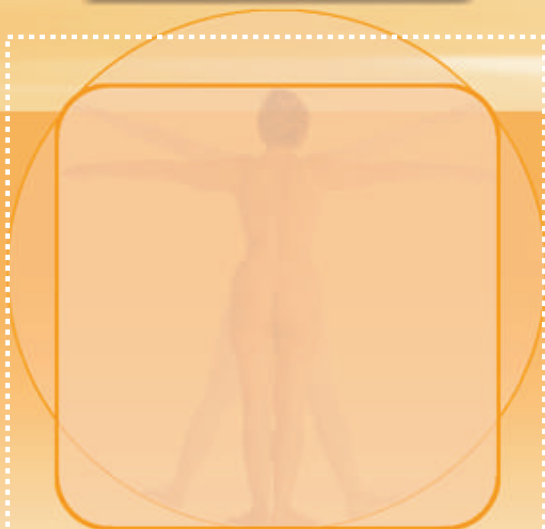


Guía clínica do programa da muller para atención primaria



Guía clínica
do programa
da muller
para
atención primaria

■ Grupo de traballo - membros

PREVENCIÓN:	Martín José Debén Sánchez Manuel Veiga Tuimil María Concepción Cageao Díaz
EMBARAZO:	Manuel Abuín Rodríguez Margarita Vergara Espiñeira Jesús Montero de Angulo
MENOPAUSA:	Mª José Veleiro Tenreiro Beatriz Aguado Ortega
ANTICONCEPCIÓN:	Ana Zamora Casal Isolina Bonacho Paniagua Mª Luisa Gromaz Martín

■ Coordinación:

Luis Verde Remeseiro
Susana Pena Cartelle
Mª Nieves Domínguez González

Edita:

Servicio Galego de Saúde
Xerencia de Atención Primaria

Coordinación técnica:

Xerencia de Atención Primaria

Coa colaboración de:

ESTEVE

Laboratorios Dr. Esteve, S.A.
Av. Mare de Déu de Montserrat 221
08041 Barcelona
España

Deseño e realización:



Ofelmaga, s.l.

Montouto, s/n (Teo)
Teléfono: 981 80 66 69

Depósito legal:

C-1210/2002

Material reproducible con fins médicos non lucrativos, citando a fonte.

ESTEVE como patrocinador deste exemplar non implica que acepte ou dea conformidade ás ideas aquí expresadas.

Índice

<u>Presentación.....</u>	<u>5</u>
<u>Prevención do cancro xinecológico.....</u>	<u>7</u>
<u>Anticoncepción.....</u>	<u>29</u>
<u>Menopausa. Tratamento hormonal substitutivo.....</u>	<u>65</u>
<u>Embarazo.....</u>	<u>87</u>



Presentación

É unha gran satisfacción poder presentar esta Guía de práctica clínica do programa de atención á muller, elaborada por profesionais de Atención Primaria e Especializada das áreas sanitarias da Coruña e Ferrol, co fin de que sirva de instrumento de apoio para a prevención, diagnóstico, tratamento e seguimento das patoloxías propias da muller, sen establecer limitacións ás decisións que o clínico poida tomar en doentes concretos.

Esta Guía acumula a experiencia de moitos anos na actividade asistencial dos Servicios de Atención Primaria e Atención Especializada, orientados ó único obxectivo de ofrecer unha sanidade e uns servizos modernos e eficaces, que respondan ás expectativas dos cidadáns, mediante unha atención integral que coordine os traballos realizados nos ámbitos asistenciais de Atención Primaria e Atención Especializada.

Nela, trátanse patoloxías e situacións relacionadas coa saúde da muller, como o control do embarazo e a planificación familiar, a prevención do cancro xinecolóxico, así como a atención á menopausa.

Neste marco, resulta especialmente relevante o seguimento do embarazo normal por parte dos servizos de Atención Primaria como elemento esencial da saúde da poboación xestante e infantil, actuando xa dende antes do embarazo cunha correcta educación sanitaria e planificación familiar. Destaca tamén a importancia das actuacións dos profesionais de Atención Primaria na prevención do cancro xinecolóxico, especialmente do cancro de mama xa que ó ser este a primeira causa de morte nas mulleres de idade media nos países desenvolvidos, considérase un dos problemas sanitarios prioritarios, tal e como se recolle no plano de saúde da nosa comunidade. Non resulta de menos interese a asistencia sanitaria da menopausa, facilitando información acerca dos cambios e riscos para a saúde que poden presentarse nesta etapa da vida da muller e desenvolvendo actuacións encamiñadas á promoción de hábitos e estilos de vida saudables.

É o meu desexo que esta guía resulte do interese de tódolos profesionais de Atención Primaria e contribúa á mellora-la calidade integral da atención á muller.

José M^a Hernández Cochón

Conselleiro de Sanidade
Presidente do Servicio Galego de Saúde.

Prevenção do cancro xinecológico



Martín José Debén Sánchez
Manuel Veiga Tuimil
María Concepción Cageao Díaz

Prevenção do cancro xinecológico

Cancro de mama

- INTRODUCCIÓN
- XUSTIFICACIÓN DO PROGRAMADE SCREENING
- EFICACIAS DAS EXPLORACIÓNS NO DIAGNÓSTICO PRECOZ
- RECOMENDACIÓNS DO PAPPS
- PROGRAMAGALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE MAMA

Cancro de cérvix

- HISTORIA NATURAL DE LESIÓNS PREMALIGNAS OU PREINVASORAS
- FACTORES DE RISCO
- PREVENCIÓN E DIAGNÓSTICO PRECOZ
- BIBLIOGRAFÍA

Cancro de ovario

Cancro de endometrio

Cancro de vulva

Cancro de vaxina

- BIBLIOGRAFÍA



Cancro de mama



INTRODUCCIÓN

O cancro de mama é a primeira causa de morte nas mulleres de idade media nos países desenvolvidos, polo que se considera un dos problemas sanitarios prioritarios da comunidade.

A pesar da magnitude do problema non existen, ata o presente, métodos eficaces de prevención primaria aplicables á poboación xeral; isto motivou o desenvolvemento de programas de prevención secundaria ou diagnóstico precoz: **screening de cancro de mama**.



XUSTIFICACIÓN DO PROGRAMA DE SCREENING

- É unha enfermidade con **prevalencia alta**.
- Existe un **grupo definido pola idade** que determina a poboación diana; é difícil identificar outros grupos de alto risco xa que no cancro de mama só a idade e os antecedentes familiares presentan un papel determinante de risco.
- Existe un test relativamente simple, de custo non moi elevado, que se pode aplicar á poboación asintomática: **a mamografía**.
 - A mamografía permite diagnosticar tumores cando aínda non teñen o tamaño suficiente para producir ningunha sintomatoloxía.
 - A mamografía permite diminuí-la mortalidade e morbilidade por cancro de mama.



EFICACIA DAS EXPLORACIÓNS NO DIAGNÓSTICO PRECOZ

Autoexploración mamaria

Consiste na exploración periódica da mama por parte da muller.

Debe efectuarse mensualmente, unha semana despois da menstruación nas mulleres premenopáusicas e un día fixo de cada mes nas posmenopáusicas.

Non está suficientemente probado que a autoexploración mamaria sexa capaz de reduci-la mortalidade por cancro de mama.

É unha actividade preventiva que no marco da promoción da saúde pode propoñerse ás mulleres de menos de 40 anos, se teñen interese en realizar un procedemento de diagnóstico precoz.

O exame clínico

Baséase na exploración periódica da mama por un profesional sanitario, practicando a palpación de ámbalas mamas e das áreas ganglionares rexionais.

A súa eficacia depende moito da **experiencia do profesional** que a realiza.

Esta proba utilizouse conxuntamente coa mamografía en numerosos estudos de screening, pero nunca se recomendou illadamente.

Nos estudos realizados para valora-la súa eficacia constátase que descobre unha pequena porcentaxe de tumores que non detecta a mamografía, tumores radionegativos, pero isto non implica beneficio para diminuí-la mortalidade porque son tumores de tamaño medio-grande.

En conclusión: non produce beneficio apreciable e consume un recurso importante, tempo dos profesionais.

A termografía

Cando se empregou como screening o seu rendemento foi baixo. Tampouco vale para detectar tumores en pacientes con risco alto de cancro de mama, polo elevado número de falsos positivos que presenta.

A ecografía

É o mellor método para **diferenciar tumores sólidos e líquidos**.

É superior á mamografía no diagnóstico de cancro en **mamas hiperdensas**.

Pola contra, non logra detectar tumores inferiores a 0.5 cm de diámetro e non detecta microcalcificacións.

Non é útil nos programas de screening.

A mamografía

Tódolos estudos conclúen que é a técnica de elección para un programa de detección precoz de cancro de mama.

Debe realizarse cun aparello radiolóxico especificamente destinado para esta técnica, de baixa radiación e alta resolución.

Un dos puntos tradicionalmente discutidos na mamografía é o **risco pola radiación**; coas técnicas actuais este risco é mínimo.



A causa de realizar unha mamografía anual aparecerá un novo caso de cancro por millón de mulleres examinadas e por ano, cun período de latencia de dez anos.

A mamografía é a técnica de elección para realizar diagnóstico precoz de cancro de mama, así o recoñecen tódalas sociedades científicas; de tódalas formas hai algúns puntos nos que aínda non teñen consenso cando se formula un programa de screening:

- Grupo de idade de risco.
- Intervalo entre as mamografías.

Grupo de idade de risco

A poboación diana que se recomenda na actualidade é a comprendida entre **45-50 anos como límite inferior e 65-70 como límite superior**.

Por debaixo da idade límite inferior a prevalencia de tumores é moi baixa, co que diminúe a validez do test, ademais existe unha maior dificultade de identificar lesións, debido á maior densidade das mamas. Por outra parte os tumores que se presentan en mulleres novas son de peor pronóstico, pola súa maior agresividade e velocidade de crecemento; polo que é probable que a pesar de adiantalo diagnóstico non se consiga diminuí-la mortalidade.

Por riba do límite superior a probabilidade de ter un cancro de mama é alta, e as lesións tumorais detéctanse con facilidade na mamografía, pero os tumores medran con ritmo máis lento, co que os beneficios de supervivencia non parecen xustifica-los recursos que se consumirían.

O principal obxectivo de controversia sitúase no grupo entre 40-49 anos; aínda que hoxe por hoxe non hai datos significativos que permitan recomendar-la detección precoz neste grupo de idade, considerando a incidencia crecente de cancro de mama en mulleres cada vez máis novas, diversos programas definiron como grupo de estudio as mulleres entre 45-64 anos.

O que si parece recomendable é a realización de mamografías periódicas a partir dos 40 anos, cando existe o antecedente de cancro de mama nun familiar de primeiro grao.

Intervalo entre mamografías

A periodicidade bianual parece a máis axeitada no grupo de idade entre 49-69 anos. No caso de que se inclúan no programa de screening o grupo de 40-49 anos parece recomendable a periodicidade anual por que nesa idade:

- * Prodúcense cambios importantes no tecido mamario, relacionados coa menopausa.

- * Prodúcese unha maior rapidez da evolución da fase preclínica do cancro de mama.



RECOMENDACIÓNS DO PAPPS

O PAPPS, que é o Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud da Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, recomenda realizar unha mamografía ás **mulleres de idade comprendida entre 50 e 74 anos con frecuencia bianual, como única proba de cribado.**

Di que **non hai evidencia de que o cribado diminúa a mortalidade no grupo de 40-49 anos;** de ter cribado as mulleres deste grupo, recoméndase que se faga con periodicidade anual.

Os servizos de atención primaria (SAP) teñen unha situación privilegiada para colaborar nos programas de cribado do cancro de mama; poden motivar ás mulleres para participar, e discuti-lo cribado coas non participantes.

Os SAP deben dispoñer da **información** individualizada, dos **resultados** do cribado da súa poboación diana.



PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE MAMA

Na nosa comunidade autónoma está en funcionamento desde o ano 1992 un programa de screening, que ten como **obxectivo principal reduci-la mortalidade por cancro de mama en mulleres de 50 a 64 anos nunha porcentaxe superior ó 25% ós seis anos de implantación completa do programa.**

A proba de cribado consiste na realización de mamografías, dúas proxeccións por mama a tódalas mulleres de idade comprendida entre 50 e 64 anos con periodicidade bianual.





Bibliografía:

- **Guía de medicina clínica preventiva.** US Preventive Services Task Force. Ed. Española, 1998.
- **Actualización PAPPS, 1999.** Atención primaria, suplemento 1/XII/1999.
- **Screening mammography breast cancer diagnosis in asymptomatic women.** G. Svane; E. J. Potaher; A. Sierro; E. Azavedo. Ed. Mosby.
- **Breast cancer screening; cost-effective in practice?** De-Koning HJ: European Journal Radiology, 2000; 33: 32-37.
- **Incident screening cancers detected with a second mammographic view: pathological and radiological features.** Given-Wilson RM; Blanks RG. Clinical radiology, 1999; 54: 724-735.
- **Cancers detected and induced in mammographic screening: new screening schedules and younger women with family history.** Law J. Br J Radiol 1997; 70: 62-69.
- **Plan Integral de Atención Sanitaria e Social á Muller.** Edit. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Maio 1999.

Cancro de cérvix

No ámbito mundial o cancro de cérvix uterino é o tumor xenital feminino máis frecuente. En España, ocupa o terceiro lugar (4,5%), tralo de endometrio (6,7%) e ovario (4,7%). En termos de taxas axustadas por idade, a incidencia estimada de cancro de cérvix en España é de 8,5 casos por 100.000 mulleres/ano, a menor dos países da Unión Europea. A taxa de mortalidade é de 2,3 por 100.000 mulleres/ano.

En Galicia non se coñecen as taxas reais pero supóñense menores cás de España.

As tendencias temporais de mortalidade indican que na maioría dos países desenvolvidos a mortalidade atribuíble ó cancro de cérvix desce de maneira sostida desde os anos 50. Na última década nalgúns zonas esta tendencia parece que se inverteu debido a mulleres que escaparían ós programas locais de cribaxe.

A maioría dos cancros de colo son de tipo escamoso (60-70%) seguidos dos adenocarcinomas e os carcinomas adenoescamosos.



HISTORIANATURAL E LESIÓNS PREMALIGNAS OU PREINVASORAS

O colo uterino na súa porción exocervical e a vaxina están recubertos por epitelio poliestratificado escamoso, e o endocérvix por epitelio monoestratificado cilíndrico que forma pequenas glándulas simples. Os dous están sometidos a un proceso de exfoliación ininterrompida. O límite entre ámbolos ou unión escamo-columnar non é fixo senón que cambia ó longo da vida da muller; na etapa prepuberal adoita estar por debaixo do orificio cervical externo (OCE), na posmenopausa "ascende" por riba do OCE, e na vida reproductora adoita ocupar un lugar intermedio. Tampouco é un límite brusco senón que adoita existir unha zona intermedia de 1 a 13 mm de ancho. Coñécese como **zona de transición ou de transformación** e nela asenta a **metaplasia escamosa** ou desenvolvemento de epitelio escamoso con diversos graos de maduración en zonas habitualmente recubertas de epitelio cilíndrico. É un proceso fisiolóxico que se produce en tódalas mulleres varias veces ó longo da vida aínda que de forma máis acentuada nas novas. En ocasións o epitelio que se forma non é normal e prodúcese unha alteración da arquitectura epitelial e da estrutura celular. Aínda que moitas destas lesións son benignas outras son atípicas e constitúen a orixe do cancro de cérvix.

Cando o epitelio escamoso atípico non reúne as características de canceroso denomínase **displasia**. Foi definida en 1961 como "epite-





lios poliestratificados que asentan na superficie ou en glándulas, con alteracións da diferenciación que non chegan a ser tan intensas como o **carcinoma "in situ"**. O carcinoma "in situ" sería cualitativamente igual pero con alteracións cuantitativamente máis graves. Dividiuse a displasia en leve, moderada e grave segundo a afectación das capas do epitelio.

Crese que tódolos cancros de células escamosas se inician en lesións displásicas e evolucionan a carcinoma "in situ" e posteriormente a cancro invasor nun período variable. Baseándose nesta afirmación, Richart en 1964 denominou as ditas lesións **neoplasma cervical intraepitelial (CIN)** e segundo a porcentaxe de células indiferenciadas desde a membrana basal á superficie epitelial clasificounas en **CIN 1** (0-33%), **CIN 2** (33-66%) e **CIN 3** (> 66%). CIN 1 equivale a displasia leve, CIN 2 a displasia moderada e CIN 3 a displasia grave e carcinoma "in situ". O 57% dos CIN 1 regresan, 32% persisten, 11% progresan a CIN 3 e 1% a carcinoma invasor. O 43% dos CIN 2 regresan, o 35% persisten, o 22% progresan a CIN 3 e o 5% a carcinoma invasor. O 32% dos CIN 3 regresan, o 56% persisten e máis do 12% progresan a carcinoma invasor. Todas estas lesiones adoitan ser asintomáticas.

A maior parte destes cancros teñen un inicio gradual. As lesións preinvasoras poden existir durante anos nunha fase reversible de enfermidade superficial. A idade media das mulleres con carcinoma "in situ" é 10-15 anos inferior á das pacientes con cancro invasor. Sen embargo o CIN non progresa necesariamente de forma ordenada a cancro invasor, un CIN precoz pode converterse rapidamente nun cancro invasor sen ter pasado polas etapas intermedias. Ata a data non existe ningunha forma de predicir qué paciente se manterá dentro da mesma categoría de CIN, cál progresará a formas máis graves ou cancro invasor e canto tempo tardará en ocorrer esa transición.

Ahistoria natural dos outros cancros de colo uterino é menos coñecida.



FACTORES DE RISCO

O cancro de cervix ten un comportamento biolóxico similar a unha enfermidade de transmisión sexual (ETS). A conducta sexual de varóns e mulleres é o factor de risco principal. Asíciase ó **inicio precoz das relacións sexuais**, ás relacións con **múltiples parellas**, e con **compañeiros promiscuos**. O **hábito de fumar** sería un factor de risco independente dos factores sociais para os cancros de tipo escamoso.

Nos últimos anos púidose confirma-la relación entre a infección do virus do papiloma humano (VPH) e os tumores do colo uterino. A prevalencia de ADN de VPH no cancro de colo uterino é superior ó 90%,

con varias series que demostran secuencias virais no 100% dos casos, segundo a técnica utilizada. Os VPH de maior risco oncoxénico son os subtipos 16, 18 e 31 pero tamén estarían implicados o 30, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56 e 58. A súa presenza implica maior risco de progresión a formas máis avanzadas, aínda que na maioría dos casos causan só cambios transitorios e raramente conducen a CIN ou cancro invasor. Na actualidade acéptase que o virus non pode ser eliminado con ningún tratamento coñecido. A forma máis común de transmisión é a sexual, durante o coito. Outras ETS probablemente terían un papel moi limitado, reflectindo sobre todo o comportamento sexual.

O uso prolongado de anticonceptivos orais podería ser un factor favorecedor da persistencia de infección por VPH e da progresión a neoplasma. Moitos dos traballos publicados conteñen nesgos que distorsionan os resultados. En xeral acéptase que os anticonceptivos orais non aumentan o risco e se o fan é moi pouco.

A **inmunosupresión** é un factor favorecedor. En tódolos estudos descríbese unha proporción de CIN moi superior nas mulleres portadoras do **virus da inmunodeficiencia humana (VIH)** que nos controis. Ademais existe unha elevada taxa de fracasos terapéuticos independentemente da modalidade utilizada, e un maior risco de progresión a cancros invasores, que con frecuencia son tumores de alto grao con ganglios afectados. Desde 1993 os CDC de EEUU inclúen na definición da sida as mulleres VIH positivas con cancro cervical invasor.

O cancro de cérvix uterino sería o resultado final dun proceso que se inicia como un comportamento sexual de alto risco que aumentaría a probabilidade de infección por VPH. Entre o 5 e o 10% das mulleres infectadas adquiren o estado de portadoras e algunhas desenvolverán posteriormente lesións neoplásicas. Nesta progresión poderían intervi-los chamados cofactores ambientais, a idade a que se produ- ce a infección e o estado inmunitario da muller.

MULLERES DE RISCO
Inicio precoz das relacións sexuais
Promiscuidade
Compañeiro sexual promiscuo
Enfermidades de transmisión sexual
Infección por VPH
Fumadoras importantes
Inmunodepresión



PREVENCIÓN E DIAGNÓSTICO PRECOZ

1- XUSTIFICACIÓN

O colo uterino é un órgano accesible, facilmente explorable, no que se produce un cancro frecuente e mortal en moitas ocasións, e na maioría dos casos existen lesións precursoras diagnosticables.

A citoloxía cérvico-vaxinal é capaz de detecta-las **lesións preinvasoras do cancro escamoso**. Aínda que non reúne tódalas características ideais para unha proba de cribado poboacional, é fácil de aprender e realizar, barata e rápida. A sensibilidade varía amplamente nas diferentes estatísticas entre o 50 e o 98%. Este é un dos principais argumentos que utilizan os seus detractores pero, aínda que existen técnicas máis sensibles (colposcopia, cervicografía) son máis caras, requiren bastante tempo por exploración e maior aprendizaxe, polo que no son útiles para a detección de masas como proba inicial selectiva.

Aínda que non existen estudos aleatorios hai probas que demostran que os programas de detección selectiva citolóxica permiten reducir de forma eficaz a mortalidade debida a cancro de colo uterino. O grao de redución é proporcional á porcentaxe de poboación explorada. Non se apreciou diminución da incidencia en zonas onde non se instaurou a detección.

Actualmente non se recomenda o uso sistemático de probas para a detección de VPH. Non é eficaz economicamente, os equipos son pouco sensibles se se comparan coa PCR e só unha pequena porcentaxe de mulleres infectadas desenvolverán cancro de colo uterino.

2- EDUCACIÓN SANITARIA

A prevención do cancro de colo uterino baséase sobre todo en medidas de educación sanitaria encamiñadas a evita-las enfermidades de transmisión sexual, promovendo o cambio de condutas sexuais sobre todo o uso do preservativo, e a erradicación do **hábito de fumar**.

PREVENCIÓN E DIAGNÓSTICO PRECOZ
EDUCACIÓN SANITARIA
Cambio de hábitos sexuais, especialmente promoción do uso do preservativo
Combate-lo tabaquismo
CITOLOXÍACÉRVICO-VAXINALperiódica



3- CITOLOXÍACÉRVICO-VAXINAL

Tamén chamada frotis de Papanicolau. Baséase no feito fisiolóxico de que as células das capas superficiais do epitelio cervical se descaman continuamente. O obxectivo é a detección das lesións intraepiteliais o que permite diminuí-la mortalidade e reduci-los custos do tratamento. Non é un elemento diagnóstico senón unha proba de detección selectiva. O diagnóstico depende dunha biopsia.

3- a. TÉCNICA

Realizarase con sumo coidado se se pretende a máxima exactitude e reduci-la taxa de falsos negativos. Deben tomarse **mostras da zona de transformación** do cérvix, onde aparentemente se orixinan a maior parte das lesións.

Coa muller colocada en posición xinecolóxica introdúcese un espéculo vaxinal sen lubricante (como moito humedecido con auga estéril ou soro fisiolóxico) e visualízase totalmente o colo uterino con coidado para non producir lesións na súa superficie que orixinen sangrado. Practícanse tres tomas: fondo de saco vaxinal e ectocérvix mediante espátula de madeira ou de plástico, e endocérvix mediante torunda de algodón ou cepillo endocervical. Esténdense ordenadamente nun portaobxectos de cristal procurando que a extensión sexa fina e fíxanse rapidamente con alcohol éter ou outro medio comercial de fixación (nebulizadores que conteñen alcol e polietilenglicol) para evita-la súa desecación. Identifícase a paciente no extremo esmerilado do portaobxectos e envíase ó laboratorio de anatomía patolóxica acompañado dun informe clínico adecuado (motivo do frotis, idade, paridade, datos clínicos de interese).

Antes de coloca-lo espéculo inspeccionarase a vulva e, ó retiralo, a vaxina, buscando posibles lesións.

3- b. CONTROLDE CALIDADE DA TOMA CITOLOXICA

O patólogo debe informar ó clínico da calidade da mostra, sobre todo se esta é insuficiente ou existe material estraño que dificulte a valoración; neste caso haberá que repeti-la toma.

Un tema controvertido foi a ausencia de células endocervicais na extensión como causa de frotis insatisfactorios. Hoxe en día acéptase que non existen probas que obriguen á realización inmediata ou precoz dunha nova citoloxía se a primeira se informa como normal pero carente de compoñente endocervical.



3- c. INTERPRETACIÓN DO INFORME CITOLÓXICO

Desde o inicio da citoloxía fixéronse múltiples clasificacións e nomenclaturas dos achados. Ata 1988 as clasificacións máis usadas eran a da **OMS (displasias-carcinoma "in situ")** e a de Richart (**CIN**); as súas equivalencias xa se comentaron. Este ano o Instituto Nacional do Cancro de EEUU promoveu en **Bethesda** unha xuntanza de expertos para definir unha terminoloxía uniforme para a lectura dos frotis citolóxicos, condicións para considerar axeitado un frotis e directrices para enlaza-lo resultado do frotis co tratamento clínico. A clasificación resultante supón que é difícil distinguir entre o CIN 1 e as lesións producidas por VPH polo que as agrupa baixo a categoría de **lesións intraepiteliais escamosas (SIL) de baixo grao**. CIN 2 e 3 inclúense dentro doutra categoría denominada **SIL de alto grao**. As lesións que conteñen células con características nucleares anormais pero sen cambios suxestivos de CIN clasifícanse como células escamosas atípicas de significado indeterminado (**ASCUS**). Unha pequena porcentaxe de ASCUS corresponde realmente a lesións de maior grao.

O diagnóstico citolóxico da infección por VPH baséase en dúas características que son patognomónicas: a coilocitose e a disqueratocitose.

Os tres sistemas de clasificación coexisten no noso medio e mesmo mestúranse.

Aínda que no informe deben enumerarse as infeccións a presenza das cales poida suxerirse na citoloxía, para o diagnóstico definitivo deben usarse outros métodos máis específicos.

3-d. PERIODICIDADE

Existen grandes controversias en canto ó intervalo óptimo entre citoloxías. Algúns grupos recomendan unha proba anual desde o inicio das relacións sexuais ou ós 18 anos. En España o **Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS)** recomenda dúas probas con periodicidade anual e logo cada 5 anos nas mulleres sexualmente activas de 35 a 65 anos; ás mulleres maiores de 65 anos sen citoloxías nos últimos 5 anos ofreceránselles dúas probas con periodicidade anual e, se son normais, non se proporán máis intervencións; tamén se recomenda a busca activa de mulleres con factores de risco. En 1988 a **Asociación Americana do Cancro e o Colexio Americano de Obstetras e Xinecólogos** recomendaron practicar citoloxías cérvico-vaxinais anuais

EQUIVALENCIAS ENTRE NOMENCLATURAS		
Displasia/Cancro "in situ"	CIN	Bethesda
Normal	Normal	Dentro de límites normais
Atipia benigna	Atipia inflamatoria	Cambios celulares benignos, reactivos por infección, inflamación, atrofia, radiación.
Células atípicas	Atipia escamosa	ASCUS
Displasia leve	CIN 1	SILde baixo grao (CIN 1, VPH)
Displasia moderada Displasia grave Cancro "in situ"	CIN 2 CIN 3	SILde alto grao
Adenocarcinoma		Anomalía de células glandulares.

desde o inicio das relacións sexuais ou desde os 18 anos de idade. Nas mulleres de baixo risco tras tres citoloxías negativas poderíanse espacia-los intervalos (máximo 3 anos). Nas mulleres con factores de risco deben ser anuais. A **Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia** fai unhas recomendacións similares. É de salientar que unha porcentaxe importante de lesións intraepiteliais se producen pouco tempo despois de iniciarl as relacións sexuais o que apoiaría o comezo precoz da detección. Aínda que algúns autores propugnan abandonala cribaxe a partir dos 65 anos de idade, esta debería seguir toda a vida da muller, aínda que espaciada, pois unha porcentaxe importante de cancros invasores e de mortes por cancro de cérvix prodúcense nestas idades. Ás pacientes VIH positivas débenselles realizar unha citoloxía, se é normal repetirase ós 6 meses, e se esta tamén é negativa faranse controis anuais.

3-e. CONDUCTA ANTE UNHACITOLOXÍAA NORMAL

No caso de **ASCUS** repetirase o frotis cada 4-6 meses ata obter 3 consecutivos negativos, momento no que volverá ós controis normais. Se existe inflamación importante repetirase ós 2-3 meses. Se aparece unha nova citoloxía con ASCUS, se o patólogo cre que pode existir un proceso neoplásico subxacente, se se cre que a paciente non vai cumpri-lo seguimento ou existen citoloxías previas con CIN remitirase para colposcopia. Trataranse as infeccións asociadas e en mulleres posmenopáusicas sen tratamen-



to hormonal substitutivo pode ser útil o tratamento tópico con estróxenos antes de repeti-lo frotis.

Se o diagnóstico é de **SILde baixo grao (CIN 1 ou lesión por HPV)** poden ser axeitadas as recomendacións descritas para o ASCUS. O 60% destas lesións regresan espontaneamente e non necesitarán ningún tipo de tratamento. Para realizar calquera tratamento (crioterapia, vaporización con láser, excisión local con asa de diatermia...) precísase confirmación histolóxica previa, mediante biopsia dirixida por colposcopia.

Tódalas **SILde alto grao (CIN 2 ou CIN 3)** deben ser remitidas para colposcopia e biopsia.

Cando existen **células glandulares atípicas** de significado incerto ou sospeita de adenocarcinoma "in situ" débese envia-la paciente para avaliación, así como cando se sospeita calquera cancro invasor.

As pacientes HIV positivas con ASCUS ou SIL de calquera grao deben ser avaliadas mediante colposcopia. Se a citoloxía amosa inflamación severa con células escamosas reactivas débese repetir ós tres meses.

No futuro a detección de marcadores virais no material celular ou no tecido tumoral poden contribuír a mellora-los programas de detección precoz do cancro cérvicouterino. Probablemente o verdadeiro grupo de risco para o cancro invasor son as mulleres portadoras crónicas de determinados tipos de HPV. Este grupo sería candidato a seguimento preventivo rigoroso mentres que o resto das mulleres poderían seguir controis máis espaciados.



Bibliografía

- 1- **Alonso JM, Bellas B, Cierco P, Gálvez M, González J, Martín N, Melús E, Marzo M** (Grupo de expertos del PAPPS). *Prevención del cáncer. Atención primaria* 1999, 24 (sup 1): 76-98.
- 2- **Azcárate MA, Aguilar E, Campillo F, Pascual E, Rodríguez A, Hernández-Gil LI**. Lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado tras citología negativa: progresión rápida. *Prog Obstet Gynecol* 1999; 42: 373-376.
- 3- **Cannistra SA, Niloff JM**. Cancer of the uterine cervix. *N Engl J Med* 1996; 334: 1030-1038.
- 4- **Celorio JA, Calero F, Armas A**, eds. *Fundamentos de Oncología Ginecológicacncro Madrid*, Ediciones Díaz de Santos SA, 1986.
- 5- **Conferencia de Consenso sobre Prevención del Cáncer Genital Femenino**. Sección de Prevención del Cáncer Genital Femenino de la S.E.G.O., 1997.
- 6- **De la Fuente P, Garzón A. Cáncer de cervix** . En, **Usandizaga JA, De la Fuente P**, eds. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. Madrid, McGraw-Hill-Interamericana. 1998; p 335-371.
- 7- **Diagnóstico precoz del cáncer genital femenino** (protocolo nº 85). En, *Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia*. Sociedad Española de Ginecología Obstetricia. Madrid, Ed. Comunicación y Servicio, 1998.
- 8- **Disaia PJ, Creasman WT**, eds. *Oncología Clínica Barcelona*, Ed. Mosby, 5ª ed, 1994.
- 9- **Eddy DM**. Sceening for cervical cancer. *Ann Intern Med* 1990; 113: 214-226.
- 10- **Fruchter RG, Maiman M, Sedlis A, Bartley L, Camilien L, Arrastia CD**. Multiple Recurrences of cervical intraepithelial neoplasia in women with the Human Immunodeficiency Virus. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 338-344.
- 11- **Grupo de cáncer de cuello uterino**. *Cáncer de cuello uterino*. En. *Documentos de Consenso S.E.G.O.*, 1997. Madrid, ed Medites, 1997.
- 12- **Herbst AL**. Sistema Bethesda para el diagnóstico citológico cérvico/vaginal. *Clin Obstet Gynecol (ed esp)* 1992; p 21-25.
- 13- **Kurman RJ, Henson DE, Herbst AL, Noller KL, Schiffman MH**. Interim Guidelines for management of abnormal cervical cytology. *JAMA*1994; 271: 1866-1869.
- 14- **Mandelblatt J, Gopaul J, Wistreich M**. Gynecological care of elderly women. *JAMA* 1986; 256: 367-371.



- 15- **Mitchell H, Medley G.** Longitudinal Study of women with negative cervical smears according to endocervical status. *Lancet* 1991; 337: 365-367.
- 16- **Morris M, Tortolero-Luna G, Malpica A, Baker VV, Cook E, Johnson E, Mitchell MF.** Neoplasia intraepitelial y cáncer cérvicouterino. *Clín Ginecol Obstet. Temas actuales (ed esp)* 1996; p 315-374.
- 17- **National Cancer Institute Workshop.** The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytological diagnosis. *JAMA* 1989; 262: 931-934.
- 18- **Seadlacek TV.** Avances en el diagnóstico y tratamiento de las infecciones por el Virus del Papiloma Humano. *Clin Obstet Gynecol (ed esp)* 1999; p 191-202.
- 19- **Wilson S, Woodman C.** Evaluación de la eficacia de la detección cervicouterina sistemática *Clin Obstet Gynecol (ed esp)* 1995; p 553-560.
- 20- **Warner EA, Parsons AK.** Detección y diagnóstico temprano de cánceres ginecológicos. *Clin Med N Am (ed. española)* 1996; p 43-58.



Cancro de ovario

- É a principal causa de morte por cancro xenital.
- Adoita ser asintomático en etapas iniciais, polo que o diagnóstico adoita ser tardío e a supervivencia baixa; isto xustificaría, en principio, a posta en marcha de programas de detección e diagnóstico precoz.
- O valor predictivo do exame xinecológico con tacto bimanual é moi baixo.

Non existen recomendacións oficiais para o cribado sistemático de mulleres asintomáticas en busca de cancro de ovario, posto que os exames periódicos con ecografía e determinación de marcadores séricos do tumor non demostraron ser eficaces.

Si, en cambio, parece indicada a derivación a Xinecoloxía de mulleres con **antecedente familiar de cancro de ovario** que suxira unha síndrome de cancro de ovario hereditario, que permita valorar estudos seriados con técnicas ecográficas e determinación de CA-125. Algúns autores recomendan a ooforectomía profiláctica en mulleres de risco maiores de 35 anos.



Cancro de endometrio

- * O terceiro en frecuencia de tódolos tumores femininos en España.
- * O primeiro en frecuencia dos tumores xenitais.
- * A idade media de presentación é de 60 anos e aproximadamente un 20% deles prodúcense antes da menopausa.
- * A maioría presentan síntomas en estadios iniciais, polo que se poden diagnosticar precozmente.
- * Entre os **factores de risco** teremos en conta:
 - * Antecedentes familiares de cancro de endometrio.
 - * Historia xinecolóxica: menarquia precoz, menopausa tardía, nuliparidade e infertilidade.
 - * Situacións de hiperestroxenismo mantido: obesidade e patoloxías crónicas como diabete mellitus, HTA, cirrose e hipotiroidismo.
 - * THS só con estróxenos, en función de tempo e dose administrada.
 - * Tamoxifeno, en relación con dose e tempo de duración do tratamento.

Non hai evidencia actual para recomenda-lo cribado sistemático en mulleres asintomáticas.

É importante o **consello** a mulleres posmenopáusicas para que consulten **ante calquera hemorraxia vaxinal**.

Cancro de vulva

De baixa prevalencia (3-5% de tódolos neoplasias xenitais malignos) e de presentación en idades avanzadas.

É un neoplasma de bo prognóstico se se diagnostica precozmente.

A frecuencia de presentación aumenta coa idade; é máis común en fumadoras e obesas (quizais máis pola dificultade que presentan estas últimas para a exploración que por constituír en si un factor de risco).

Existe unha forma de cancro de vulva de localización multifocal ligado á infección por HPV que se presenta en mulleres novas.

Ó ser un tumor de baixa prevalencia non está indicado o cribado poboacional, pero a súa fácil accesibilidade xustifica o realizar unha exploración sistemática ó face-la citoloxía cérvico-vaxinal.

Recoméndase ter especial precaución con pacientes de idade que consultan por prurito vulvar de longa evolución.



Cancro de vaxina

Dada a súa baixa prevalencia, tampouco está indicado o cribado poboacional.

A súa frecuencia está aumentada en mulleres con antecedentes de cancro de cérvix ligado ó HPV, polo que se considerarán de especial risco.

Tamén se considerarán de risco as pacientes expostas intraútero ó dietil-etilbestrol.

Igual que no caso anterior, está indicada a exploración sistemática das paredes vaxinais na exploración xinecolóxica en busca de lesións sospeitosas subsidiarias de biopsia, cando se realiza a toma citolóxica.

Bibliografía

Guía de medicina clínica preventiva. US preventive Services Task Force. Ed. española, 1998.

Actualización PAPPS 2001. Atenc. primaria 2001; vol. 28, supl. 2.

Grimes DA, Economy KE. Primary prevention of gynecologic cancers. Am J Obstetr Gynecol 1995; 17:227-235.

Rose PG. Endometrial carcinoma. N Engl J Med 1996; 335:640-649.

Von Gruenigen VE, Karlen JR Carcinoma of the endometrium. Am Fam Physician 1995; 51:1531-1536.

Carlson KS, Skates SJ, Singer DE. Screening for ovarian cancer. Ann Intern Med 1994; 121:124-132-

American College of Physicians. Screening for ovarian cancer. Ann Intern Med 1994; 121:141-142.

Anticoncepción



Ana Zamora Casal

Isolina Bonacho Paniagua

M^a Luisa Gromaz Martín

Anticoncepción

1. XUSTIFICACIÓN

2. A MATRONA/PERSOALDE ENFERMERÍA E A PLANIFICACIÓN FAMILIAR

2.1.- Introducción

2.2.- Niveis de actuación

3. GUÍA DE ANTICONCEPCIÓN PARA PROFESIONAIS DE ATENCIÓN PRIMARIA

I- Historia clínica

II- Anticoncepción hormonal (AH)

III- Anticoncepción poscoital ou de emerxencia

IV- Dispositivo e implante intrauterino (DIU, IIU)

V- Métodos cirúrxicos

VI- Interrupción voluntaria do embarazo (IVE)

4. BIBLIOGRAFÍA



1- XUSTIFICACIÓN

A planificación familiar (PF) constitúe un dereito dos individuos e ten como obxectivo principal mellora-la calidade de vida das persoas, mediante un conxunto de actividades preventivas e de promoción da saúde.

Os servizos que desenvolven estas actividades poden prover unha atención de calidade tendo en conta os dereitos das persoas e as necesidades dos profesionais dos servizos de saúde (Federación Internacional de Planificación Familiar. IPPF).

As necesidades destes profesionais inclúen, entre outras, recibir capacitación e información actualizada e contar con infraestructuras e subministracións axeitadas.

Family Health International (FHI) no seu interese por mellora-la calidade dos servizos pensou en elimina-lo que deu en chamar "barreiras médicas". Entendendo por tales as prácticas derivadas, polo menos en parte, dunha razón médica, que teñen como resultado a negación ou un impedimento cientificamente inxustificable para a anticoncepción. FHI identificou sete tipos de barreiras:

- 1- As contraindicacións inadecuadas ou non actualizadas.
- 2- Os criterios de elixibilidade que, sen xustificación científica, limitan o uso da anticoncepción.
- 3- Os "obstáculos de procedemento" que poden incluír exames ou procedementos innecesarios.
- 4- As restricións en canto ó tipo de provedor de atención de saúde que pode ofrecer servizos de planificación familiar.
- 5- Os prexuízos dos provedores ó recomendar ou presentar varios métodos ós/ás usuarios/as.
- 6- As regulacións gobernamentais, que poden restrinxir ou impedi-la elaboración, a aprobación ou a promoción de certos anticonceptivos.
- 7- O tratamento inadecuado dos efectos secundarios.

Esta guía ten como obxectivo evitar que as barreiras médicas sinaladas constitúan un obstáculo para a atención dos/as usuarios/as por parte dos/as profesionais da saúde en materia de anticoncepción. Ten en conta o desenvolvemento do traballo desde un punto de vista interdisciplinar e, se ben só aborda os métodos anticonceptivos susceptibles de control por parte de persoal sanitario, non debemos esquecer-lo aspecto psicosexual da anticoncepción e a existencia dos outros métodos anticonceptivos.



Dereitos das persoas en PF: dereito á información, acceso, opción, seguridade, privacidade, confidencialidade, dignidade, comodidade, continuidade e opinión.

Calidade dos servizos: a prestación de servizos ó usuario, baseada na libre elección dos métodos dispoñibles, por parte dun persoal capacitado en materia de información e asesoramento, que ten en conta o punto de vista do usuario, os criterios dos servizos esenciais, os recursos e o ambiente, para satisfacer as necesidades e as expectativas dos usuarios actuais e para atraerlos futuros aceptantes. Federación Internacional de Planificación Familiar.

Clasificación dos métodos anticonceptivos

PLANIFICACIÓN FAMILIAR NATURAL

Método do cálculo ou do calendario

Método da temperatura corporal basal

Método do moco cervical, de Billing ou da ovulación

Método sintotérmico

Método da lactancia e da amenorrea (MELA)

COITO INTERROMPIDO

MÉTODOS DE BARREIRA

Preservativo masculino ou condón

Preservativo feminino Femy

Diafragma

Espemicidas

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

DISPOSITIVO-IMPLANTE INTRAUTERINO

MÉTODOS CIRÚRXCOS

Ligadura de trompas

Vasectomía



2- A MATRONA/PERSOAL DE ENFERMERÍA E A PLANIFICACIÓN FAMILIAR

2.1 Introducción

A asistencia materno-infantil está incluída na atención primaria de saúde, e son as matronas as profesionais que habitualmente están en contacto coa muller. O campo de traballo destas profesionais abarca desde potencia-la saúde ata a prevención da enfermidade, co cal a educación sanitaria é a súa principal arma de traballo, contribuíndo así a conseguirla calidade de vida desexada. Dentro do Programa da Muller, ten cabida a planificación familiar e a saúde sexual.

Cómpre que estes profesionais adopten un criterio positivo respecto da sexualidade, tanto para eles mesmos como para os demais, mesmo chegando a un cambio de actitudes se fose necesario.

Hai que crear un ambiente cómodo para o/a usuario/a, que dea pé a un diálogo aberto, escoitando as súas opinións e inquietudes, mantendo unha relación directa e de confianza, pero creando, ó mesmo tempo, a autonomía necesaria para que poida toma-las súas propias decisións.

Debemos incluí-la sexualidade e non limitarnos ó asesoramento e asistencia exclusivamente de anticoncepción ou enfermidades de transmisión sexual.

2.2 Niveis de actuación

A) Educación para a saúde

Realizarase en grupo ou individual, mediante charlas-coloquio, folletos, carteis ou outro material divulgativo.

- 1.- Charla-coloquio sobre sexualidade e anticoncepción.
- 2.- Charla-coloquio sobre enfermidades de transmisión sexual.
- 3.- Charla-coloquio sobre a etapa preconcepcional.
- 4.- Charla-coloquio sobre a etapa da menopausa.
- 5.- Charla-coloquio sobre a autoexploración mamaria.

Contido da charla-coloquio sobre sexualidade e anticoncepción.

✓ Anatomía e fisioloxía do aparello xenital masculino e feminino.

✓ Información sobre sexualidade. Aspectos xerais:

- ¿Que se entende por sexualidade?
- Funcións da sexualidade.
- Diferenciación entre coito e relación sexual.

- Evolución da sexualidade nas distintas etapas da vida: infancia, adolescencia, etapa adulta e vellez. A sexualidade durante o embarazo e o posparto.
- Orientacións sexuais: homosexualidade, heterosexualidade, bisexualidade.
- Comportamentos sexuais.
- Estimulación sexual non coital: bicos, caricias, estimulación de senos, estimulacións xenitais: contacto bucoxenital (cunnilingus, fellatio), contacto interxenital, autoestimulación (masturbación).
- Estimulación sexual coital: coito vaxinal, coito anal.
- Resposta sexual humana.
- Problemática sexual no home e a muller: disfunción erectiva, disfunción orgásmica, dispareunia etc.

✓ Información sobre anticoncepción:

- Aspectos xerais da anticoncepción: ausencia do método ideal e dun método de aplicación universal. Importancia da elección informada por parte da persoa e importancia da práctica do consello anticonceptivo.
- Clasificación e características dos métodos: mecanismo de acción, forma de utilización, vantaxes e inconvenientes, seguridade, efectos secundarios e complicacións.

Contido da charla-coloquio sobre enfermidades de transmisión sexual (ETS).

- ✓ Concepto.
- ✓ Causas.
- ✓ Síntomas.
- ✓ Prevención.

Contido da charla-coloquio sobre a etapa preconcepcional.

- ✓ Indicacións previas á concepción.
- ✓ Hábitos saudables: dieta, actividade física, actividade sexual, hixiene persoal...
- ✓ Parto.
- ✓ Coidado do posparto: dieta, actividade física, actividade sexual, método anticonceptivo.



Contido da charla-coloquio sobre a etapa da menopausa.

- ✓ Concepto
- ✓ Factores influentes na idade de aparición
- ✓ Hábitos saudables
- ✓ Síntomas
- ✓ Tratamentos e efectos secundarios

Contido da charla-coloquio sobre a autoexploración mamaria.

- ✓ ¿Cando face-la exploración?
- ✓ ¿Como face-la exploración?
 - Inspección: tamaño, forma, irregularidades, secreción
 - Palpación: mamas e axilas

✓ ¿Que achados motivarían consulta?

Impartiranse as charlas tendo en conta as necesidades do grupo, idade, nivel cultural das persoas ás que van dirixidas e debe utilizarse un vocabulario adaptado ó grupo.

B) Nivel asistencial

- Historia clínica: completa-la historia cos datos sobre anticoncepción e sexualidade da persoa.
- Realiza-la recollida de mostras vexinais para a citoloxía, frotis, cultivos.
- Controla-los métodos naturais comprobando a súa correcta utilización.
- Controla-los métodos de barreira prestando atención á súa correcta utilización.
- Participar no control da anticoncepción hormonal valorando os efectos secundarios, comprobando a súa toma correcta, realizando o control de peso, TA e analítica de sangue.
- Participar no control do DIU:
 - Ensinándolle á muller a autopalpación dos fíos-guía (en previsión dun desprazamento ou expulsión do DIU).
 - Realizando a primeira revisión postinserción valorando: lonxitude dos fíos-guía e efectos secundarios.
 - Extracción do DIU con fíos-guía visibles. Realízase coincidindo coa menstruación ou cando pasasen un mínimo de catro días do último coito.
- Informar sobre métodos cirúrxicos e IVE (interrupción voluntaria do embarazo).
- Informar dos resultados das probas solicitadas e, se estes son patolóxicos, derivar ó profesional axeitado.





3- GUÍA DE ANTICONCEPCIÓN PARA PROFESIONAIS DE ATENCIÓN PRIMARIA

I- Historia clínica

II- Anticoncepción hormonal (AH)

- 1- Anamnese
- 2- Exploración física
- 3- Analítica
- 4- Exploración xinecolóxica
- 5- Elección de anticonceptivo
- 6- Información e asesoramento sobre a AH
- 7- Control dos efectos secundarios
- 8- Alteracións analíticas
- 9- Interaccións medicamentosas
- 10- Controis periódicos
- 11- Relación de anticonceptivos hormonais

III- Anticoncepción poscoital ou de emerxencia

IV- Dispositivo e implante intrauterino (DIU, IIU)

- 1- Nocións xerais de interese práctico
- 2- Contraindicacións do DIU e IIU
- 3- Información e asesoramento sobre o DIU e IIU
- 4- Control de efectos secundarios
- 5- Complicacións

V- Métodos cirúrxicos

VI- Interrupción voluntaria do embarazo (IVE)





I- HISTORIA CLÍNICA

Na historia clínica, ademais dos antecedentes familiares, persoais e os datos xineco-obstétricos, deben figurar datos sobre antecedentes e uso de métodos anticonceptivos e datos psicosexuais.

a) Datos xineco-obstétricos.

b) Datos anticonceptivos.

c) Datos psicosexuais.

a) Datos xineco-obstétricos

Menarquía.

Tipo menstrual (TM).

Número de partos e abortos.

Data da última regra (DUR).

Antecedentes e/ou presenza de alteracións do ciclo menstrual.

Antecedentes e/ou presenza de infeccións xenitais.

Antecedentes e/ou presenza de patoloxía mamaria.

b) Datos anticonceptivos

Métodos anticonceptivos utilizados con anterioridade:

- . A súa aceptación.
- . Os seus efectos secundarios.
- . Causa do seu abandono.

Método anticonceptivo utilizado na actualidade:

- . A súa aceptación.
- . Os seus efectos secundarios.

c) Datos sexuais

Número de parellas sexuais.

Apetencia sexual.

Orgasmo.

Grao de satisfacción.

Frecuencia de relacións con coito vaginal.

II- ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

- 1) *Anamnese.*
- 2) *Exploración física.*
- 3) *Analítica.*
- 4) *Exploración xinecolóxica.*
- 5) *Elección de anticonceptivo.*
- 6) *Información e asesoramento sobre anticoncepción hormonal.*
- 7) *Control dos efectos secundarios.*
- 8) *Alteracións analíticas.*
- 9) *Interaccións medicamentosas.*
- 10) *Controis periódicos.*
- 11) *Relación de anticonceptivos hormonais: composición, nome comercial.*



1) Anamnese

Desbota-la existencia de contraindicacións para o uso dos distintos anticonceptivos hormonais (Táboas 1 e 2):

- Anticonceptivos orais combinados (AOC).
- Anticonceptivos inxectables combinados (AIC).
- Anticonceptivos orais de proxestáxeno só (PPS).
- Inxectables de proxestáxeno só (IPS).
- Valora-la aceptación do método. É fundamental para unha boa tolerancia.

Táboa 1. Contraindicacións para o uso de anticonceptivos combina - dos (orais e inxectables).

Absolutas	Relativas
Lactancia	Hipertensión moderada (140-159/90-99 mm Hg.)
Embarazo.	Historia de hipertensión sen posibilidades de control
Fumadora maior de 35 anos.	Enfermidade hepática crónica.
Trastornos tromboembólicos pasados ou actuais.	Enfermidade sintomática do tracto biliar.
Enfermidade cerebrovascular ou arterial coronaria.	Hiperlipidemia coñecida.
Enfermidade cardíaca valvular complicada.	
Xaqueca focal.	
Tumor maligno de mama.	
Tumor hepático (benigno ou maligno).	
Enfermidade hepática aguda.	
Cirrose severa.	
Diabete con complicacións vasculares incluso HTA.	
Hipertensión moderada ou severa (>160/100 mm Hg.)	
Hipertensión con enfermidade vascular.	
Sangrado vaxinal pendente de avaliación.	



Táboa 2. *Contraindicacións para o uso de anticonceptivos con pro - xestáxeno só (orais e inxectables)*

Absolutas		Relativas	
Pílula de progestáxeno só.	Inxectables de progestáxeno só.	Pílula de progestáxeno só.	Inxectables de progestáxeno só.
Embarazo.	Embarazo.		Xaqueca focal
Tumor maligno de mama.	Tumor maligno de mama.	Tumor hepático (benigno ou maligno).	Tumor hepático (benigno ou maligno).
Cirrose severa.	Cirrose severa.	Enfermidade hepática aguda.	Enfermidade hepática aguda.
Sangrado vaxinal pendente de avaliación.	Sangrado vaxinal pendente de avaliación.		Cirrose aguda.
			Enfermidade cerebrovascular.
			Enfermidade arterial coronaria.
			Hipertensión severa (>180/110 mm Hg)
			Hipertensión con enfermidade vascular.
			Diabete con complicacións vasculares.





2) Exploración física

Índice de masa corporal e control do peso en caso de haber cambios no peso habitual.

Toma de T.A.

Inspección de pel e mucosas: valora-la presenza ou ausencia de acné, cloasma ou hirsutismo.

Exploración mamaria: desbota-la presenza de nódulos e telorrea.

3) Analítica

Glicemia basal, colesterol total e as súas fraccións se están indicadas, trigliceridos, GOT, GPT.

4) Exploración xinecolóxica

Realizar exploración bimanual e citoloxía vaginal, se é posible. Non é imprescindible a súa realización para prescribi-la AH.

5) Elección de anticonceptivo

A)- Se comeza a tomar anticonceptivos orais combinados por primeira vez:

1- Menor de 20 anos, elixirase entre os preparados combinados de 30 µg de etinilestradiol (EE) segundo relación.

Doses menores de estróxeno poderían afecta-lo desenvolvemento dun adecuado pico de masa de ósea.

2- Maior de 20 anos:

- Elixirase entre os preparados de 30 µg, 20 µg e 15 µg de EE segundo relación.

A evidencia científica dispoñible actualmente non amosa diferenzas significativas entre os preparados de 30µg, 20µg e 15µg de etinilestradiol.

3- Se existe acné, hipertricose e/ou hirsutismo: Diane 35 diario.

B)- Se está tomando anticonceptivos orais combinados:

- Se toma AOC de dose > 30 µg, cambiar de preparado segundo apartado A.

- Se toma AOC de dose ≤ 30 µg e hai boa tolerancia, continuar co mesmo preparado.

- Se existe acné, hipertricose e/ou hirsutismo: Diane 35 diario.



Relación de preparados segundo dose de etinilestradiol e prezo

30 µg	20 µg	15 µg
Triciclor (cobertura SS), 359 ptas./2,16€	Suavuret, 1.115 ptas./6,70€	Minesse, 1.497 ptas./9€
Triagynon, 594 ptas./3,57€	Harmonet, 1.125 ptas./6,70€	Melodene-15, 1.500 ptas./9,02€
Gynovin, 849 ptas./5,10€	Meliane, 1.125 ptas./6,76€	
Minulet, 849 ptas./5,10€		
Microdiol, 961 ptas./5,78€		
Diane35 diario (cobertura SS), 986 ptas./5,93€ **		
Trigynovin, 989 ptas./5,94€		
Triminulet, 989 ptas./5,94€		
Gracial 1.276 ptas./7,67€ ***		

**contén 35µg de etinilestradiol

***preparado combifásico, ten 7 comprimidos con 40µg de etinilestradiol

C)- Se tomou anticonceptivos orais combinados anteriormente, producíanlle efectos secundarios e desexa este método, prescribírase un preparado de distinta composición ó que tomou anteriormente.

En todos estes casos se tras 4 ou 5 meses da toma de anticonceptivos orais combinados aparecen efectos secundarios intratables, indicar preparados con proxestáxeno só segundo apartado D ou suspende-la AOC.

D)- Optarase pola anticoncepción hormonal de proxestáxeno só se non existen contraindicacións para o seu uso e a muller acepta o patrón de sangrado que estes provocan. En caso de contraindicacións ou intolerancia ó compoñente estroxénico doutros preparados:

- Cerazet, vía oral (cobertura SS).
- Depo-progevera 150 mg, inxectable (cobertura SS).

E)- Optarase pola anticoncepción hormonal combinada inxectable, se non existen contraindicacións para o seu uso e a muller pre-





fire esta vía de administración. No caso de existir dificultades para o cumprimento da anticoncepción hormonal oral:

- Topasel (cobertura SS).

F)- Se se realiza cambio de preparado:

- Recoméndase comezar co novo o primeiro día da menstruación.
- Se se cambia a un preparado de menos dose de EE informar á usuaria da aparición de sangrados intermenstruais ou ausencia de hemorraxia por privación os tres primeiros ciclos.
- Se se cambia a un preparado oral con proxestáxeno só, comezar calquera día sen descansar do preparado anterior.

6) Información e asesoramento sobre anticoncepción hormonal

1- Modo de tomar ou administra-los anticonceptivos hormonais

A) Anticonceptivos orais

- Comezar a tomarlos o primeiro día da regra.
- Elixir sempre o mesmo momento do día para a toma da pílula, por exemplo co almorzo, co xantar ou coa cea.
- **Toma diaria ata un total de 21/22 ou 28 pílulas segundo o preparado que se prescriba.**
- Comezo dos envases sucesivos:
 - 1- Se se toman preparados de 30 µg e 20 µg de EE, o envase contén 21 comprimidos activos, neste caso comezar ó oitavo día de termina-lo envase anterior.
 - 2- Se se toma Diane 35 diario, contén 28 comprimidos dos cales os 7 últimos son placebo de cor branca, comeza-lo seguinte envase ó termina-la última pílula de cor branca. Neste caso advertir á usuaria que non confunda as pílulas placebo coas activas.
 - 3- Se se toman preparados de 15µg de EE, o envase contén 28 comprimidos dos cales os 4 últimos son placebo de cor branca, comeza-lo seguinte envase ó termina-la última pílula de cor branca. Neste caso advertir á usuaria de que non confunda as pílulas placebo coas activas.
 - 4- **Se se toma o preparado combifásico, o envase contén 22 comprimidos activos, neste caso comezar ó 7º día de ter terminado o envase anterior.**
 - 5- Se se toman preparados de proxestáxeno só, non contén comprimidos placebo, realízase a toma de forma continua, sen interrupción entre un envase e outro.

- **Tras terminar un envase de 21 ou 22 comprimidos, deixar 7 ou 6 días de descanso nos cales ó segundo ou terceiro día de toma-la última pílula producirase a regra.**
- No caso dos preparados que conteñen placebo a regra producirase coincidindo coa toma dos comprimidos placebo de cor branca.
- No caso da toma de proxestáxenos só o patrón de sangrado cambia respecto dos outros preparados. Poden presentar desde sangrados irregulares a amenorrea que é a tendencia habitual.
- Existe protección anticonceptiva durante os 6 ou 7 días de descanso, durante a toma dos comprimidos placebo e durante a toma continuada dos preparados con proxestáxeno só.

B) Anticonceptivos inyectables

- Topasel, 1/amp./IM profunda, o 7º ou 8º día da regra de cada mes. Marxe da reinxección 3 días antes ou 3 días despois.
- Depo-progevera 150 mg. Comezar con 1/amp./IM o 5º día da regra, continúaase con 1/amp./IM profunda, cada 3 meses. Marxe da reinxección 2 semanas antes ou 2 semanas despois.

C) Posparto

- Se hai lactancia materna, elixir anticonceptivos con proxestáxeno só. Comezase ás seis semanas posparto.
- Se hai lactancia artificial, pódense elixir anticonceptivos orais combinados e comezase con eles ós 21 días posparto ou anticonceptivos con proxestáxeno só comezando con eles en calquera momento.

2.-Normas que se deben seguir en determinados casos

- Se se producen **vómitos** antes de que pasasen dúas horas desde que tomou a pílula, tomar outra pílula dun envase novo (existe o risco de expulsa-la pílula co vómito).
- Se aparece unha **diarrea** moi líquida de forma illada, tomar outro comprimido dun envase novo, tendo en conta a hora na que se tomou a pílula e a hora na que ocorreu a diarrea. Se é un proceso diarreico severo, suspende-la AH.
- Se se teñen que **realizar tratamentos** coincidindo coa toma dos anticonceptivos, informar sempre ó/á médico/a de que se toma a pílula para desbotar interaccións medicamentosas.
- Se se produce un **esquecemento** na toma da pílula e non pasaron máis de doce horas desde a hora habitual na que se adoita tomar, tomala, e nese caso tomarase unha pola mañá (a esquecida) e outra pola noite. Se pasaron máis de doce



horas do esquecemento, pódese tomar esa pastilla e continúa-lo envase, e débese utilizar outro método (preservativo), durante os sete días seguintes ó esquecemento por existir risco de embarazo.

- Se está tomando pímulas de proxestáxeno só e ocorre algunha circunstancia das citadas anteriormente e non utilizou un método de reforzo, facer un test de embarazo ós 15 días do suceso.

3.-Información sobre a aparición de efectos secundarios

É normal a aparición durante os tres primeiros meses de:

- Náuseas, vómitos.
- Mareos.
- Cefalea.
- Mastalxia.
- Sangrados ou hemorraxia por disrupción.
- Ausencia de hemorraxia por privación.

En caso de aparecer algún destes síntomas neste período de tempo, tranquiliza-la usuaria.

Cos preparados de 15 µg e 20 µg de EE, os sangrados intermenstruais e a ausencia de hemorraxia por privación son máis habituais.

Cos preparados de proxestáxeno só, o patrón de sangrado é diferente. Poden presentar sangrados de aparición irregular máis ou menos frecuentes, de cantidade variable, cunha tendencia á amenorrea. É importante informa-la usuaria de que o habitual con estes preparados é a aparición de amenorrea de maneira continua.

7) Control dos efectos secundarios

1- SANGRADOS (*sangrado infrecuente e escaso, refíreo a usuaria como "fluxo sanguinolento" tamén chamado spotting*).

Sempre que ocorran hai que investiga-la existencia de:

- a- Esquecemento dalgunha pímula.
- b- Toma inadecuada da pímula.
- c- Interaccións medicamentosas.
- d- Situacións de tensión.

A) Se non se dan as situacións descritas anteriormente e ocorre o sangrado de **forma esporádica** (un ou dous episodios en tres meses) coincidindo cos tres primeiros meses ou despois dun tempo tomándoa, hai que tranquilizar á usuaria porque está xustificado o sangrado. Se se dan as situacións arriba indicadas hai que tranquiliza-la usuaria pero hai que darlle as instrucións oportunas para cada caso.

B) Se os sangrados ocorren de **forma frecuente** (seis ou máis episodios en tres meses):

- Se está tomando preparados de 15 µg de etinilestradiol cambiar a preparados de 20 µg
- Se está tomando preparados de 20 µg de etinilestradiol cambiar a preparados de 30 µg
- Se está tomando preparados de 30 µg cambiar a un preparado que na súa composición conteña un xestáxeno diferente ou cambiar a un preparado combifásico.
- Se a pesar destes cambios persiste a perda cambiar ó preparado que contén acetato de ciproterona.
- Se está tomando preparados con proxestáxeno só, suspende-lo tratamento.

2- HEMORRAXIA POR DISRUPCIÓN (*sangrado que o describen en cantidade similar a unha menstruación*).

Sempre investiga-las situacións descritas no apartado anterior.

Tranquilizar sempre á usuaria.

- **Se ocorre esporadicamente** e lle resulta molesto recoméndase tomar dous comprimidos no canto dun desde que comeza coa hemorraxia ata termina-los 21 ou 24 comprimidos, dependendo do preparado que estea tomando.
- Se ocorre de **forma constante** (2 ou 3 meses):
 - Se está tomando preparados de 15 µg de etinilestradiol cambiar a preparados de 20 µg.
 - Se está tomando preparados de 20 µg de etinilestradiol cambiar a preparados de 30 µg ou cambiar ó preparado combifásico.
 - Se está tomando preparados de 30 µg cambiar a un xestáxeno diferente.
 - Se a pesar destes cambios persiste a perda cambiar ó preparado que contén acetato de ciproterona. Se con este preparado se presenta de novo, cómpre pensar nun estudio xinecolóxico e valora-la indicación da AH.
 - Se está tomando preparados con proxestáxeno só, suspende-lo tratamento.



3- AUSENCIA DE HEMORRAXIA POR DEPRIVACIÓN

Ausencia de hemorraxia por privación, coincidindo coa semana de descanso ou coa toma das píulas placebo no caso de tomar anticonceptivos combinados orais.

- Investiga-la existencia de:
 - 1- Toma incorrecta dos anticonceptivos orais.
 - 2- Esquecemento da toma dalgúnha píula.
 - 3- Vómitos.
 - 4- Diarreas.
 - 5- Interaccións medicamentosas.

Hai que lembrar e informar á usuaria que cos preparados de 15 e 20 µg de EE pode ser máis habitual, sobre todo durante os tres primeiros meses.

- A) Se existiu algunha das circunstancias anteriormente citadas
 - Non continuar coa AOC.
 - Facer test de embarazo.
 - Se o test é negativo, comezar coa píula na próxima menstruación.
- B) Se non existiu ningunha das circunstancias anteriores
 - Continuar coa AOC
 - Facer test de embarazo (para tranquiliza-la usuaria). No caso de que sexa positivo, suspende-la AOC.
- C) Se se repite a amenorrea por segunda vez consecutiva
 - Facer test de embarazo para tranquiliza-la usuaria.
 - Suspende-la AOC. Neste caso existen dúas posibilidades para seguir se o test de embarazo é negativo:
 - 1- Espera-la aparición espontánea da menstruación.
 - 2- Provocar unha menstruación prescribindo:

Ovoplex ou Neogynona 2 /12 h /2 días.

Producirase a hemorraxia por privación dentro dos 10 ou 15 días seguintes á toma.

Cando comece coa menstruación, empezar cun preparado de maior dose de estróxenos da que estaba tomando.

4- INAPETENCIA SEXUAL

- Investigar unha orixe anterior á toma da pílula.
- Investigar outras causas (depresión, exceso de traballo, tensión, malas relacións de parella).
- Valorar un posible rexeitamento do método.
- Se este efecto secundario repercute nas súas relacións persoais, suspende-la AH e se persiste sen toma-la pílula recomendar consulta psicolóxica.

5- NERVIOSISMO E IRRITABILIDADE

- Durante os tres primeiros meses entra dentro da normalidade, tranquiliza-la usuaria.
- Valorar un posible rexeitamento do método.
- Se persiste ou aparece despois dun tempo tomando a pílula e ten unha repercusión nas súas relacións persoais e de convivencia suspende-la AH.

6- CEFALEA

- Pode aparecer durante os tres primeiros meses da toma de anticonceptivos orais combinados, é importante tranquilizar á usuaria.
- Se son de tipo xaqueca pódense dar dúas circunstancias:

1- Usuaria diagnosticada de xaqueca sen aura que desexa tomar AOC, neste caso prescríbese controlando a aparición de:

- Aumento dos síntomas.
- Cambios do patrón clínico.

Se aparece algunha das circunstancias anteriores, suspende-la AOC.

2- Usuaria de AOC que comeza con xaqueca:

- Se non presenta aura, vixiar.
- Se presenta aura, suspende-la AOC.

7- GANANCIA DE PESO

É importante destacar que coas doses actuais dos anticonceptivos orais, é excepcional observar cambios no peso atribuíbles á pílula. Con inxectables de proxestáxeno só pode haber un aumento de peso de 1,5–2 Kg no primeiro ano de uso.



Sempre desbota-la existencia doutros factores causantes deste aumento de peso, é moi dado achacarlle á pílula calquera problema que apareza cando hai mala aceptación a ela.

8- APARICIÓN DE CLOASMA

Practicamente excepcional coas doses actuais.

Tratamento Novodermoquinona 10%, aplicación na zona tres veces ó día.

8) Alteracións analíticas

1- Se se produce unha alteración do perfil lipídico hai que ter en conta os factores de risco cardiovascular e segui-lo seguinte protocolo:

LDL<130 SI AOC (agás en maiores de 35 anos e fumadoras).

LDL130-160: <35 anos con 2 ou máis factores de risco = AOC + dieta.

>35 anos con un ou ningún factor de risco = AOC+ dieta.

LDL160-189: <35 anos con un ou ningún factor de risco = AOC + dieta.

(control a 4-6 meses)

>35 anos = NO AOC.

LDL>190 = NO AOC.

En xeral >35 anos con dous ou máis factores de risco = NO AOC.

Factores de risco:

- Historia familiar de enfermidade coronaria prematura.
- Tabaquismo.
- HTA.
- Diabete.
- Obesidade.
- Enfermidade cardiovascular.
- HDL <35.

2- Se se descubren cifras de triglicéridos entre 500-1.000 mg/dl ou superiores a 1.000 mg/dl, suspende-la AOC.

Se hai aumento de triglicéridos de causa endóxena = NO AOC.

3- Se nun exame de saúde se descobre unha hipertransaminemia, hai que investiga-la causa e suspende-la anticoncepción hormonal ata que ceda o proceso.

NOTA: sempre que se indica suspende-la anticoncepción hormonal, é importante falar coa usuaria do método anticonceptivo alternativo.



9) Interaccións medicamentosas

- Relación de medicamentos que poden diminuí-la efectividade da anticoncepción hormonal:

Anticonvulsivantes: Hidantoína (por inducción).
 Barbitúricos (por inducción).
 Primidona (por inducción).
 Carbamazepina (por inducción).
 Topiramato (por inducción).
 Felbamato (por inducción).

Outros medicamentos:

Rifampicina (por inducción).
 Rifabutin (por inducción).
 Troglitazona (por inducción).
 Griseofulvina (por inducción).
 Modafinil (por inducción).
 Penicilina e derivados (por alt. enterohepática).
 Tetraciclinas (por alt. enterohepática).
 Flunarizina.
 Ritonavir.

- Pauta que se seguirá:

- No caso dos inductores encimáticos, utilizarase outro método anticonceptivo coincidindo coa toma e durante o mes seguinte a termina-lo tratamento.
- No resto:

Utilizarase outro método anticonceptivo coincidindo coa toma e durante os sete días seguintes. No caso de que se prolongue o tratamento máis de 15 días non é necesario utilizar outro método anticonceptivo.

10) Controis periódicos

1- Muller menor de 35 anos

a) Primeiro control ós 3-6 meses

- Valora-la aparición de efectos secundarios.
- Comproba-la toma correcta e aclarar dúbidas.
- Control de TA.

b) Anualmente

- Actualizar anamnese persoal e familiar de factores de risco.
- Control de TA e peso.
- Valorar hábitos sexuais.





c) Cada 3-5 anos

- Control analítico.
- Palpación abdominal.
- Exploración pélvica e citoloxía.

2- Muller maior de 35 anos

a) Primeiro control ós 3-6 meses

- Valora-la aparición de efectos secundarios.
- Comproba-la toma correcta e aclarar dúbidas.
- Control de TA.

b) Anualmente

- Actualizar anamnese persoal e familiar de factores de risco.
Se existe tabaquismo, suspende-la AOC.
- Control de TA e peso.
- Control analítico.
- Valorar hábitos sexuais.

c) Cada 3 anos

- Palpación abdominal.
- Exploración pélvica e citoloxía.

A evidencia científica dispoñible non xustifica a realización de des-cansos durante o uso de anticonceptivos hormonais.

11- Relación de anticonceptivos hormonais

A) Anticonceptivos orais combinados

1- Preparados que conteñen 50 µg de etinilestradiol.

Nome comercial	Dose/Tipo de xestáxeno
Neogynona	0,25 mg de levonorxestrel
Ovoplex (cobertura pola SS)	0,25 mg de levonorxestrel

2- Preparados que conteñen 30 µg de etinilestradiol

Nome comercial	Dose/Tipo de xestáxeno	Características
Microdiol	0,150 mg de desoxestrel	
Gynonin	0,075 mg de xestodeno	
Minulet	0,075 mg de xestodeno	
Diane 35 diario***	2 mg de acetato de ciproterona	21 comprimidos activos amarelos + 7 comprimidos placebo brancos.
Microgynon,	0,15 mg de levonorxestrel	
Ovoplex 30/150	0,15 mg de levonorxestrel	

*** contén 35µg de etinilestradiol

3- Preparados que conteñen 20 µg de etinilestradiol

Nome comercial	Dose/Tipo de xestáxeno
Suavuret	0,15 mg de desoxestrel
Harmonet	0,075 mg de xestodeno
Meliane	0,075 mg de xestodeno

4- Preparados que conteñen 15µg de etinilestradiol

Nome comercial	Dose/Tipo de xestáxeno	Características
Minesse	0,060 de xestodeno	24 comprimidos activos amarelos + 4 comprimidos placebo brancos.
Melodene-15	0,060 de xestodeno	24 comprimidos activos amarelos + 4 comprimidos placebo brancos

5- Preparados trifásicos con xestaxenos de 2ª xeración

Triagynon, Triciclor =

- 6 comprimidos con 0,03 mg etinilestradiol + 0,05 mg de levonorxestrel.
- 5 comprimidos con 0,04 mg etinilestradiol + 0,075 mg de levonorxestrel.
- 10 comprimidos con 0,03 mg etinilestradiol + 0,0125 mg de levonorxestrel.



6- Preparados trifásicos con xestáxenos de 3ª xeración.

Trigynovin, Triminulet =

- 6 comprimidos con 0,03 mg etinilestradiol + 0,05 mg de xestodeno
- 5 comprimidos con 0,04 mg de etinilestradiol + 0,07 mg de xestodeno
- 10 comprimidos con 0,03 mg de etinilestradiol + 0,1 mg de xestodeno

7- Preparados combifásicos de recente aparición

Gracial =

- 7 comprimidos azuis con 0,040 mg etinilestradiol + 0,025 mg de desoxestrel
- 15 comprimidos brancos con 0,03 mg etinilestradiol + 0,125 mg de desoxestrel

B) Anticonceptivos orais de proxestáxeno só

Cerazet = 75 mg de desoxestrel. Contén 28 comprimidos activos.

C) Anticonceptivos hormonais inxectables

1- Inxectable combinado:

Topasel = enantato de estradiol 10 mg + acetofénido de alxestona 150 mg

2- Inxectable de proxestáxeno só:

Depo-progevera 150 = acetato de medroxiproxesterona 150 mg

D) Anticoncepción poscoital hormonal:

Norlevo = levonorxestrel 0´750 mg

Postinor = levonorxestrel 0´750 mg



III- ANTICONCEPCIÓN POSCOITAL OU DE EMERXENCIA

1- Preguntarlle á muller

- Data da última regra.
- Características de normalidade da última menstruación.
- Tipo de ciclo menstrual.
- Número de horas transcorridas desde o coito de risco ata o momento da consulta.
- Existencia de coitos anteriores ó da consulta sen protección.
- Toma de medicamentos que poidan diminuí-la eficacia da AH.
- Valora-la existencia de contraindicacións.

2- Calcula-lo período fértil

3- Pautas de tratamento

- Se non pasaron máis de 72 horas desde o coito sen protección:
 - **Pauta de progestáxeno só:** Levonorxestrel 0,750 mg. Taxa de embarazo 1,1 %.
Norlevo ou Postinor 1 comp./12 h/1 día
 - **Pauta de Yuzpe:** 0,10 mg de etinilestradiol + 0,500 mg de levonorxestrel. Taxa de embarazo 3,2 %.
Ovoplex (cobertura SS) ou Neogynona 2 comp./12 h/1 día.
A eficacia de ámbalas pautas é máxima cando se inicia o tratamento nas primeiras 12 horas despois do coito de risco. A taxa de embarazo vaise incrementando un 50% cada 12 horas de atraso no inicio da toma.
- Se está tomando unha medicación que diminúe a eficacia da anticoncepción hormonal hai que aumenta-la dose a 0,15 mg de etinilestradiol + 0,750 mg de levonorxestrel (Ovoplex ou Neogynona 3 compr./12 h/1 día).





- Informar de:
 - 1- Aparición da hemorraxia por deprivación na data prevista para a menstruación ou antes.
 - 2- Poden sentir náuseas, vómitos, mastodinia. A pauta de “proxestáxeno só” é mellor tolerada.
 - 3- Se non aparece a menstruación pasados 21 días desde a toma da pílula poscoital, facer test de embarazo.
 - 4- Se existiron coitos sen protección anteriores ó da consulta, existe a posibilidade de que non resulte a anticoncepción de emerxencia por existir un embarazo dos coitos anteriores.
 - Se non está na semana fértil e está moi angustiada prescribi-la pauta Yuzpe.
- 4- Se non se pode prescribi-la pílula do día seguinte, existe un claro risco de embarazo dese coito e non desexa un embarazo, pode ser enviada a un centro de orientación familiar para que lle insiran un DIU no prazo de 5 días a partir do coito fecundante.*





IV- DISPOSITIVO OU IMPLANTE INTRAUTERINO (DIU, IIU)

1- Nocións xerais de interese práctico

O dispositivo intrauterino (DIU) posúe unha estrutura de plástico que varía dependendo do modelo. Sobre esa estrutura leva cobre en forma de arame ou de cilindros.

O implante intrauterino (IIU) non ten estrutura de plástico e o cobre en forma de cilindros vai suxeito por un fío de poliuretano, a diferenza do DIU posúe un sistema de fixación ó fondo uterino.

A maior parte dos dispositivos que están no mercado posúen unha superficie de cobre superior a 300 mm² e son considerados de alta carga. A alta carga de cobre confírelles maior eficacia e maior tempo de uso.

Os DIUs que posúen unha superficie de cobre de 380 mm² teñen un tempo de uso recoñecido de 10 anos. Os de superficie de 375 mm² de 8 anos e entre 300 a 375 mm² de 5 anos.

2- Contraindicacións do DIU- IIU. Táboa 3

Táboa 3. Contraindicacións do dispositivo e implante intrauterino

Absolutas	Relativas
Embarazo.	Posparto entre as 48 h. e as 4 semanas.
Postaborto séptico inmediato.	Risco alto de ETS.
Sangrado vaxinal inexplicado.	VIH, SIDA.
Cancro cervical pendente de tratamento.	Enfermidade trofoblástica benigna.
Cancro de endometrio e de ovario.	
EIP actual ou nos últimos tres meses.	
ETS actual ou hai tres meses.	
Enfermidade trofoblástica maligna.	
Cavidade uterina distorsionada.	
TBC pélvica.	





3- Información e asesoramento sobre o dispositivo e implante intrauterino

1- *Momento de inserción:* durante a menstruación naquelas mulleres que non estean utilizando un método seguro. Se utiliza anticoncepción hormonal ou DIU pódese colocar sen menstruación.

2- Normas postinserción do DIU ou IUI

- Non relacións con coito vaginal durante 3 días.
- Non lavados intravaginais durante os tres días postinserción do DIU ou IUI.
- Non utilizar tampóns durante a regra da inserción do DIU ou IUI.
- Acostumarse a observar as compresas para despistar unha posible expulsión do DIU ou do IUI.
- Ensinarlle-lo autocontrol dos fíos despois de cada menstruación.
- Recomendarlle-la utilización doutro método durante o período fértil do ciclo, o óvulo espermicida é suficiente.

3- Información sobre os efectos secundarios

É normal a aparición de:

- Un aumento na cantidade e duración da menstruación.
- A aparición de sangrados antes ou despois da menstruación.
- A aparición de sangrados irregulares, coincidindo co período da ovulación.
- Aparición ou aumento da dor menstrual.
- Aumento da secreción vaginal de características normais.

4- Información sobre os motivos de consulta

- Se se produce un atraso menstrual superior a 10 ou 15 días nunha muller con ciclos regulares.
- Se as menstruacións son excesivamente abundantes e duradeiras.
- Se aparece dor en hipogastrio intenso, e/ou dispareunia.
- Se aparece unha elevación da temperatura superior a 37,5° C. e non existe outra causa que xustifique a hipertermia.
- Se non se encontran os fíos ó face-lo tacto.



4- Control de efectos secundarios

1- Metrorragia

- Se son sangrados escasos, tranquilizar á usuaria
- Se son máis abundantes e persistentes: Amchafibrin 500, 2 compr./3 v/día durante 4-5 días, ou Caprofidex Hemostático 1 cull./3 v/día ata que ceda a hemorragia.

Pódese repetir durante 4 ou 5 ciclos e se persiste ou aumenta de intensidade, derivala.

2- Hipermenorrea

- Amchafibrin® 500, 2 compr./3 v/día desde o comezo da menstruación e durante 4-5 días.
- Caprofidex® Hemostático 1 cull./3 v/día desde o comezo da menstruación e durante 4-5 días.
- Daflon® 2 compr./2-3 v/día durante a menstruación, 7 ou 8 ciclos.

3- Dismenorrea

- Analxésicos, do tipo dos antiinflamatorios non esteroideos:
 Meclomen 1 cap/3 v/día
 Neobrufen 600, 2 comp ó comezo da sintomatoloxía e 1 comp ás 12 h.
 Ámbolos dous actúan mellorando tamén a hipermenorrea.
 Se persiste, deriva-la usuaria para desbotar patoloxía xinecolóxica.

5- Complicacións

1- Embarazo eutópico

- Tranquiliza-la usuaria.
- Derivala para control ecográfico e extracción do DIU ou IIU.

2- Desprazamento descendente ou expulsión

Sospeitarase se: - non se ven os fíos guía en cervix.
 - se ven dunha lonxitude maior á referencia.
 Nestes casos derivarase para a realización dunha ecografía.





V- MÉTODOS CIRÚRXCOS

A derivación nas persoas que solicitan un método cirúrxico debe ir precedida dunha entrevista que asegure unha decisión voluntaria e baseada nunha boa información.

O contido da entrevista debe abordar os seguintes aspectos:

- 1- Existencia doutros métodos anticonceptivos de posible uso.
- 2- A natureza de irreversibilidade deste método.
- 3- Ve-la pequena posibilidade de fallo.
- 4- Ve-la posibilidade de arrepentimento.
- 5- Informar sobre o tipo de intervención e de anestesia segundo o método cirúrxico.

É desexable a participación de ámbolos membros da parella aínda que isto non exclúe a demanda individual.

VI- INTERRUPCIÓN VOLUNTARIADO EMBARAZO

Débese deriva-la muller a un centro de orientación familiar, onde será informada dos tramites que se deben seguir.

É importante deriva-la con:

- Un test de embarazo fiable, realizado recentemente que o confirme.
- Grupo e RH realizado.

Bibliografía

- **Grupo Internacional para Asesoramiento Médico (IMAP), Grupo Internacional para Asesoramiento de Programas (IPAP), Grupo Consultivo Internacional de la Mujer (IWAP).** Declaración sobre a calidade da atención. Bol Med IPPF 1996;30:4
- **Finger W.R.** Mejoras de los servicios y la perspectiva del cliente. Network en español 1998;19:1:10-13.
- **Family Health International (FHI).** Cómo mejorar las prácticas de los proveedores. Ciudad de Panamá, Panamá noviembre de 1993.
- **Calaf J.** Consejo contraceptivo. En Manual básico de contracepción. 2ªed. España Barcelona: Masson;1997:p.1-15.
- **Guía de medicina clínica preventiva.** US. Preventive services Task Force. Ed. española 1998.
- **Introducción al trabajo de la matrona en atención primaria.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. 1987
- **Plan General de Centros de Orientación familiar.** Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de la Salud Pública. Subdirección de programas y promoción de la salud. 1985
- **Dexeus y colaboradores.** Anticoncepción. Ed. Salvat;1984
- **Blasco Valle M, Tobajas Asensio J.** Manual práctico de planificación familiar.
- **Calvo Artes M.** Trampas y claves sexuales. Ed. Icaria; 1987.
- **Salud sexual y salud mental.** Serie monográfica nº6. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social;1980.
- **Colectivo de las mujeres de Boston.** Nuestros cuerpos nuestras vidas. Ed. Icaria; 1984
- **Tordjman G.** Realidades y problemas de la vida sexual. Adultos. Ed. Argos Vergara;1981
- **Manual de planificación familiar para médicos.** Publicaciones Médicas de Federación Internacional de la Familia (IPPF);1989.
- **Atención directa de enfermería.** Conceptos generales y procedimientos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud; 1987.



- Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre la anticoncepción oral esteroidal. Bol Med IPPF 1995;29:4.
- **Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP).** Declaración del IMAP sobre la anticoncepción oral esteroidal. Bol Med IPPF 1998;32:6.
- **Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP).** Declaración del IMAP sobre la anticoncepción inyectable. Bol Med IPPF 1999;33:2.
- **División of Family Health.** Improving Access to Quality Care in Family Planning. Medical Eligibility Criteria for Initiating and Continuing Use of Contraceptive Methods. Geneva: World Health Organization;1995
- **López-Arregui E., Perpiñá Cano J., Álvarez Gonzalez D., Dueñas Díez J.** Anticoncepción hormonal oral y alteraciones neurológicas. En Manual de anticoncepción hormonal oral. 1ª ed. España. Zaragoza: INO Reproducciones;1997:p.381-419.
- **Protocolo de planificación familiar.** En: FMC- Protocolos. Barcelona:Doyma, 1995;Vol. 2, sup 2.
- **R. Alonso Roca.** Planificación Familiar. En: Guía de actuación en atención primaria. SEMFYC, 1998.
- **Martín Zurro A, Cano Perez JT.** Atención Primaria. Concepto, organización y práctica clínica. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace;1999
- **Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales.** Conferencia de Consenso. Toledo octubre 1997
- **Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP).** Declaración del IMAP sobre la anticoncepción de emergencia . Bol Med IPPF 2000;34:3.
- **Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation.** Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998;352:428-433
- **Piagio G.** Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen.Lancet 1999; 353:721
- **Trieman K, Liskin L, Kols A, Rinehart W.** IUDs an update . Baltimore: Johns Hopkins University;1995.(Population Reports,serie B, number 6).

- **Chi I, MD, DrPH.** The TCU380A, MLCu375, and NovaT IUDs and IUD daily releasing 20mg levonorgestrel-four pillars of IUD contraception for the nineties and beyond? *Contraception*, 1993;47(4):325-347
- **Farley TMM.** Evolución del desempeño del DIU. *Bol Med IPPF* 1997;31:4
- **International Study Group on Intrauterine Drug Delivery.** The Gynefix implant systems for interval, postabortal and postpartum contraception: a significant advance in long-term reversible contraception. *The European Journal of Contraception Reproductive Health Care* 1997;2(1):1-15.
- **Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP).** Declaración del IMAP sobre esterilización voluntaria quirúrgica. *Bol Med IPPF* 1999;33:4.

Menopausa

Tratamento hormonal substitutivo



M^a José Veleiro Tenreiro
Beatriz Aguado Ortega

Menopausa

Tratamento hormonal substitutivo

- DEFINICIÓN
- MOTIVOS DE CONSULTA
- TRATAMENTO HORMONAL SUBSTITUTIVO (THS)
- PLAN DE SAÚDE NA MULLER ÓS 50 ANOS
- BIBLIOGRAFÍA



Menopausa



DEFINICIÓN

A menopausa é un proceso fisiolóxico que aparece en tódalas mulleres.

Defínese como o cesamento definitivo da menstruación, este prodúcese como consecuencia do cesamento da actividade folicular ovárica.

Deben transcurrir polo menos 12 meses desde a última menstruación para poder considerarse como data da menopausa.

En torno a esta data distínguense dous períodos: a premenopausa que é o intervalo de dous a oito anos que precede á menopausa, e a posmenopausa que é o intervalo dun a seis anos trala menopausa e a perimenopausa que se refire ós anos previos á menopausa e o ano posterior á última menstruación.

Todas estas fases agrúpanse baixo a denominación de climaterio.

Cando aparece antes dos 40 anos falamos de menopausa precoz. Se se atrasa despois dos 55 anos falamos de menopausa tardía.

Na idade de presentación inflúen factores como o tabaquismo e o déficit nutricional.



MOTIVOS DE CONSULTA

ANTE TODO HAI QUE SUBLIÑAR QUE O CLIMATERIO É UNHA ETAPA MÁIS DO CICLO REPRODUCTIVO DAS MULLERES, NON É UN PROBLEMA DE SAÚDE, NON É UNHA ENFERMIDADE.

O descenso dos estróxenos que se produce nesta etapa da vida, ademais da ausencia de menstruacións, asóciase unicamente con tres síntomas: trastornos vasomotores, atrofia uroxenital e diminución da masa ósea. Cada un destes síntomas pode afectar de forma variable en frecuencia e intensidade ás mulleres no climaterio.

As sufocacións adquiren interese, non pola gravidade senón pola intensidade e frecuencia coa que adoitan presentarse nalgúns casos.



A súa presentación non se pode prever e a súa frecuencia é moi variable cunha duración media de catro minutos, son máis frecuentes pola noite e nas primeiras horas do día.

Se a súa presentación predomina pola noite relaciónanse con trastornos do sono.

Un dos primeiros motivos de consulta é a sequidade vaxinal, que algunhas mulleres refiren asociados ó coito, ocasionando esta situación un descenso na frecuencia das relacións sexuais, aínda que non é a única causa.

Outro síntoma frecuente é a incontinencia urinaria de esforzo, síntoma que se relaciona máis coa paridade e os traumatismos do parto que co descenso do nivel de estróxenos.

A perda de coláxeno nos ligamentos dá lugar a alxias musculares, tendinosas e rixidez articular.

O descenso de estróxenos na posmenopausa asóciase á diminución da densidade mineral ósea (DMO).

A DMO vai aumentando desde o nacemento ata os 30-35 anos que se acada o pico máximo, a partir desta idade vai diminuindo progresivamente, máis acentuadamente na muller.

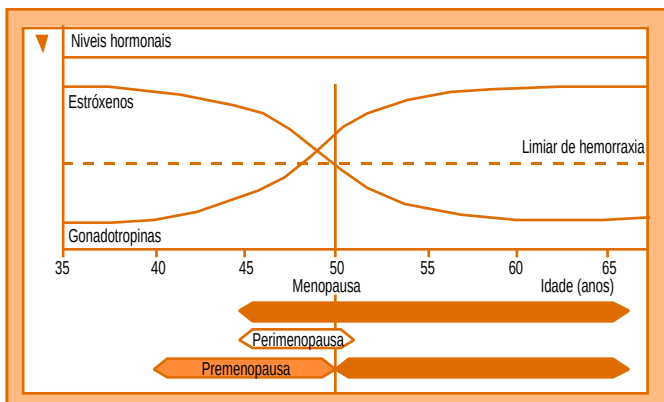
Ademais da menopausa, na perda da DMO inflúen outros factores como o sedentarismo, o fenotipo asténico, déficits nutricionais, senectude, fármacos, hábitos tóxicos: alcol, tabaco, cafeína.

A OSTEOPOROSE defínese como a diminución da densidade mineral ósea, con manifestacións clínicas. Como consecuencia desta perda de masa ósea prodúcese un incremento do risco de fractura. As fracturas vertebrais son as máis frecuentes e producen un cadro doroso; as fracturas de colo de fémur son as que inciden en maior medida sobre as taxas de morbilidade.

A perda de masa ósea prodúcese sobre todo nos dous primeiros anos trala menopausa. Os cinco anos de iniciada, o grao de perda de masa ósea diminúe.

En canto á enfermidade cardiovascular só se atopa unha relación directa coa menopausa se esta é precoz; se non na aparición da enfermidade inflúen máis factores como o sedentarismo, a HTA, a obesidade, a diabetese, o tabaco, etc.

A MENOPAUSANATURALNON AUMENTA O RISCO DE DEPRESIÓN.



Cambios das concentracións de hormonas sexuais dende a madurez sexual á posmenopausa.



TRATAMENTO HORMONAL SUBSTITUTIVO (THS)

A finalidade de establecer un tratamento durante o climaterio ten dous motivos:

- como tratamento da síndrome climatérica con signos e síntomas desagradables;
- como tratamento preventivo das consecuencias orgánicas que o déficit hormonal implicará.

Este THS ten que ser INDIVIDUALIZADO atendendo ás características particulares de cada muller; sen embargo, non sempre é fácil decidir qué vía, dose e tempo de tratamento será o idóneo para unha determinada muller. Se a muller conserva útero, é obrigado engadir xestáxenos ó tratamento nas doses necesarias para antagoniza-los efectos estroxénicos, que aumentan paralelamente a dose de estróxenos.

Dose, duración e tipo de xestáxeno deben individualizarse, intentando conseguilo efecto protector endometrial desexado e minimiza-la incidencia de efectos secundarios. A duración da administración do xestáxeno é tan importante como a dose.

¿Cando iniciarémo-lo THS? Cando se estableza a indicación, independentemente do estadio evolutivo do climaterio.

¿Ata cando a manteremos? Mentres existan obxectivos terapéuticos concretos e relacionados co déficit estroxénico.

Non existe consenso actualmente sobre a duración mínima recomendable do THS, xa que esta depende da indicación pola que se prescribiu, se só se utiliza para alivio dos trastornos vasomotores, 2-3 anos serán adecuados (aínda que algunhas mulleres experimentan estes síntomas durante un termo medio de 5 anos e poden precisa-lo tratamento). Se se utiliza como tratamento preventivo, o tratamento a curto prazo non é eficaz.

¿Que dose? A necesaria para frea-la síndrome climatérica e/ou tratar e previ-las consecuencias.

¿Que vía? Preferencia da muller:

se non hai imperativo médico, debe escollela a muller. Que sexa cómodo para ela;

Ademais da preferencia da muller, existen indicacións médicas definitivas para a terapia oral ou transdérmica.





Os estróxenos vía oral sofren metabolismo de primeiro paso no fígado, utilízanse estróxenos conxugados (sulfato de estrona e estróxenos conxugados equinos sobre todo en América e o valerato de estradiol prefírese en Europa).

A VÍATRANSDÉRMICA é, na actualidade, a alternativa máis válida á vía oral, a vía parenteral máis utilizada. Os esteroides absórbense rapidamente a través da pel. A administración transdérmica deste fármaco ten un menor efecto sobre o fígado cando a dose é equivalentemente á que se toma por vía oral.

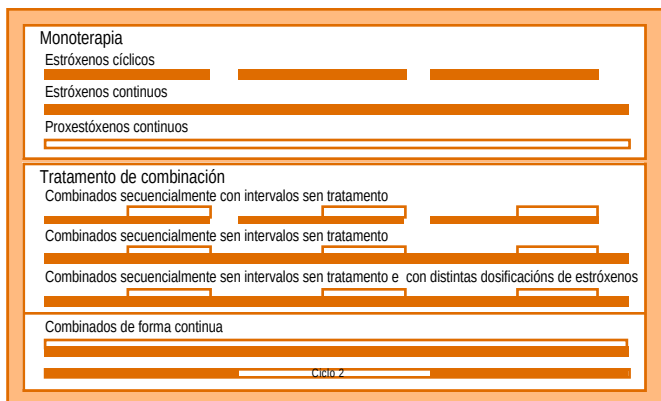
Nalgunhas mulleres existe sensibilidade cutánea, que xorde dunha alerxia tóxica real á substancia adhesiva, ou como resultado de dermatite por oclusión en pel sensible ó parche que impide o paso de aire durante varios días. Isto último pódese mellorar desprendendo tódolos días o parche e cambiándoo de lugar.

Os preparados transdérmicos son especialmente útiles nos pacientes con certos antecedentes de risco como: cálculo biliar ou vesiculopatía, hipertrigliceridemia, hipersinsulinemia, historia de trombose venosa ou evento trombótico, hipertensión mal controlada, enfermidade mal controlada, enfermidade vascular, infarto de miocardio recente, inmovilidade, cefaleas/xaqueca, síndrome de malabsorción, disfunción hepática crónica e tabaquismo. A absorción é maior e máis constante a partir dos glúteos e o abdome. Parece ser que os parches de 7 días de estróxenos proporcionan unha liberación máis constante do fármaco cós parches de dúas veces por semana.

Outras vías menos utilizadas son:

- a percutánea, a aplicación diaria de 2,5-3 gr de crema que contén 1,5 mgr de estradiol;
- vía vaxinal, moi utilizada no tratamento da vaxinite atrófica, é útil para uso intermitente a dose baixa no tratamento da atrofia uroxenital e en mulleres nas que sexa unha vantaxe evita-los efectos hepáticos do fármaco;
- vía intranasal;
- inxectables, prescríbense con máis frecuencia en mulleres novas histerectomizadas e oforectomizadas, os niveis de estróxenos fluctúan máis con esta vía;
- implantes, a dose máis frecuente é de 25 mg cada seis meses, é necesario o tratamento antagonista con xestáxenos como mínimo 14 días, debido ás altas concentracións de estradiol;
- vía sublingual, non é unha vía moi utilizada na THS.

¿Que pauta? Tamén pode escollela ela, unha vez realizada a exploración e vistos os resultados das probas complementarias xa estaremos en condicións de indica-la necesidade o non de tratamento.



Protocolos de tratamento de substitución hormonal.

Para a INDIVIDUALIZACIÓN do tratamento atenderemos a

- situación persoal: etapa do climaterio, idade, antecedentes patolóxicos, xerais (diabete, hipertensión, etc.) e xinecolóxicos (miomas, hiperplasia, mastopatía, etc), presenza ou non de útero;
- motivo de consulta: existencia de síndrome climatérica, existencia de patoloxía (osteoporose), prevención de enfermidades estróxe-nodependentes;
- prescribir un tratamento cómodo para ela, xa que durará anos e se non hai imperativo médico ela pode decidir cal é a vía con que se atopará máis cómoda; a dose decídeala o médico.

PAUTAS:

- **mulleres sen útero:** NON precisan xestáxeno.
A máis utilizada é a terapia estroxénica continua.
- **mulleres con útero:** pauta cíclica ou continua estroxénica secuenciada por un xestáxeno os últimos 10 a 14 días de cada ciclo, que pode provocar hemorraxia por privación. Existe a posibilidade de administrar un xestáxeno de forma cíclica (durante 10 a 14 días) pero cada 3 ou 4 meses para ter un sangrado por privación de forma trimestral ou cuatrimestral.
Pauta continua combinada e pauta ciclo-fásica. Non provocarán hemorraxia regular.



A pauta combinada continua baséase na administración continua de estróxenos e xestáxenos co obxectivo de producir atrofia de endometrio e, así evita-lo sangrado, ás veces pódese presentar “spotting” que adoita desaparecer nuns meses.

Unha variante é a pauta ciclo-fásica. O xestáxeno pode administrarse en ciclos dunha dose cada tres días, ou ben durante tres días consecutivos alternando con tres sen tratamento. En ámbolos casos, o xestáxeno asóciase a unha pauta estroxénica continua. O seu obxectivo teórico é provocar tamén unha atrofia de endometrio.

- **Menopausa precoz:** a pauta máis indicada será a cíclica. Non debemos esquecer que o fallo ovárico prematuro é INDICACIÓN ABSOLUTA do THS, pero debemos lembrar que este non protexe dun embarazo, polo que:

- Muller sen desexo xenésico. Se a muller non desexa o embarazo: ACO nas que non teñan risco de enfermidade vascular; DIU liberador de xestáxenos asociado con estróxeno natural en fumadoras, hipertensión, hipercolesterolemia e obesas. Se non hai risco de embarazo, pode usarse calquera preparado do mercado escollendo entre diferentes xestáxenos;
- Muller con desexo xenésico. Aconsellarase a pauta cíclica pois a pauta continua ten os mesmos beneficios cá cíclica pero producen atrofia endometrial polo que non son as máis indicadas.

- **Muller perimenopáusica:** con sintomatoloxía florida, ou con indicación de prevención de osteoporose

- Se desexa hemorraxia por privación. Indicaranse as pautas continuas cíclicas. Se a muller refire sintomatoloxía durante a semana libre de tratamento, indicaremos unha pauta estroxénica continua asociada cunha pauta cíclica de xestáxenos;
- Se a muller non desexa menstruar. Indicarase a pauta combinada continua, resaltando a posibilidade de que presente sangrados irregulares.

- **Muller con menopausa de máis de 1 ano:** pódense instaurar as mesmas pautas que na muller perimenopáusica. En mulleres que non desexen sangrado menstrual, tamén podemos instaurar tratamento con monoterapia con tibolona. Tibolona é un 19-norderivado con acción estroxénica, xestaxénica e androxénica suave.

Mulleres sen sintomatoloxía climatérica e sobretudo vasomotriz, con risco de osteoporose tamén poderían beneficiarse de tratamento con raloxifeno.

¿Que controis realizaremos?

Trala valoración inicial

- Exploración xeral e de mamas.
- Peso.
- Talla.
- Tensión arterial.
- Analítica xeral con hemograma, bioquímica con probas de función hepática, colesterol, glicemia, triglicéridos, creatinina e urina elementais, NON son necesarios estudos hormonais agás en casos excepcionais.
- Mamografía ó inicio do tratamento: en mulleres con menopausa precoz menores de 40 anos, non están indicadas as mamografías periódicas; en mulleres entre 40 e 50 anos con menopausa precoz en tratamento con THS, aínda que non teñen teoricamente un risco maior de cancro de mama aconséllase realizar mamografía anual; en mulleres maiores de 50 anos con THS, realizárase mamografía bienal durante os primeiros 5-7 anos de tratamento e posteriormente anual (período de tempo no que parece que aumenta o risco de cancro de mama). O seguimento manterase ata 5 anos despois de finaliza-lo tratamento.

Unha vez que se instaura un tratamento, é útil unha consulta de control da evolución logo dun breve intervalo, como tres a seis meses, para detectar quen teña dificultades, efectos secundarios, dúbidas ou interrogantes en canto ás súas prescricións.

“CÓMPRE LEMBRA-LO BAIXO CUMPRIMENTO, SOBRE TODO Ó INICIA-LO TRATAMENTO E DURANTE TODO O PRIMEIRO ANO DE USO. UNHA BREVE CONSULTA INTERMEDIA DÁ A OPORTUNIDADE DE REFORZA-LA INFORMACIÓN EN CANTO Á DECISIÓN ORIXINAL E FACER ALGÚNS CAMBIOS DE TRATAMENTO, PARA ALIVIA PREOCUPACIÓNS OU PROBLEMAS INDIVIDUAIS. SE NON O FACEMOS DESTA FORMA E A MULLER SE SENTE INCÓMODA, O ABANDONO DO THS SERÁ SEGURO”.

Outra alternativa ó THS: fitoestróxenos

Constitúen unha boa alternativa naquelas mulleres nas que a THS está contraindicada ou non aceptan a substitución estroxénica.

Son compostos naturais que forman parte de numerosos alimentos.

As isoflavonas son a clase máis potente de fitoestróxenos e son case exclusivas dos legumes. Os fitoestróxenos atribúenselle propiedades estroxénicas e antiestroxénicas, xa que na prevención da enfermida-



de cardiovascular e as sufocacións actuarían como agonistas, mentres que na redución de cancros hormonodependentes actuarían como antagonistas. Existe evidencia científica de que o suplemento de 35 mg/día de isoflavonas na dieta en mulleres perimenopáusicas, produce un descenso dos niveis lipídicos, tensión arterial e severidade das sufocacións.

XESTÁXENOS NA PERIMENOPAUSA

Desde que en 1975 se relacionou o uso posmenopáusico de estróxenos co cancro de endometrio, utilízanse os xestáxenos para diminuí-lo risco de hiperplasia de endometrio. Co uso de estróxenos sen oposición existe unha incidencia de 18-32% de hiperplasia endometrial, a miúdo con atipias citolóxicas que indican unha lesión premaligna, agregando 7 días de tratamento con xestáxenos cada mes, a taxa de hiperplasia diminúe ó 3%, aumentando o tempo de administración con xestáxenos de 12 a 13 días, a incidencia de hiperplasia diminúe a menos do 1%.

Os xestáxenos poden ser absorbidos por vía oral, vaginal ou a través da pel.

A medroxiproxesterona acetato (MAP) ten propiedades máis parecidas á proxesterona natural, ten actividade antiestroxénica e antiandroxénica, a doses de 10 mg en réxime cíclico non ten efecto sobre os hidratos de carbono e son escasos os efectos sobre o metabolismo lipídico. Nembargantes, observáronse diferencias importantes entre unha muller e outra. Para moitas mulleres, unha dose de 5 mg durante 12 días cada mes, é suficiente para a protección endometrial, pero outras requiren 10 mg. Ás veces é suficiente unha dose tan baixa como 2,5 mg/día durante 12 días.

Acetato de ciproterona ten unha gran potencia xestaxénica, polo que con doses relativamente pequenas (en torno a 1 mg ó día) poden ser suficientes.

Proxesterona, debido ó seu menor poder xestaxénico é difícil conseguir un bo control do ciclo durante a perimenopausa. Non ocorre o mesmo na menopausa establecida, onde os únicos estróxenos significativos da muller son os que nós lle proporcionamos, nesta situación adquire maior utilidade controlando perfectamente o endometrio con doses de 100-300 mg ó día (segundo sexa unha pauta cíclica ou continua, e a dose de estróxeno que administremos).

Os efectos secundarios limitan o seu uso, debido a que producen somnolencia e sangrados irregulares. A proxesterona pode utilizarse vía oral, vaginal e percutánea.

A dihidroxesterona é eficaz a doses de 10-20 mg/día.

Pautas de xestáxenos: poden utilizarse en 2 esquemas para tratamento da menopausa. Poden engadirse en forma secuencial ou cíclica, para converte-lo endometrio proliferativo establecido polos estróxenos sen oposición nun endometrio secretor. Esta conversión adoita requirir polo menos 10 días de administración de xestáxenos (10 a 14 días).

Establecéronse as chamadas doses mínimas eficaces de xestáxeno, que aseguran a ausencia de hiperplasia (son doses orientativas xa que existe unha ampla variabilidade de resposta endometrial):

- Oral:
 - ciproterona 1 mg/d 10 días
 - dihidroxesterona 1-2 mg/d 14 días
 - xestodeno 0,025-0,05 mg/d 12 días
 - levonorxestrel 0,075-0,25 mg/d 12 días
 - medroxiproxesterona 10 mg/d 12 días
- Transdérmica:
 - levonorxestrel 0,02 mg/d 14 días
 - Noretisterona 0,125-0,25 mg/d 14 días
- Vaxinal: proxesterona micronizada 100-200 mg/d 14 días
- Intrauterina: levonorxestrel 0,02mg/d 28 días.

Unha consideración básica é a referencia de que estas doses de xestáxenos se consideran enfrontadas a unha dose estándar de 0,625 mg de ECE. Se a dose estroxénica é maior, a dose do xestáxeno debe axustarse á alza.

Aduración do tratamento debe ser entre 12 e 14 días de cada mes.

Coa administración permanente (administración continua) de xestáxenos con estróxenos búscase conseguila atrofia endometrial, o que se alcanza logo de algúns meses de administración. Describiuse a administración do xestáxeno durante 3 días de terapia e 3 de descanso (pauta intermitente).

A maioría de mulleres non teñen manifestacións sistémicas relacionadas coa administración de xestáxenos, agás a hemorraxia por privación. Sen embargo, algunhas teñen efectos colaterais desagradables que inclúen hipersensibilidade mamaria cíclica, edema ou distensión abdominal, síntomas similares á tensión premenstrual, cefalaxia, irritabilidade, depresión ou somnolencia. Ás veces é útil cambiar dunha fórmula a outra ou transformar un esquema cíclico en continuo.



Manexo do sangrado

- **Na perimenopausa** recoméndase coordina-la administración do xestáxeno coa proxesterona endóxena.
- Se o sangrado se presenta antes de suspende-lo ciclo de tratamento, débese incrementa-la dose do xestáxeno. Se non hai resposta, deberase valorar-lo incremento do estróxeno. Se o sangrado é anterior ó inicio do xestáxeno, este último deberá administrarse desde días antes e, se non se corrixe o ciclo, investigar algún problema de orixe endometrial.
- Se despois do ciclo completo de tratamento non se presenta o sangrado, a muller deberá descansar sete días e volver empezar. En caso de repetirse esta situación só haberá de indicar á muller que repita o ciclo con sete días de descanso e comunicarlle que o máis probable é que se deba a atrofia endometrial. De calquera xeito é necesario valorar que a dose de estróxeno sexa a adecuada.
- Se o sangrado é escaso, hai que explicar que iso non representa ningún problema. Se insiste en que desexa sangrar en maior cantidade, deberase cambia-lo xestáxeno a un de menor potencia, do grupo da hidroxiproxesterona (medroxiproxesterona, mexestrol, clormadinona, ciproterona) ou proxesterona micronizada, en caso de que se estea administrando un 19-norderivado (norxestrel, levonorxestrel, xestodeno, desoxestrel). Como último recurso, débese diminuí-la dose do xestáxeno, pero non a duración da súa administración, que sempre deberá ser polo menos de 12 días.
- Se o sangrado é abundante, débese cambiar a un xestáxeno do tipo 19-nor, ou ben incrementa-la súa dose.

É IMPORTANTE LEMBRAR QUE NA PERIMENOPAUSA, OS XESTÁXENOS CONSTITÚEN UNHA PARTE IMPRESCINDIBLE DO TRATAMENTO DE REPOSICIÓN HORMONALE QUE DEBE ANTAGONIZARSE A ACCIÓN PROLIFERATIVA DOS ESTRÓXENOS CON XESTÁXENOS DURANTE POLO MENOS 10 DÍAS DE CADA CICLO.

TRATAMENTO DA MULLER CON PATOLOXÍA ASOCIADA

- **Cefalea/xaqueca:** a THS non está contraindicada en mulleres con historia de cefalea xaquecosa. Os estróxenos transdérmicos ou percutáneos en pauta continua poderían ser de elección.
- **Hipertensión arterial:** non está cocontraindicada. O tratamento transdérmico pode se-la mellor opción.
- **Asma:** en mulleres asmáticas, nas que despois da estroxenoterapia prodúcese un empeoramento na valoración da espirometría, debe considerarse unha pauta combinada continua.
- **Varices:** non existe ningún estudio que evidencie que a dita terapia, a calquera dose, aumente este risco.
- **Tabaquismo:** *non está contraindicado.*
- **Diabete mellitus:** hai razóns para supoñer que as pautas adecuadamente seleccionadas terán poucos efectos adversos na diabete.
- **Dislipemias,** a estroxenoterapia durante a posmenopausa reduce o LDL-colesterol e incrementa o HDL-colesterol.
- **Hipertrigliceridemias,** o uso de estróxenos orais a diferenza do transdérmico aumenta as cifras de triglicéridos. Hoxe en día recoméndase que as mulleres con dislipemias sigan pautas dietéticas, de exercicio e farmacolóxicas recomendadas, co propósito de diminuí-las cifras de lípidos. Pode ser prudente administrar estróxenos por vías diferentes á oral para evita-lo maior impacto dos estróxenos orais na función hepática, máis aínda se hai hipertrigliceridemia; en mulleres con hipertrigliceridemia debe considerarse o tratamento combinado con xestáxeno, ou mesmo con xestáxenos unicamente ou con tibolona, aínda que, polo contrario, o efecto destes tratamentos sobre a HDL, complica esta elección.
- **Enfermidades de vesícula biliar,** o uso de THS aumenta o risco de cálculos biliares.
- **Malabsorción intestinal en enfermidade celíaca, colite ulcerosa, enfermidade de crohn** pode estar alterada a absorción de estróxenos. Aínda que o THS non modifique ningunha destas enfermidades, é aconsellable utiliza-la administración parenteral: transdérmica ou percutánea.
- **Hepatopatías:** os estróxenos administrados por vía oral poderían exacerba-la hepatopatía activa, neste caso a vía parenteral sería a máis segura, se os estróxenos se administran por outra vía deben efectuarse probas de función hepática antes de empeza-lo tratamento e revaloralas despois de dous a tres meses.



“NON se deberían prescribir esteroides a mulleres con enfermidade hepática activa, sen embargo é seguro prescribir THS a mulleres con historia de hepatite sempre que as súas probas de función hepática regresasen á normalidade”.

- **Fibromas:** *non constitúen contraindicacións.*
- **Endometriose:** dado que pode recidivar a endometriose en mulleres sen utilizar tratamento estroxénico, é posible que a usuaria de THS tamén presente recidiva, polo tanto varios autores suxeriron que se utilizase unha pauta combinada continua, en mulleres ás que se lles practicaron histerectomía con anexectomía por endometriose, non existe contraindicación para iniciar THS inmediatamente despois da intervención cirúrxica.
- **Enfermidade mamaria benigna:** hai moitos estudos que documentan a seguridade de uso de THS en mulleres cunha historia de enfermidade mamaria benigna, a maioría deles non evidenciaron un maior risco de cancro de mama despois de THS.

EN RESUMO

- * É plausible a opinión de que a THS sexa beneficiosa na maioría de patoloxías que unha muller climatérica poida presentar de forma concomitante.
- * Existen escasos estudos sobre o uso de THS en mulleres con algunha patoloxía cardiovascular previa. O estudo HERS está en fase de reavaliación.
- * Para o fin de diminuír ó mínimo o impacto hepático, pode ser prudente administrar estróxenos naturais por unha vía diferente da oral, a aquelas mulleres con dislipemias, coagulopatías, enfermidade hepática e coleditiase.
- * É pouco probable que as mulleres fumadoras obteñan na súa totalidade os beneficios da THS.
- * Son necesarios máis estudos que revelen o impacto dos estróxenos e dos xestáxenos en presenza de patoloxía, así como o efecto dos diferentes preparados, vías de administración e esquemas en particular.

THS E CANCRO

- **Cancro de mama:** na revisión de nove metaanálise só un encontra que o risco relativo de padecer cancro de mama entre as usuarias de THS, en xeral é significativo estatisticamente, se ben cómpre salientar que o aumento é mínimo.
- **Cancro de vulva:** a THS non estaría contraindicada;
- **Cancro de cérvix:** non parece estar contraindicado;
- **Cancro de ovario,** a THS non aumenta o risco de cancro de ovario;
- **Cancro de endometrio:** o THS sen xestáxenos, aumenta o risco de adenocarcinoma, proporcionalmente á dose e duración. O risco aumenta, tanto se o tratamento é continuado como cíclico, e permanece polo menos 5 anos tralo abandono do tratamento.

Os adenocarcinomas aparecidos baixo THS, en xeral, teñen mellor pronóstico có resto.

Tamén se sabe que: a THS (estróxenos+xestáxenos) elimina o aumento de risco de hiperplasia e adenocarcinoma ocasionado pola THS, so con estroxenos sempre que a dose e a duración do xestáxeno sexan suficiente. É posible que en determinados casos, con altas doses de xestáxenos, o RR de padecer adenocarcinoma en menopáusicas con THS sexa incluso inferior ó das non tratadas.

Non hai relación entre o THS e os cancros xinecolóxicos non hormonais.

Non existen datos concluíntes que relacionen os estróxenos co melanoma.

Os estróxenos poden ter acción beneficiosa sobre o cancro de colon.



PLAN DE SAÚDE NA MULLER ÓS 50 ANOS

Os fins da asistencia primaria na muller menopáusica son: conserva-la saúde; identificación precoz e tratamento de enfermidades crónicas, vixia-lo posible cancro e trata-la sintomatoloxía menopáusica.

Deben fomentarse uns cambios no estilo de vida: cesamento do tabaquismo, redución do consumo de alcol, o exercicio físico e a conservación dun peso corporal ideal son determinantes claves da saúde das mulleres.

En canto á dieta, aconsellarase a dieta baixa en graxa e colesterol, así como o calcio suplementario. O réxime dietético ideal é baixo en graxas, elevado en fibra, cunha toma adecuada de calcio, e cunha posible redución de proteínas animais.

O papel terapéutico do calcio parece limitarse a mulleres maiores cunha dieta baixa en calcio, exposición inadecuada ó sol e exercicio insuficiente.

O tabaco considérase responsable do aumento de risco de enfermidades cardiovasculares, osteoporose, neoplasias e EPOC.

O abuso de alcol aumenta os riscos de cancro de mama e osteoporose.

Debe evitarse a polifarmacia.

Debe aconsellarse a actividade física que ten un efecto positivo no benestar xeral da muller, mellora o humor e reduce o risco de osteoporose. A intensidade e o tipo de exercicio físico deben adaptarse a cada muller. Os exercicios deben ser aeróbicos, camiñar, ximnasia, bicicleta, natación, tenis, correr, etc.

Débese controla-la perda de visión e audición, a saúde oral, camiñar e evita-las caídas.

Nesta etapa as mulleres afrontan cambios vitais que poden conducir á depresión (perda de cónxuxe, familiares, amigos), o consello e apoio por parte dos profesionais, poden acurtar estas crises, e impedir que se desenvolvan alteracións mentais graves.

As recomendacións actuais en canto ó uso de vacinas ás mulleres de máis de 50 anos son: toxoide tetánico, vacina contra a influenza (tódolos anos), vacina pneumocócica (dose única a partir dos 65 anos).

Mellora-lo estado nutricional.

Bibliografía

- **Sitruk-Ware R.** "Los estrógenos en el tratamiento hormonal sustitutivo de la menopausia". CAP: Aspectos prácticos del tratamiento hormonal substitutivo. CIBA-GEIGY 1993: 45-56.
- **Dueñas JL.** Osteoporosis climatérica: Prevención y tratamiento fundamental básicos y cíclicos en menopausia. Editorial libro del año 1996. Aran. (Janssen-Cilag) Cáp. 6 Pág. 135-151.
- **Berner B, John VA.** Pharmacokinetic characterization of transdermal delivery systems. *Clin Pharmacokinet* 1994; 26:121-134.
- **Crook D.** Consecuencias metabólicas del tratamiento de sustitución hormonal no oral en mujeres postmenopáusicas. *Br. J Obstet Gynaecol* 1997; 104 Suppl 16:4-13.
- **Washburn S, Burka GL, Morgan T, et al.** *Menopause*: 1999; 6(1): 7-13.
- **Ingram D, Senders K, Kolybaba M, et.** *Lancet* 1997; 350 (9083): 990-994.
- **Dalais FS, Rice GE, et al.** Effects of dietary phytoestrogens in postmenopausal women. *Climacteric* 1998; 1:124-129.
- **Smith DC, Prentice R, Thompson DJ, Hersman WL.** Association of exogenous estrogen and endometrial carcinoma. *N Engl J Med* 1975; 293:1164-1167.
- **Zeil HK, Finkle WD.** Increased risk of endometrial carcinoma among users of conjugated estrogens. *N Engl J Med* 1975; 293:1167-1170.
- **Whitehead MI, Hillard TC, Crook D, et al.** The role and use of progestogens. *Obstet Gynecol* 1990; 75 (4 Suppl):59S-76S.
- **González Merlo J.** Hormonoterapia en ginecología. En: González-Merlo, ed. *Ginecología* (7ª. Ed.). Barcelona. Editorial Masson SA. 1997.
- **Inhoffen HH, Holhlweg W, Serini A.** Untersuchungen in der sexual hormone. *Reihe Ber Deut Chem Gest* 1938; 71:1624-1632.
- **Alwers R, Urdinola J, Onatra W, Sánchez F, Posso H.** Changes in normal lipid profile of premenopausal women with combined hormone replacement therapy. Comparative clinical trial of two hormonal combinations (conjugated estrogens/medroxyprogesterone acetate versus estradiol valerate/cyproterone acetate). *Maturitas* 1999; 32:41-50.



- **Burry KA, Patton PE, Hermsmeyer K.** Percutaneous absorption of progesterone in postmenopausal women treated with transdermal estrogen. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180 (6 pt 1): 1504-1511.
- **Gruppo di Lavoro SIMCLI.** Studio italiano multicentrico climatérico-SIM-CLI. *Current obstetrics and Gynaecology*, Edizione Italiana 1998; 1-9.
- **Sowers MF, Hochberg M, Crabbe JP, Muhich A, et al.** Association of bone mineral density and sex hormone levels with osteoarthritis of the hand and knee in premenopausal women. *Am J Epidemiol* 1996; 143:38.
- **Neri I, Granella F, Nappi R, et al.** Characteristics of headache at menopause: A clinico-epidemiologic study. *Maturitas* 1993; 17:31-37.
- **Silberstein SD.** Menstrual migraine. *J Womens Health Gend Based Med* 1999 Sep; 8,7:919-931.
- **Rosano GMC, Collins P, Kaski JC, Lindsay DC, Sarrel PM, Poole-Wilson PA.** Syndrome X in women is associated with estrogen deficiency. *Eur Heart J* 1995; 16:610-614,
- **Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, Vittinghoff E, for the HERS Research Group.** Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. *JAMA* 1998; 280,7.
- **Herrington DM.** The HERS trial results: paradigms lost?. *Ann Intern Med* 1999; 131:463-466.
- **Palacios S.** Prevención a largo tiempo. En: Sánchez Borrego R (ed). Perimenopausia. *El climaterio desde su inicio*. Health & Research Consulting, ed. Madrid 2000.
- **The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of high Blood Pressure.** *Arch Intern Med* 1997; 157:2413-2446.
- **Petitti DB, Sidney S, Quesenberry CP Jr, Bernstein A.** Ischemic stroke and use of estrogen and estrogen/progestogen as hormone replacement therapy. *Stroke* 1998; 29,1:23-28.
- **Sánchez Borrego R.** Terapia Hormonal Sustitutiva y prevención de la enfermedad cerebrovascular. En: Palacios S (ed). *Cerebro y Mujer*. Health & Research Consulting, ed. Madrid, 1999.
- **Daly E, Vessey MP, Hawkins MM, et al.** Risk of venous thromboembolism in uses of hormone replacement therapy. *Lancet* 1996; 348:97-980.
- **Grodstein F, Stamfer MJ, Goldhaber SZ, et al.** Prospective study of exogenous hormones and risk of pulmonary embolism in women. *Lancet* 1996; 348:983-987.

- **Jick H, Derby LE, Myers MW, et al.** Risk of hospital admission for idiopathic venous thromboembolism among users of postmenopausal oestrogen. *Lancet* 1996; 348:981-993.
- **Kendrick JS, Merritt RK.** Women and smoking: An update for the 1990s. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175,3 (Part 1):528-535.
- **Nabulsi AA, Folsom AR, White A, et al.** Association of hormone-replacement therapy with various cardiovascular risk factors in postmenopausal women. *N Engl J Med* 1993; 328:1069-1075.
- **Barbieri RL.** Hormone treatment of endometriosis: the estrogen threshold hypothesis. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:740-745.
- **Dupont WD, Page DL, Plummer Jr WD, Schuyler PA, Kasami M, Jensen RA.** Estrogen replacement Therapy in women with a history of proliferative breast disease. *Cancer* 1999; 85:1277-1283.
- **Comino R, Fernández-Alba JJ, Lubián D.** Tratamiento hormonal substitutivo y cáncer de mama. *Prog Obst Gin* 1997; 40: 303-28.
- **Steinberg KK, Smith SJ, Thacker SB, Stroup DF.** Breast cancer risk and duration of strogen use: the role of study design in meta-analysis. *Epidemiol* 1994; 5: 415-421.
- **Delgado M, Sillero-Arenas M, Sánchez R.** Terapia hormonal substitutiva en la menopausia y riesgo de cáncer de mama. Un metaanálisis. *Prog Obst Gin* 1994; 37: 601-614.
- **Grady D, Rubin SM, Petiti DB, et al.** Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. *Am Int Med* 1992; 117: 1016-1037.
- **Colditz GA, Hankinson SE, Hunter DJ, et al.** The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med* 1995; 332: 1589-1593.
- **Newcomb PA, Longneker MP, Storer Be, et al.** Long-term hormone replacement therapy and risk of breast cancer in postmenopausal women. *Am J Epidemiol* 1995; 142: 788-795.
- **Schairer C, Byrne C, Keyl PM, Brinton LA, Sturgeon SR, Hoover RN.** Menopausal estrogen and strogen-progestin replacement therapy and risk of breast cancer (United States). *Cancer Caus Control* 1994; 5: 491-500.
- **Sillero-Arenas M, Delgado M, Rodríguez R, Bueno A, Gálvez R.** Menopausal hormone replacement therapy and breast cancer: A metaanalysis. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 286-294.
- **Comino R, Lubián D.M.** Tratamiento hormonal substitutivo y otras neoplasias. En: Pellicer A, Simón C (eds). - **Cuadernos de medicina**



reproductiva: Climaterio y Menopausia; ed Med Panamericana, Madrid, 1998; vol 4, Nº2.

- **Hunt K, Vessey M, Mc Pherson K, Coleman M.** Long-term surveillance of mortality and cancer incidence in women receiving hormone replacement therapy. **Br J Obstet Gynecol** 1987; 94: 620-635.
- **American College of Obstetricians and Gynecologist.** Guidelines for Women's Health Care. Washington: **American College of Obstetricians and Gynecologist**, 1996.
- **La Croix AZ, Newton KM, et al.** Healthy aging. A women's issue. **West J Med** 1997; 167 (4): 220-232.
- **Stone A, Perarlstein T.** Evaluation and treatment of changes in mood, sleep, and sexual functioning associated with menopause. **Obstet Gynecol Clin North Am** 1994; 21: 391-403.
- **Cauley JA, Seeley DG, Ensrud K, Ettinger B, Black D, Cummings SR.** Estrogen replacement therapy in older women. **Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Ann Intern Med** 1995; 122: 9-16.
- **Grodstein F, Colditz GA, Stampfer MJ.** Postmenopausal hormone use and tooth loss: a prospective study. **J Am Dent Assoc** 1996; 127: 372-377.
- **Greenlee RT, Murria T, Bolden S, Wingo PA.** Cancer statistics, 2000. **CA Cancer J Clin** 2000; 50: 7-33.
- **Kerlikowske K, Grady D Barclay J.** Effect of age, breast density, and family history on the sensitivity of first screening mammography. **J Am Med Ass** 1996; 276, 1: 33-38.
- **Thacker HL.** Menopause. **Prim Care** 1997; 24; 1: 205-221.
- **Zichella L, Perone G.** Estilo de vida y compliance con THS. **Eur Menopause J** 1996; 3:250-254.



Embarazo



Manuel Abuín Rodríguez

Margarita Vergara Espiñeira

Jesús Montero de Angulo

Embarazo

- PROTOCOLO DE CONTROLDE EMBARAZO
- PATOLOXÍAS MÁIS FRECUENTES
- FÁRMACOS E EMBARAZO
- PUERPERIO
- BIBLIOGRAFÍA



Embarazo



PROTOCOLO DE CONTROL DE EMBARAZO

O obxectivo principal do seguimento do embarazo normal por parte dos servizos de atención primaria debe ser elevar o nivel de saúde da poboación xestante e infantil. A actuación destes servizos debe comezar xa desde antes do embarazo cunha correcta educación sanitaria e planificación familiar, para evitar tanto os fillos non desexados como aqueles que impliquen un elevado risco para a muller ou para o fillo.

Na actualidade acéptase que a asistencia preconcepcional é un dos factores que poden contribuír ó curso normal do embarazo e a conseguir un fillo san, recoñecéndose a importancia que neste sentido teñen non só os obstetras e pediatras, senón tamén os médicos de familia, para os que a identificación do risco reproductivo da muller que desexa un embarazo debe formar parte da atención integral á saúde.

Asumimos que a asistencia preconcepcional e prenatal debe ser a continuación dunha asistencia sanitaria xa establecida desde etapas máis precoces da vida.

Obxectivos da asistencia prenatal

Os obxectivos principais dos coidados prenatais son os seguintes:

- Defini-lo estado xeral da nai e o feto.
- Determina-la idade xestacional do feto e vixia-lo desenvolvemento.
- Identifica-las pacientes en risco de complicacións e diminuílo ó mínimo cando sexa posible, mediante as medidas hixiénico-dietéticas ou terapéuticas aconsellables.
- Atende-la preparación física e psíquica da embarazada.
- Proporciona-la educación sanitaria básica da embarazada e da súa parella.

É de grande importancia, xa desde a primeira consulta, realiza-la distinción entre xestantes de risco, que serán derivadas ó Servizo de Obstetricia, e aquelas sen risco aparente; o seu control parcial, e sempre en coordinación co Servizo de Obstetricia, poderá ser asumido polos médicos de atención primaria.



Esta guía nace co obxectivo de facilita-lo traballo dos profesionais de atención primaria que desexan encargarse do diagnóstico e seguimento deste segundo grupo de embarazadas.

PRIMEIRAVISITA

A OMS indica que “o primeiro recoñecemento debería practicarse en tódolos casos de amenorrea con xestación presunta”.

A primeira visita é a máis longa, pero é tamén a máis importante. Nela levarase a cabo unha completa anamnese e exploración física que quedará rexistrada nunha detallada historia clínica, xa que esta é fundamental para identifica-lo maior ou menor risco da xestación.

A historia clínica recollerá:

1. Identificación: nome, idade, enderezo, etc., así como características sociodemográficas: estado civil, nivel cultural, profesión...
2. Antecedentes familiares: enfermidades hereditarias ou outras condicións que se poidan reflectir no embarazo actual como diabeite, hipertensión arterial, embarazos múltiples, deficiencia mental...
3. Antecedentes persoais
 - Xerais
 - Calquera antecedente previo relevante, médico ou cirúrxico.
 - Hábitos tóxicos, adiccións.
 - Alerxias coñecidas.
 - Tratamentos habituais.
 - Xinecolóxicos
 - Idade da menarquía.
 - Tipo habitual de regra (THR): resúmese mediante un quebrado no que o numerador indica o número de días que dura a menstruación e o denominador os días de intervalo entre unha e outra regra. (p. ex. 5/28, é un ciclo que dura 5 días e que se repite cada 28).
 - Tratamentos hormonais, métodos anticonceptivos anteriores ou actuais.



- Enfermidades propiamente xinecolóxicas, como infeccións, intervencións...
- Obstétricos
 - Paridade: xestacións-abortos-acabados de nacer vivos.
 - Datas e tipos de partos previos: idade xestacional, sexo e peso do acabado de nacer, complicacións durante a xestación ou o parto...
 - Lactación previa.
 - Puerperios.

4. Situación do embarazo actual:

- Data da última regra (DUR).
- Data probable de parto (DPP): calcúlase mediante a fórmula de Nägele: $(DPP = DUR + 7 \text{ días} - 3 \text{ meses} + 1 \text{ ano})$ ou mediante regras de cálculo obstétrico que permitan ademais coñecer-la semana actual da xestación. Desde o primeiro día da última menstruación a duración media dun embarazo é dunhas 40 semanas cunha marxe de máis/menos 2 semanas sobre a data estimada.
- Síntomas asociados ó embarazo actual: recollenanse na historia os síntomas debidos a cambios e modificacións propios da xestación, así como outros que poidan suxerir unha complicación (hemorraxia, dor...).

5. Exploración física: non existe ningunha proba que substitúa unha boa exploración física. A exploración comprende:

- a) *Exploración médica xeral*: na primeira visita débese realizar unha exploración xeral breve pero completa, que permita valorar-lo estado de saúde da muller e descubrir posibles enfermidades que poidan influír no embarazo.

Esta exploración debe incluír:

- Exame das mucosas: permite p. ex. sospeitar unha anemia.
- Exame da cavidade oral: breve exame de dentes e enxivas. Pode ser aconsellable a visita ó odontólogo.
- Palpación tiroidea: valorar aumento do tamaño da glándula.
- Exploración cardiopulmonar: auscultación cardiopulmonar, prestando atención a sopros e alteracións do ritmo.

- Exploración abdominal: detectar posibles cicatrices, tumoracións, hernias...
- Talla: a talla inferior a 150 cm pode suxerir estenose pélvica.

Na primeira e nas sucesivas consultas determinarase sempre:

- *Peso*: é importante xa ó principio da xestación para valora-la ganancia ponderal que se produce durante o embarazo. A ganancia excesiva de peso (máis de 1 kg/sem. no último trimestre) pode ser un precursor da hipertensión inducida polo embarazo. O incremento ponderal normal sitúase entre os 9-11 kg.
- *Tensión arterial*: tomarase en cada consulta rexistrándoo na historia. Medirase nas mesmas condicións, brazo esquerdo e ó final da consulta para reducir ó mínimo as influencias emocionais. Na táboa 1 recóllense criterios para defini-la existencia de HTA durante o embarazo.
- *Edemas*: o “edema xestacional” definiuse como a aparición dunha acumulación excesiva de líquido nos tecidos con máis de 1 + de edema con fóvea despois de 12 horas de repouso na cama. Na exploración física o edema xestacional é branco, indoloro e brando, conservando a pegada do dedo trala presión (signo da fóvea).

Segundo a intensidade do edema clasifícanse:

- (+): edemas pedios, maleolares e pretibiais.
- (++) : edemas nas extremidades inferiores.
- (+++) : faciais, en mans, parede abdominal e sacro.
- (++++): anasarca con ascite.

O edema grao 3 ou superior pode se-lo comezo dunha preeclampsia e require avaliación adicional.

- b) *Exploración mamaria*: débese realizar unha palpación sistemática e minuciosa das mamas buscando alteracións da mamila ou aréola que puideran dificultar a lactación, ou tumoracións ou irregularidades para detección precoz do cancro de mama. É importante ter en conta as modificacións gravídicas da mama.



- c) *Exploración xenital*: é importante realizala ó inicio do embarazo para determina-las características do útero e a súa correspondencia coa amenorrea, os anexos e as características da pelve. Ante a presenza dunha leucorrea e/ou signos de inflamación realízase cultivo e exame en fresco. É conveniente realizar unha toma citolóxica se non se realizou no ano anterior.

Táboa 1

Criterios para defini-la hipertensión arterial durante o embarazo

Existencia despois da 20ª semana de xestación (excepto no caso de enfermidade trofoblástica) de:

- Aumento da TAS igual ou superior a 30 mm Hg ou da TAD igual ou superior a 15 mm Hg sobre os valores previos ó embarazo.
- Se os valores previos son descoñecidos, existencia dunha TAS igual ou superior a 140 mm Hg e dunha TAD igual ou superior a 90 mm Hg.
- Se se utiliza o criterio da tensión arterial media (TAM)*.
 - a. Aumento da TAM igual ou superior a 20 mm Hg sobre os valores previos.
 - b. Se non son coñecidos os valores previos, TAM igual ou superior a 105 mm Hg.
- Os niveis tensionais deben ser comprobados alomenos en dúas ocasións separadas por un intervalo de 6 horas, utilizando unha técnica estandarizada de medida da TA.

*TAM: obtense sumándolle á TAD un tercio da diferenza entre a TAS e a TAM.

6. Probas de laboratorio

a) *Análise de sangue*. Débese realizar:

- Hemograma completo.
- Glicosa, urea, ácido úrico, GPT (GOT, GGT).
- Seroloxía de rubéola, sífilis, toxoplasmos.
- Screening de VIH (con consentimento informado escrito da paciente)
- Grupo de sangue, factor Rh e anticorpos irregulares.



a) **Análítica de urina.** Débese realizar:

- **Proteinuria:** o límite superior da normalidade durante o embarazo é de 300 mg/24 horas.

Os criterios para definir proteinuria durante o embarazo son:

- > 300 mg en urina de 24 horas.
- > de 1 gr/litro (+ / ++) nunha mostra illada, en dúas ou máis ocasións separadas por un intervalo de alomenos 6 horas.

- **Glicosuria:** a glicosuria con niveis normais de glicosa en sangue reflicte os cambios renais por aumento da filtración glomerular e diminución da reabsorción tubular.

Os rangos de normalidade en urina de 24 horas son:

- I Tr. 0-200 mg
- II Tr. 0-700 mg
- III Tr. 0-1000 mg

- **Cetonuria:** indica unha inxesta inadecuada de hidratos de carbono ou un período prolongado de xaxún.
- **Sedimento urinario:** o significado e a interpretación é similar ó realizado fóra da xestación.
- **Urocultivo:** para screening de bacteriuria asintomática. Se é positivo, debe repetirse despois do tratamento e mensualmente para detectar posibles recurrencias.

7. Exploración ecográfica: recoméndase que a primeira exploración ecográfica se realice entre a 10^a-12^a semana de xestación.

8. Screening de anomalías fetais (diagnóstico prenatal): o obxectivo é identifica-las xestacións con alto risco de defectos conxénitos fetais, para propoñer e utilizar, se son aceptados, os procedementos de diagnóstico prenatal máis adecuados para cada condición.

Os defectos conxénitos susceptibles de screening son:

- a) **Anomalías estruturais:** o diagnóstico baséase fundamentalmente na exploración ecográfica entre as semanas 18^a e 20^a de xestación.





- b) *Cromosomopatías*: o método diagnóstico máis utilizado no noso medio é a amniocentese. Consiste na obtención de líquido amniótico por punción e aspiración transabdominal da cavidade amniótica baixo control ecográfico. Realízase entre as semanas 15ª e 18ª. O risco de aborto estímase entre o 0,5 e o 1%.

Os criterios máis aceptados para realizar un cariotipo fetal son:

- Idade materna avanzada (35 anos ou máis no momento do parto).
- Cromosomopatía fetal previa.
- Proxenitor portador dunha anomalía cromosómica (translocacións, inversións, fraxilidade cromosómica...)
- Sospeita ou evidencia ecográfica dunha malformación fetal e/ou signos ecográficos suxestivos dunha síndrome cromosómica.

- c) *Enfermidades monoxénicas hereditarias*: neste caso, os antecedentes (árbore xenealóxica) da paciente permiten establecer un grupo de risco. O estudio correcto do caso e a identificación de portadores cos métodos actuais (xenética molecular, etc.), todo isto antes dunha nova xestación, permitirá establece-las indicacións das probas diagnósticas. É aconsellable potencia-lo consello reproductivo prexestacional.

9. Valoración dos factores de risco durante o embarazo: baixo risco non significa ausencia de risco. A seguinte táboa presenta unha lista de factores de risco identificables mediante historia clínica e exploración física.



FACTORES DE RISCO DURANTE O EMBARAZO

Factores sociodemográficos Antecedentes reproductivos	Antecedentes reproductivos
Idade materna < 16 anos Idade materna > 35 anos Relación peso/talla (IMC): Obesidade: > 29 Delgadeza: < 20 Tabaquismo (> 10 cigarros ó día) Alcolismo Drogadicción Nivel socio-económico baixo Risco laboral	Esterilidade en tratamento alomenos durante 2 anos Abortos de repetición Antecedentes de parto pretermo Antecedentes de nados con CIR Antecedentes de morte perinatal Fillo con lesión residual neurolóxica Antecedente de nado con defecto conxénito Antecedente de cirurxía uterina (excepto legrado instrumental) Malformación uterina Incompetencia cervical
Antecedentes médicos	Embarazo actual
Hipertensión arterial Enfermidade cardíaca Enfermidade renal Diabete mellitus Endocrinopatías Enfermidade respiratoria crónica Enfermidade hematolóxica Epilepsia e outras enfermidades neurolóxicas Enfermidade psiquiátrica Enfermidade hepática con insuficiencia Enfermidade autoinmune con afectación sistémica Tromboembolismo Patoloxía médico-cirúrxica grave	Hipertensión inducida polo embarazo Anemia grave Diabete xestacional Infección urinaria de repetición Infección de transmisión perinatal Isoinmunización Rh Embarazo múltiple Polihidramnios Oligoamnios Hemorraxia xenital Placenta previa asintomática (diagnóstico ecográfico > 32 semanas) Crecemento uterino retardado (CIR) Defecto fetal conxénito Estática fetal anormal (> 36 semanas) Ameaza de parto pretermo Embarazo posttermo Rotura prematura de membranas ovulares Tumoración uterina Patoloxía médico-cirúrxica grave

IMC: (kg/m²): calcúlase como peso en kg / talla² en metros

10. Accións informativas á embarazada: ver anexo I



CONSULTAS SUCEATIVAS

A frecuencia das consultas sucesivas está determinada polas necesidades individuais de cada muller e os factores de risco asociados.

De forma xeral, unha muller cun embarazo non complicado debe acudir á consulta coa seguinte periodicidade:

- Ata a semana 36ª, cada 4-6 semanas.
- Da 37ª á 40ª, cada 2-3 semanas.
- A partir da 40ª, de 1 a 3 veces por semana.

En cada consulta prenatal débese obter información sobre a evolución do embarazo, actualiza-la identificación do risco perinatal, desenvolve-las accións informativas e promotoras da saúde, controla-lo peso, a tensión arterial, a aparición de edemas e a existencia de movementos fetais.

Ademais realizaranse as seguintes exploracións:

1. Exploración obstétrica:

a. Volume abdominal e correspondencia coa idade xestacional:

- Medición da altura uterina tomada desde o bordo superior do pube: da semana 16ª á 36ª corresponde aproximadamente ás semanas de xestación menos unha, máis/menos 3 cm. O ritmo de crecemento da altura do fondo uterino ata a 36ª semana é duns 4 cm/mes.
- Medición do perímetro abdominal á altura do embigo.

b. Manobras de Leopold a partir da 30ª semana (cadro 1).

c. Auscultación do latexo cardíaco fetal (FCF) a partir das 14-16 semanas: normal entre 120-160 latexos/min.

2. Análise: realízase unha determinación por cada trimestre.

a. Primeiro trimestre: o dito para a primeira visita.

b. Segundo trimestre: entre a 24ª e 28ª semanas:

- Hemograma completo.
- Test de O'Sullivan (ver diagnóstico de diabete, cadro 2).
- Test de Coombs indirecto, se procede (Rh negativo).
- Sedimento urinario e urocultivo, se procede.

c. Terceiro trimestre. Entre as 32 e 36 semanas:

- Hemograma completo.

- Probas de coagulación.
- Antíxeno de superficie da hepatitis B.
- Test de O'Sullivan, se procede.
- Test de Coombs indirecto, se procede.
- Sedimento urinario e urocultivo, se procede
- Cultivo vaxinal (entre a 35-37 semanas) para detección de estreptoco Agalactiae e profilaxe antibiótica intraparto caso de ser positivo. A bacteriuria por estreptoco debe tratarse no momento do diagnóstico e tamén require profilaxe durante o parto.

3. Ecografías:

- Inicial: 10-12 semanas. Obxectivos: vitalidade embrionaria, estimación da idade xestacional, patoloxía do primeiro trimestre.
- 2º trimestre: 18-20 semanas. Confirmación do número de fetos, diagnóstico de anomalías estruturais e marcadores de cromosomopatías.
- 3º trimestre: 34-36 semanas. Estimación da normalidade fetal e do seu contorno.

En ausencia dun criterio uniformemente aceptado, e con independencia de que cada área de saúde estableza as súas propias pautas, propoñémo-la visita ó tocólogo, alomenos despois de cada control ecográfico para a súa valoración, e nas últimas semanas de xestación, a partir da 38-39.



CRONOGRAMADAS ACCIÓNS PARA REALIZAR DURANTE A ASISTENCIAPRENATAL A UN EMBARAZO NORMAL

Método	1ª consulta 1º trimestre	2º trimestre 24 – 28 semanas	3º trimestre 32 – 36 semanas
Historia clínica	Si	Actualizar en cada consulta	
Identificación do risco	Si	Actualizar en cada consulta	
Accións informativas	Si	Actualizar en cada consulta	
Exploración xeral	Si	-	-
Exploración mamaria	Si	-	-
Exploración xenital	Si	-	Si, a termo
Talla	Si	-	-
Peso	En cada consulta		
Tensión arterial	En cada consulta		
Edemas	En cada consulta		
Altura do fondo uterino	En cada consulta		
Latexo cardíaco fetal	En cada consulta a partir da 20ª semana		
Movementos fetais	En cada consulta a partir da 20ª semana		
Estática fetal	En cada consulta a partir da 20ª semana		
Grupos ABO e Rh	Si	-	-
Test de Coombs indirecto	Si	Si(se Rh negativo)	Si (se Rh negativo)
Hemograma	Si	Si	Si
Glicemia	Si	Si	Si
Screening de diabeite	Se factores de risco	Si (24 – 28 semana)	Se factores de risco
Glicosuria	Si	Si	Si
Proteinuria	Si	Si	Si
Cetonuria	Si	Si	Si
Sedimento urinario	Si	Si	Si
Urocultivo	Si	Se procede	Se procede
Citoloxía (triple toma)	Se non se realizou o ano anterior		
Rubéola (IgG)	Si	-	-
Sífilis (VDRL-RPR)	Si	-	-
Hepate B (HBsAg)	-	-	Si
Toxoplasmose (IgG)	Si	Se IgG negativa	Se IgG negativa
VIH (IgG)	Si (con consentimento informado)		
Cultivo vaginal	Opcional	-	Si (Identificación de Streptoco Agalactiae)
Ecografía	Si (8ª-12ª semana)	Si (18ª-20ª semana)	Si (34-36 semana)

Fonte: protocolos da SEGO



Manobras de Leopold

Realízanse coa paciente en decúbito supino, coa cabeza sobre unha almofada baixa e as pernas lixeiramente flexionadas. O médico sitúase ó lado dereito da paciente, mirando cara a cara.

Primeira manobra. Obxectivo: estima-la idade xestacional en función do tamaño do útero, e a presentación fetal. Paciente en decúbito supino, médico ó seu lado dereito mirando cara á cara: cos bordos cubitais de ámbalas mans pálpase a parte alta do abdome para delimita-lo fondo uterino e recoñece-lo polo fetal.

Segunda manobra. Obxectivo: diagnóstico da posición e situación fetal. Ámbalas mans paralelas ós lados do útero; detéctase un lado plano, que corresponde ó dorso fetal, e outro con pequenos avultamentos, que se corresponden coas extremidades.

Terceira manobra. Obxectivo: diagnóstico da presentación fetal. Inténtase abarcar entre o polgar e os demais dedos a presentación fetal por riba da sínfise púbica, imprimíndolle desprazamentos laterais. Se este polo é cabeza nótase unha masa lisa e regular que nos desprazamentos laterais golpea os dedos da man, "pelotea". Se o polo é podálico, nótase unha masa máis voluminosa, irregular e máis branda.

Cuarta manobra. Obxectivo: o médico mirando cara ós pés da paciente; introduce a punta dos dedos de ámbalas mans entre a presentación e os ósos da pelve; preténdese coñece-la presentación e, indirectamente, a posición fetal, así como o grao de encaixamento.



*Primeira manobra de Leopold**Segunda manobra de Leopold**Terceira manobra de Leopold**Cuarta manobra de Leopold*

Manobras de Leopold



Diagnóstico de diabete xestacional

Screening

Mediante o **Test de O'Sullivan**

- a) Administración oral de 50 gr de glicosa e determinación da glicemia á hora seguinte, independentemente da hora do día e sen preparación previa.
- b) O test é positivo se a glicemia en plasma venoso é igual ou maior a 140 mg/100 ml e sinala ás xestantes con risco de diabete xestacional. Para confirma-lo diagnóstico realizarase unha curva de glicemia.
- c) Debe realizarse:
 - Entre a 24 e 28 semanas a tódalas embarazadas (segundo algúns criterios podería obviarse en mulleres de moi baixo risco: menores de 25 anos non obesas, sen antecedentes familiares e que non pertencen a grupos étnicos con alta prevalencia de diabete).
 - Xa no primeiro trimestre a mulleres de risco (maiores de 35 anos, antecedentes de diabete xestacional, obesidade, antecedentes familiares en primeiro grao de diabete, malos antecedentes obstétricos). Neste caso repetirase ás 24-28 semanas e ás 32-36 sempre que non se confirme o diagnóstico de diabete xestacional.

Diagnóstico

1. Mediante a **curva de glicemia ou test de tolerancia oral á glicosa (TTOG)** cando o test de O'Sullivan é positivo.

Realízase mediante sobrecarga oral de 100 g de glicosa:

- Mídese a glicemia basal e ás 1, 2 e 3 horas da sobrecarga de glicosa. É recomendable a determinación en plasma venoso con métodos enzimáticos.
- O TTOG considérase normal cando tódolos valores son inferiores a:

Basal	< 105 mg/dl
60 minutos	< 190 mg/dl
120 minutos	< 165 mg/dl
180 minutos	< 145 mg/dl
- Será diagnóstico de diabete xestacional cando dous ou máis valores sexan iguais ou superiores a estes límites.
- Se só está alterado un valor, repítese a curva ás 2-3 semanas: se volve aparecer alterado consideráremo-la curva patolóxica. Algúns autores falan de intolerancia hidrocarbonada xestacional cando só un dos valores é igual ou superior a calquera dos descritos na táboa.

2. Tamén é diagnóstico se de entrada obtemos en dúas ou máis ocasións, unha glicemia basal igual ou maior de 120 mgr/dl. Neste caso está contraindicada a curva de glicemia

A xestante diagnosticada de diabete xestacional, ademais de realiza-las consultas obstétricas pertinentes, como xestante de alto risco, será remitida ó endocrinólogo de referencia para trata-los problemas metabólicos.





RECOMENDACIÓNS DE ÁCIDO FÓLICO PARA A PREVENCIÓN DOS DEFECTOS DO TUBO NEURAL (DTN)

Fonte: información terapéutica do Sistema Nacional de Saúde. Vol. 25-nº 2 - 2001

A administración de ácido fólico no período preconcepcional demostrou diminuí-lo risco de malformacións conxénitas relacionadas con defectos do tubo neural (DTN) (espiña bífida, anencefalia, encefalocele).

No momento actual recoméndase que tomen suplementos de ácido fólico tódalas mulleres que pensen quedar embarazadas, especialmente se pertencen a grupo de risco (mulleres que tivesen un fillo anterior con DTN).

A administración do ácido fólico debe empezar alomenos un mes antes da xestación e durante os tres meses seguintes nun embarazo planificado ou en canto se detecte nun embarazo non planificado.

A dose recomendada para mulleres non pertencentes grupo de risco é de **0,4 mg diarios de ácido fólico** (*Foli-doce*®), e de 4 mg/día (*Acfol*® compr. 5 mg) para mulleres pertencentes a grupo de risco.

En ausencia de alteracións do metabolismo dos folatos non está xustificado o uso de derivados do ácido fólico, como o folinato (*Lederfolín*® ou o levofolinato (*Folaxín*® *Isovorín*®), que teñen un custo moito maior.

Con independencia destas recomendacións, é conveniente garantir unha inxesta adecuada de alimentos con alto contido en folatos (col, chícharos, espinacas, coliflor, laranxas...)

É moi importante neste tema a coordinación entre as actividades e coadados da planificación familiar, diagnóstico prenatal e atención neonatal, xogando o nivel de atención primaria un papel fundamental.



ANEXO I

ACCIÓNs INFORMATIVAS E PROMOTORAS DASAÚDE DURANTE O EMBARAZO

Fonte: protocolos da SEGO.

A consulta prenatal ten por finalidade coidar do estado de saúde da nai e da do seu fillo. É conveniente que en canto sospeite que está embarazada acuda á consulta do seu médico. Máis adiante debe asistir ás consultas programadas de forma periódica, aínda que vos-tede se atope ben. Desta forma é posible coñecer se o seu embarazo evoluciona con normalidade, valorar se pertence a algún grupo de risco, programa-las análises e exploracións, recibir ó seu debido tempo as recomendacións oportunas e, nalgúns casos, informar sobre a posibilidade de realiza-lo diagnóstico prenatal de determinadas anomalías fetais.

ALIMENTACIÓN

Durante o embarazo a alimentación debe ser completa e variada para conserva-la súa saúde e a do seu fillo. Ó longo do embarazo o seu peso aumentará entre 9 e 13 k. É recomendable:

- Que os alimentos como a carne ou o peixe sexan cociñados á plancha ou fervidos, sobre todo se existe un aumento de peso excesivo.
- Que aumente de forma moderada as froitas, verduras, pan, con preferencia integral, arroz, pasta e legumes.
- Que tome entre medio e un litro de leite ó día, ou o seu equivalente en iogur ou queixo fresco.
- Que reduza os alimentos con excesiva cantidade de graxa de orixe animal, como touciño, manteiga, embutidos, etc.
- Que reduza os alimentos con moito azucre, como pasteis, doces, especialmente aqueles prefabricados, caramelos, chocolate, etc.

ALCOL, TABACO E DROGAS

Durante o embarazo debe evita-las bebidas alcólicas e o consumo doutras drogas por seren prexudiciais para vostede e especialmente para o seu fillo. Igualmente resulta nocivo para o feto o consumo de tabaco, polo cal deberá vostede deixar de fumar.





MEDICAMENTOS E RADIACIÓNS

Como norma xeral, débese evitar tomar calquera tipo de medicamentos durante o embarazo, a menos que fosen aconsellados polo seu médico. A exposición a radiacións (raios X) pode ser perigosa para o seu fillo, polo que soamente deberán realizarse as radiografías estritamente necesarias e/ou autorizadas polo seu especialista.

HIXIENE, VESTIDO E CALZADO

Durante o embarazo é aconsellable que cumpra as seguintes recomendacións:

- Coide a súa hixiene persoal. É recomendable a ducha diaria xa que durante a xestación aumenta a sudoración e o fluxo vaginal.
- Extreme a limpeza da boca. É aconsellable que limpe os dentes despois de cada comida. Acuda ó seu odontólogo cando sexa necesario.
- Utilice vestidos cómodos e folgados. O zapato debe ser confortable, evitando o tacón alto así como o excesivo plano.
- A faixa pode atrofia-la musculatura abdominal, polo que non é necesario o seu emprego, salvo nos casos nos que o seu médico llo aconselle.
- As medias e calcetíns que produzan compresión local da perna poden favorecer o desenvolvemento de varices, polo que non son aconsellables.

TRABALLO

Durante o embarazo pode desenvolver-lo seu traballo habitual, sempre que non cause unha fatiga física ou psíquica excesiva, ata o oitavo mes de xestación; a partir deste momento debe reduci-la actividade física, sendo recomendable o descanso laboral nas últimas semanas da xestación. Non é aconsellable que no seu traballo manexe produtos tóxicos ou estea exposta a radiacións.

DEPORTES

Durante o embarazo a muller sa ten unha tolerancia menor ó esforzo físico. É conveniente realizar un exercicio físico moderado, aconsellándose os paseos, a natación e os exercicios aprendidos nos cursos de educación maternal. Non se recomenda a práctica de deportes violentos, de competición ou que produzan fatiga.

VIAXES

As viaxes en xeral non están contraindicadas. Non é aconsellable realizar viaxes a lugares con escasos servizos sanitarios. Contra o final da xestación débense evitar viaxes longas. Non están contraindicadas as viaxes en avión.

RELACIÓNS SEXUAIS

Se o seu embarazo cursa con normalidade, non é necesario modificar ou interrompe-los seus hábitos sexuais, sempre e cando non resulten molestos para vostede. Cando o ventre comeza a crecer, o coito na postura clásica pode resultarlle incómodo; se é así, pode adoptar posicións que lle sexan máis cómodas. Debe evita-las relacións sexuais cando existe hemorraxia ou perda de sangue polos xenitais, ameaza de parto prematuro ou rotura da bolsa das augas. Recoméndase evita-las relacións sexuais nas dúas ou tres últimas semanas do embarazo.

CAMBIOS ESPERADOS NO SEU ORGANISMO

Aínda que o embarazo é unha etapa normal da súa vida, vostede pode apreciar diversos cambios:

- Pode sentirse máis sensible e emotiva, e en ocasións cansa e fatigada.
- Observará maior pigmentación da pel e, ás veces, a aparición de estrías.
- As mamas aumentan de tamaño, a mamila é máis sensible e pode aparecer leite antes de termina-lo embarazo. Non é aconsellable a manipulación da mamila.
- As náuseas e vómitos, sobre todo polas mañás, son frecuentes durante os tres primeiros meses do embarazo, así como o ardor de estómago ó final da xestación. Consulte co seu médico en tódolos casos.
- O estrinximento e as hemorroides son frecuentes. Procure tomar unha dieta rica en fibra, zumes e líquidos. Non tome laxantes sen consultar co seu médico.
- As varices son frecuentes sobre todo ó final da xestación.
- Evite as roupas axustadas. Non permaneza parada de pé durante períodos prolongados. Descanse coas pernas elevadas. É aconsellable utilizar medias elásticas ata a cintura.
- A inchazón de pés e nocellos ó longo do día non é un signo preocupante.
- As dores de costas aparecen principalmente ó final do embarazo, cando a muller xestante adopta unha postura distinta á habi-



tual. Procure escoller respaldos rectos, evitar cargas pesadas e utilizar un colchón duro para o seu descanso.

- Durante o embarazo aumenta a necesidade e frecuencia de orixinar, obrigándoa a levantarse mesmo pola noite.

PREVENCIÓN DE ENFERMIDADES INFECCIOSAS TRANSMISIBLES Ó FETO

Existen algunhas infeccións que cando afectan á nai durante o embarazo poden ser perigosas para o feto. É recomendable que evite tódolos mecanismos posibles de contaxio:

- Terá precaucións no contacto con gatos e outros animais domésticos.
- Non comerá carne nin ovos crus ou pouco cociñados, nin embutidos pouco curados, deberá lava-las mans despois de toca-la carne na cociña e evitará inxerir verduras frescas mal lavadas.
- Deberá evita-lo contacto con enfermos infecciosos de calquera tipo, e non expoñerse a risco de enfermidade de transmisión sexual aconsellándose, nestes casos, a utilización de preservativo.

PSICOPROFILAXE OBSTÉTRICA (CURSOS DE EDUCACIÓN MATERNAL)

É unha actividade que se propón para que a parella poida vivir activamente e colaborar no embarazo e parto do seu fillo. Coa información dada nos cursos inténtase diminuí-lo medo ó parto, explica-lo desenvolvemento do embarazo, o parto e os métodos de vixilancia e a atención ó acabado de nacer. Por outra parte, ensínase de forma práctica a relaxarse, e a realiza-la respiración adecuada en cada momento do parto para axudar na súa evolución e diminuí-la dor.

CÁNDO DEBE ACUDIR Á CONSULTA

Ademais das consultas periódicas recomendadas debe poñer en coñecemento do seu médico calquera anomalía, especialmente:

- Vómitos intensos e persistentes.
- Diarrea.
- Dor ó orixinar.
- Dor de cabeza non habitual.
- Inchazón en zonas distintas ós pés e nocellos pola tarde, ou nestes lugares se non desaparecen co repouso nocturno.

CÁNDO DEBE ACUDIR Á CLÍNICA OU Ó HOSPITAL

Deberá acudir inmediatamente ó seu médico (á clínica ou ó hospital) se observa:

- Hemorraxia polos xenitais.
- Perda de líquido polos xenitais.
- Dor abdominal intensa ou contraccións uterinas dolorosas.
- Febre elevada.
- Dor de cabeza moi intensa.

CÁNDO DEBE SOSPEITAR QUE COMEZA O PARTO

Deberá acudir á clínica ou ó hospital, por posible inicio do parto se presenta:

- Contraccións uterinas rítmicas, progresivamente máis intensas e con frecuencia de (alomenos) 2 en 10 minutos durante 30 minutos.
- Perda de líquido por vaxina (rotura da bolsa).
- Perda hemorráxica por vaxina.

LACTACIÓN MATERNA

Desde este momento vostede debe saber que a lactación materna se considera a mellor e máis segura alimentación para o seu fillo. Debe iniciarse canto antes despois do parto, e durante ela a muller debe aumentar lixeiramente a inxesta de líquidos e calorías, sobre todo a base de leite. A muller que lacta debe seguir absténdose de fumar e tomar alcol e calquera droga ou medicamento que non fose indicado polo seu médico, xa que practicamente todos pasan ó leite e poden prexudica-lo seu fillo. A lactación materna non se pode considerar un método anticonceptivo.

PUERPERIO

Durante o puerperio (os primeiros 40 días despois do parto), débese abster de practica-lo coito. Coidará as súas mamas lavando as súas mans e as mamilas antes e despois de cada toma do neno. Finalizado este período deberá poñerse en contacto co seu médico ou centro de saúde co fin de recibila información axeitada sobre planificación familiar e coidados pertinentes.



PATOLOXÍAS MÁIS FRECUENTES

1- CARDIOVASCULARES

Edemas dos pés

Edema postural secundario a dificultade do retorno venoso.

- Desaparece co repouso. Evitar bipedestación ou posición sentada por tempo prolongado. Non utilizar diuréticos.

Hipotensión por decúbito

Por diminución do fluxo ítero-placentario e renal por compresión da cava inferior.

- Evita-lo decúbito supino. Adopta-lo decúbito lateral coas pernas lixeiramente flexionadas.

Mareo e síncope

Por labilidade vasomotora ou hipotensión postural por causa hormonal ou éstase venoso nas extremidades inferiores.

- Practicar exercicio moderado, evitar cambios súbitos de posición e lugares pechados ou moi concorridos. Evitar períodos prolongados de xaxún.

Palpitacións:

Causa descoñecida. Non deben estar asociadas con irregularidades persistentes del ritmo cardíaco.

- Tranquiliza-la paciente. Remitir ó cardiólogo se existen síntomas de descompensación cardíaca.

Varices

Por compresión da drenaxe venosa polo útero xestante. Diminución do ton da parede vascular por acción hormonal. Aumento do volume sanguíneo circulante. Favorecidas por obesidade, multiparidade e bipedestación.

- Aconsellar actividade física con paseos curtos, exercicios de flexión, extensión e rotación dos nocellos, masaxes desde o pé ata a cadeira. Repouso coas pernas en alto. Utilización de medias elásticas. Evitar bipedestación prolongada.

2.- CUTÁNEOS

Caída do cabelo

É un fenómeno transitorio que non ten prevención nin tratamento.

Estrías

Por rotura de fibras elásticas de coláxeno da pel.

Non existe prevención nin tratamento.

Prurito

Causa descoñecida. Pode representar unha forma anictérica de colestase relacionada cun trastorno no metabolismo da bilirrubina por efectos hormonais. Bo prognóstico materno, pero risco de mortalidade perinatal, polo que precisa vixilancia fetal intensiva.

Non existen medidas preventivas.

- Pode ser suficiente utilizar emulsións con aceite de oliva ou emolientes suaves. Ás veces haberá que recorrer a corticoides tópicos ou antihistamínicos por vía oral. Nos casos graves a medicación indicada é a resincolestiramina (12 gr/días, en catro tomas). Desaparece tralo parto.

3.- DIXESTIVOS

Estrinximento

Por aumento da reabsorción de auga e sodio pola mucosa do colon, influencias hormonais (proxesterona) e/ou compresión extrínseca do sigma e recto polo útero. Favorecido pola inxesta de ferro e calcio.

- Aconsellar medidas hixiénico-dietéticas indicadas para calquera poboación: dieta rica en fibra (cereais, froitas e vexetais frescos), inxesta de líquidos evitar vida sedentaria. Exercicio moderado. Manter un réxime regular de evacuación intestinal acudindo a unha hora fixa e estimulando o reflexo gastrocólico (p. ex. bebendo un vaso de auga ó levantarse).
- Se fose necesario engadir laxantes, utiliza-los formadores de bolo: metilcelulosa, plántago (*Plantaben*[®], *Cenaf*[®]). Parece que o uso puntual de glicerina rectal é relativamente seguro.
- Se o estrinximento fose moi pertinaz: microenemas (*Micralax*[®]) ou enemas (*Enema Casen*[®]).



Xenxivite e épulis

Por déficit de folatos, piridoxina e riboflavina, aumento de estróxenos ou enfermidade dental preexistente.

- Aconsellar dieta equilibrada con cantidades axeitadas de vexetais e froias frescas. Evitar traumatismos e infeccións. Boa hixiene dental. Desaparece espontaneamente 1-2 meses despois do parto.

Hemorroides

Por compresión extrínseca da drenaxe venosa polo útero. O estrinximento favorece a súa aparición.

- Evitar especias e bebidas alcólicas. Corrixi-lo estrinximento. Hixiene local, baños de asento con auga fría e asentos brandos.
- Poden usarse con precaución preparados locais con antiinflamatorios e anestésicos para aliviar os síntomas, anque deben evitarse os que teñan corticoides e vasoconstrictores por potencial toxicidade fetal.

Náuseas e vómitos matutinos

Causa descoñecida.

- A maioría corríxense con medidas de tipo dietético: evita-lo “estómago baleiro” ou excesivamente repleto, as olores molestas e os alimentos de dixestión difícil. Tomar algún alimento sólido ó despertar e permanecer en repouso ata que desapareza a sensación nauseosa. Diminuí-la cantidade de alimento en cada comida, pero realizar de 5 a 6 pequenas comidas ó día. Evita-los fritos e os alimentos formadores de gas, as especias, as graxas e as bebidas con gas.
- No caso de precisar tratamento farmacolóxico, pódese utilizar doxilamina-piridoxina (Cariban®) ou metoclopramida (Primperan®)
- Se os vómitos non remiten, o cadro podería evolucionar a hiperemese gravídica, requirindo daquela ingreso hospitalario para corrixi-lo desequilibrio electrolítico e nutricional.

Pirose

Por reflujo gastroesofáxico debido a cambios na posición do estómago, atraso na evacuación gástrica e relaxación do cardias.

- Diminuí-la cantidade de alimento en cada comida, como no caso das náuseas. Repousar despois de cada comida en



posición semisentada; cear alomenos dúas horas antes de deitarse.

- Recoméndase evita-lo emprego abusivo de antiácidos, sendo preferibles os derivados aluminicos e magnésicos ós cálcicos, evitando os tratamentos prolongados. Non se recomenda o emprego de bicarbonato sódico, porque pode provocar alcalose metabólica, edema e aumento de peso. En canto ó antagonistas anti-H2 (ranitidina e famotidina) teñen categoría B e poderían usarse en humanos con certa precaución, sopesando risco/beneficio.

4.- MUSCULOESQUELÉTICOS

Cambras nocturnas

Por compresión dos nervios das extremidades inferiores polo útero xestante. Nivel baixo de calcio en soro ou alto de fósforo. Fatiga. Insuficiencia da circulación periférica.

- Restrinxir-la inxesta de fosfato (leite e suplementos de fosfato cálcico) e aumenta-la de calcio (suplementos de calcio sen fósforo) en forma de carbonato ou lactato de calcio.
- Estiramento inmediato suave e pasivo. Evitar zapatos de tacóns altos.

Dor lumbar e pélvica

Por cambios na incurvación da columna vertebral con contracción dos músculos paravertebrals. Relaxación das articulacións pélvicas.

- Utilizar zapatos cómodos, de tacón medio. Utilizar cadeiras cómodas, con coxíns na rexión lumbar. Evita-la flexión da columna ó levantar pesos facéndoo flexionando xeonllos e cadeiras. Repouso en cama dura, aplicar calor local e facer exercicios que fortalezan os músculos paravertebrals.

5.- NEUROLÓXICOS

Cefaleas

Por causas diversas: tensión emocional, problemas visuais...

- Avaliar para establece-lo diagnóstico etiolóxico. As cefaleas por xaqueca poden exacerbarse na xestación. Con frecuencia trátase de cefalea tensional polo que se recomendará vida sa, distracción e relaxación.
- Caso de necesitar tratamento farmacolóxico pode prescribirse paracetamol.





Parestesias en brazos

Por tracción de plexo braquial debido á caída dos ombreiros.

- Realizar exercicios de fortalecemento dos músculos dos ombreiros. Utilizar un suxeitador adecuado.

Síndrome do túnel carpiano

Por compresión do nervio mediano por cambios no tecido conectivo.

- Non existen medidas preventivas. Na maioría dos casos é transitorio, desaparecendo despois do parto. Durmir coa man levantada cunha almofada. Inxección local de corticoides. Evita-la cirurxía salvo afectación neurolóxica evidente.

6.- RESPIRATORIOS

Conxestión nasal

Por conxestión vascular da mucosa.

- Non existen medidas preventivas. Irrigacións nasais con soro fisiolóxico.

Dispnea do embarazo

Por adaptación fisiolóxica do embarazo.

- Non existen medidas preventivas. Adoptar unha postura corporal correcta; modera-lo exercicio; durmir con máis almofadas; evita-lo estómago cheo e o tabaco.

7.- URINARIOS

Polaquiuria, urxencia miccional

Por compresión da vexiga polo útero xestante.

Non existen medidas preventivas.

Infección do tracto urinario (ITU)

A infección urinaria, favorecida polos cambios fisiolóxicos, é a complicación médica máis frecuente no embarazo, sendo a orixe de importantes complicacións tanto para a nai como para o feto (parto prematuro e baixo peso).

Os axentes causais son na súa maioría bacteria gram-negativas, principalmente E. Coli, sobre todo nas infeccións agudas simples, anque nas crónicas complicadas se encontran tamén Klebsiella, Proteus e Enterobacter.

Desde o punto de vista clínico pode presentarse como:

a. Infección asintomática: Bacteriuria asintomática (BA).

- Diagnóstico: por urocultivo > 100.000 bacterias/ml dun mesmo xerme. A maioría dos urocultivos mixtos débense á contaminación.
- Realízase na primeira visita prenatal. Se é negativo non é necesario repetilo durante o embarazo, salvo que apareza clínica de ITU. Se é positivo realízase un cultivo de control despois do tratamento e, se é negativo, repítense mensualmente ata o parto. Se segue sendo positivo despois de tratar, súxire infección do parénquima renal. Se no urocultivo se detecta o streptococo agalactiae está indicada a profilaxe antibiótica intraparto.
- No caso de infección recidivante ou recorrente (reinfección por distintos microorganismos), está indicada profilaxe continua ata o parto 250 mg/día de cefalexina, ou con 50-100 mg/día de nitrofurantoína (pode causar fibrose pulmonar e debe reservarse como última alternativa).

a. Infección sintomática

- *Cistite*: a afectación anatómica adoita estar circunscrita á mucosa vesical. O diagnóstico baséase na clínica: síndrome vesical (disuria, polaquiuria, nicturia, tenesmo vesical) e urocultivo positivo. Pode ir asociado a piuria e/ou hematuria.

A existencia de síntomas miccionais con cultivo negativo e leucocituria denomínase síndrome retral aguda.

- *Pielonefrite*: síndrome vesical, máis dolor lumbar, febre en agulla, calafríos, PPL (+), alxias en zona do traxecto uretral. Adoita presentarse no último trimestre do embarazo e case sempre é secundaria a unha BA. Esixe control hospitalario.

Tratamento da cistite e bacteriuria asintomática

- Sintomático: aumento de inxesta hídrica, acidifica-la urina (Vit. C).
- Etiolóxico: baseado no resultado do urocultivo.
- Se a clínica é intensa, tratamento empírico despois da recollida da urina, modificándose posteriormente en función dos resultados do urocultivo.

Fármacos de primeira elección

- Amoxicilina, 500 mg/8h VO, 7 días.



- Amoxicilina/clavulánico, 500 mg/8h VO, 7 días.
- Cefuroxima axetilo, 250 mg/12h VO, 7 días.
- Cefixima, 400 mg/24h VO, 7 días.

Alternativa e/ou alerxia a betalactámicos

- Fosfomicina trometamol, 3 g VO, dose única.
- Nitrofurantoína, 50-100 mg/6h VO, 7 días.

A administración dunha dose única de fosfomicina amosou a mesma eficacia cá terapia durante 7 días co tratamento convencional.

8.- ANEMIA E EMBARAZO

Segundo a OMS, o déficit de ferro e a anemia ferropénica son os problemas de déficit de nutrientes de maior prevalencia durante a xestación, problema que afecta principalmente nos países en vías de desenvolvemento, pero tamén a unha porcentaxe importante de embarazadas no mundo industrializado, nas que a inxesta de ferro pode ser baixa para cubri-las necesidades do embarazo. O problema agrávase debido a que moitas mulleres comezan a xestación cunhas reservas de ferro baixas ou mesmo totalmente esgotadas.

Durante o primeiro trimestre as necesidades de ferro adoitan cubrir cunha dieta adecuada. No segundo e terceiro trimestre estas necesidades están incrementadas polo crecemento do feto e a placenta e anque cesa a menstruación e a absorción de ferro é maior, é moi frecuente que as mulleres necesiten suplementos de ferro para mantelos seus depósitos.

De tódolos xeitos, actualmente estes suplementos non se recomendan de maneira rutineira en tódalas embarazadas xa que anque melloran os valores hemáticos, non existe evidencia científica de que diminúan os resultados inadecuados do embarazo ou melloren o pronóstico do acabado de nacer, así como tampouco da total ausencia de efectos adversos.

Outro aspecto que hai que considerar é o efecto dilucional fisiolóxico do embarazo, polo cal o volume plasmático aumenta máis có eritrocitario. A ferritina non se afecta, polo que cómpre dispoñer dese dato para a valoración das reservas de ferro.

Fálase de anemia no embarazo cando a hemoglobina é menor de 11 gr/dl e o hematocrito menor de 33.

Se se require tratamento, o de elección é a administración oral de ferro en forma de sales ferrosas; os efectos adversos gastrointestinais poden evitarse utilizando preparados cun protector gástrico, diminuíndo a dose ou administrándoo coas comidas.

Proponse a seguinte pauta: (Instituto de Medicina de EEUU).

- Hb < 9 gr/dl o Hb 9-11 e ferritina > 30 mcg/l: exploración completa e valoración.
- Hb 9-11 e ferritina 12-20 ou Hb >11 e ferritina < 20 dar 30 mg de Fe elemental/día.
- Hb 9-11 e ferritina < 12 dar 60 a 120 mg Fe elemental/día.

Non administrar ferro se a Hb é > 11 gr/dl e a ferritina > 20 mcg/l.



FÁRMACOS E EMBARAZO

Introducción

As mulleres embarazadas constitúen un grupo de pacientes cunhas características particulares, debido a que se trata de “dous pacientes”, nai e feto, que constitúen unha unidade inseparable, sobre a que poden repercutir-las medicamentos. Desde este punto de vista, existen dous aspectos que requiren unha consideración especial:

1. Os medicamentos que toma a nai poden ocasionar efectos adversos sobre o embrión, feto ou neonato e poden altera-lo traballo do parto.
2. As modificacións fisiolóxicas propias do embarazo poden altera-la farmacocinética e a resposta ós medicamentos, o que pode levar consigo un control inadecuado da enfermidade materna e repercutir directamente na saúde do feto.

O uso de medicamentos durante o embarazo require, polo tanto, unha valoración inicial dos riscos e dos beneficios que se espera obter, tanto para a nai como para o feto. O coñecemento deste risco é especialmente dificultoso por dous motivos.

a. A limitación da investigación clínica. Os principios éticos impoñen grandes limitacións á investigación clínica durante a xestación. Os estudos en animais son en moitos casos a única fonte de información dispoñible, aínda que o valor destes estudos é limitado, pois os resultados non sempre poden extrapolarse a humanos. Por exemplo, a talidomida non causa malformación en animais pero si en humanos e, pola contra, o AAS causa malformacións en animais pero non se demostraron en humanos.

b. A dificultade de establece-la relación causa-efecto. É moi difícil predici-lo risco potencial de malformación dun medicamento, xa que se trata dun problema no que interveñen outros factores, como a propia enfermidade da nai ou a asociación de varios medicamentos que por separado poderían non causar problemas.



Primeiras normas de conducta práctica no emprego de medicamentos durante o embarazo

- 1 Considera-la posibilidade de embarazo antes de iniciar calquera tratamento nunha muller en idade fértil.
- 2 Asegurar un método anticonceptivo eficaz nas mulleres en idade fértil tratadas con fármacos de risco teratóxeno elevado e modifica-lo tratamento antes de planifica-lo embarazo cando sexa necesario.
- 3 Recordar que en principio ningún medicamento debe considerarse totalmente inocuo para o feto, incluíndo os de administración tópica.
- 4 Durante o primeiro trimestre do embarazo non se debe administrar ningún medicamento, a non ser que sexa absolutamente necesario.
- 5 Sempre que sexa posible, elixir unha terapia non farmacolóxica.
- 6 Realizar educación sanitaria coas mulleres xestantes para evita-la automedicación.
- 7 Valora-la relación beneficio/risco á hora de establece-la necesidade de instaurar un tratamento tendo presente o pronóstico da enfermidade materna.
- 8 Utiliza-os medicamentos con maior experiencia e seguridade en xestantes, evitando os medicamentos de recente comercialización.
- 9 Prescribi-la dose mínima eficaz e durante o menor tempo posible.
- 10 Evitar preparados con múltiples principios activos.



O SITTE (Servicio de Información Telefónica sobre Teratóxenos Español) dispón dun teléfono de consulta (91 3941594) onde os profesionais da saúde poden solicitar información sobre exposicións a calquera axente ambiental potencialmente perigoso xa sexan medicamentos, enfermidade materna, exposicións laborais..., que se produzan durante a xestación.

Clasificación de teratoxenia da FDA

En función dos seus efectos teratóxenos, a FDA clasifica os medicamentos en cinco categorías, do A, os máis seguros, ó X, os de maior risco.

Categoría A. *Estudios controlados en mulleres xestantes non demostraron risco para o feto durante o primeiro trimestre, non existe evidencia de risco en trimestres posteriores, e a posibilidade de dano fetal parece remota.* Inclúe, polo tanto, os medicamentos considerados “seguros”, aínda que desgraciadamente son moi poucos (ácido fólico, vitaminas A e D a baixas doses, tiroxina).

Categoría B. *En animais non demostraron risco de malformacións, pero non existen estudos controlados en mulleres xestantes.* Xeralmente, o uso dos medicamentos desta categoría acéptase durante o embarazo.

Categoría C. *En animais demostraron orixinar malformacións, pero estudos controlados en xestantes non detectaron casos ou ben non se dispón de estudos en animais nin en mulleres.* Son medicamentos para os que non pode descartarse o risco teratóxeno. Esta categoría representa en gran medida un “caixón de xastre” onde se inclúen gran número de medicamentos, especialmente os máis novos, dos que se descoñece o seu efecto ou non se ten información. O seu uso debería quedar restrinxido a aquelas situacións nas que non existe un fármaco alternativo máis seguro.

Categoría D. *En animais demostraron orixinar malformacións, pero non existen estudos controlados en mulleres xestantes, ou ben existen evidencias de risco fetal en mulleres xestantes, pero o beneficio potencial pode supera-lo risco esperado.* Inclúe medicamentos que demostraron causar teratoxenia, pero o seu uso asúmese en determinadas patoloxías maternas en que o risco de efectos adversos fetais por mal control é superior ó risco teratóxeno dos medicamentos (epilepsia, asma, diabete, hipertensión arterial, enfermidade tiroidea).

Categoría X. *Estudios en animais e mulleres xestantes demostraron efectos teratóxenos, e o risco potencial supera o seu posible beneficio.* Son medicamentos de alto risco, absolutamente contraindicados durante o embarazo. Cando é necesario utilízalos en mulleres en

idade fértil, aconséllase tomar medidas anticonceptivas mentres dure o tratamento. Algúns dos medicamentos incluídos nesta categoría indícanse na táboa 2.

Aínda que a clasificación da FDA é de notable calidade e moi útil en certos casos, presenta as limitacións inherentes á falta de información, o que implica que a gran maioría de medicamentos se cataloguen dentro da categoría C, que achega escasa información. Ademais, unicamente inclúe os medicamentos comercializados en Estados Unidos (por exemplo, o metamizol e o deflazacort, de amplo uso en Europa, non están clasificados).

Táboa 1. Recomendacións sobre o uso de medicamentos no embarazo por grupo terapéutico, indicando as categorías de teratoxenia da FDA. Os espazos en branco indican que non existe recomendación específica ou os datos da literatura son contradictorios.



GRUPO TERAPÉUTICO	RECOMENDACIÓN/RISCO ACEPTABLE	EVITAR
AINES	Tratamentos curtos a baixas doses. <i>Paracetamol[®] (1ª el.), ibuprofeno[®], diclofenaco[®].</i>	Tratamentos prolongados no 3º trimestre e a termo ^o
Analxésicos opiáceos	<i>Morfina[®], meperidina[®]</i>	No posible, a termo
Ansiolíticos/Hipnóticos	Tratamentos curtos a baixas doses, cando sexa estritamente necesario. <i>Bupirona[®], zolpidem[®]</i>	No posible, as benzodiazepinas ^o en 1º e 3º trimestre, sobre todo en tratamentos crónicos. <i>Flurazepam[®], quazepam[®]</i>
Antiacne	Vía tópica: <i>eritromicina[®], clindamicina[®], peróxido de benzoilo</i>	<i>Isotretinoína[®]</i>
Antiagregantes	<i>AAS^c</i>	
Antiarrítmicos		No posible, a termo. <i>Amiodarona[®]</i>
Antiasmáticos	<i>β₂-agonistas[®], corticoides inhalados (beclometasona[®] e orais (prednisona)[®], ipratropio[®], teofilina[®]</i>	
Antibióticos	<i>β-lactámicos[®] (1ª el.), fosfomicina[®], clindamicina[®], eritromicina[®], (exc. estolato^c), espiramicina^c (toxoplasmosis)</i>	<i>Tetraciclina[®], quinolonas^c, sulfamidas[®] (no 2º e 3º trimestre), estreptomicina[®], eritromicina estolato^c</i>
Anticoagulantes	Planificar embarazo. <i>Heparina^c</i>	<i>Anticoagulantes orais[®] (1º trimestre)</i>
Antidepresivos	<i>Fluoxetina[®]</i>	<i>IMAO^c, amitriptilina, imipramina[®]</i>
Antidiarreicos	<i>Loperamida[®]</i>	
Antieméticos	<i>Doxilamina[®], metoclopramida[®]</i>	
Antiepilépticos	<i>Carbamazepina[®], etosuximida^c, clonazepam^c, ou o necesario para control da enfermidade. Monitorización nivel plasmático</i>	<i>Ácido valproico[®], politerapia</i>
Antigotosos		<i>Colchicina[®] (o pai)</i>
Antihipertensivos	<i>Metildopa^c, clonidina^c, propranolol^c, hidralazina^c</i>	<i>IECAS[®], ARA-II[®]</i>
Antihistamínicos H₁	Tratamentos curtos. <i>Dexclorfeniramina[®]</i>	<i>Astemizol[®]</i>
Antimicóticos	Preferiblemente vía tópica. <i>Clotrimazol[®], nistatina[®], anfotericina B[®], terbinafina^c</i>	<i>Griseofulvina^c (evitar embarazo ata 1 mes tras finalizar tratamento e ata 6 meses no caso do pai)</i>
Antiaquea	<i>Paracetamol[®], codeína^c, (excepto a termo), metoclopramida[®]</i>	<i>Ergotamina, dihidroergotamina^x</i>
Antipsicóticos	<i>Haloperidol[®]</i>	
Antitiroideos	<i>Propiltiouracilo[®] (medicamento extranxeiro)</i>	<i>Tiamazol, carbimazol[®] (en todo caso, usa dose mínima eficaz), iodo radiactivo^x</i>



GRUPO TERAPÉUTICO	RECOMENDACIÓN/RISCO ACEPTABLE	EVITAR
Antituberculosos	<i>Etambutol</i> [®]	
Antitusíxenos	<i>Dextrometorfano</i> [®]	
Antiulcerosos	<i>Aluminio</i> [®] , <i>sucralfato</i> [®] , <i>ranitidina</i> [®] , <i>famotidina</i> [®]	<i>Misoprostol</i> [®]
Antivirais		<i>Ganciclovir</i> [®] (evitar embarazo ata 3 meses tras finalizar tratamento)
Calcioanagonistas ^c	<i>Nifedipino</i>	
Cardiotónicos	<i>Digoxina</i> [®] , monitorización nivel plasmático	
Diuréticos	<i>Amilorida</i> [®] , <i>furosemida</i> [®] a baixas doses	<i>Tiazidas</i> [®] , <i>espironolactona</i> [®]
Hipoglicemiantes	<i>Insulina</i> [®]	<i>Glibenclamida</i> [®] , outras <i>sulfonilureas</i> ^c , <i>biguanidas</i> ^c e <i>acarbose</i> [®] polo seu peor control da glicemia
Hipolipemiantes	Planifica-lo embarazo. <i>Colestiramina</i> [®]	<i>Estatinas</i> [®] , <i>fibratos</i> [®]
Hormonas tiroideas	<i>Tiroxina</i> [®] . Adaptar doses	
Laxantes	De forma puntual. <i>Glicerina</i> , <i>incrementadores do bolo</i>	

Táboa 2. Medicamentos incluídos na categoría X da FDA (lista non exhaustiva).

Ácido acetohidroxiámico	Estróxenos	Oxitocina
Ácido quenodesoxicólico	Etretinato	Quazepam
Ácido ursodesoxicólico	Gonadotropina coriónica	Quinina
Andróxenos	Isotretinoína	Ribavirina
Clomifeno	Leuprolide	Talidomida
Danazol	Leuprorelina	Urofollitropina
Dihidroergotamina	Mexestrol	Vacina antirrubéola
Ergotamina	Metotrexato	Vitamina A (doses altas)
Estatinas	Misoprostol	Iodo radioactivo





VACINACIÓN

Ata o momento non existe evidencia para establecer de forma clara a relación causal entre a vacinación de mulleres embarazadas e un efecto teratóxeno, incluso para a vacina da rubéola, clasificada como categoría X, polo que o seu risco é máis teórico que práctico. Por este motivo, considérase habitualmente que o beneficio da inmunización é superior ó risco potencial de padece-la enfermidade, sempre que este risco sexa elevado. De forma xeral, aconséllase vacinar cando se cumpren catro condicións:

1. O risco de que a nai adquira a enfermidade é elevado.
2. A nai probablemente non está inmunizada.
3. O risco teratóxeno da vacina é asumible.
4. A vacina proporciona un nivel de protección o suficientemente rápido, tanto á nai coma ó feto.

As recomendacións específicas sobre a inmunización de mulleres xestantes indícanse na táboa 3. En todo caso, recoméndase non administrar vacinas durante o primeiro trimestre e/ou que conteñan virus vivos atenuados polo risco de que o virus acceda ó feto e ocasione unha infección conxénita (síndrome de rubéola ou varicela conxénita). Non obstante, nos casos en que se vacínase, de forma inadvertida, a embarazadas coa vacina de rubéola, non se demostrou unha maior incidencia de malformacións ou embriopatía. Como excepción, as vacinas de virus vivos antipoliomielite oral e antifebre amarela poderíanse administrar se o risco de exposición é inminente e elevado, posto que o risco teórico da vacina é moi inferior ó da infección.

A eficacia e os efectos adversos das vacinas en mulleres xestantes son similares ás da poboación xeral.

Táboa 3. Recomendacións específicas sobre o uso de vacinas durante o embarazo, en todo caso unicamente a partir do 2º trimestre.

RECOMENDABLES	NON CONTRAINDICADAS	CONTRAINDICADAS
- Tétano (única recomendada sistematicamente, soa ou asociada á difteria, antes das 2 últimas semanas para darlle inmunidade ó neno antes do parto). - Gripe (incluídas en grupo de risco). - Pneumococo (incluídas en grupo de risco).	. Se existe risco de exposición inevitable (viaxe a países endémicos): - Rabia - Febre amarela - Cólera . Se a xestante pertence a un grupo de risco: - Hepatite A ou B - Poliomielite inxectable (SALK) - Meninxite A/C	- Triple vírica (rubéola, sarampelo, parotidite). - Varicela - Febre tifoidea oral



PUERPERIO

Durante as 6 semanas posteriores ó parto, volven á normalidade tódolos cambios producidos no embarazo. Este período coñécese como puerperio. Nesta etapa fisiolóxica, continuación do embarazo e parto, as actuacións dos profesionais responsables dos coidados variarán en función de que o puerperio sexa hospitalario precoz, hospitalario tardío ou domiciliario. Dado que practicamente a totalidade do puerperio é domiciliario, centrarémonos nesta etapa. Comeza coa alta hospitalaria e transcorre ata aproximadamente os 40 días posteriores ó parto.

CAMBIOS FISIOLÓXICOS NO PUERPERIO

XENITAIS

Involución uterina: ó final da primeira semana posterior ó parto, pálpase o fondo uterino inmediatamente encima da sínfise púbica (tamaño aproximado a 12 semanas de xestación). Os cambios no seu tamaño prodúcense, basicamente, por contraccións uterinas, xeralmente pouco dolorosas, que se chaman entuetos.

Loquios: secreción da cavidade do útero composta por: decidua, sangue, tecido de granulación e exudado. A súa composición varía ó longo do puerperio, ata a 5ª semana, en que cesan.

Cérvix: na primeira semana, está dilatado aproximadamente 1 cm.

Ovarios: o inicio da ovulación varía segundo a muller lacte ó peito ou non, iniciándose antes nas mulleres que non lactan.

CAMBIOS XERAIS

Tódolos órganos que sufriron modificacións no embarazo restablecen a normalidade progresivamente durante as 6 semanas despois do parto (renal, respiratorio, cardiovascular, metabólico, dixestivo, etc.).





PUERPERIO DOMICILIARIO. VISITA PUERPERAL

PRIMEIRAVISITA

Realizarase entre o 5º e o 8º día, se o parto é vaxinal; se foi unha cesárea posponse ata o 10º ou 15º día. Despois da alta hospitalaria, a muller ou a familia póñense en contacto coa matrona do seu centro de saúde e concertan unha cita, xa sexa no domicilio (o ideal) ou na consulta para a realización do primeiro control puerperal e a primeira revisión do bebé.

Esta primeira consulta incluírá a revisión de:

“Anai”

Valoración física

Involución uterina, loquios, cicatrización da episiotomía, mamas (presencia de fendas na mamila, baleirado correcto, signos de inflamación), presenza ou non de varices, hemorroides, trastornos da micción, hábito intestinal, alimentación, sono, descanso, exercicio, peso, T.A., cumprimento de tratamentos médicos se os houbera e problemas coa lactación.

Valoración psíquica

Tristura, ansiedade, insomnio, habilidades no coidado do bebé e no seu, apoio familiar.

“O acabado de nacer”

Aspecto xeral

Pel, mucosas, abdome, cordón umbilical, cabeza, cadeiras, clavículas, xenitais, ton muscular, hixiene corporal, vestido, presenza o no de malformacións, deposicións, sono.

Capacidade do bebé

Succión, vista, oído, reflexos.

Realizarase a toma de mostras para as probas metabólicas. Finalizada esta primeira visita derívase ó RN á consulta da enfermeira de pediatría ós quince días de vida, tras cita.





VISITAS SUCESIVAS:

Aquelas mulleres que requiran un maior número de controis por parte dos profesionais de saúde prográmanse visitas secuenciadas para valorar a melloría ou resolución dos problemas de saúde que xurdiron neste período.

ALTA OBSTÉTRICA

Aproximadamente ós 40 días posparto derívase á puérpera ó servizo de tocoloxía para a última revisión.

Nos centros onde se realicen cursos posparto, inclúyanse estas, aproximadamente, ás dúas semanas.

COIDADOS BÁSICOS DO PUERPERIO

COIDADOS XERAIS

Actividade física: deambulación precoz, inicio dos primeiros exercicios posparto, (respiración, periné, circulatorios, etc.), non coller pesos superiores ó do seu fillo, progresivamente facer vida normal, ó mes do parto e trala alta obstétrica incluíla nos cursos de natación.

Hixiene xeral: recoméndase a ducha diaria, desaconsellándose os baños de inmersión, esmerada limpeza de mans e das mamas se lacta.

Hixiene da vulva e periné: lavado con auga e xabón indicando a forma adecuada de realizala, dirección vulva-ano, aplicar antiséptico se precisa, secado esmerado, cambios frecuentes de compresas, NON usar faixa (agás a tubular), ata a completa curación da episiotomía. Se aparece dor ou inflamación, aplicar xeo e/ou baños de asento. A ferida curará aproximadamente ós 8 ou 10 días.

Alimentación: variada, rica en fibra para evitar estrinximento, se lacta aumenta-las calorías 500 por día, se hai hiponutrición aconséllanse suplementos de vitaminas e minerais, advírteselle que certos alimentos poden modifica-lo sabor do leite e esta ser rexeitada polo bebé, evitará o consumo de tabaco, alcol e a automedicación posto que a maioría destes produtos pasan ó leite.

Vestido: o uso do suxeitador prevén a excesiva distensión mamaria.

ALIMENTACIÓN DO BEBÉ

Trala alta hospitalaria a muller xa debe ter elixido qué tipo de lactación lle dará ó seu fillo. Terá a información básica necesaria das técnicas para usar en cada caso, as vantaxes e desvantaxes dun ou outro método, así como as formas de aplicación (hixiene, postura, estimulación, solución de problemas).

Se a elección foi lactación materna, esta debe ser estimulada, coñecendo de sobra as súas vantaxes nutritivas, psicolóxicas e de saúde para a nai e bebé. Sendo de esperar que se iniciase precozmente (dentro da primeira hora tralo parto) conseguiremos que o 74% das mulleres que a inician, a manteñan ata o 6º.

DEZ PASOS CARA Á UNHALACTACIÓN PROLONGADA

- 1- Dispoñer dun programa escrito relativo á lactación natural coñecido por todo o persoal sanitario.
- 2- Capacitar a todo o persoal para levalo a cabo.
- 3- Informar no embarazo das vantaxes e cómo realizala.
- 4- Axudar á nai a inicia-la lactación na media hora seguinte ó parto.
- 5- Amosarlle á nai cómo se debe dar de mamar e cómo mante-la lactación.
- 6- Non darlle ó bebé máis que leite materno.
- 7- Facilita-lo contacto da nai e do bebé as 24 horas do día.
- 8- Fomenta-la lactación a demanda.
- 9- Non darlles chupetas ós bebés alimentados ó peito.
- 10- Fomenta-lo establecemento de grupos de apoio á lactación natural.

SEXUALIDADE

A contraindicación do coito non ten un período de tempo definido, se ben clasicamente falábase de seis semanas, non se debe contraindicar una vez que cesasen os loquios e cicatrízase a vaxina e periné, o cal non ten unha duración específica. O risco de hemorraxia e infección é mínimo ás dúas semanas do parto, minimízase este risco se se usan preservativos.

Informarase do regreso da ovulación e menstruación.



PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Despois do parto, a parella ha de coñecer-la conveniencia de establecer un período interxénésico dun ano, como mínimo, e as posibilidades anticonceptivas que poderían utilizar en función de cada situación persoal.

SÍNTOMAS E SIGNOS DE ALARMANO PUERPERIO

- Febre (temperatura superior a 38°).
- Hemorraxia profusa por vía vaxinal.
- Loquios fedorentos.
- Signos inflamatorios locais en mamas, episiotomía e extremidades inferiores.
- Dificultade ou problemas respiratorios.
- Sintomatoloxía urinaria.



Bibliografía

- **Problemas de Salud en el Embarazo.** Manual para Médicos de Atención Primaria. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Toledo.
- **Protocolos de Medicina Materno-fetal. LI.** Cabero Roura.
- **Manual de Asistencia al Embarazo Normal.** Grupo de trabajo sobre asistencia al embarazo normal. Sección de Medicina Perinatal de la SEGO.
- **Protocolos asistencias en Ginecología y Obstetricia.** SEGO.
- **Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth,** 6ª edición.
- **Riesgo elevado obstétrico.** Lluís Cabero Roura.
- **Boletín de farmacoterapéutica da Comisión de Farmacia e terapéutica da Área da Coruña.** Vol. 1 nº 1. Sergas.
- **Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud,** Vol. 25-nº 2 – 2001.
- **Clinical Drug Investigation.** Da Comisión de Farmacia e Terapéutica da Área da Coruña. Supplement 1,1-44. ISSN:1173-2563.

