

NOVEDADES en RECOMENDACIONES PREVENTIVAS PAPPS 2022.

Lunes, 8 de mayo de 2023





Alberto López García-Franco^{a,*}, José Antonio Baeyens Fernández^b,
M. José Iglesias Piñeiro^c, Pablo Alonso Coello^d, Cristina Ruiz Cabello^e,
Ana Pereira Iglesias^a y Jacinta Landa Goñi^f

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Dr. Mendiguchía Carriche, Leganés, Madrid, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Universitario de Armilla, Armilla, Granada, España

^c Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Vicente Soldevilla, Madrid, España

^d Medicina Familiar y Comunitaria, Centro Cochrane Iberoamericano (CIBERESP-IIB Sant Pau), Barcelona, España

^e Medicina Familiar y Comunitaria, Consultorio Castelléjar, zona básica de Benamaurel, Granada, España

^f Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Emisora, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España

Recibido el 7 de septiembre de 2022; aceptado el 7 de septiembre de 2022

PALABRAS CLAVE

Osteoporosis
posmenopáusica;
Agentes
anticonceptivos;
Embarazo;
Servicios de salud
preventiva

Resumen En la actualización del PAPPS de 2022 presentamos aquellas actividades preventivas específicas para la salud de la mujer, exceptuando las relacionadas con la prevención del cáncer (que se incluye en otro documento) y los aspectos relacionados con la morbilidad diferencial de género, aspecto este transversal para todos los grupos de trabajo.

La anticoncepción es una actividad preventiva esencial, considerando básico el derecho a decidir tanto el número de hijos como el momento de tenerlos. Debemos informar sobre los posibles métodos anticonceptivos, garantizando en el seguimiento su seguridad, eficacia y efectividad (se incluyen tablas sobre cambio de un método a otro para preservar la protección anticonceptiva). Debemos informar sobre la anticoncepción de urgencia y proponerla en caso de relación sin protección. Todo ello se hará mediante cribado oportunista sin precisar cribado de trombofilia ni de dislipemia, y sí de hipertensión arterial.

El embarazo constituye una vivencia vital importante y el médico de familia no debe permanecer ajeno. Debemos ser competentes tanto en la consulta preconcepcional (recomendando la toma de ácido fólico, evitando la exposición a riesgos laborales y medioambientales, realizando cribado de determinadas patologías y valorando la toma de fármacos no indicados durante el embarazo) como en el seguimiento de la gestación. Hagamos o no seguimiento del embarazo, no debemos desentendernos de su control aprovechando este periodo para promocionar estilos de vida saludables y participando de los procesos intercurrentes que puedan acontecer.

Salud reproductiva y no reproductiva en la mujer

Alberto López García-Franco.

*Médico de familia. Coordinador del grupo
de la mujer de PAPPS*

8 de mayo de 2023

Decidir el número de hijos y el momento de tenerlos

Anticoncepción

- Cribado oportunista: informar sobre métodos
- Valorar indicaciones y contraindicaciones
- Actitud ante fallos: olvidos, rotura o cambio de método
- Prevención de ITS

Consulta preconcepcional

- Identificar riesgos de exposición ambiental/laboral
- Promoción de estilos de vida saludable
- Control de enfermedades
- Vacunaciones
- Recomendar la ingesta de ácido fólico →

Seguimiento del embarazo

- Hacer seguimiento
- Ser médico de familia durante el embarazo
- Desmedicalizar un proceso fisiológico
- Embarazo es una situación de vulnerabilidad para sufrir violencia de género

Figura 2. Prevención con ácido fólico de los defectos del tubo neural (DTN)¹⁶

Alto riesgo – 5mg/día 3 meses previos a gestación y 1er trimestre

- Gestación previa con DTN
- Diabetes mellitus
- Índice de Masa Corporal >35
- Epilepsia con tratamiento anticonvulsivante.

Bajo riesgo – 0,4-0,8 mg/día 1 mes antes de concepción y 1er trimestre

ANTICONCEPCIÓN

PRESCRIPCIÓN:

- Anamnesis sobre antecedentes personales y familiares
- Determinación de TA y peso
- No cribado de trombofilia ni dislipemia

INFORMACIÓN EN CASO DE FALLOS:

Tabla 16 Métodos de anticoncepción de urgencia disponibles

	Dosis	Fallos (%)	Plazo uso	Prescripción médica
Píldora LNG	1,5 mg (DU)	1,1 ^a 1,5 ^b 2,6 ^c	72 y 120 horas tras CNP	No
*Píldora Ulipristal	30 mg (DU)	1,7 ^c	72 y 120 horas tras CNP	No
Píldoras EE+LNG (Yuzpe)*	0,1 mg EE + 0,5 mg LNG (2 dosis, 12 h intervalo)	3,2 ^a	72 horas tras CNP	Sí
DIU de cobre	Alta carga de cobre, > 300 mm ²	0,09 ^d	5 días tras CNP 5 días tras día estimado ovulación	Sí

CNP: coito no protegido; DU: dosis única; EE: etinilestradiol; LNG: levonorgestrel.

* La pauta de Yuzpe, en desuso, puede hacerse con preparados de anticonceptivos orales combinados.

Fuentes:

^a Lancet. 1998;353:428-33

^b Lancet. 2002;360:1803-10

^c Lancet. 2010;375:555-62

^d Hum Reprod. 2012;27(7):1994.

Tabla 10 Prevención de la desprotección en los cambios de anticonceptivos

Cambio de:	Cambio a:						
	Píldora	Parche	Anillo	Gestágeno inyectable	Implante de gestágeno	DIU de gestágeno	DIU de cobre
Píldora	Sin hueco: tomar la primera píldora del nuevo paquete el día después de tomar cualquier píldora del antiguo envase.	Comenzar con el parche un día antes de dejar la píldora.	Sin hueco: Insertar el anillo un día después de tomar cualquier píldora del envase.	Poner la primera inyección siete días antes de dejar la píldora	Insertar el implante cuatro días antes de dejar la píldora	Insertar el DIU de gestágeno siete días antes de dejar la píldora	Puede insertarse el DIU de cobre hasta cinco días después de dejar la píldora
Parche	Iniciar la píldora un día antes de dejar el parche.	-	Sin hueco: Insertar el anillo y retirar el parche el mismo día.	Poner la primera inyección siete días antes de retirar el parche	Insertar el implante cuatro días antes de retirar el parche.	Insertar el DIU de gestágeno siete días antes de retirar el parche	Puede insertarse el DIU de cobre hasta cinco días después de retirar el parche.
Anillo	Iniciar la píldora un día antes de retirar el anillo.	Comenzar el parche dos días antes de retirar el anillo.	-	Poner la primera inyección siete días antes de retirar el anillo.	Insertar el implante cuatro días antes de retirar el anillo.	Insertar el DIU de gestágeno siete días antes de retirar el anillo.	Puede insertarse el DIU de cobre hasta cinco días después de retirar el anillo.
Gestágeno inyectable	Puede tomarse la primera píldora hasta 15 semanas después de la última inyección.	Puede iniciarse el parche hasta 15 semanas después de la última inyección.	Puede insertarse el anillo hasta 15 semanas después de la última inyección.	-	Puede insertarse el implante hasta 15 semanas después de la última inyección.	Puede insertarse el DIU de gestágeno hasta 15 semanas después de la última inyección.	Puede insertarse el DIU de cobre hasta dieciséis semanas después de la última inyección
Implante de gestágeno	Iniciar la píldora siete días antes de retirar el implante	Iniciar el parche siete días antes de retirar el implante	Iniciar el anillo siete días antes de retirar el implante	Poner la primera inyección siete días antes de retirar el implante	-	Insertar el DIU de gestágeno siete días antes de retirar el implante	Puede insertarse el DIU de cobre hasta cinco días después de retirar el implante
DIU de gestágeno	Iniciar la píldora siete días antes de retirar el DIU	Iniciar el parche siete días antes de retirar el DIU	Iniciar el anillo siete días antes de retirar el DIU	Poner la primera inyección siete días antes de retirar el DIU	Insertar el implante cuatro días antes de retirar el DIU	-	Puede insertarse un DIU de cobre en el mismo acto de retirada del DIU de gestágeno
DIU de cobre	Comenzar la píldora siete días antes de retirar el DIU	Comenzar el parche siete días antes de retirar el DIU	Comenzar el anillo siete días antes de retirar el DIU	Poner la primera inyección siete días antes de retirar el DIU	Insertar el implante cuatro días antes de retirar el DIU	Insertar el DIU de gestágeno en el mismo acto de retirada del DIU de cobre y usar método de respaldo siete días	-

Fuente: Lesnewski R, Prine L, Ginzburg R. Preventing gaps when switching contraceptives. Am Fam Physician 2011;83(5):567-70. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2011/0301/p567.html>. Adaptado de Reproductive Health Access Project. <http://www.reproductiveaccess.org>.



SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO

- **Serologías:**
 - Lues, rubéola, VIH, hepatitis B.
 - No toxoplamosis
 - Enfermedad de chagas (sudamericanas)
- **Tratamientos:**
 - Ácido fólico (12 semana)
 - No FE, yodo, hormona tiroidea o AAS
 - Vacunación de gripe, dTPa (28 y 32 semanas)
- **Cribados:**
 - Hipotiroidismo (>30 años, AF)
 - Anemia
 - Bacteriuria asintomática
 - Ecográfico: 12 semanas y 2º trimestre
 - Diabetes: semana 24
- **Hábitos saludables**
- **Exploración: TA**



Cribado de alteraciones cromosómicas

- Primer trimestre: bioquímico y ECO
o
- Segundo trimestre: bioquímico
o
- ADN fetal en sangre materna

MENOPAUSIA Y OSTEOPOROSIS

- **DESMEDICALIZAR ETAPAS DE LA VIDA**

- INDICACIONES DE LA THS
- NO REALIZAR CRIBADOS INDISCRIMINADOS NI DE **VITAMINA D** NI DE **DMO**
 - Se aconseja evitar el sedentarismo y el tabaquismo, tomar el sol al menos 10 min al día con una zona de exposición de al menos la cara y las manos, tomar una dieta rica en calcio y vitamina D y realizar ejercicio (*Recomendación débil*).
 - Los suplementos de calcio y vitamina D tan solo se aconsejan en mujeres institucionalizadas. Valorar su indicación en mayores de 70 años con déficit nutricionales importantes, ingesta de calcio inferior a 500 mg/día y escasa exposición solar (*Recomendación débil*).
 - No se aconseja cribado de determinación de niveles de 25 OH vitamina D en población sana (*Recomendación fuerte*).

PREVENCIÓN SECUNDARIA DE OSTEOPOROSIS

- EVITAR SOBREDIAGNÓSTICOS Y SOBRETREATAMIENTO
 - CONSIDERAR LA DISMINUCIÓN DE DMO NO COMO ENFERMEDAD SINO COMO FR

Tabla 20 Factores a considerar para el cálculo de la puntuación de riesgo

Factores de riesgo	Puntuación
Índice de masa corporal menor de 19	1
Fractura después de 50 años	1
Fractura de cadera en madre, padre o hermana	1
Deformidad vertebral morfométrica (disminución del 20% de la altura del cuerpo vertebral) ^a	2

- INDICARLA EN FUNCIÓN DEL RIESGO DE FRACTURAS CON DATOS CONFIABLES: riesgo de fractura de cadera
- LA TOMA DE DECISIONES VINCULARLA A LA **Z SCORE** Y NO A LA **T SCORE**

Tabla 21 Riesgo de fractura de cadera en 10 años, en función de la edad y de la puntuación de riesgo²⁵¹

Edad	Puntuación de riesgo					
	0	1	2	3	4	5
50-59	0,1	0,2	0,5	0,6	0,9	1,2
60-64	0,2	0,5	1,1	1,6	2,1	2,8
65-69	0,7	1,4	2,1	2,8	3,4	4,3
70-74	1,9	3,7	7,1	10,5	13	18,5
75-79	4	8	12,3	16,8	20,5	24,5
80-85	9	16,3	30,5	36,5	48	54

Edad	Puntuación de riesgo					
	0	1	2	3	4	5
50-59						
60-64						Z < -1,61
65-69				Z < -1,62	Z < -1,21	Z < -0,83
70-74		Z < -1,08	Z < -0,26			
75-79	Z < -0,93	Z < -0,16				
80-85	Z < 0					