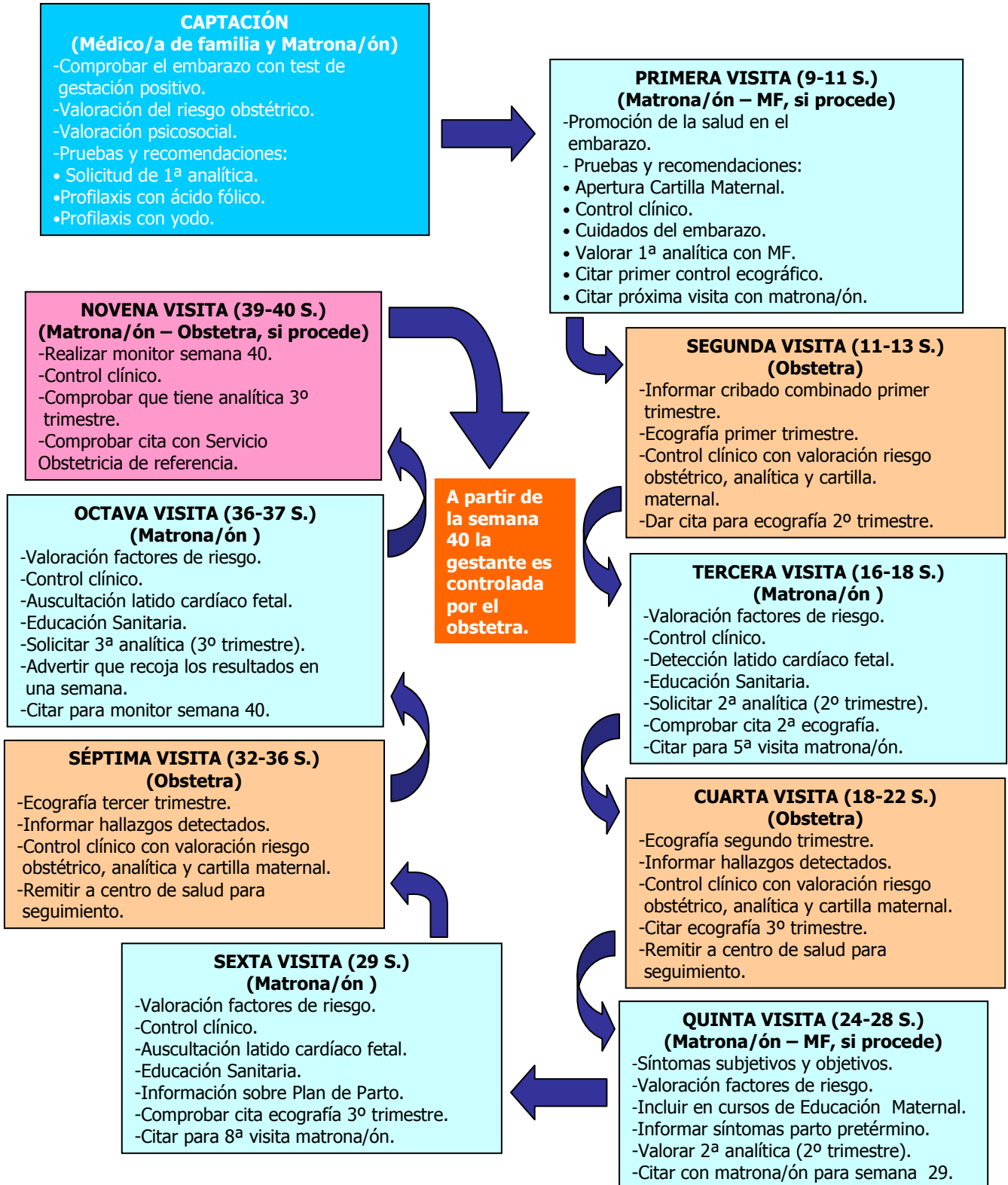
h. Indicadores de resultados

- Tasa de mortalidad materna, nº de mujeres fallecidas por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio sobre 100.000 nacidos vivos.

Para la obtención de los indicadores citados es necesario disponer de un sistema de registro sistemático de los datos necesarios para la elaboración de los mismos y generados a lo largo de todas las fases del programa.

4.7 – FLUJOGRAMA

CAPTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA



4. 8 - BIBLIOGRAFÍA

- 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.

- Atención al parto y nacimiento: documento informativo Región de Murcia:
<http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/242134-atencionparto.pdf>

- Atención al parto y nacimiento: Página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_t04.htm

- 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.

- Bartlett JG. Serologic screening for HIV infection. This topic last updated: feb 12, 2011. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2011.

- Capitán M, Cabrera R. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. MEDIFAM 2001; 11: 207-215.

- CMACE/RCOG Joint Guideline. Management of women with obesity in pregnancy. March 2010.

- Cnossen JS, de Ruyter-Hanhijärvi H, van der Post JA, Mol BW, Khan KS, ter Riet G. Accuracy of serum uric acid determination in predicting pre-eclampsia: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(5):519-25.

- 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.

- Delaney M, Roggensack A. SOGC Clinical Practice Guideline. Guidelines for the management of pregnancy at 41+0 to 42+0 weeks. J Obstet Gynaecol Can. 2008; 30(9): 800-10

- De la Rosa Fraile M, Cabero L, Andreu A, Rao G. Prevention of group B streptococcal neonatal disease. A plea for a European Consensus. Clin Microbiol Infect. 2001;7:1-4.

- De-Regil L, Fernández-Gaxiola A, Dowswell T, Peña-Rosas J. Efectos y seguridad de la administración periconcepcional de suplementos de folato para la prevención de los defectos congénitos. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010; Issue 10. Art. No.: CD007950. Doi:10.1002/14651858.CD007950.

- Detección de la disfunción tiroidea en la población gestante: está justificado el cribado universal. Lluís Vila, Inés Velasco, Stella González, Jose María Laílla, Txanton Martínez-Astorquiza y Grupo de Trabajo de Transtornos por Deficiencia de Yodo y Disfunción Tiroidea de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Medicina Clínica (Barc)2012http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.06.004

- Dias JCP. Enfermedad de Chagas en las Américas: epidemiología y control. Enf. Emerg. 2005.

- Díaz-Cardoniga FJ, Delgado-Álvarez E. Déficit de yodo en España: situación actual. Endocrinol Nutr. 2004;51:2-13.

- Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud 2010. Plan de Calidad Sistema Nacional de Salud. Sanidad: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.

- Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2011. Plan de Calidad Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.; 2011

- 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.

- Fabre E, Perez Hiraldo, MP, González Agüero, R. Consulta prenatal. En Obstetricia. González Merlo J. (ed). 5ª ed. Ed. Masson. 2006. Cap 12, 171-194.

- Flores-Chávez M, Gárate T, Franco E, Cruz I, Nieto J, Rodríguez M, Cañavate C. Evaluación de técnicas de diagnóstico serológico de la infección por Trypanosoma cruzi. Enf. Emerg 2008.

- García Rabanal D; Gómez Marcos MA; Ramos Delgado E; Muñoz González F: Seguimiento del embarazo de bajo riesgo obstétrico en Atención Primaria. Formación acreditada on-line. El Médico. 22 septiembre 2006

- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General De Salut Publica: 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.

- Gillen-Goldstein J, Funai EF, Roque H, Ruvel JM. Nutrition in pregnancy. This topic last updated: nov 30, 2012. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2012. (Consultado en www.uptodate.com el 5/12/2012)

- Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad: Protocolo de Atención al Embarazo y puerperio. 2007

- González de Agüero R, Pérez Hiraldo MP, Fabre E. Diagnóstico prenatal de los defectos congénitos. En Obstetricia. González Merlo J. (ed). 5ª ed. 2006. Cap 14, 229-55

- 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

- Gruslin A, Steben M, Halperin S, Money D, Yudin M. Immunization in pregnancy. SOGC Clinical Practice Guideline. J Obstet Gynaecol Can. 2009; 31(11): 1085-101. Accesible en: <http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui236CPG0911.pdf>.

- Hochberg L, Stone J. Folic acid for prevention of neural tube defects. This topic last updated: nov 27, 2012. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2012. (Consultado en www.uptodate.com el 5/12/2012).

- Instituto Nacional de la Salud. Plan Integral de Atención a la Mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.

- Lockwood CH J, Magriples U. Initial prenatal assessment and patient education. This topic last updated: ago 9, 2012. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2012.

- López García-Franco A, Arribas Mir L, Bailón Muñoz E, Iglesias Piñeiro MJ, Ojel 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.

- López Freire D, Melchor JC, Serra B. Conducción del embarazo normal: Consulta prenatal. Concepto de riesgo elevado y su detección. En Bajo Arenas JM, Melchor JC, Mercé LT (eds). Fundamentos de Obstetricia SEGO. 2007. Cap 36, 217-26.

- Lumbley J, Watsin L, Watson M, Bower C: Suplementación periconcepcional con folato y/o multivitaminas para prevenir defectos del tubo neural (Translated Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 2001

- Martínez-Fías MI; Grupo ECEMC: Adecuación de las dosis de ácido fólico en la prevención de defectos congénitos. Med Clin (Barc).2007;128(16):609-16

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Cohesión del SNS y Alta Inspección: Guía para la prevención de defectos congénitos. 2006.

- 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.

- Morreale de Escobar G; Escobar del Rey F: El yodo durante la gestación, lactancia y primera infancia. Cantidades mínimas y máximas: de microgramos a gramos. *Progr Diag Trat Prenat* 2005; 17(3):111-117

- Mortalidad y morbilidad. Información sobre la situación en España. Disponible en: www.msc.es/salud/epidemiologia/materno_infantil/mortalidad_morbilidad.htm

- Muñoz J, Coll O, Juncosa T, Vergés M, Del Pino M, Fumado V, Bosch J, Posada EJ, Hernandez S, Fisa R, Boguña JM, Gállego M, Sanz S, Portús M, Gascón J. Prevalence and vertical transmission of *Trypanosoma cruzi* infection among pregnant Latin American women attending 2 maternity clinics in Barcelona, Spain. *Clin Infect Dis*. 2009.

- 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.

- Paricio JM, Benlloch MJ, Collar JI, Rubio A, Serrat C, Magraner J, Landa L, Sánchez M, Beseler B, Santos L, Ferriol M, Mut J, Tomás M, Alonso MC, Domínguez V, Igual R. Vigilancia epidemiológica de la transmisión vertical de la enfermedad de Chagas en tres maternidades de la Comunidad Valenciana. *Enf. Infecc Microbiol Clin*, 2008.

- 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.

- 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.

- SEGO Protocolos. Diagnóstico prenatal de los defectos congénitos. 2010. Accesible en www.proSEGO.com.

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos. Control del bienestar fetal ante parto. 2009. Accesible en www.proSEGO.com.

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos. Control prenatal del embarazo normal. 2010. Accesible en www.proSEGO.com.

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos. Infección por VIH y gestación. 2006. Accesible en www.proSEGO.com.

- SOGC-Clinical Practice Guideline. Pre-conceptional vitamin/folic acid supplementation 2007: the use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007;29:1003-13. Disponible en: <http://www.sogc.org/media/pdf/advisories/JOGC-dec-07-FOLIC.pdf>.

- Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, Nixon A, Pearce EN, Soldin OP, Sullivan S, Wiersinga W; American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid*. 2011 Oct;21(10):1081-125. doi: 10.1089/thy.2011.0087.

- UK national guidelines for HIV testing 2008. London (UK): British HIV Association, British Association for Sexual Health and HIV, British Infection Society; 2008 Sep.

- Vila L, et al. Detección de la disfunción tiroidea en la población gestante: está justificado el cribado universal. *Med Clin (Barc)*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2012.06.004>

- Villar J; Carroll G; Khan-Neelofur D; Piaggio G; Gümezoglu M: Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. (Revisión Cochrane traducida), En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 nº 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en www.update-software.com (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: Jhon Wiley & Sons, Ltd) II.

- WHO. Reaching optimal iodine nutrition in pregnant and lactating women and young children: programmatic recommendations (ed). *Public Health Nutr*. 2007; 10: 1527-9.

- WHO. Technical consultation on The prevention and control of iodine deficiency in pregnant and lactating woman and in children less than two years old. WHO Headquarters, Geneva, January 2005.

- Wilson RD, Johnson JA, Wyatt P, Allen V, Gagnon A, Langlois S, Blight C, Audibert F, Désilets V, Brock JA, Koren G, Goh YI, Nguyen P, Kapur B; Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and The Motherisk Program. Pre-conceptional vitamin/folic acid supplementation 2007: the use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. *J Obstet Gynaecol Can*. 2007 Dec;29(12):1003-26.

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

- Zimmermann M, Delange F. Iodine supplementation of pregnant women in Europe: a review and recommendation. *Eur J Clin Nutr*. 2004;58:979-84.



4.9 - ANEXOS

ANEXOS ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO



ANEXO I

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA MUJER EMBARAZADA

- Llevar una dieta equilibrada con una adecuada ingestión de calcio, lácteos equivalentes a 1 litro de leche al día.
- Incluir en la dieta frutas y verduras ricas en vitaminas y oligoelementos. Así mismo, incluir la fibra que evita problemas de estreñimiento.
- Realizar comidas poco abundantes y repartidas durante el día para evitar períodos largos de ayuno.
- No fumar. Evitar el alcohol, las dosis altas de café y las drogas.
- Evitar por completo la automedicación con cualquier tipo de fármaco.
- Evitar el sedentarismo, utilizar ropa cómoda.
- Asistir a las sesiones de educación maternal.
- Cambiar de puesto de trabajo si se realizan tareas pesadas o grandes esfuerzos físicos.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE TOXOPLASMOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS TRANSMISIBLES

- No comerá carne ni huevos crudos o poco cocinados, ni embutidos poco curados. En algunos casos se puede valorar congelar los productos cárnicos al menos 24 horas.
- Lavarse las manos después de haber manipulado cualquier tipo de carne cruda (evitando tocarse los ojos, nariz o boca).
- Limpiar bien los utensilios de cocina usados en la manipulación, antes de nuevo uso.
- Lavar bien las frutas, las verduras y las hortalizas.
- Si tiene gatos, evitar tocarlos o hacerlo con guantes, lavándose muy bien las manos a continuación. Evitar alimentarlos con carnes crudas o poco cocidas.
- Evitar el contacto con material contaminado con excrementos de gatos (intentar que sea otra persona la que se encargue de la limpieza de esos materiales).
- Evitar el contacto con gatos u otros animales desconocidos y con los domésticos que cacen libremente (ratones, aves).
- Usar guantes en las labores de jardinería.

ANEXO II

PERFILES ANALÍTICOS DEL EMBARAZO

1ª ANALÍTICA O ANALÍTICA DEL PRIMER TRIMESTRE, (Captación de 5 a 10 semanas). Hacer en la 10ª semana de gestación:

Por defecto se realizan:

- Hemograma. Glucemia basal. Creatinina. Bilirrubina total. Ácido úrico. GOT. GPT. TSH. Grupo sanguíneo. Rh. Test de Coombs indirecto.
- Serología de lúes, rubéola, hepatitis B y VIH.
- Orina: anormales y sedimento.
- Urocultivo.
- Fracción β -HCG (gonadotropina coriónica humana) y PAPP-A (proteína plasmática A asociada al embarazo).
 - Los resultados de β -HCG y PAPP-A serán comunicados al servicio de obstetricia correspondiente.

A elegir, según las circunstancias:

- Serología de Chagas (mujeres provenientes de países endémicos).
- Test de O´Sullivan (si la gestante tiene riesgo de diabetes gestacional).

2ª ANALÍTICA O ANALÍTICA DEL SEGUNDO TRIMESTRE (de 16 a 18 semanas):

Por defecto se realizan:

- Test de O´Sullivan (para realizar en la semana 24-28 de gestación).
- Hemograma. Creatinina. Bilirrubina total. Ácido úrico. GOT. GPT.
- Anormales y sedimento.

A elegir, según las circunstancias:

- Coombs indirecto, en mujeres Rh negativo.

3ª ANALÍTICA O ANALÍTICA DEL TERCER TRIMESTRE (de 34 a 38 semanas):

Por defecto se realizan:

- Hemograma. Glucemia.
- AgHBs.
- VIH.
- Orina: anormales y sedimento (proteinuria).
- Cultivo recto-vaginal del Estreptococo Agalactiae (la matrona ha de recoger la muestra para este cultivo).
- Pruebas de coagulación.

A elegir, según las circunstancias:

- Serología sífilis (en grupos de riesgo).

5- ATENCIÓN A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)



5 – ATENCIÓN A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

5.1 – SITUACIÓN Y ATENCIÓN ACTUAL DEL PROCESO

La Organización Mundial de la Salud define aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente entorno a las 22 semanas de gestación. Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) el aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas completas de embarazo.

En España el número de abortos en el año 2010, según las estadísticas del Ministerio de Sanidad, ha sido de 113.031, con una tasa por 1.000 mujeres del 11'49. Existiendo una mayor incidencia entre los 20 y los 35 años. Según las semanas de gestación el mayor porcentaje del número de abortos se realiza con 8 o menos semanas, hallándose en un 63'52% en el año 2010. En este mismo año, los Centros notificadores de Interrupción voluntaria del Embarazo han sido 147.

Antes del 4 de julio de 2010 el mayor motivo de la IVE fue la "Salud materna". Del 5 de julio en adelante el principal motivo de la interrupción fue "A petición de la mujer".

En Murcia, en el año 2010, la tasa por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años ha sido del 14'72. La tercera más alta tras Cataluña y Madrid.

La interrupción voluntaria del embarazo está respaldada por las condiciones que se determinan en:

- *La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.*
- *Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.*
- *Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo.*

A las mujeres que solicitan una IVE se les ha de garantizar una atención integral mediante el abordaje de aspectos psicosociales que promuevan actitudes responsables respecto a su propia sexualidad. Los profesionales del Sistema Público de Salud han de favorecer una relación de respeto, animándola a formular sus propias dificultades. Se les ha de facilitar información sobre las redes de ayuda sociales y comunitarias como respuesta a las necesidades

detectadas. Así mismo, hay que ofrecerles ayuda para que, siempre que lo necesiten, realizar un seguimiento transmitiendo mensajes para la práctica de sexo seguro y la importancia de los métodos anticonceptivos.

5.2 – OBJETIVOS

- Garantizar una atención integral a la mujer que solicita IVE.
- Facilitar la información adecuada para que la mujer tome su propia decisión.
- Fomentar la práctica de sexo seguro y el uso de métodos anticonceptivos.

5.3 – POBLACIÓN DIANA

- Mujeres embarazadas con deseo de interrupción del embarazo.

5.4 – NORMATIVA VIGENTE

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en su Título II recoge la legislación de la interrupción voluntaria del embarazo. En los diferentes artículos quedan recogidas las cuestiones inherentes al proceso de la interrupción.

5.4.1 - ¿Cuáles son las condiciones para la IVE?

Artículo 13. Requisitos necesarios de la IVE:

- Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.
- Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado.
- Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal.

En cuanto a la edad de la mujer, diferenciamos 3 situaciones:

- **Mujeres mayores de 18 años**
 - o El consentimiento les corresponde exclusivamente a ellas.
- **Mujeres de 16 y 17 años**
 - o El consentimiento les **corresponde exclusivamente a ellas** de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.
 - o Al menos **uno de los representantes legales deberá ser informado** de la decisión de la mujer.
 - o Se **prescindirá** de esta información cuando **la menor alegue** fundadamente que esto le provocará un **conflicto grave**, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar,

amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.

- **Mujeres menores de 16 años**
 - o Con consentimiento del representante legal.

5.4.2 - ¿Qué dos supuestos se contemplan?

Artículo 14. IVE a petición de la mujer

- Hasta las **14 semanas** de gestación.
- **Informar a la mujer** sobre derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad (sobre cerrado: "Información sobre IVE. Artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010).
- Deben **transcurrir al menos tres días** desde la información para realizar la intervención (documento acreditativo de la fecha de entrega).

Artículo 15. IVE por causas médicas

- Hasta las **22 semanas** de gestación, con dictamen médico:
 - o Grave riesgo para la vida o salud de la embarazada.
 - o Riesgo de graves anomalías en el feto.
 - o Anomalías fetales incompatibles con la vida.
- Entregar, en sobre cerrado, "Información sobre la IVE. Artículo 15 de la Ley Orgánica 2/2010.

5.4.3 - ¿Qué ocurre con la objeción de conciencia?

Artículo 19.2. Objeción de conciencia

- Los profesionales sanitarios **directamente implicados** en la IVE (quienes la practican) tendrán el derecho de ejercer la **objeción de conciencia**, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. Dicha objeción debe manifestarse anticipadamente y por escrito.
- En todo caso los profesionales sanitarios **dispensarán tratamiento y atención médica adecuados** a las mujeres que lo precisen **antes y después** de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo.

5.4.4 - ¿Cómo tenemos que proteger los datos?

Artículos 20, 21, 22 y 23. Confidencialidad de datos

- Los centros que presten la interrupción voluntaria del embarazo **asegurarán la intimidad de las mujeres y la confidencialidad** en el tratamiento de sus datos de carácter personal.
- En el C.S. se garantizará la confidencialidad de los datos marcando como **reservado el episodio de IVE**.
- En el momento de la **solicitud de información** sobre la IVE, le será notificado a la mujer la **reserva del episodio** en su historia clínica.
- La visualización de la información en la Historia Clínica no será posible salvo por el personal que participe en la práctica de la prestación.
- Los **centros que presten la interrupción voluntaria del embarazo** establecerán mecanismos apropiados de **automatización y codificación** de los datos de identificación de las pacientes atendidas

5.5 – ACTUACIONES Y CIRCUITOS DE DERIVACIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

5.5.1 – Protocolo de actuación ante una solicitud de IVE (médico/a de familia, matrona/ón, enfermera/o y trabajador/a social) (ver 5.7. Flujograma)

a) DEMANDA Y ACOGIDA

- Favorecer una relación profesional-paciente de respeto, evitando actitudes paternalistas, de poder o directivas.
- Favorecer un espacio de escucha y reflexión, con el propósito de facilitar y estimular el relato de la paciente.
- Se aconseja **calcular la semana de gestación** en la que se encuentra la embarazada (si no podemos estimar correctamente la edad gestacional por fecha incierta de la última regla, hay que derivar la mujer a ginecología-UGA para realizarle una ecografía).

b) BREVE EXPLORACION PSICOSOCIAL

1.- Redes de apoyo significativas: familiares y sociales:

¿Cuenta con personas significativas en su entorno familiar o social que le apoyen?

2.- Acontecimientos Vitales Estresantes:

***¿Ha vivido algún acontecimiento importante en estos últimos años que le haya causado importante estrés o malestar?
¿Cómo lo ha vivido y cómo está actualmente?***

3.- Preguntas VG

3.1.- En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?

- *mucha tensión.*
- *alguna tensión.*
- *sin tensión.*

3.2.- Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

- *mucha dificultad.*
- *alguna dificultad.*
- *sin dificultad.*

(Normas de corrección: se asigna una puntuación de "1" a las respuestas más extremas (mucha tensión y mucha dificultad) y una puntuación de "0" a las demás opciones de respuesta. La puntuación final oscila entre "0" y "2" y tanto las puntuaciones "1" como "2" son considerados resultados positivos en el cribado.)

3.3.- Si en la actualidad no tiene pareja pero la ha tenido, se puede incluir una pregunta acerca de si ha sufrido violencia por su pareja en el pasado, con una pregunta: **¿Hay alguna persona de una relación previa que le haya hecho sentir miedo?**

c) CONTENCIÓN EMOCIONAL Y APOYO

Contener su estado emocional sin juicios de valor

d) AUTOCUIDADO Y RESPONSABILIDAD: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS y PREVENCIÓN DE VIH

- Animarla a formular sus propias dificultades y razones que la exponen a prácticas de riesgo en su sexualidad.
- Señalar los aspectos psicosociales y de género escuchados y que condicionan el problema planteado.
- Transmitir mensajes para la práctica de sexo seguro.
- Concienciar sobre la importancia de los métodos anticonceptivos como una decisión firme de cuidarse y motivarla para que acuda a su MF, matrona/ón o cualquier miembro del EAP, para información y orientación (**Apéndice I Anticoncepción**).
- Si es posible, y la mujer acepta, facilitar en ese momento cita para el asesoramiento de anticonceptivos.

- 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.

e) INFORMACIÓN Y ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN PARA IVE.

- Informarle sobre el Protocolo IVE en la Región de Murcia, legislación vigente, etc. y facilitar los documentos oportunos.
- La Ley contempla dos supuestos: **IVE a petición de la mujer** (hasta las 14 semanas de gestación) e **IVE por causas médicas** (hasta las 22 semanas de gestación). El **primer supuesto** es el habitual en Atención Primaria. En este caso, se ha de entregar a la mujer en **sobre cerrado**, facilitado por el SMS, la **"Información sobre la IVE. Artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010. DERECHOS, AYUDAS, BENEFICIOS Y PRESTACIONES AL EMBARAZO, EL PARTO, EL POSTPARTO, EL NACIMIENTO Y EL CUIDADO Y ATENCIÓN DE LOS HIJOS E HIJAS"**.
- Una vez entregado el sobre, la mujer ha de **firmar** el **"Documento acreditativo sobre la fecha de entrega de la información" (Anexo I)**. Un ejemplar es para la interesada y el otro para entregar en la clínica o centro sanitario donde se vaya a practicar la IVE. Deben **transcurrir al menos tres días** desde la información para realizar la intervención.
- Si la mujer tiene **16 ó 17 años**, se ha de informar a un representante legal firmando éste el documento: **"Información a los representantes legales por la IVE" (Anexo IV)**. Si la mujer prescinde de esta información por alegar conflicto familiar, ésta deberá firmar el documento: **"Prescindir de información a los representantes legales" (Anexo V)**. El documento que se emplee ha de ser entregado por la mujer en la clínica donde se vaya a practicar la IVE.
- Las **menores de 16 años** han de ser **autorizadas por el representante legal (Anexo III)**.
- A continuación, en la IVE a petición de la mujer hasta las 14 semanas de gestación, se le hace entrega de la **"Solicitud de Interrupción Voluntaria del Embarazo" (Anexo II)** y el **documento "Requisitos para IVE (menos de 14 semanas)" (Anexo VI)**, que le informa de toda la documentación que precisa para acudir a la clínica donde practican la IVE. Así mismo, se le han de indicar las clínicas a las que puede ir.
- De las **14 a las 22 semanas de gestación** hay que atenerse al segundo supuesto que contempla la Ley, es decir a la **IVE por causas médicas**. Esta situación es excepcional en Atención Primaria porque la

mujer normalmente ya ha sido valorada por el obstetra y precisa un dictamen médico. No obstante, si acude, la mujer debe aportar un informe clínico que decrete grave riesgo para la vida o salud de la embarazada, riesgo de graves anomalías en el feto o anomalías fetales incompatibles con la vida. Se le entregará a la mujer, en sobre cerrado, **“Información sobre la IVE. Artículo 15 b) de la Ley Orgánica 2/2010”**. DERECHOS, AYUDAS, BENEFICIOS Y PRESTACIONES PÚBLICAS DE APOYO A LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y REDES Y ORGANIZACIONES SOCIALES DE ASISTENCIA A LAS MISMAS. Asimismo, ha de firmar el **“Documento acreditativo sobre la fecha de entrega de la información” (Anexo I)** y debe ser derivada al servicio de Admisión del Hospital de referencia.

f) SEGUIMIENTO

Ofrecerle que acuda de nuevo a la consulta para realizar seguimiento y siempre que lo necesite, siendo recomendable el facilitarle en ese momento una cita programada.

g) MUJERES EN SITUACIÓN DE RIESGO SOCIAL

En caso de detección de mujeres con problemática social (violencia de género, drogodependencia, exclusión social, problema de salud mental, vulnerabilidad social, etc.) se ofertará tratamiento social continuado en consulta del Trabajador/a Social del Centro de Salud quien determinará la intervención pertinente y/o derivación al recurso idóneo, dejando constancia de ello en la Historia Clínica.

h) REGISTO DEL MOTIVO DE CONSULTA

- Se utilizará como sistema de registro OMI-AP.
- Se seleccionará como diagnóstico CIAP el diagnóstico **W33**: IVE- Interrupción de embarazo no deseado.
- El episodio se señalará en OMI como **reservado**.

5.6 - EVALUACIÓN

a. Periodicidad

Se realizará con periodicidad anual.

b. Cobertura

Porcentaje de mujeres de 14 a 49 años sometidas a interrupción voluntaria del embarazo.

c. Seguimiento de mujeres con interrupción voluntaria del embarazo

Porcentaje de mujeres que solicitan IVE, que se les ha realizado intervención social.

Porcentaje de mujeres con IVE que acuden a consulta de Atención Primaria para seguimiento.

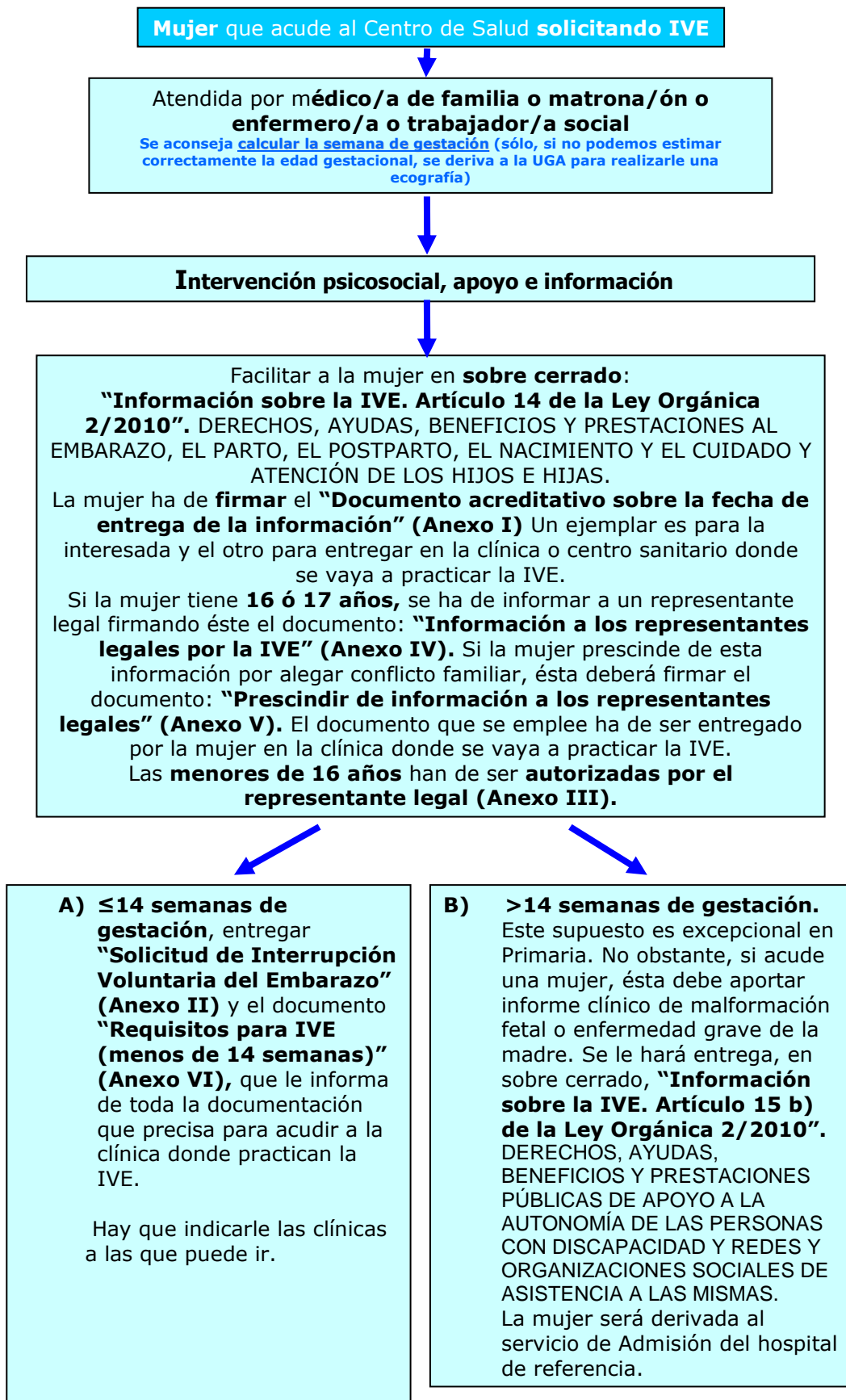
d. Indicadores de resultados

Tasa de IVE /año, n.º total y por tramos de edad de interrupciones voluntarias de embarazo por 1.000 mujeres en edad fértil y por 1.000 mujeres del tramo de edad correspondiente.

Para la obtención de los indicadores citados es necesario disponer de un sistema de registro sistemático de los datos necesarios para la elaboración de los mismos y generados a lo largo de todas las fases del programa.

5.7 – FLUJOGRAMA

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA SOLICITUD DE IVE



5.8 – BIBLIOGRAFÍA

- Bartlett JG. Serologic screening for HIV infection. This topic last updated: feb 12, 2011. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2011.
- Modelo de Entrevista Clínica en mujer con ideación de IVE. (Adaptado de Entrevista semiestructurada en demandas psicosociales de A. Martín Zurro). Abril 15, 2009. Protocolo de Entrevista Clínica.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- 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.
- Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Ministerio de la Presidencia.
- Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. Ministerio Sanidad y Política Social.
- UK national guidelines for HIV testing 2008. London (UK): British HIV Association, British Association for Sexual Health and HIV, British Infection Society; 2008 Sep.

5.8 – ANEXOS

ANEXOS ATENCIÓN A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO



ANEXO I

Documento acreditativo sobre la fecha de entrega de la información en sobre cerrado prevista en los artículos 5 v 6 del R.D. 825/2010

El sobre informativo previsto en los artículos 5 y 6 del R.D. 825/2010 ha sido entregado a Dña.: _____ con fecha ____/____/____ ,

Recibí:	Por el Centro Sanitario (incluir firma v sello identificativos)

«La información contenida en este sobre puede ser ofrecida, además, verbalmente, si se solicita. Artículo 17.5 de la Ley Orgánica 2/2010».

Ejemplar para la interesada

Documento acreditativo sobre la fecha de entrega de la información en sobre cerrado prevista en los artículos 5 v 6 del R.D. 825/2010

El sobre informativo previsto en los artículos 5 y 6 del R.D. 825/2010 ha sido entregado a Dña.: _____ con fecha ____/____/____ ,

Recibí:	Por el Centro Sanitario (incluir firma v sello identificativos)

«La información contenida en este sobre puede ser ofrecida, además, verbalmente, si se solicita. Artículo 17.5 de la Ley Orgánica 2/2010».

Ejemplar para entregar en el centro sanitario

ANEXO II

**SOLICITUD DE INTERRUPCIÓN
VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

D^a.

con D.N.I./Pasaporte _____, que se encuentra gestante en el momento actual, solicita le sea practicada un interrupción voluntaria de su embarazo, acogiéndose a lo dispuesto al respecto en la Legislación española en vigor.

Lo que firma en _____, a _____ de _____ 20

Firma:

ANEXO III

**SOLICITUD DE INTERRUPCIÓN
VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.**

(MENORES DE 16 AÑOS)

D^a.

Con D.N.I./Pasaporte _____ , que se encuentra gestante en el momento actual, solicita le sea practicada un interrupción voluntaria de su embarazo, acogiéndose a lo dispuesto al respecto en la Legislación española en vigor.

Lo que firma en _____, a ____ de _____ 20

Firma.

Diligencia para hacer constar que D/D^a.

Con D.N.I. nº.

Autoriza la interrupción voluntaria de embarazo de su hija menor de edad:

D^a.

con D.N.I. nº.

ANEXO IV

**INFORMACIÓN A LOS REPRESENTANTES LEGALES POR LA IVE
DE MUJERES DE 16 Y 17 AÑOS**

En el.....
siendo lasdel díadede 20

COMPARECE

Ante el trabajador social, del Área de Salud,
con DNI nº....., número de colegiado, D..... con
DNI, nº, con domicilio en la,
de....., en calidad de..... de la
menor.....

MANIFIESTA

Libre y voluntariamente, que ha sido informado de la decisión de
....., de interrumpir voluntariamente el embarazo,
dándose por enterado de tal decisión.

....., a.....de..... de 20

EL TRABAJADOR SOCIAL

EL REPRESENTANTE LEGAL

D/Dª.....
DNI nº.....

D/Dª.....
DNI. nº.....

ANEXO V

PRESCINDIR DE INFORMACION A LOS REPRESENTANTES LEGALES

En el.....
siendo lasdel díadede 20

COMPARECE

Ante el trabajador social, del Área de Salud,con DNI nº....., número de colegiado..... la menorcon DNI, nº, nacida el día.....de.....de.....en....., con domicilio en la, de.....

MANIFIESTA

Libre y voluntariamente, que se encuentra dentro de las primeras catorce semanas de gestación y desea interrumpir el embarazo. La menor expresa verbalmente que no desea que se informe a sus representantes legales, ya que manifiesta conflictos familiares.

....., ade de 20

EL TRABAJADOR SOCIAL

LA COMPARECIENTE

Dº/Dª.....
DNI nº

Dº/Dª.....
DNI. nº.....

ANEXO VI

REQUISITOS PARA IVE (MENOS DE 14 SEMANAS)

- SOLICITUD DE LA INTERESADA, DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA.
- FOTOCOPIA DE LA TARJETA SANITARIA (por ambos lados).

A la mujer se le da información de las clínicas a las que puede acudir para llevar a cabo su proceso de IVE.
Puede elegir entre las que se le ofrezcan.

Si es española:

- Fotocopia del D.N.I.

Si es extranjera:

- Fotocopia del permiso de residencia o pasaporte.

Si es menor de 16 años:

- Fotocopia del Libro de Familia.
- Fotocopia del D.N.I. de la menor y de la persona que autoriza la intervención (padre/madre/tutor/a).
- La solicitud, de menor de 16 años, debe ir firmada por la interesada y por la persona que autoriza.

Si tiene 16 ó 17 años:

- Fotocopia del D.N.I.
- Documento de "Información a los representantes legales".
- En el supuesto de rehusar la información a los representantes legales, documento de "Prescindir de información a los representantes legales".

6- ATENCIÓN AL CLIMATERIO



6 – ATENCIÓN AL CLIMATERIO

6.1 – SITUACIÓN Y ATENCIÓN ACTUAL DEL PROCESO

El climaterio es uno de los temas más importantes y de actualidad dentro de la medicina de familia y la ginecología. Teniendo un enorme interés en la sociedad. En las mujeres, hacia los 40 años comienza a disminuir la capacidad de fertilidad y la normalidad en los ciclos, y esto significa el inicio de un periodo de deterioro de la función ovárica, progresivo y duradero, que a lo largo de los años conducirá a la anulación de la fertilidad, la desaparición de las menstruaciones y la ausencia de estrógenos ováricos, que tendrá repercusiones en el organismo femenino.

El climaterio se extiende desde la época de madurez y plena capacidad reproductiva hasta la senectud. Es un periodo de transición en el que se va a pasar de una función ovárica normal a una situación de fallo ovárico definitivo, con unas consecuencias clínicas que pueden repercutir en el estado de salud y de calidad de vida de la mujer. Se trata, por tanto, de una etapa biológica de la mujer, que si bien no es un problema de salud si requiere una atención específica. La mujer en esta etapa demanda atención sanitaria en ocasiones, debido en parte a un desconocimiento de las variaciones que se producen en el climaterio y en parte a sintomatología asociada.

Es importante precisar algunos términos relacionados con el climaterio. **La menopausia** es la fecha de la última menstruación. Una menstruación es considerada la última si han transcurrido al menos 12 meses sin la misma. **La premenopausia** es un periodo de tiempo anterior a la menopausia. Se inicia cuando aparecen las primeras alteraciones hormonales, más que clínicas, del declinar de la función ovárica. **La posmenopausia** comienza a partir del año desde la última menstruación y se prolonga hasta la senilidad. **La perimenopausia** hace referencia a los años previos y cercanos a la menopausia, cuando no sólo hay modificaciones hormonales sino que son evidentes las manifestaciones clínicas, incluyendo el año posterior a la última menstruación que no estaba incluido en la posmenopausia (Parrilla y Abad, 2004).

En España, la edad de la menopausia son los 50 años ($48'5 \pm 3'8$ años); alrededor del 30% de las mujeres españolas superan esta edad. Además, el 10% presenta una menopausia precoz a una edad media de 43 años.

En la actualidad se acepta que menopausia precoz es la que tiene lugar antes de los 40 años. Así mismo, es un término que está siendo sustituido por el de *fallo ovárico prematuro*. La menopausia tardía sería la persistencia de las menstruaciones más allá de los 55 años.

Cada vez va aumentando más el número de mujeres climatéricas. El aumento de la esperanza de vida por encima de los 80 años hace que la mayoría de las mujeres vivan un tercio de su vida (de los 50 a los 80 años) sin actividad funcional ovárica. No obstante, el climaterio habitualmente transcurre con normalidad. Pueden aparecer diferentes síntomas atribuidos al déficit estrogénico, aunque también influyen en su aparición otras causas relacionadas con el envejecimiento y el ciclo vital de la mujer en su quinta década.

La conducta ante el climaterio debe ir encaminada a la promoción de hábitos y estilos de vida saludables (abstención de fumar, moderación en el consumo de alcohol, alimentación equilibrada y rica en calcio, ejercicio físico diario, etc.) y a la prevención de problemas ligados a esta etapa.

En relación a las medidas farmacológicas debemos separar el tratamiento hormonal, llamado tratamiento hormonal sustitutivo (THS), y los tratamientos no hormonales.

6.2 – OBJETIVOS

- Contribuir a disminuir el impacto de los problemas asociados con el descenso de estrógenos que ocurre en el climaterio detectando precozmente a mujeres susceptibles de tratamiento médico y evitando medicación innecesaria.
- Facilitar conocimientos y habilidades que ayuden a adaptarse a las mujeres perimenopáusicas a las nuevas necesidades de esta etapa de la vida.
- Promover estilos de vida saludables en la mujer perimenopáusica.
- Prevenir la aparición de problemas específicos de salud en la mujer de mediana edad.
- Detectar precozmente problemas de salud biológicos, psicológicos y sociales.

6.3 – POBLACIÓN DIANA

- Mujeres con sintomatología perimenopáusica o menopausia establecida.

6.4 – ACTUACIONES

a. Captación (responsabilidad de Atención Primaria –médico/a de familia, enfermera/o, matrona/ón y trabajador/a social).

- Los profesionales de Atención Primaria realizarán historia clínica detallada de sintomatología sugerente asociada a alteraciones del ciclo menstrual (sofocos, sudoración, palpitaciones, insomnio, sequedad vaginal, dispareunia).

b. Valoración de la mujer climatérica (responsabilidad de Atención Primaria).

- A la mujer climatérica se realizará una valoración que incluya **(tabla 6.1)**:
 1. Antecedentes gineco-obstétricos.
 2. Factores de riesgo de osteoporosis.
 3. Factores de riesgo cardiovascular
 4. Promoción de hábitos saludables:
 - a. Ejercicio físico.
 - b. Medidas higiénico-dietéticas.
 5. Inclusión en el resto de programas de salud.
 6. Valoración del cribado de mama si por la edad está fuera del protocolo establecido.
 7. Información de métodos anticonceptivos.
 8. Intervención farmacológica si procede. **(Tabla 6.2)**

- Creación de grupos multidisciplinares de información y apoyo en cada centro de salud.

Tabla 6.1. Actividades preventivas recomendadas por el PAPPS durante la perimenopausia y la posmenopausia.

Procedimiento	Actividad	Periodicidad
Detección de factores de riesgo cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de la presión arterial. - Preguntar por el hábito tabáquico. - Aconsejar la abstinencia tabáquica a las fumadoras. - En caso de factores de riesgo cardiovascular: calcular el riesgo cardiovascular global. - Determinar el colesterol plasmático. - Peso, talla y cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC). - Consejo sobre la práctica de ejercicio físico. - En ancianas aconsejar ejercicios de flexibilidad, fuerza y resistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cada 2 años. - Al menos cada 2 años. -Una vez antes de los 45 años, después cada 5 ó 6 años hasta los 75 años. En mayores de 75 años, se realizará sin determinación previa. -Mínimo cada 2 años.
Detección del abuso de alcohol	<ul style="list-style-type: none"> - Exploración sistemática del consumo de alcohol. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mínimo cada 2 años.
Inmunizaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Vacunación antitetánica. - Vacunación antigripal. 	
Anticoncepción	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar la utilización de métodos anticonceptivos eficaces 	

	hasta la instauración de la menopausia (al menos 1 año sin regla).	
Detección precoz de cánceres ginecológicos	- Citología (según protocolo). - Mamografía. - Aconsejar a las mujeres posmenopáusicas consultar en caso de sangrado vaginal.	- Según protocolos de cribado.

Tabla 6.2. Tratamientos farmacológicos en el climaterio.

Tratamiento hormonal sustitutivo (THS)	Otros Tratamientos
<ul style="list-style-type: none"> Se valorarán individualmente los beneficios y riesgos de la medicación con THS, se informará a la mujer y, si procede el tratamiento hormonal sustitutivo, se derivará a ginecólogo/a para estudio y tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Son tratamientos que solucionan o alivian problemas concretos que pueden surgir en esta etapa de la vida. O cuando existen contraindicaciones absolutas a la THS o ésta es insuficiente. Los más importantes: <ul style="list-style-type: none"> - Fármacos antirresortivos y osteoformadores para la osteoporosis. - Hipotensores, hipolipemiantes, etc., para la patología cardiovascular. - Psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos,...) en trastornos psíquicos. - Tibolona, fitoestrógenos clonidina, para los síntomas neurovegetativos.

c. Conducta en Atención Ginecológica (ginecología de la UGA).

- Información.
- Planificación familiar.
- Ecografía ginecológica cuando una sospecha diagnóstica lo justifique.
- Valoración del cribado de mama si por la edad está fuera del protocolo establecido.
- Valoración de densitometría ósea si procede (grupos de especial riesgo).
- Instauración de Tratamiento Hormonal Sustitutivo (THS), de acuerdo a la evidencia científica.

d. Tratamiento Hormonal Sustitutivo (THS):

- El/la ginecólogo/a debe:
 1. Informar de beneficios y riesgos.

2. Dejar constancia escrita de la información aportada.
 3. Excluir patología endometrial.
 4. Excluir patología mamaria.
 5. Realizar la primera receta oficial.
 6. Decide pauta de seguimiento en función del tratamiento instaurado hasta la definitiva estabilización.
- Las mujeres con buena tolerancia a THS, requieren al menos una valoración clínica anual por ginecología.
 - Si medicina de familia estima conveniente solicitar apoyo de la UGA o la mujer presenta intolerancia o efectos secundarios al THS, será derivada, en agenda programada, a ginecología de la UGA.

e. Actuaciones de educación para la salud (responsabilidad de Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Salud Pública).

- Las actividades de educación individual en consulta dependerán de los estilos de vida de la mujer.
- Se ofertarán las actividades de educación para la salud en grupo a todas las mujeres, insistiendo en las que presenten menor calidad de vida.
- La educación para la salud en la comunidad las realizarán los Equipos de Atención Primaria junto a los técnicos de Salud Pública, con el fin de fomentar las prácticas de estilos de vida saludables.

6.5 – CIRCUITOS DE DERIVACIÓN Y COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

a. Derivación de medicina de familia a ginecología de UGA:

- Fallo ovárico prematuro (<45 años).
- Menopausia sintomática que no mejora con el tratamiento del medico/a de familia.
- Aplicación de Tratamiento Hormonal Sustitutivo (THS).

b. Derivación de medicina de familia a especialista correspondiente para el estudio de patologías asociadas:

- Incontinencia urinaria.

c. Comunicación entre profesionales:

- El/la médico/a de familia derivará a la mujer en hoja de interconsulta de OMI-AP, haciendo constar:
 1. Motivo de derivación.
 2. Resultados de la última citología y última mamografía de cribado.
- Si el/la médico/a de familia considera que precisa estudios a nivel hospitalario, derivará a la mujer directamente.
- Si el/la médico/a de familia no estima conveniente estudios a nivel hospitalario, la mujer se cita, en el mostrador de su centro de salud, en la agenda programada de la UGA.
- El/la ginecólogo/a de la UGA solicitará las exploraciones complementarias que considere oportunas y citará en su propia agenda las visitas sucesivas para informar de resultados, sin derivar al médico/a de familia ni pasar por el mostrador de su centro de salud.
- Si el/la ginecólogo/a de la UGA estima que la mujer precisa estudios a nivel hospitalario, será derivada directamente sin pasar por Atención Primaria.
- El/la ginecólogo/a de la UGA, tras finalizar el episodio, emite informe con resultados y terapia aplicada para la mujer y su médico/a de familia.

6.6 – EVALUACIÓN

a. Periodicidad

- Se realizará con periodicidad anual.

b. Cobertura

- Porcentaje de Mujeres con sintomatología sospechosa de fallo ovárico y la menopausia incluidas en el programa.
- Se entiende por incluidas en el programa, las mujeres identificadas como perimenopáusicas y posmenopáusicas, que se les ha realizado una valoración.

c. Atención a la mujer climatérica

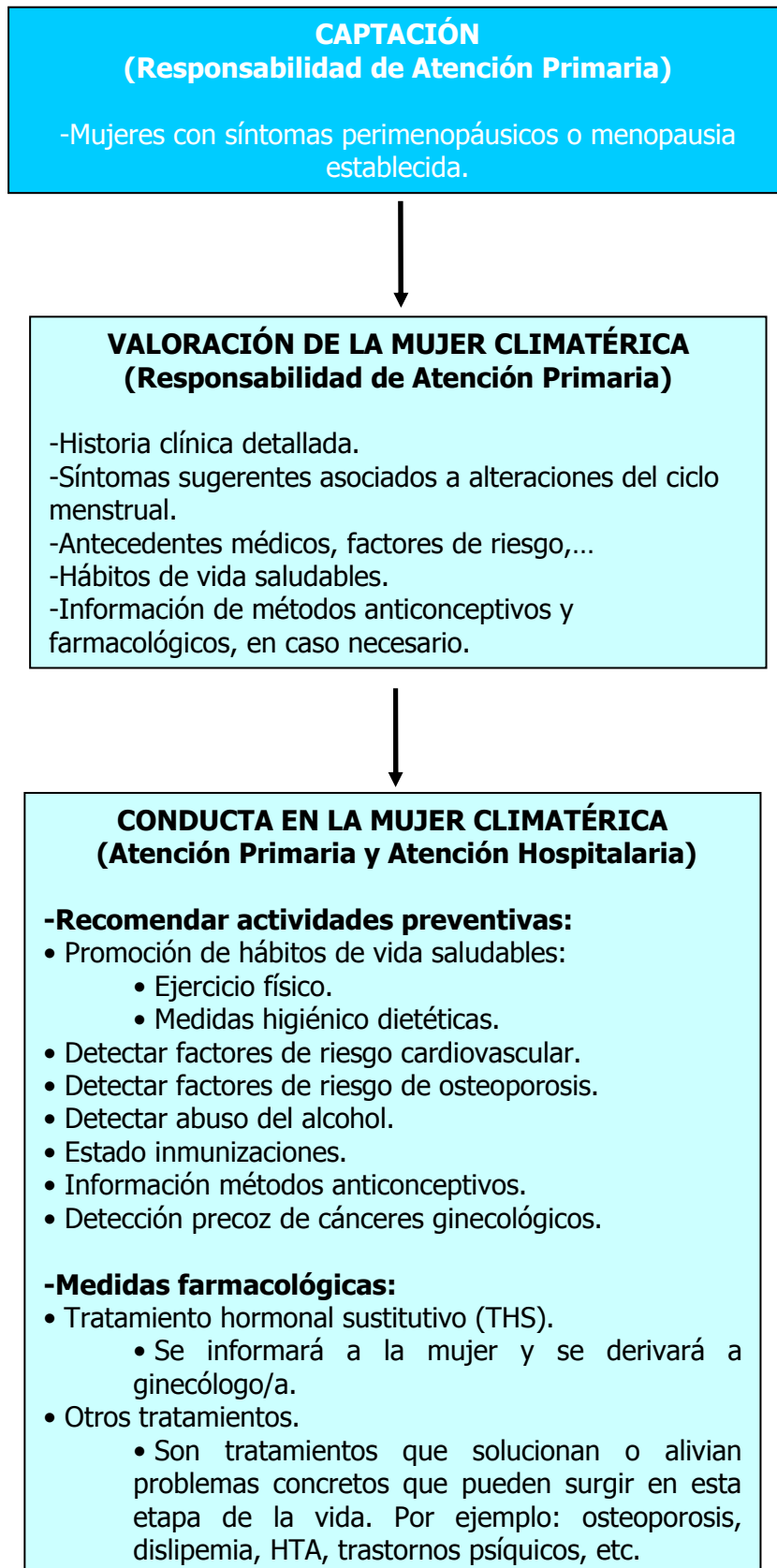
- Porcentaje de mujeres que reciben consejo-información sobre hábitos saludables sobre el total de mujeres incluidas en el programa.
- Porcentaje de mujeres que reciben tratamiento sintomático (excepto THS) sobre el total de mujeres incluidas en el programa.
- Porcentaje de mujeres que reciben tratamiento hormonal sustitutivo sobre el total de mujeres incluidas en el programa.

d. Indicadores de resultados

- Porcentaje de mujeres climatéricas con patología asociada (cardiopatía isquémica, osteoporosis).

Para la obtención de los indicadores citados es necesario disponer de un sistema de registro sistemático de los datos necesarios para la elaboración de los mismos y generados a lo largo de todas las fases del programa.

6.7 – FLUJOGRAMA



6.8 – BIBLIOGRAFÍA

- 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 climaterio y la menopausia. Aten Primaria. 2012; 44 Supl 1:76-80.
- Daley A, MacArthur C, Mutrie N, Stokes-Lampard H. Ejercicio para los síntomas vasomotores menopáusicos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Del Cura I, Arribas L, Cortado A, Bailón E, Landa J, López A, et al. Actividades preventivas en la mujer. Atención Primaria, 2005; 36 (extra2): 102-30.
- Eastell R. Treatment of postmenopausal osteoporosis. N Eng J Med 1998; 338: 736-746.
- Grupo de trabajo de menopausia y posmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y posmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.
- Instituto Nacional de la Salud. Plan Integral de Atención a la Mujer. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
- Landa Goñi J. Atención en la perimenopausia y posmenopausia. En: Guía de Actuación de Atención Primaria. 3ª ed. Barcelona: Semfyc; 2006. p. 1.567-70.
- Landa Goñi J, Ruiz de Adana Pérez R. Problemas ginecológicos. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6ª ed. Vol. II. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 1.088-1.096.
- López García-Franco A, Alonso Coello P, del Cura González I, Ojuel Solsona J, Arribas Mir L, Fuentes Pujol M, et al ¿Debemos cambiar de actitud sobre el tratamiento hormonal en la mujer posmenopáusica? Aten Primaria. 2009; 41(6):295-7.
- Nelson HD. Menopause. Lancet. 2008; 371:760-70.
- Parrilla Paricio JJ, Abab Martínez L. Climaterio y Menopausia. En: García López G, Comino Delgado R, Editores. Obstetricia y Ginecología. Barcelona: Ariel Ciencia; 2004. p. 624-633.
- Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002; 288: 321-333.
- SemFYC. Programa de la Mujer. Programas básicos de salud. Madrid: Doyma; 2000.

- Unfer V, Casini ML, Costabile L, Mignosa M, Gerli S, Di Renzo GC. Endometrial effect of long term treatment with phytoestrogens: a randomized, double blind, placebo-controlled study. Fertil Steril. 2004; 82(1):145-8.



UNIDAD GINECOLÓGICA DE APOYO (UGA)



UNIDAD GINECOLÓGICA DE APOYO (UGA)

1. ESTRUCTURA, FUNCIÓN Y DEPENDENCIA

Unidad funcional dedicada a la **Atención Ginecológica** en el ámbito de la Atención Primaria. Presta apoyo al médico/a de familia y matrona/ón en aquellas actividades ginecológicas derivadas de la aplicación del Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM); así como, de la patología ginecológica más frecuente en Atención Primaria.

Estas unidades pueden estar ubicadas en los Centros de Salud, en Centros de Especialidades o integradas en el Hospital. La finalidad es garantizar una mayor accesibilidad a la usuaria, así como una mejor coordinación con los EAP.

Cada UGA presta servicios asistenciales a varios Equipos de Atención Primaria (EAP) preferentemente del Área de Salud de referencia y atendiendo a criterios de proximidad geográfica y accesibilidad.

La **función asistencial** de la UGA es desempeñada por un/a ginecólogo/a, que dará respuesta a las actividades contempladas en la Cartera de Servicios definida para estas unidades. Cada consulta ginecológica contará con la infraestructura necesaria para el desarrollo de la ginecología básica que se realice. Entre ellos cabe destacar como imprescindibles: ecógrafo, colposcopio, electrocoagulador, y material para toma de citología y biopsia.

Es imprescindible una estrecha armonía entre los todos profesionales y responsables del EAP con el/la ginecólogo/a de la UGA; así como, con los responsables del Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM) del Área de Salud. Determinando cada año los requisitos esenciales ajustados al Plan de Necesidades que se establezca a nivel regional.

La Unidad Ginecológica de Apoyo **dependerá estructuralmente** del Área de Salud correspondiente. Y, **funcionalmente**, el/la ginecólogo/a dependerá del Jefe del Servicio de Ginecología del hospital de referencia.

2. CARTERA DE SERVICIOS DE LA UGA

La Cartera de Servicios de la UGA se basará en el apoyo a:

- **PIAM:**
 - **Prevención del cáncer ginecológico** (mama, endometrio y cérvix).
 - **Anticoncepción.**

- **Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).** Para determinar por ecografía la edad gestacional cuando no podamos calcularla correctamente por fecha incierta de la última regla.
- **Climaterio.**
- **Patología ginecológica en Atención Primaria.**

En relación a los servicios o actuaciones que la UGA ha de ofrecer al **Programa Integral de Atención a la Mujer**, éstos vienen recogidos de forma detallada en cada uno de los subprogramas en los que proporciona apoyo asistencial.

En cuanto a los servicios o prestaciones que la UGA ha de dar en la **patología ginecológica**, es conveniente que cada Área de Salud, a través de la Comisión Paritaria y las Comisiones de Seguimiento del PIAM, establezca los criterios de inclusión, derivación y vías de comunicación interniveles. Así mismo, se realizará cirugía menor ginecológica en aquellos centros que dispongan de la estructura necesaria para su práctica.

En la tabla del **anexo I** se describen las UGA existentes en las nueve áreas de salud de la región con su localización, su hospital de referencia y los Equipos de Atención Primaria (EAP) asignados.

3. ANEXO I

**PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA MUJER (PIAM)– REGIÓN DE MURCIA 2012
UNIDADES GINECOLÓGICAS DE APOYO (UGA)**

ÁREA	HOSPITAL DE REFERENCIA	UGA	LOCALIZACIÓN	DIRECCIÓN	EAP
I	HCUVA	ALCANTARILLA	C.S. Alcantarilla Sangonera	C/ Carmen, s/n 30820-Alcantarilla - Murcia	Alcantarilla Casco Alcantarilla Sangonera Mula Sangonera la verde
		SAN ANDRÉS I	C.S. San Andrés	C/ Escultor J. Sánchez Lozano, 7, 30005-Murcia	Alhama El Palmar Nonduermas San Andrés
		SAN ANDRÉS II	Centro Especialidades Dr. Quesada	C/ Dr. Jesús Quesada, s/n 30005-Murcia	La Alberca Aljucer Algezares Espinardo
II	HGUSL	CARTAGENA	H.G.U. Santa María del Rosell	Paseo Alfonso XIII, 61 30203 Cartagena - Murcia	Cartagena Oeste San Antón Barrio Peral Cartagena Casco Los Barreros Cartagena Este Sta. Lucía La Unión La Manga Molinos Marfagones Los Dolores Pozo Estrecho Fuente Alamo Mazarrón
III	HURM	LORCA	Santa Rosa de Lima	C/ Floridablanca, s/n 30800-Lorca - Murcia	Lorca Centro Lorca San Diego Lorca La Viña Totana
		ÁGUILAS	C.S. Águilas Norte	Avda. Democracia, s/n Urbanización Las Majadas 30880-Águilas Murcia	Águilas Norte Águilas Sur Puerto Lumbreras
IV	HCN	CARAVACA	Hospital Comarcal del Noroeste	Avda. Miguel Espinosa, 1, 30400-Caravaca de la Cruz Murcia	Caravaca Bullas Calasparra Barranda Cehegín Moratalla
V	HVC	YECLA	C.S. Atención Primaria Francisco Palao Yecla-Oeste	C/ Pintor Juan Albert 30510-Yecla Murcia	Yecla Oeste Yecla Mariano Yago
		JUMILLA	Centro de Especialidades	C/ Infante Don Fadrique, s/n 30520-Jumilla Murcia	Jumilla
VI	HCUVA	VISTALEGRE-LA FLOTA	C.S. La Flota	Paseo Ingeniero Sebastián Ferigán, 18 30007-Murcia	Abanilla Cabezo de Torres Archena Fortuna Vistalegre-La Flota Zarandona
		STª Mª DE GRACIA	C.S. Sta. Mª de Gracia	C/ Arturo Duperier, s/n 30009-Murcia	Santa Mª de Gracia Murcia-Centro La Nora (I) Campo de Cartagena (I)
		EL RANERO	C.S. El Ranero	Paseo Duques de Lugo, s/n 30009-Murcia	El Ranero
		MOLINA	C.S. Molina - Antº García	Av. Levante, s/n 30500-Molina de Segura - Murcia	Molina Antonio García Molina Jesús Marín Alguazas Ceutí Lorquí Torres de Cotillas
VII	HGURS	EL CARMEN	C.S. Barrio del Carmen	C/ Madre Elisea Oliver Molina-12 30002-Murcia	Bº del Carmen Alquerías Beniel
		INFANTE	C.S. Murcia-Infante	C/ Pintor Almela Costa s/n 30011-Murcia	Infante Beniján Vistabella
		PUENTE TOCINOS	C.S. Puente-Tocinos	C/ Plaza Reina Sofía, s/n 30006-Murcia	Puente Tocinos Llano de Brujas Monteaquedo Santomera
VIII	HGULAMM	MAR MENOR	HGULAMM- Propio Hospital	Pareje Torre Octavio, 54 30739-Pozo Aledo-San Javier-Murcia	Los Alcázares San Javier San Pedro del Pinatar Torre Pacheco Torre Pacheco Oeste
IX	HCUVA	CIEZA	C.S. Cieza-Oeste	C/ Moreiras s/n 30530-Cieza Murcia	Abarán Blanca Cieza Este Cieza Oeste

HCUVA: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. **HGUSL:** Hospital General Universitario Santa Lucía. **HURM:** Hospital Universitario Rafael Méndez. **HCN:** Hospital Comarcal del Noroeste. **HVC:** Hospital Virgen del Castillo. **HGURS:** Hospital General Universitario Reina Sofía. **HGULAMM:** Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor.



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

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

GRUPO PIAM 2012

APÉNDICE I

ANTICONCEPCIÓN

GRUPO PIAM 2012

ÍNDICE

ANTICONCEPCIÓN.....	9
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.

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

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

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>1. Historia clínica adecuada, especialmente dirigida a factores de riesgo cardiovascular: tabaquismo, obesidad, HTA, diabetes mellitus, dislipemia, varices, tromboflebitis.</p> <p>2. Una toma de la presión arterial.</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>5. Informar adecuadamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Es fumadora y > 35 años? ▪ ¿Padece HTA? ▪ ¿Está amamantando? ▪ ¿Tiene o ha tenido problemas cardíacos o vasculares? ¿Cuáles? ▪ ¿Tiene o ha tenido cáncer de mama? ▪ ¿Tiene ictericia, cirrosis hepática, infección o tumor de hígado? ▪ ¿Padece cefaleas o visión borrosa? ▪ ¿Toma anticonvulsivantes, rifampicina o griseofulvina? ▪ ¿Cree que puede estar embarazada? ▪ ¿Presenta sangrado vaginal inusual? ▪ ¿Padece enfermedad de la vesícula? ▪ ¿Ha tenido ictericia durante la toma de AHO? ▪ ¿Tiene planeada alguna intervención quirúrgica? ▪ ¿Ha tenido un parto en los últimos 21 días? <p>1. Si se responde NO A TODAS, SE PUEDEN USAR LOS AHO.</p> <p>2. Si se responde SÍ A ALGUNA, debe estudiarse la situación antes.</p> <p>(Adaptado de Hatcher et al. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Baltimore 1999).</p>
<p>Seguimiento de la usuaria de AHO</p> <p>1. Una visita al 3^o-6^o mes de iniciar la toma.</p> <p>2. Una toma anual de la presión arterial y peso.</p> <p>3. Bienal: glucemia, lípidos y perfil hepático.</p> <p>4. Individualizado en circunstancias especiales.</p> <p>5. Acceso telefónico al médico/a de familia y a la enfermera/o.</p> <p>6. No se recomienda realizar descansos.</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"> ▪ Tromboembolismo venoso. ▪ Enfermedad arterial cerebral o coronaria. ▪ Cardiopatía estructural. ▪ Diabetes y complicaciones. ▪ Cáncer de mama. ▪ Embarazo. ▪ Lactancia (< 6 semanas). ▪ Enfermedad hepática. ▪ Migraña con focalidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posparto < 21 días. ▪ Lactancia (6 semanas a 6 meses). ▪ Sangrado vaginal uterino no diagnosticado. ▪ Edad > 35 años y fumar menos de 15 cig/día. ▪ Historia de cáncer de mama, sin recurrencia en los últimos 5 años. ▪ Interacciones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jaqueca severa tras el inicio de AOC. ▪ Diabetes mellitus. ▪ Cirugía mayor sin prolongada inmovilización. ▪ Enfermedad de células falciformes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posparto > 42 días (6 semanas). ▪ Posaborto del 1^o ó 2^o trimestre. ▪ Antecedente de diabetes gestacional. ▪ Venas varicosas. ▪ Jaqueca moderada. ▪ Patrón de sangrado vaginal irregular sin anemia. ▪ Antecedente de EPI. ▪ EPI actual o reciente.

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cirugía mayor con inmovilización prolongada. ▪ Edad > 35 años y fumadora de 15 o más cig/día. ▪ HTA (>160/100 o enfermedad vascular concomitante). ▪ IMC mayor o igual a 35 kg/m² (por el mayor riesgo de evento tromboembólico) 	<p>farmacológicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Litiasis biliar. ▪ Tensión arterial de 140/100 a 159/109 mmHg. 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ ITS actual o reciente. ▪ Vaginitis sin cervicitis purulenta. ▪ Riesgo de ITS. ▪ VIH positivo o alto riesgo para infección VIH o SIDA. ▪ Enfermedad mamaria benigna. ▪ Historia familiar de cáncer de mama, ovario o endometrio. ▪ Ectropion cervical. ▪ Portadora virus hepatitis. ▪ Fibroma uterino. ▪ Historia embarazo ectópico. ▪ Enfermedad tiroidea.
---	--	--	--

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
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS EN ESPAÑA				
Monofásicos con progestágenos de 2ª generación				
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
Monofásicos con progestágenos de 3ª generación				
Etinilestradiol 30µg	Desogestrel 150µg	MICRODIOL ®	21 comp	no
	Gestodeno 75µg	GYNOVIN ® (Bayer Hispanica)	21 comp 3X21 comp	no
		MINULET ® (Pfizer)		
		TEVALET® (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
		MELIANE ® (Bayer Hispanica)	21 comp 3x21 comp	no
		MELTEVA 20® (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
Derivados de la 17 alfa-espironolactona				
Etinilestradiol 30µg	Drospirenona 3 mg	ARANKA® (Gedeon Richter)	21 comp 3X21 comp	si
		DRETINE ® (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
		YASMIN ® (Bayer Hispanica)	21 comp 3X21 comp	no
		YASMIN DIARIO® (Bayer Hispanica)	28 comp 3X28 comp	no
		YIRA® (Bayer Hispanica)	21 comp 3X21 comp	no
Etinilestradiol 20µg	Drospirenona 3 mg	ARANKELLE® (Gedeon Richter)	21 comp 3X21 comp	si
		DAYLETTE® (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
Monofásicos con efecto antiandrogénico				
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)
Bifásicos con progestágenos de 3ª generación (días 1-7 y 8-22)				
Etinilestradiol 40µg	Desogestrel 25µg (7 comp)	GRACIAL ®	22 comp	no
Etinilestradiol 30µg	Desogestrel 125µg (15 comp)	GRACIAL ®	3X22 comp	no
Trifásicos con progestágenos de 2ª generación (días 1-6; 7-11 y 12-21)				
Etinilestradiol 30µg	Levonorgestrel 50µg	TRIAGYNON ® (Bayer Hispanica)	21 comp	no
Etinilestradiol 40µg	Levonorgestrel 75µg			
Etinilestradiol 30µg	Levonorgestrel 125µg	TRICICLOR ®	21 comp	no
Trifásicos con progestágenos de 3ª generación (días 1-6; 7-11 y 12-21)				
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
Cuatrifásicos con estrógenos naturales				
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 1mg			21 comp	no
Placebo (2comp)			3X21 comp	
Monofásico con estrógeno natural (24x4)				
Estradiol 1.5 mg	Acetato de nomegestrol 2.5mg	<u>ZOELY®</u> (Teva)	1x28 comp 3x28 comp	no
Anillos Vaginales				
Etinilestradiol 2,7mg	Etonorgestrel 11,7mg	NUVA RING ®	1 anillo vaginal	no
Parches Transdérmicos				
Etinilestradiol 600µg	Norelgestromina 6mg	<u>EVRA®</u> (Jassen Cilag)	3 parches 9 parches	no
PROGESTÁGENOS SOLOS				
Progestágenos orales				
-	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)

Posología	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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). ▪ Hay algunos preparados con otra posología :24 días de tratº y 4 descanso. ▪ Otras vías de administración: anillo vaginal y transdérmica.
Eficacia anticonceptiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
Posponer la menstruación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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).
Olvido de pastillas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si aún no han pasado 12 horas, tomar la píldora olvidada, porque seguirá siendo segura. ▪ 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.
Náuseas y otros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las náuseas y la tensión mamaria pueden aparecer los primeros meses y desaparecen con el tiempo de uso. ▪ Son mejor tolerados los compuestos entre 15 y 30 µg de etinilestradiol.
Ganancia de peso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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).
Metrorragia (> 1 compresa por día)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si persiste a partir del 3º mes de tratamiento, descartar patología orgánica;

	<p>aclarado el origen se puede aumentar la dosis de estrógenos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
Spotting (< 1 compresa por día)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor incidencia los 3 primeros meses: 10-30% en el 1º mes; < 10% en el 3º. Tranquilizar a la paciente y, si persiste más de 3 meses, se puede aumentar la dosis de estrógenos.
Ausencia de hemorragia por privación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En una ocasión: descartar embarazo, tranquilizar a la mujer y continuar la toma. ▪ 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.
Vómitos y diarrea	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
Cloasma	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incidencia del 5%, que ha disminuido con los preparados de baja dosis de estrógenos. Sólo desaparece tras suspender la toma de la píldora.
Amenorrea postpíldora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No se ha demostrado que exista una relación causa-efecto (incidencia 0,7-0,8%). ▪ Si persiste más de tres meses estudiarla como cualquier amenorrea secundaria.
Embarazo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
Fertilidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.
Interacciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidencia clara con anticonvulsivantes y rifampicina. ▪ 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. ▪ 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.
Cirugía programada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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.

● **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

Efectos adversos mayores	Efectos adversos menores
<p>1. Enfermedad cardiovascular</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>2. Tromboembolismo venoso (TEV)</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>3. Adenomas hepatocelulares</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>4. Cáncer de mama</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>5. Cáncer de cérvix</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>6. Hipertensión arterial</p> <p>- Aparece en el 5% de los casos, generalmente en los 6 primeros meses de tratamiento.</p>	<p>1. Incremento de peso</p> <p>2. Náuseas y vómitos</p> <p>3. Mastalgia</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>4. Infecciones urinarias</p> <p>- Dependen de la dosis estrogénica.</p> <p>5. Cloasma</p> <p>- En relación con el efecto estrogénico.</p> <p>6. Cambios de la libido</p> <p>7. Depresión</p> <p>- Del 5 al 15%. Predomina en mujeres con historia previa.</p> <p>8. Ictericia</p> <p>- Puede originar ictericia colostática y prurito generalizado en pacientes que en embarazos previos han presentado ictericia idiopática recurrente.</p> <p>9. Litiasis biliar</p> <p>10. Amenorrea pospíldora</p> <p>11. Pérdidas intermenstruales (spotting)</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

Reducción del volumen menstrual	Como consecuencia disminuye el riesgo de anemia ferropénica.
Dismenorrea	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.
Enfermedad inflamatoria pélvica	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.
Embarazo ectópico	La protección es superior al 90%.
Patología benigna de la mama	Disminuye el riesgo de presentar tanto enfermedad fibro quística como fibroadenomas. La protección aumenta con la duración del uso.
Quistes de ovario	Existe una disminución del riesgo del 50% para quistes funcionales y del 80% de quistes luteínicos. La protección está relacionada con la dosis estrogénica.
Cáncer de endometrio	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.
Cáncer de ovario	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.
Manifestaciones hiperandrogénicas	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.
Miomas uterinos	Las usuarias de 10 o más años tienen una disminución del riesgo de un 20%.
Osteoporosis	Existe una relación directa entre el grado de protección y el tiempo de exposición. Retrasan la osteoporosis.
Endometriosis	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

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

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

● **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

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

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

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
- 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
- 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

I - SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO.....	37
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
II - ATENCIÓN AL PUERPERIO Y LA LACTANCIA.....	61
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
III – SUELO PÉLVICO.....	72
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
IV - BIBLIOGRAFÍA.....	83
ANEXOS.....	87

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 O₂ de forma crónica.
- Disminución de O₂ 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).

Factores sociodemográficos	Antecedentes reproductivos
-Edad materna: ≤ 18 años -Edad materna: ≥ 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
Antecedentes médicos	Embarazo actual
-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"> -Endocrinopatías -Enfermedad respiratoria crónica -Enfermedad hematológica -Epilepsia y otras enfermedades neurológicas -Enfermedad psiquiátrica -Enfermedad hepática con insuficiencia -Enfermedad autoinmune con afectación sistémica -Tromboembolismo -Patología médico-quirúrgica grave 	<ul style="list-style-type: none"> -Infección de transmisión perinatal -Isoinmunización Rh -Embarazo múltiple -Polihidramnios/oligohidramnios -Hemorragia genital -Placenta previa a partir de la 32 semana -Crecimiento intrauterino restringido -Defecto congénito fetal -Estática fetal anormal a partir de la semana 36 -Amenaza de parto pretérmino -Embarazo postérmino -Rotura prematura de membranas -Tumoración uterina -Patología médico-quirúrgica grave
---	---

*IMC: **índice de masa corporal** (kg/m²): se calcula como peso en kg/talla en metros².

** 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 teratogénos 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 teratogénico 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 ≥ 140 mg/dl requiere la realización de una prueba diagnóstica, la **SOG con 100 g de glucosa oral**. Actualmente, una cifra ≥ 190 mg/dl se considera diagnóstica de diabetes gestacional.

Diagnóstico: glucemia basal ≥ 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 β 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 **buspirona** (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 aplana 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 el 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 (Cistocèles, uretrocèles).
- 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 PSICOAFFECTIVOS.

- 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-víscera, 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.
- 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
- 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.
- 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 librería 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 deglutiendo.

- 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 colaboradores³: *"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 (Fabr e 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 isoinmunización 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 ³

- 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 ³

- 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 ³

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