A SAÚDE DAS MULLERES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Documento de apoio para fomentar a perspectiva de xénero

XUNTA DE GALICIA

XUNTA
DE GALICIA

Coordinación e elaboración

Subdirección Xeral de Atención Primaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Edita: Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade
Servizo Galego de Saúde
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Lugar: Santiago de Compostela
Data: setembro 2025

A SAÚDE DAS MULLERES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Documento de apoio para fomentar a perspectiva de xénero

XUNTA
DE GALICIA

Índice

Abreviaturas.....6
1. Introdución.....7
1.1. As mulleres en Galicia.....9
1.1.1. A saúde das mulleres de Galicia.....11
1.1.2. Estilos de vida.....13
1.1.3. Esperanza de vida e mortalidade.....14
1.2. As etapas na vida da muller.....16
2. Obxectivos.....18
2.1. Obxectivo xeral.....18
2.2. Obxectivos específicos.....18
3. Actividades en atención primaria en relación á saúde das mulleres.....19
3.1. Educación sanitaria en saúde menstrual.....20
3.2. Asesoramento anticonceptivo e sobre infeccións de transmisión sexual (ITS).....22
3.3. Consulta preconcepcional.....24
3.4. Consulta de atención ao embarazo normal.....26
3.5. Atención á saúde bucodental durante o embarazo.....28
3.6. Educación maternal prenatal.....30
3.7. Atención ao puerperio en atención primaria.....32
3.8. Educación maternal posnatal.....34
3.9. Avaliación do risco dos medicamentos e doutras exposicións ambientais durante o embarazo e a lactación.....36
3.10. Acreditación IHAN dos centros de saúde.....38
3.11. Actividades de grupo e comunitarias durante o climaterio e a posmenopausa.....40
3.12. Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria.....42
3.13. Desenvolvemento de campañas informativas para a cidadanía.....44
3.14. Recomendacións de "Non Facer" na atención sanitaria á muller.....46
3.15. Morbilidade diferencial: información para profesionais.....48
4. Anexos.....50
4.1. Anexo 1. Acreditación IHAN dun centro de saúde.....50
4.2. Anexo 2. Perspectiva de xénero na atención á saúde das mulleres.....52
Enfermidades do sistema circulatorio.....53
Enfermidades reumatolóxicas.....56
Enfermidades respiratorias.....58
Anemia.....60
Diabetes mellitus tipo 2.....62
Dor crónica.....63
5. Referencias bibliográficas.....65
6. Outra bibliografía utilizada.....68

ABREVIATURAS

AF	Anemia ferropénica
DF	Deficiencia de ferro
DIU	Dispositivo intrauterino
DM	Diabetes mellitus
DSP	Disfuncións do solo pelviano
ECV	Enfermidade cardiovascular
EPOC	Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica
ERAS	Enfermidades reumáticas autoinmunes sistémicas
FIGO	Federación Internacional de Xinecoloxía e Obstetricia *(International Federation Gynecology Obstetrics)*
IGE	Instituto galego de estatística
IHAN	Iniciativa para a humanización da asistencia ao nacemento e a lactación
INE	Instituto nacional de estatística
ITS	Infeccións de transmisión sexual
LARC	Métodos anticonceptivos reversibles de longa duración (*Long-Acting Reversible Contraceptive*)
LM	Lactación materna
OMS	Organización mundial da saúde
SEC	Sociedade española de contracepción
SER	Sociedade española de reumatoloxía
SNS	Sistema nacional de saúde
SP	Solo pelviano
UNICEF	Fondo das nacións unidas para a infancia

1. Introdución

O **fomento dos programas dirixidos ás mulleres** é unha das liñas de actuación prioritarias recollidas na **Estratexia Galega de Saúde 2030**, que recoñece a necesidade de mellorar a abordaxe da saúde das mulleres a través de propostas e recomendacións de **atención integral, incorporando a perspectiva de xénero** como unha importante panca de cambio[1].

Estas formulacións estratéxicas reflíctense -como non pode ser doutra maneira-, nos programas e nas liñas de acción establecidas para os próximos anos pola Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia para a poboación residente na nosa Comunidade Autónoma.

Así, por exemplo, dentro do programa **ecosistema saudable e atención comunitaria** defínense varias liñas de acción para:

- impulsar unha planificación da educación sanitaria para a infancia e adolescencia, en colaboración coas entidades locais a través da implementación dun **Plan de educación sanitaria**, adaptado aos grupos poboacionais obxectivo, **que integre a perspectiva de xénero**, impulsado pola rede promotora de saúde en colaboración coa atención primaria de saúde.
- introducir unha **visión integral da saúde das mulleres** que dea resposta ás iniquidades en saúde debidas ao xénero, incorporando a **perspectiva de xénero ao longo da atención** (prevención, diagnóstico e tratamento), reducindo o impacto deste en termos de acceso á atención, posoloxía de fármacos ou adherencia aos tratamentos, entre outros[1].

A saúde das mulleres e a igualdade, son o resultado de complexas relacións sociais. É por isto que a saúde das mulleres debe abordarse tendo en conta a diversidade, evitando a normatividade, con perspectiva de xénero e considerando a interseccionalidade. O acceso, o uso e a calidade dos servizos de saúde poden verse afectados pola aplicación ou non deste enfoque multicompoñente.

A inclusión da perspectiva de xénero na saúde mellora a calidade asistencial e permite[2]:

- Diminuír as desigualdades de xénero na saúde.
- Aplicar un modelo biopsicosocial integral.
- Visibilizar ás mulleres como persoas con necesidades e morbilidades específicas.
- Promover a autonomía e apoderamento para combater a vulnerabilidade.
- Evitar a medicalización excesiva.
- Transformar culturalmente modelos e estereotipos de xénero.
- Fomentar a participación comunitaria na xestión da saúde.
- Implementar políticas de igualdade para liberar de roles de xénero restritivos.
- Desenvolver políticas para identidades saudables e oportunidades igualitarias.

Neste contexto, o **VIII Plan Estratéxico de igualdade de oportunidades entre mulleres e homes 2022-2027** da Xunta de Galicia, contén catro eixos diferenciados para que a perspectiva de xénero se inclúa en todos os programas e accións do Goberno galego. Neste Plan, dentro dos ámbitos de intervención e eixes transversais, inclúese a **intervención para a erradicación da violencia de xénero**.

O **ámbito sanitario** é un contexto privilexiado para identificar as mulleres que sofren violencia de xénero e, dentro desta, é preciso sensibilizar e visibilizar o problema actual que existe coa violencia sexual, en ocasións normalizada e que afecta á saúde das mulleres.

A detección precoz, adiantar o diagnóstico e a intervención temperá nos casos de violencia de xénero, son elementos clave nas actuacións do persoal sanitario, que debe ter unha **actitude de alerta e busca activa de condutas, síntomas ou signos de sospeita**. O Servizo Galego de Saúde, na súa páxina web, pon a disposición das/dos profesionais e da cidadanía un apartado específico sobre violencia de xénero (ligazón).

Por outra banda, dentro do programa de **atención vertebrada centrada no doente**, a **Estratexia Galega de Saúde 2030**, na liña dirixida a establecer os mecanismos necesarios para diminuír a atención á demanda e aumentar a atención proactiva, recolle a necesidade de dotar ao sistema dun modelo que ha de **garantir o seguimento da saúde da poboación segundo o ciclo de vida da persoa** (saúde materno-infantil, **saúde da muller** ou saúde bucal, entre outros), e ha de permitir implementar de forma programada os protocolos de prevención da enfermidade para determinados colectivos, contribuíndo á redución dos factores de risco relacionados co desenvolvemento de enfermidades[1].

Ademais, a **Estratexia de Humanización da Asistencia Sanitaria** da Xunta de Galicia parte dun modelo de atención integral da persoa como protagonista do seu proceso de saúde, para acadar un nivel biopsicosocial que garanta a súa calidade de vida e o seu estado de saúde. Debe estar baseado nun modelo afectivo-efectivo no que se primarán as relacións interpersoais e a dignidade, o respecto, a propia autonomía, a información e a comunicación, así como as necesidades e resultados en saúde. Debe considerar o acercamento á realidade das persoas, non só no trato e nas relacións persoais, profesionais e interprofesionais, senón na globalidade do Sistema Sanitario[3].

Por último, o novo **modelo asistencial das 7P** é o marco de traballo de todas as actividades asistenciais do Servizo Galego de Saúde, e, polo tanto, das actividades relacionadas coa saúde das mulleres. Isto, xunto coa **avaliación dos resultados en saúde** -incluíndo a experiencia reportada polas/os usuarias/os-, posibilitará que o modelo garanta a equidade, sostibilidade e a mellor calidade asistencial, transformando o sistema sanitario para ser máis dinámico, flexible e preparado para responder eficazmente ás circunstancias cambiantes, ao momento e á contorna.

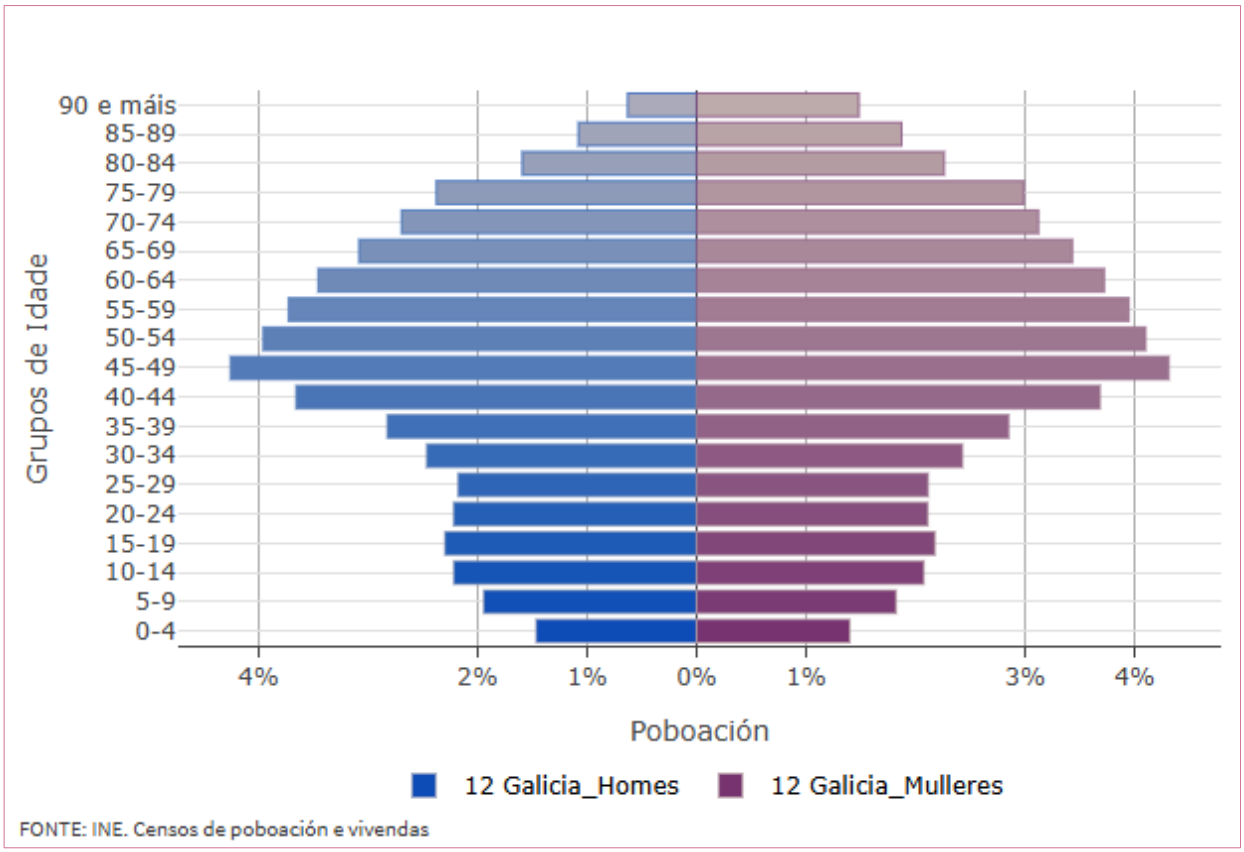
As 7P da actividade asistencial

P	P	P	P	P	P	P
Preventiva	**Preditiva**	**Proactiva**	**Profesionalizada**	**Participativa**	**Personalizada**	**Poboacional**

1.1. As mulleres en Galicia

No ano 2024 Galicia tiña unha poboación de 2.705.833 persoas, das que 1.404.089 eran mulleres, o que supón case **o 52 % da poboación galega**[a].

POBOACIÓN POR GRUPOS DE IDADE. GALICIA 2024

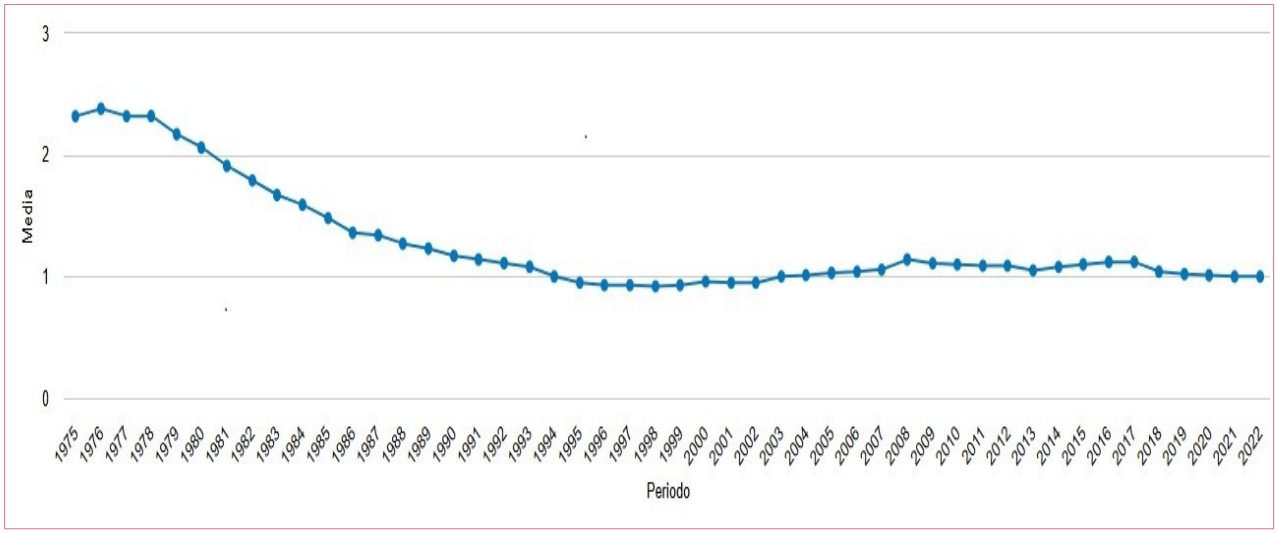


Tomado de: IGE (acceso 01/04/25)

En canto á **fecundidade e natalidade en Galicia**, sinalar que nos últimos anos produciuse unha redución importante, que se reflicte en todos os indicadores. Así, a taxa bruta de natalidade (número de nacementos por cada 1.000 habitantes) pasou de 7,16 no ano 2002 a 5,18 no ano 2023. O índice sintético de fecundidade[b] de Galicia sitúase nos últimos anos arredor de 1. Para asegurar a reprodución, entendida como renovación de individuos nunha comunidade, este índice debería ser maior de 2 (2,1 fillas/os por muller). Galicia sitúase por debaixo deste límite dende o inicio dos anos 80 do pasado século. Por outro lado, a idade media á maternidade e a idade media da nai ao nacemento do primeiro fillo están incrementándose en Galicia.

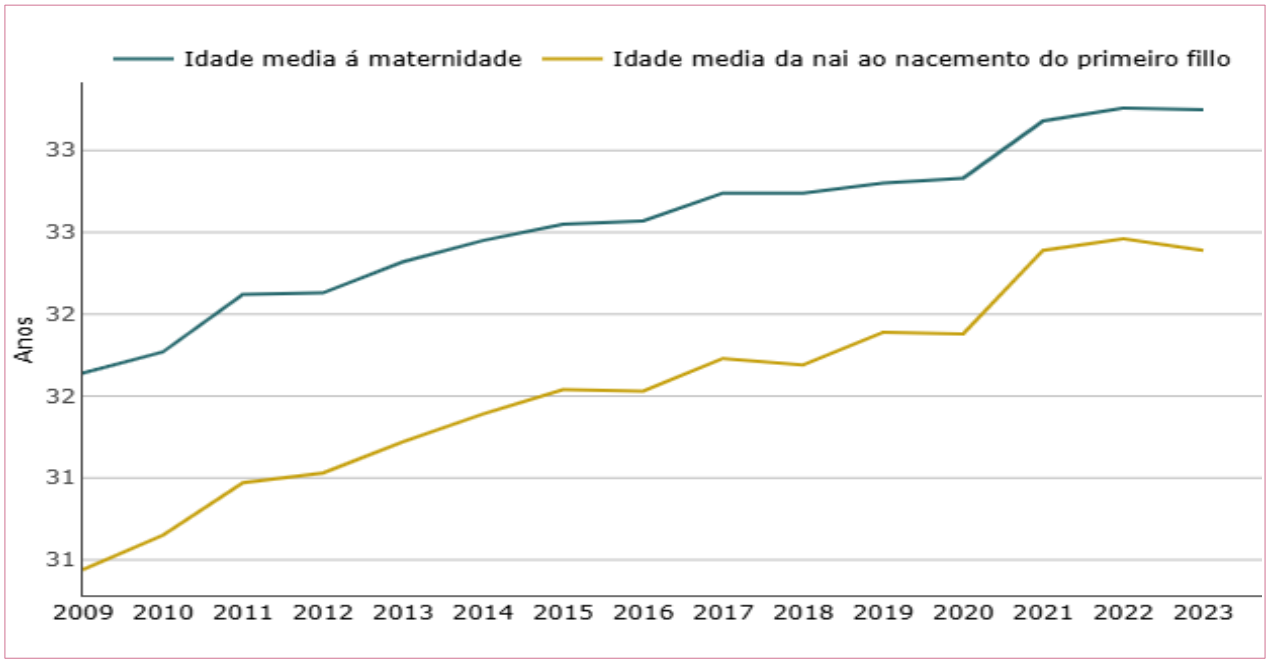
a. Fonte: IGE. Censos de poboación (acceso 1/04/25). Elaborado polo IGE a partir dos ficheiros proporcionados polo INE. (20-12-2024)
b. Índice sintético de fecundidade: indicador demográfico que representa o número esperado de fillos por muller ao longo da súa vida fértil (de 15 a 49 anos).

Índice sintético de fecundidade ou número medio de fillos por muller en Galicia



Tomado de: Observatorio de Saúde Pública de Galicia. Acceso 8/04/25.

Idade media á maternidade e idade media da nai ao nacemento do primeiro fillo

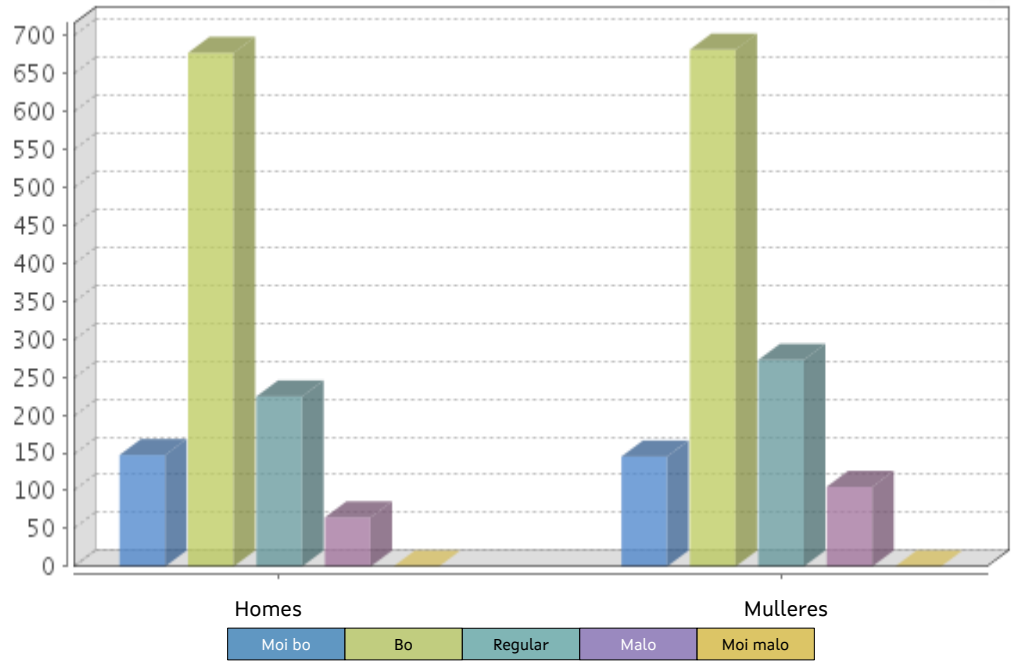


FONTE: IGE. Indicadores demográficos. Acceso 02/04/25.

1.1.1. A saúde das mulleres de Galicia

As mulleres galegas perciben o seu estado de saúde peor que o percibido polos homes. No ano 2020, o 62,08 % das persoas que valoraban o seu estado de saúde como malo ou moi malo, eran mulleres.

Valoración do estado de saúde percibido nos últimos 12 meses. Poboación de 15 e máis anos. Galicia. Ano 2020 (Unidades: miles de persoas)



Fonte: Enquisa Europea de Saúde 2020. Tomado de: IGE (acceso 5/02/2025). Dispoñible en: https://www.ige.gal/igebdt/servlet/jfreetabgraf;jsessionid=E7B00555F18649B8F05E1D69EE13BF25?TIPO=6&W=800&H=600&L=1

Porcentaxe de poboación con valoración positiva do estado de saúde . Ano 2023	
Mulleres	54,0
Homes	65,3
Total	59,4

Fonte: Enquisa de saúde de España. Ano 2023
Tomado de: INE (acceso 30/05/2025).

Limitación para as actividades da vida cotiá nos últimos 6 meses debido a un problema de saúde segundo o sexo. Poboación de 15 e máis anos. Ano 2020 (Unidades: miles de persoas)		
	Mulleres	Homes
Gravemente limitada/o	114,1	84,3
Limitada/o pero non gravemente	341,6	239,2
Nada limitada/o	775,6	805,1

Fonte: Enquisa Europea de Saúde 2020. Tomado de: INE (acceso 5/02/2025).

En canto á **saúde mental,** estímase que un 21,6 % da poboación galega presentará algún problema de saúde mental ao longo da súa vida, entre os máis prevalentes o trastorno do estado de ánimo e os trastornos por consumo de substancias. No ano 2021, en Galicia estimouse unha prevalencia anual dos trastornos mentais dun 10,45 %. En particular, a incidencia dos trastornos do estado de ánimo foi do 3,6 %, e duplica a porcentaxe de mulleres fronte a homes[1]. No ano 2020, segundo os datos da Enquisa Europea de Saúde, **a prevalencia de cadros depresivos maiores en mulleres triplicaba á dos homes**[c].

Ademais, a Organización Mundial da Saúde (OMS), calcula que unha de cada cinco mulleres presentará **problemas de saúde mental ao longo do embarazo e/ou o primeiro ano posparto**[4]. A presenza de problemas de saúde mental nas nais asociouse a alteracións no desenvolvemento infantil e a un aumento de psicopatoloxías na infancia e ao longo da vida[5].

En Galicia, segundo os datos do Rexistro galego de tumores, o **cancro**, é máis frecuente en homes ca en mulleres. O envellecemento poboacional incrementa o risco de cancro. Case o 60 % dos novos casos concéntranse en poboación maior de 65 anos. As mulleres máis novas (grupo de idade de 15 a 44 anos) presentan unha incidencia maior que os homes da súa idade, entrementres que por riba dos 65 anos a incidencia é maior en homes[6].

Razón de incidencia home/muller de tumores (todos, excepto de pel non melanoma). Galicia. Ano 2022
1,70

Fonte: Rexistro galego de tumores (REGAT)
Tomado de: Observatorio de Saúde Pública de Galicia (acceso 14/01/2025).

Nas mulleres galegas o cancro cunha maior incidencia é o de mama, seguido do colorrectal e o de pulmón[d].

c. IGE. Prevalencia de cadros depresivos activos segundo o sexo. Poboación de 15 e máis anos. Ano 2020. Fonte: INE. Encuesta europea de salud (acceso 04/02/2025). Dispoñible en: https://www.ige.gal/igebdt/esq.jsp?c=0202006&ruta=verTabla.jsp?COD=7976&R=1[n1];9924[12]&C=0[all];2[2020]&F=&OP=1&B=1#.
d. Observatorio de Saúde Pública de Galicia. Rexistro galego de tumores (REGAT). Incidencia de tumores no ano 2022. (acceso 05/05/2025).

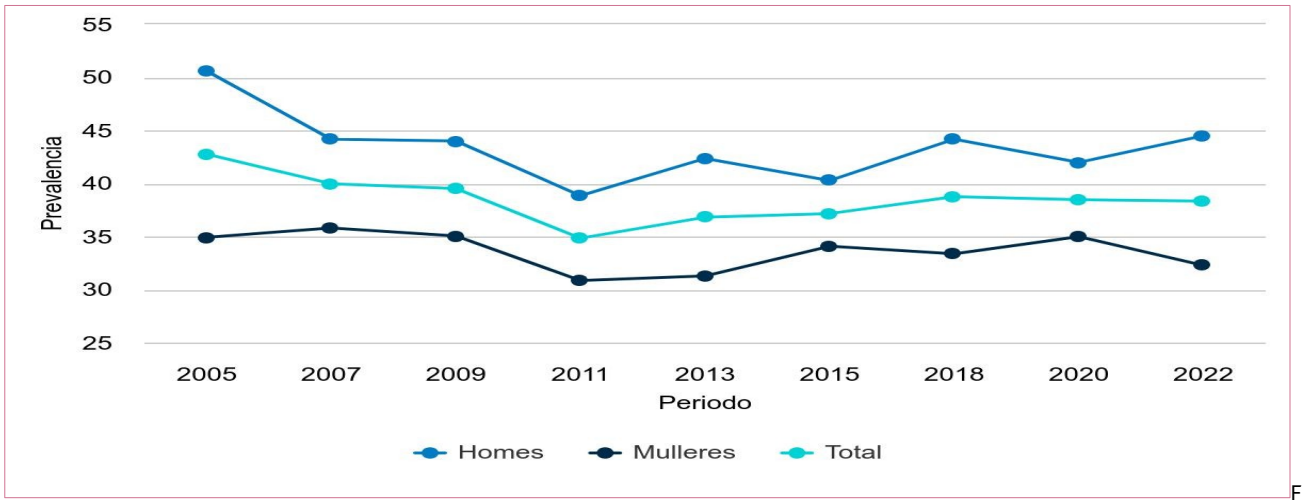
1.1.2. Estilos de vida

Evitar, reducir ou atrasar o inicio e desenvolvemento de factores de risco é fundamental na prevención de enfermidades ou na diminución da gravidade das mesmas. O consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, obesidade.... son unha das principais causas dos problemas de saúde máis prevalentes.

Prevalencia do consumo de tabaco e alcohol no último ano en poboación de 15-64 anos. Galicia. Ano 2022		
	Tabaco	Alcohol
Mulleres	32,28	67,36
Homes	44,49	83,22
Total	38,34	75,24

Fonte: Enquisa sobre alcohol e drogas en España (EDADES).
Tomado de: Observatorio de Saúde Pública de Galicia (acceso 12/02/2025)

Prevalencia do consumo de tabaco no último ano en poboación de 15-64 anos. Galicia. Evolución 2015-2022.



Fonte: Enquisa sobre alcohol e drogas en España (EDADES).
Tomado de: Observatorio de Saúde Pública de Galicia (acceso 12/02/2025)

Prevalencia de sedentarismo (datos autodeclarados). Ano 2020	
Mulleres	43,66
Homes	38,73
Total	41,30

Prevalencia de sobrepeso e obesidade en persoas adultas (datos autodeclarados). Ano 2018		
	Sobrepeso	Obesidade
Mulleres	34,33	16,69
Homes	46,04	16,32
Total	39,91	16,51

Fonte: Sistema de Información sobre Condutas de Risco de Galicia (SICRI).
Tomado de: Observatorio de Saúde Pública de Galicia (acceso 14/01/2025).

Prevalencia de sedentarismo (datos autodeclarados). Ano 2020	
Mulleres	43,66
Homes	38,73
Total	41,30

Fonte: Enquisa Europea de Saúde 2020. Tomado de: INE (acceso 5/02/2025)

1.1.3. Esperanza de vida e mortalidade

A **esperanza de vida das mulleres** de Galicia é superior á dos homes, calquera que sexa o momento da vida no que se analice. A **esperanza de vida sen limitación** ten valores moi próximos en mulleres e homes.

Esperanza de vida ao nacemento e aos 65 anos. Ano 2022		
	Ao nacemento	Aos 65 anos
Mulleres	85,95	23,37
Homes	80,31	19,24
Total	83,17	21,40

Fonte: Observatorio de Saúde Pública de Galicia (acceso 8/04/25).

Esperanza de vida sen limitación ao nacemento e aos 65 anos. Ano 2019		
	Ao nacemento	Aos 65 anos
Mulleres	63,1	11,4
Homes	63,2	10,7
Total	63,2	11,1

Fonte: Observatorio de Saúde Pública de Galicia (acceso 8/04/25).

Mortalidade

En Galicia, no ano 2022 (último ano con datos dispoñibles), as **enfermidades cardiovasculares foron a principal causa de mortalidade en mulleres** (29,08 % das mortes, 5.165 casos), seguidas dos tumores (19,5 %, 3.466), dos trastornos mentais e do comportamento (9,6%, 1.711 casos) e das enfermidades do sistema respiratorio (9,5 %, 1.690 casos). Entre os tumores, a primeira causa de mortalidade é o cancro de pulmón, seguido do cancro de colon e de mama[e].

Destaca o feito de que, das 2.564 mortes rexistradas como mortes por trastornos mentais e de comportamento (inclúe, entre outros, as demencias), o 66,7 % foron en mulleres.

Mortalidade por enfermidade de Alzhéimer. Ano 2022 Taxa axustada (poboación de Galicia 2011) x 100.000	
Mulleres	22,04
Homes	13,95
Total	19,19

Fonte: Observatorio de Saúde Pública de Galicia (acceso 14/01/2025)

Mortalidade por enfermidades cerebrovasculares en persoas de 35 a 84 anos. Ano 2022 Taxa axustada (poboación de Galicia 2011) x 100.000	
Mulleres	38,92
Homes	53,64
Total	45,57

Fonte: Observatorio de Saúde Pública de Galicia (acceso 14/01/2025)

Mortalidade por infarto agudo de miocardio en persoas de 35 a 84 anos. Ano 2022 Taxa axustada (poboación de Galicia 2011) x 100.000	
Mulleres	12,56
Homes	44,47
Total	27,45

Fonte: Observatorio de Saúde Pública de Galicia (acceso 14/01/2025)

e. SIMCA: Sistema de información sobre Mortalidade por Cancro de Galicia.

1.2. As etapas na vida da muller[f]

O ciclo vital da muller fai referencia ás distintas etapas que experimenta ao longo da súa vida, que están determinadas por cambios biolóxicos, psicolóxicos e sociais, e poden influír na súa saúde e benestar.

Para promover o benestar emocional das mulleres en atención primaria, é clave adoptar un enfoque integral e holístico, promovendo estratexias de autocoidado (exercicio físico, alimentación saudable, etc.), fomentando a creación de redes de apoio social e familiar, e normalizando a procura de axuda profesional sen estigma, cando sexa preciso. É importante fomentar o benestar emocional como parte integral da saúde en todas as etapas da vida da muller.

As etapas da vida da muller son:

Infancia: período no que as nenas experimentan un crecemento físico e cognitivo constante.

Puberdade: período da vida no que unha persoa presenta cambios físicos e hormonais que marcan a transición da nenez á adultez e madura sexualmente. Aparecen as características sexuais secundarias, que na muller inclúen o crecemento da lanuxe na pube, nas axilas e nas pernas, o crecemento das mamas e prodúcese a menarquía, que polo xeral é o último paso.

Etapa reprodutiva: etapa da muller que se estende desde a menarquía ata a menopausa. Dentro deses anos, que de media son uns 30 – 35 anos, hai un período de máxima fertilidade que se estende entre os 18 e os 35 anos.

Climaterio: é unha etapa da vida da muller, de límites imprecisos, que se caracteriza por ser un período de transición desde a etapa reprodutiva ata a non reprodutiva. Durante o climaterio prodúcese un descenso paulatino e o cesamento da función ovárica, que implica unha serie de cambios hormonais que ocasionan síntomas variables dunhas mulleres a outras, en canto á diversidade, intensidade e duración e marcan a fin da etapa fértil na vida dunha muller. Ao conxunto de signos e síntomas que aparecen antes e despois da menopausa (perimenopausa) denomínaselle "síndrome climatérica". Cando coloquialmente se fala de sintomatoloxía da menopausa, estase a referir á esta síndrome.

Menopausa: A Organización Mundial da Saúde (OMS) define a menopausa natural ou fisiolóxica

f. Fontes:
-Diez Sánchez A. Coordinadora. Guía de educación para la salud a las mujeres en la etapa del climaterio. Líneas de gestión en atención primaria. SESCAM-Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Gerencia de Atención Primaria de Toledo; 2007. Dispoñible en: https://toledo.sanidad.castillalamancha.es/sites/toledo.sescam.castillalamancha.es/files/publicaciones/12/06/2018/guia_climaterio.pdf.
-Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.
-National Institutes of Health and Giovanni Lorenzini Medical Science Foundation. National Heart, Lung, and Blood Institute Office of Research on Women's Health. International Position Paper on Women's Health and Menopause: A comprehensive Approach. NIH 02-3284; 2002. Dispoñible en: https://webharvest.gov/peth04/20041019044431/http://nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/other/menopaus/menopaus.pdf.

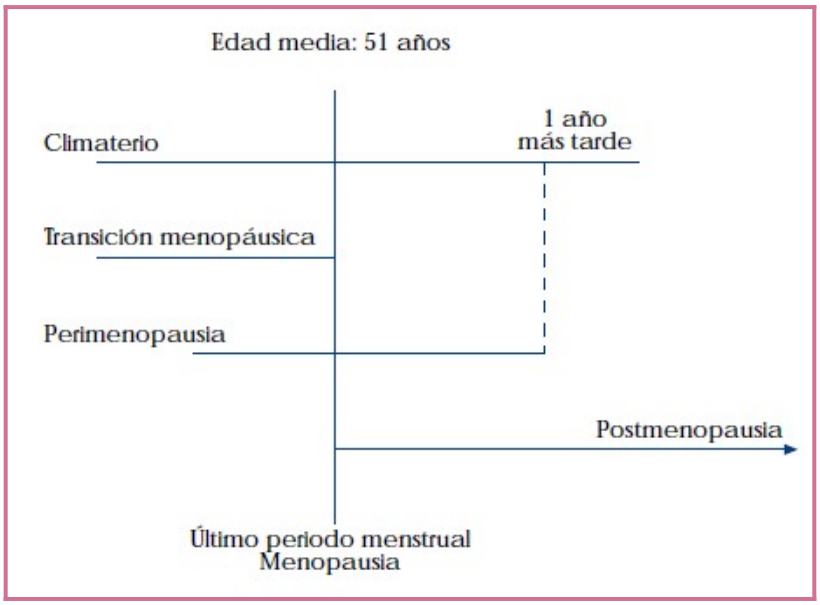
como o "cesamento permanente da menstruación, determinado de maneira retrospectiva despois de 12 meses consecutivos de amenorrea, sen causas patolóxicas". Preséntase en mulleres entre os 45 e 55 anos e sucede por atresia dos folículos ováricos e a diminución da capacidade de producir estróxenos ante o estímulo das hormonas folículo-estimulante e luteinizante. Considérase prematura cando aparece antes dos 40 anos, xa sexa derivada dun tratamento (cirúrxico, quimioterápico ou radioterápico) ou por un proceso natural.

Premenopausa: iníciase cando comezan a aparecer as manifestacións do declinar da función ovárica e remata coa menopausa.

Perimenopausa: tempo comprendido entre o ano anterior e o posterior á data da menopausa debido ás particularidades clínicas e endocrinolóxicas deste período: aparición de sintomatoloxía vasomotora e alteracións do ciclo.

Posmenopausa: é a etapa que se inicia tras a menopausa e abarca un período de oito a dez anos de duración[9].

Figura 1. Etapas do climaterio e a súa relación coa menopausa



Fonte: International Position Paper on Women's Health and Menopause (2002)

g. O grupo de traballo Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) diferencia a vida adulta da muller en tres grandes fases: reproductiva, transición menopáusica (perimenopausia) e posmenopausia. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, Sherman S, Sluss PM, de Villiers TJ; STRAW+10 Collaborative Group. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. Climacteric. 2012 Apr;15(2):105-14. doi: 10.3109/13697137.2011.650656. Epub 2012 Feb 16. PMID: 22338612; PMCID: PMC3580996. Dispoñible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3580996/pdf/nihms-435082.pdf.

2. Obxectivos

2.1. Obxectivo xeral

- Mellorar a abordaxe da saúde das mulleres no ámbito da atención primaria, incorporando a perspectiva de xénero, co fin de que repercuta de xeito favorable sobre a súa calidade de vida.

2.2. Obxectivos específicos

- Visibilizar as necesidades específicas e a morbilidade diferencial das mulleres.
- Poñer en valor as actividades que se desenvolven en atención primaria en relación á saúde das mulleres.
- Sensibilizar ás/aos profesionais da saúde sobre a necesidade da atención ás mulleres con perspectiva de xénero.

3. Actividades en atención primaria en relación á saúde das mulleres.

Dicíamos na introdución, que a Consellería de Sanidade incorpora nas súas formulacións estratéxicas a necesidade de abordar os aspectos relacionados coas desigualdades e inequidades de xénero e sexo en materia de saúde, de cara a dispor dun Sistema Sanitario Público máis xusto.

Por outra banda, a atención primaria configúrase, no noso modelo de atención á saúde, como o principal ámbito responsable da organización e coordinación da atención sanitaria en todas as etapas da vida das persoas e, polo tanto, na atención á saúde das mulleres e a consecución das formulacións estratéxicas en relación a elas. A atención primaria é a base para mellorar a saúde xeral da poboación e vertebrar a atención sanitaria, nun marco de traballo onde a colaboración entre os diferentes niveis, asistenciais e sociais, é determinante para garantir a eficiencia dos servizos públicos.

Neste marco colaborativo de actuación é onde se encadran e desenvolven as actividades de atención á saúde das mulleres que se propoñen neste documento. Ditas actividades basearanse sempre nas boas prácticas asistenciais e nas recomendacións/consensos reflectidos nas guías, procesos e protocolos, o que determinará a consecución dos obxectivos que se formulan. Para isto, a formación continuada das/dos profesionais é determinante cara un desenvolvemento das accións baseado no mellor e máis actualizado coñecemento científico, de aí que dita formación continuada sexa un elemento central na maior parte das actividades asistenciais descritas.

Todas as actividades aquí recollidas alíñanse cos principios estratéxicos da Consellería de Sanidade e da Xunta de Galicia, e contribúen á mellora da saúde das mulleres e persoas transexuais de Galicia que conserven a capacidade de xestar, xa que todas as persoas teñen dereito á equidade no acceso a unha atención sanitaria igualitaria sen discriminación por razón de sexo/xénero e que inclúa a diversidade funcional, familiar e sexoafectiva.

A maior parte das actividades en relación á saúde das mulleres, citadas neste documento, xa se realizan, ou se poden realizar, en atención primaria. Ademais inclúense outras que, aínda que non son propias deste nivel asistencial, tamén axudan á incorporación da perspectiva de xénero en atención primaria.

Os equipos de atención primaria desenvolven e poden desenvolver aquelas outras actuacións que, dentro do seu ámbito competencial, contribúan aos principios estratéxicos definidos.

Corresponderá ás xerencias das áreas sanitarias que conforman o Sistema Público de Saúde de Galicia, adaptar as actividades ás características de cada un dos servizos de atención primaria.

3.1. Educación sanitaria en saúde menstrual

Para quen

Mulleres residentes en Galicia, desde a puberdade ata o climaterio.

Porqué

O **ciclo menstrual** é un fenómeno non só biolóxico, senón tamén social e cultural. Na nosa sociedade a menstruación aínda é considerada un tabú e moitas mulleres e nenas ocultan por completo que están na súa fase menstrual.

A declaración da OMS sobre a saúde e os dereitos menstruais recolle que "a saúde menstrual significa que as mulleres e nenas teñan acceso a información e educación respecto diso, aos produtos menstruais que necesitan, ás instalacións de auga, saneamento e eliminación, a unha atención competente e empática cando é necesario, e a vivir, estudar e traballar nunha contorna na que a menstruación se vexa como algo positivo e saudable, non como algo do que avergoñarse". Para a OMS, a saúde menstrual é un "problema de saúde e de dereitos humanos" e "non de hixiene"[7].

A Lei Orgánica 1/2023, de 28 de febreiro, pola que se modifica a Lei Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de saúde sexual e reprodutiva e da interrupción voluntaria do embarazo, establece que "terá a consideración de situación especial de incapacidade temporal por continxencias comúns aquela baixa laboral en que poida atoparse a muller en caso de menstruación incapacitante secundaria ou dismenorrea secundaria asociada a patoloxías tales como endometriose, miomas, enfermidade inflamatoria pelviana, adenomiose, pólipos endometriais, ovarios poliquísticos, ou dificultade na saída de sangue menstrual de calquera tipo, podendo implicar síntomas como dispareunia, disuria, infertilidade, ou sangrados máis abundantes do normal, entre outros".

Esta Lei, define a **saúde durante a menstruación** como o estado integral de benestar físico, mental e social, e non meramente a ausencia de enfermidade ou doenza, en relación co ciclo menstrual.

Segundo a **Enquisa de anticoncepción en España**[8] 2024 da Sociedade española de contracepción (SEC), un 19,5 % das mulleres declara sufrir dores fortes durante a menstruación (o 26 % entre as de 15 a 24 anos). Un 46,3 % precisa medicación para contrarrestar a dor da menstruación (63,3 % entre as menores de idade e 31,5 % entre as de 45 a 49 anos). O 29,4 % das mulleres declara que utiliza algún método anticonceptivo como tratamento para algunha patoloxía ou para regular a súa regra, aínda que non o necesite como anticonceptivo (un 8,9 % como tratamento para a dor da regra, o 6,8 % como terapia contra o sangrado, e o 7 % por ambos os motivos -máis frecuente entre as mulleres de 15 a 19 anos e as de 25 a 29-, sendo tamén máis frecuente entre as estranxeiras e as de menor nivel de ingresos familiares).

Nesta mesma enquisa, un 8 % das mulleres declara estar diagnosticada de endometriose/adenomiose (11 % entre as mulleres de 35 a 39 anos e as de 45 a 49, sendo maior entre mulleres de nacionalidade estranxeira, cunha prevalencia do 20,4 %).

Obxectivos

- **Lograr unha difusión efectiva de información de calidade** en materia de saúde menstrual e produtos de xestión menstrual, para combater os estereotipos sobre a menstruación e desmontar as crenzas erróneas.
- **Cumprir cos estándares mínimos** de atención sanitaria á saúde durante a menstruación dentro do marco de atención á saúde sexual e reprodutiva, coa **perspectiva de dereitos sexuais e reprodutivos,** garantindo a equidade en todos os niveis e promovendo a eliminación da discriminación baseada en estereotipos sobre a menstruación.

Quen

- Profesionais sanitarios de atención primaria, en especial as/os profesionais de enfermería obstétrico-xinecolóxica (matrona) e as/os médicas/os de atención primaria (de medicina familiar e comunitaria e de pediatría).

- Xerencias das áreas sanitarias.

Como

- **Achegar información** sobre a saúde menstrual a toda a poboación (desde a puberdade ata o climaterio), sen nesgo de xénero e sen tabús.
- **Realizar consello e asesoramento** ás mulleres sobre o uso de dispositivos de hixiene menstrual (tampóns, copas menstruais...).
- Proporcionar **información e atención sanitaria ás mulleres**, de **maneira colaborativa e multidisciplinar**, sobre o manexo da síndrome premenstrual, da dismenorrea e dos trastornos do ciclo menstrual.
- Organizar **actividades formativas** nos eidos asistencial, comunitario e educativo.

Ferramentas de apoio

- Botello Hermosa A. en Vázquez Sellán M. (coord). Visibilizando la importancia de la salud menstrual como una cuestión de derechos humanos: logros y retos para el futuro. Revista In_mujeres. Nº 1, dic. 2022. Dispoñible en: https://www.inmujeres.gob.es/CentroDoc/InMujer_es_Numero1_web.pdf.

- García Toyos N; Barranco Castillo E. Salud Menstrual. Cuadernos para la salud de las mujeres. Nº 9. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Instituto Andaluz de la Mujer; 2022. Dispoñible en: https://www.escuelaesen.org/WEBESEN/wp-content/uploads/Salud-Menstrual_Noelia-Toyos.pdf.

- Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE nº 51, 1 marzo 2023.

- Sociedade española de contracepción (SEC). Enquisa de Anticoncepción en España 2024. Dispoñible en: https://sec.es/encuesta-de-anticoncepcion-en-espana-2024/

3.2. Asesoramento anticonceptivo e sobre infeccións de transmisión sexual (ITS)

Para quen

Mulleres e homes, desde a puberdade, residentes en Galicia.

Porqué

A **anticoncepción** permite evitar embarazos non planificados. Ademais de garantir o acceso aos métodos anticonceptivos, é importante que cada persoa dispoña do método anticonceptivo máis adecuado segundo as súas necesidades e o seu estilo de vida, de forma que se garanta o seu uso adecuado e a súa continuidade. De aí a importancia do asesoramento anticonceptivo como unha práctica fundamental na atención á saúde sexual e reprodutiva.

Segundo a **Enquisa de anticoncepción en España** 2024 da Sociedade española de contracepción (SEC), a idade no inicio das relacións sexuais sitúase nos 16,3 anos e o 23,2 % das mulleres en idade fértil recoñecen que, con bastante frecuencia, non utilizan ningún método anticonceptivo. O 39,7 % das mulleres en idade fértil enquisadas declara ter que recorrer nalgunha ocasión á toma da pílula do día despois; a maior frecuencia advírtese entre as de 30 a 34 anos (49,4 %), intervalo de idade onde son máis habituais as relacións sexuais sen método anticonceptivo. En relación ao método anticonceptivo máis utilizado actualmente polas mulleres en idade fértil está o preservativo (36,5 %), seguido da pílula (18 %). O 5 % prefiren o dispositivo intrauterino (DIU) hormonal e o 3 % o DIU de cobre. Un 3,6 % das mulleres afirman que a súa parella fíxose a vasectomía, mentres que un 2% indica que ten unha ligadura de trompas. O 64,4 % das mulleres de 15 a 49 anos non utiliza conxuntamente un método eficaz para previr o embarazo xunto co preservativo, que prevén das ITS; esta práctica é máis habitual entre as mulleres de 25 a 29 anos (10,8 %).

Finalmente, segundo esta enquisa, **o persoal sanitario** é o que exerce unha maior influencia final na elección do método utilizado (50,3 %), seguido da familia e amigos (16,0 %). O peso definitivo do persoal sanitario na toma da decisión redúcese entre as menores de 25 anos.

Por iso é importante que, a nivel de atención primaria, se mellore o asesoramento en relación ao uso de métodos contraceptivos e sobre a prevención de ITS.

Obxectivos

- **Mellorar o consello contraceptivo**.
- **Evitar embarazos non desexados**.
- **Evitar as ITS**.

Quen

- Profesionais sanitarios de atención primaria, en especial as/os profesionais de enfermería obstétrico-xinecolóxica (matrona), outras/os profesionais de enfermería e as/os médicas/os de atención primaria (de medicina familiar e comunitaria e de pediatría).

- Servizos centrais da Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde.
- Xerencias das áreas sanitarias.

Como

- **Achegar información**, desde a puberdade, sobre os métodos anticonceptivos, a eficacia de cada un para evitar embarazos e cales protexen das ITS. Incluír información sobre a pílula poscoital e os métodos anticonceptivos reversibles de longa duración (LARC, polas súas siglas en inglés).
- **Fomentar**, desde as consultas, os **métodos LARC e o dobre método** (utilización conxunta dun método eficaz para previr un embarazo co preservativo que prevé as ITS).
- **Asesorar e proporcionar atención afectivo-sexual** promovendo condutas saudables en relación coa sexualidade e tendo en conta a diversidade afectivo-sexual, a identidade de xénero e as relacións interpersoais.
- Proporcionar **consello e asesoramento individualizados** sobre o uso de métodos anticonceptivos, fomentando a toma de decisións compartidas sobre a anticoncepción.
- **Realizar formación** en métodos e asesoramento anticonceptivo dirixido ás/aos profesionais sanitarios de atención primaria.

Ferramentas de apoio

- Sociedade española de contracepción (SEC). Enquisa de Anticoncepción en España 2024. Dispoñible en: https://sec.es/encuesta-de-anticoncepcion-en-espana-2024/.

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Dispoñible en: https://portal.guiasalud.es/gpc/anticoncepcion/.

- Costillas-Caño P., Cristóbal-García I., Falguera-Puig G., Jurado-López AR, Lobo-Abascal P, Obiol-Saiz AM et al. Buenas prácticas en el asesoramiento anticonceptivo a mujeres: recomendaciones del grupo de Expertos Multidisciplinar en Materia Anticonceptiva (EMMA). Medicina Reproductiva y Embriología Clínica. 2018; 5, 1-10. Dispoñible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-reproductiva-embriologia-clinica-390-articulo-buenas-practicas-el-asesoramiento-anticonceptivo-S2340932017300427.

- Quérote+.Centros de información e asesoramento para a mocidade. Servizo da Xunta de Galicia, de atención á mocidade, as súas familias e a profesionais que traballan no ámbito xuvenil, nas temáticas referidas a: sexualidade, LGTBI+, benestar emocional, promoción da igualdade e o bo trato, e prevención da violencia de xénero. Dispoñible en: https://igualdade.xunta.gal/gl/content/querote.

3.3. Consulta preconcepcional

Para quen

Mulleres en idade reprodutiva residentes en Galicia, aínda que non manifesten desexos xenésicos e, especialmente, mulleres que tivesen malos resultados reprodutivos ou problemas de saúde, así como, se é o caso, as súas parellas.

Porqué

Aínda que a metade dos embarazos son planificados, só un 10 % das mulleres e parellas acoden a unha consulta preconcepcional. Para **mellorar a accesibilidade** é importante ofertar esta consulta a todas as mulleres en idade fértil en atención primaria.

O **consello reprodutivo** durante o período preconcepcional constitúe un aspecto importante dentro da asistencia prenatal dado que a saúde da muller durante o embarazo depende en gran medida do seu estado de saúde antes da concepción. O período de maior vulnerabilidade para o embrión son as 10 primeiras semanas de xestación.

Obxectivos

- **Fomentar un estado óptimo de saúde antes da concepción**, sobre todo no caso de mulleres con patoloxía previa.
- **Identificar riscos** biomédicos, de conduta e sociais, tanto maternos como paternos antes da concepción co fin de modificar condutas e mellorar os resultados perinatais.
- **Identificar as enfermidades** que se poidan agravar coa xestación así como a posible repercusión tanto na nai coma no feto.
- **Diminuír os riscos de malformacións fetais** preconcepcionalmente.
- **Optimizar o estado inmunitario** da muller co fin de evitar enfermidades infectocontaxiosas previbles durante a xestación.
- **Mellorar a calidade da información** proporcionada ás mulleres, potenciando a súa participación na toma de decisións, e aumentar o seu grao de satisfacción.
- **Garantir a accesibilidade** á consulta preconcepcional a nivel de atención primaria.

Quen

- Profesionais sanitarios de atención primaria, en especial as/os profesionais de enfermería obstétrico-xinecolóxica (matrona) e as/os médicas/os de atención primaria.
- Servizos centrais da Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde.
- Xerencias das áreas sanitarias.

Como

- **Ofertar a consulta preconcepcional en atención primaria** a todas as mulleres en idade fértil para proporcionarlles consello reprodutivo.
- **Informar da conveniencia de planificar o embarazo** cun mínimo de 18 meses tras unha cesárea previa.

- **Informar dos efectos sobre o feto do consumo** de tabaco, alcohol e outras substancias psicoactivas e recomendar o abandono das mesmas.
- **Informar** á muller con algunha **enfermidade que se poida agravar coa xestación** da posible **repercusión** de dita enfermidade na evolución do embarazo e nos resultados perinatais, así como das medidas para minimizala.
- **Optimizar o control glicémico** antes da xestación, en mulleres que planifican o seu embarazo e son diabéticas, ata alcanzar o mellor control posible.
- **Fomentar hábitos de vida saudable**, actividade física e unha dieta sa e equilibrada que inclúa alimentos ricos en iodo e a condimentación con sal iodado e, en mulleres con desexo xenésico, recomendar suplementos diarios de ioduro potásico e ácido fólico en función das súas necesidades.
- **Realizar inmunización previa ao embarazo** (no caso de non estar vacinadas previamente), de enfermidades infectocontaxiosas que poidan afectar ao feto (tétano, rubéola, varicela, hepatite B) de acordo coas indicacións da Dirección Xeral de Saúde Pública.
- **Formación** das/dos profesionais implicadas/os na atención preconcepcional ás mulleres.

Ferramentas de apoio

- Servizo Galego de Saúde. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal. Proceso asistencial. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2019. Dispoñible en: https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF-2769-es.pdf.

- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. Dispoñible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf

3.4. Consulta de atención ao embarazo normal

Para quen

Mulleres embarazadas residentes en Galicia.

Porqué

É preciso que desde o sistema sanitario se aborde **o embarazo como un proceso fisiolóxico** e non como unha enfermidade, polo que o control e seguimento da muller embarazada de baixo risco recoméndase realizalo a nivel de atención primaria de maneira coordinada co servizo de obstetricia do hospital de referencia.

Obxectivos

- **Favorecer unha visión do embarazo como un proceso fisiolóxico** e non como unha enfermidade.
- **Facilitar que a xestante sexa a verdadeira protagonista** do seu proceso e que á súa vez faga partícipe ao resto da familia (elaboración do plan de parto/nacemento).
- **Evitar procedementos innecesarios** e **diminuír a variabilidade inxustificada** da práctica clínica.
- **Fomentar un estado óptimo de saúde durante a xestación**, co obxectivo de alcanzar uns bos resultados perinatais.
- **Garantir a accesibilidade** a este servizo a nivel de atención primaria en coordinación con atención hospitalaria.
- **Mellorar a calidade da información** proporcionada ás mulleres, potenciando a súa participación na toma de decisións, e aumentar o seu grao de satisfacción.

Quen

- Profesionais sanitarios de atención primaria, en especial as/os profesionais de enfermería obstétrico-xinecolóxica (matrona) e as/os médicas/os de atención primaria.
- Servizos centrais da Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde.
- Xerencias das áreas sanitarias.

Como

- **Reavaliar o tratamento habitual** pola/o médica/o que realiza o seguimento da(s) patoloxía(s) previas (diabetes, epilepsia, hipotiroidismo...) ou crónicas ao principio do embarazo se é necesario.
- **Fomentar hábitos de vida saudable**, destacando a importancia da actividade física e dunha dieta sa e equilibrada que inclúa alimentos ricos en iodo, condimentar con sal iodado e recomendar suplementos diarios de ioduro potásico e de ácido fólico en función das necesidades da muller.
- **Informar dos efectos sobre o feto do consumo** de tabaco, alcohol e outras substancias psicoactivas e recomendar o abandono das mesmas.

- **Facilitar o rexistro das preferencias e expectativas** da muller no plan de parto/nacemento.
- **Ofertar** a todas as mulleres embarazadas participar nas **sesións de educación sanitaria de grupo prenatal** desenvolvidas polas matronas de atención primaria, informándoas de que ás mesmas poden vir acompañadas pola persoa que desexen.
- **Formación** das/dos profesionais implicados na atención ao embarazo.

Ferramentas de apoio

- Servizo Galego de Saúde. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal. Proceso asistencial. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2019. Dispoñible en: https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF-2769-es.pdf.

- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. Dispoñible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf.

3.5. Atención á saúde bucodental durante o embarazo

Para quen

Mulleres embarazadas residentes en Galicia.

Porqué

Os dentes, os tecidos de soporte-sostén e a mucosa oral poden verse afectados polos cambios inducidos durante o embarazo, o que fai necesario reforzar o coidado bucodental na muller embarazada.

Durante a xestación prodúcense cambios fisiolóxicos e/ou hormonais que, unidos á acumulación de placa dental, frecuentemente traen consigo unha resposta inflamatoria esaxerada dos tecidos enxivais, así como as primeiras manifestacións de enfermidade periodontal, que favorecen a aparición de patoloxía bucodental como a xenxivite gravídica, a epúlide gravídica e outras.

O **Programa de saúde bucodental en atención primaria do Servizo Galego de Saúde** desenvólvese neste nivel asistencial, a través das unidades de saúde bucodental.

No Boletín Oficial do Estado do 18 de xuño de 2024 publicouse a **carteira ampliada de servizos comúns de saúde bucodental**, que inclúe novas prestacións para as mulleres embarazadas (Orden SND/606/2024, de 13 de junio).

Obxectivos

- **Mellorar a saúde bucodental** das mulleres embarazadas residentes en Galicia.
- **Incrementar a calidade da atención** ás mulleres embarazadas que se presta nas unidades de saúde bucodental de atención primaria.
- **Fomentar as actividades de prevención e promoción** da saúde bucodental nas mulleres embarazadas.
- **Detectar, diagnosticar e tratar as enfermidades bucodentais** das mulleres embarazadas, na medida do posible, no ámbito de atención primaria, derivando a atención hospitalaria os casos nos que haxa indicación.
- **Mellorar a capacitación das e dos profesionais** das unidades de saúde bucodental de atención primaria, mediante actividades de formación orientadas ao desenvolvemento das novas prestacións nas mulleres embarazadas.

Quen

- Profesionais sanitarios das unidades de saúde bucodental de atención primaria.

- As/os profesionais de enfermería obstétrico-xinecolóxica (matrona) e as/os médicas/os de atención primaria, na captación das mulleres.

- Servizos centrais da Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde.

- Xerencias das áreas sanitarias.

Como

- **Indicar ás mulleres embarazadas que realicen unha consulta** á unidade de saúde bucodental (preferentemente no primeiro trimestre de xestación) e programar as revisións posteriores.
- **Realizar**, nas unidades de saúde bucodental, **educación sanitaria** enfocada á saúde bucodental da embarazada e da/do neonata/o, informando sobre a importancia de establecer un ambiente oral saudable e un óptimo nivel de hixiene oral, a transcendencia dunha alimentación saudable, a relevancia de incidir nas técnicas mecánicas de control da placa e a relación existente entre certas enfermidades sistémicas e determinadas enfermidades orais durante o período xestacional.
- **Detectar signos ou síntomas indicativos de patoloxía oral** actual ou futura e realizar os tratamentos incluídos na carteira de servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde que estean indicados en cada caso.
- **Actualizar o Programa de saúde bucodental en atención primaria** do Servizo Galego de Saúde.
- **Programar e realizar actividades formativas** sobre a atención á saúde bucodental da muller embarazada, dirixidas ás/aos profesionais das unidades de saúde bucodental.

Ferramentas de apoio

- Guía Técnica. Programa de saúde bucodental en atención primaria. Novas prestacións. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2006. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/892/guiatecnica_saudebucodental.pdf.

- Puime Montero P. Programa de Saúde Bucodental en Atención Primaria. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde, División de Asistencia Sanitaria; 2002. Dispoñible en: https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF2-86.pdf.

- Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad; 2022. Dispoñible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanSaludBucodental/pdf/Plan_ampliacion_cartera_bucodental_.pdf.

- Servizo Galego de Saúde. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal. Proceso asistencial. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2019. Dispoñible en: https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF-2769-es.pdf.

3.6. Educación maternal prenatal

Para quen

Mulleres embarazadas residentes en Galicia, así como, se é o caso, as súas parellas.

Porqué

A **educación maternal**, incluíndo o fomento da lactación materna, a prevención da incontinencia urinaria e a preparación ao parto, é unha **prestación da carteira de servizos comúns** do Sistema Nacional de Saúde.

A educación maternal prenatal é unha actividade de educación sanitaria de grupo que permite á muller desenvolver habilidades para afrontar de forma competente o proceso do embarazo, o parto e o posparto, aceptando os cambios do propio corpo, da sexualidade e da relación coa parella.

O **traballo conxunto das mulleres embarazadas e as súas parellas**, ofrece a oportunidade de compartir as experiencias e as vivencias individuais no grupo e de promover cambios e novas experiencias positivas.

A educación maternal prenatal axuda a afrontar de maneira positiva o traballo de parto, a facilitar unha vivencia positiva tanto do embarazo como do nacemento e a incrementar o sentimento de confianza na muller a medida que se achega o momento do nacemento.

Obxectivos

- **Proporcionar información actualizada** ás mulleres sobre coidados durante a xestación, parto, lactación materna e puerperio.
- **Potenciar a autonomía** das mulleres na toma de decisións, no seu propio coidado e no coidado da/do súa/seu filla/o.
- **Mellorar a satisfacción** das mulleres.

Quen

- Profesionais de enfermería obstétrico-xinecolóxica (matrona) de atención primaria.
- Servizos centrais da Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde.
- Xerencias das áreas sanitarias.

Como

- **Garantir** que todas as mulleres embarazadas que o desexen e as súas parellas, se é o caso, teñan a posibilidade de participar nas **sesións dos cursos de educación maternal prenatal** desenvolvidas polas matronas e matróns de atención primaria.
- **Favorecer a participación das parellas,** se é o caso, e proporcionarlles ferramentas para apoiar á muller durante o parto así como habilidades para a crianza.
- **Asegurar** que os cursos de educación sanitaria de grupo prenatais inclúan un número mínimo de **10 sesións** e que os contidos das mesmas teñan en conta as recomendacións do Servizo Galego de Saúde.

- Cada sesión debe incluír **unha parte teórica e unha parte práctica** na que se ofrece adestramento psicofísico con traballos corporais específicos para compensar as modificacións do embarazo, preparación de determinados grupos musculares, exercicios circulatorios, adestramento respiratorio coa aprendizaxe de diferentes técnicas así como técnicas de relaxación (psicoprofilaxe obstétrica).

Ferramentas de apoio

- Guía técnica do proceso de educación maternal prenatal e posnatal. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2008. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/40/PMG05.pdf.

- Servizo Galego de Saúde. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal. Proceso asistencial. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2019. Dispoñible en: https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF-2769-es.pdf.

- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. Dispoñible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf.

3.7. Atención ao puerperio en atención primaria

Para quen

Mulleres puérperas e as súas fillas ou fillos.

Porqué

O puerperio é o período que vai desde o final do parto ata que o organismo materno volve ao estado anterior á xestación. Neste período establécese a lactación e nel hai que ter en conta medidas para previr a sobrecarga física e emocional da muller.

É necesario facer un **seguimento** da saúde da muller e da súa filla ou fillo tras o parto/nacemento para **detectar precozmente desviacións da normalidade**.

Obxectivos

- **Promover o benestar e a saúde** da nai e da/do recentemente nada/o e identificar de forma precoz complicacións (episiotomía, ferida de cesárea, loquios, lactación materna...) e situacións de vulnerabilidade para abordalas adecuadamente.
- **Facilitar a recuperación posparto** e a adaptación das mulleres e as súas parellas, se é o caso, á maternidade/paternidade.

Quen

- Profesionais sanitarios de atención primaria, en especial as/os profesionais de enfermería obstétrico-xinecolóxica (matrona) e as/os médicas/os de atención primaria.

Como

- **Ofertar a todas as mulleres a 1ª consulta puerperal dentro dos 7 primeiros días posparto**, preferiblemente:
  - 1ª consulta puerperal coa/co matrona/matrón de atención primaria ao 3º - 4º día posparto
  - 2ª consulta puerperal ao 5º - 8º día posparto
  - 3ª consulta puerperal 15º día posparto.
- **Ofrecer coidados individualizados** baseados nas necesidades de cada muller e neonata/o, respectando as decisións da muller e buscando a seguridade dela e a da súa filla ou do seu fillo.
- Na recuperación posparto **incluír medidas para promover unha sexualidade satisfactoria**, **previr a incontinencia urinaria**, **previr distorsións da imaxe corporal** e **evitar a sobrecarga** física e emocional.
- **Valorar os coñecementos** da nai (e da súa parella, se é o caso), sobre os propios coidados e sobre os coidados da/do neonata/o.
- **Realizar unha valoración emocional e social** da nai así como unha anamnese do comportamento da/do neonata/o co fin de detectar precozmente calquera desviación da normalidade e derivar a pediatría de atención primaria, se é preciso.

- **Valorar as dificultades socioeconómicas** que orixinen risco de desatención á/ao recentemente nada/o ou outro tipo de necesidade social e derivar ao profesional de traballo social, se precisa (se é posible, realizar a 1ª consulta de control e seguimento puerperal no domicilio).
- **Ofertar educación maternal posnatal de grupo** a todas as mulleres puérperas durante as consultas puerperais.
- **Complementar a atención presencial coa telemática** naquelas actuacións nas que se poida prestar asistencia, con efectividade e seguridade, a través desta modalidade de atención.

Ferramentas de apoio

- Guía técnica do proceso de educación maternal prenatal e posnatal. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2008 Dispoñible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/40/PMG05.pdf.

- Guía técnica do proceso de atención ao parto normal e puerperio. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2008. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/39/G4PartoNat.pdf

- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. Dispoñible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf.

3.8. Educación maternal posnatal

Para quen

Mulleres puérperas, as súas fillas ou fillos, así como, a persoa de confianza que ela decida.

Porqué

A educación maternal, incluíndo o fomento da lactación materna, a prevención da incontinencia urinaria e a preparación ao parto, é unha prestación da carteira de servizos comúns do Sistema Nacional de Saúde. A **educación maternal posnatal** trátase dunha **actividade educativa**, similar á educación maternal prenatal, dirixida á muller e á súa parella, se é o caso, co fin de asesoralos en aspectos teóricos e prácticos, relacionados cos coidados e necesidades da nai e da/do bebé.

A **muller** acode a cada unha das sesións de grupo **coa súa filla ou fillo** e pode ir acompañada da parella ou dunha persoa da súa confianza. Permítelle á nai realizar un traballo corporal e psicofísico que facilita o seu proceso de recuperación posparto e de adaptación á maternidade.

Obxectivos

- **Facilitar a recuperación da nai** no posparto.
- **Aumentar a información** proporcionada ás nais durante o puerperio, para que sexan capaces de realizar o seu autocoidado e o coidado das súas fillas e fillos.
- **Fortalecer o vínculo** nai-filla/o.
- **Impulsar a corresponsabilidade** da parella na crianza das fillas e fillos.
- **Fomentar a lactación materna** exclusiva durante os 6 primeiros meses de vida da criatura e que continúen a partir de aí polo menos hasta os 2 anos, xunto coa introdución da alimentación complementaria adecuada e oportuna segundo a idade da/do lactante.
- **Diminuír a variabilidade inxustificada** da práctica clínica.

Quen

- Profesionais de enfermería obstétrico-xinecolóxica (matrona) de atención primaria.
- Servizos centrais da Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde.
- Xerencias das áreas sanitarias.

Como

- **Ofertar esta prestación a todas as mulleres** durante o puerperio, e ás súas parellas ou persoa de confianza que ela decida, se é o caso. O **traballo corporal** posparto inclúe a recuperación do ton muscular, técnicas de recuperación física e de respiración e relaxación así como de recuperación da funcionalidade do solo pelviano e apoio psicofísico e afectivo.
- **Incidir na importancia da corresponsabilidade** das parellas, se é o caso, na crianza e na parentalidade positiva.

- **Axudar ás nais a manter a lactación materna** exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida, a continuar coa lactación materna xunto coa alimentación complementaria adecuada a partir desta idade e a continuar co aleitamento polo menos ata os dous anos de idade da criatura.
- **Proporcionar coñecementos e habilidades** ás nais e pais para **previr accidentes infantís**.
- **Proporcionar coñecementos e habilidades** para **facilitar a toma de decisións** sobre a anticoncepción e a prevención de ITS.
- **Unificar contidos das sesións** dos cursos de educación maternal posnatal, asegurar que os cursos de educación sanitaria de grupo posnatais inclúan un número mínimo de **8 sesións** e que os contidos das mesmas teñan en conta as recomendacións do Servizo Galego de Saúde.
- **Garantir** que todas as mulleres puérperas que o desexen e as súas parellas, se é o caso, teñan a posibilidade de participar nas **sesións de educación sanitaria de grupo** posnatal desenvolvidas polas matronas de atención primaria.

Ferramentas de apoio

- Guía técnica do proceso de educación maternal prenatal e posnatal. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2008. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/40/PMG05.pdf.

- Servizo Galego de Saúde. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal. Proceso asistencial. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2019. Dispoñible en: https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF-2769-es.pdf.

- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. Dispoñible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf.

3.9. Avaliación do risco dos medicamentos e doutras exposicións ambientais durante o embarazo e a lactación

Para quen

Profesionais do Servizo Galego de Saúde que atenden a mulleres embarazadas ou durante o período de lactación ou a mulleres en idade fértil que están planificando un embarazo.

Porqué

O embarazo é unha etapa na vida da muller que ten importantes implicacións diagnóstico-terapéuticas, xa que, debido á presenza de enfermidades anteriores á fecundación, ou ben á posible aparición de procesos patolóxicos, pode ser necesario o uso de medicamentos ou probas diagnósticas que, aínda que sexan beneficiosos para a nai, poden supoñer un risco para o embrión/feto. A **valoración da relación entre dito risco para o feto e o beneficio para a nai** é un elemento clave para a toma dunha decisión clínica informada.

Obxectivos

- **Mellorar**, mediante a información ás/aos profesionais, **a calidade da atención** ás mulleres.
- **Previr a aparición de defectos conxénitos** asociados a exposicións de risco.
- **Previr o empeoramento da enfermidade** da muller embarazada ou durante o periodo de lactación.
- **Facilitar** ás/aos profesionais sanitarios e ás mulleres a **toma de decisións**.

Quen

- Servizos centrais da Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde.

Como

Persoal sanitario de atención primaria e hospitalaria:

- **Solicitar informe de valoración de risco** ao correo electrónico: Informacion.Teratoxenos@sergas.es. Datos a incluír na solicitude: nome, categoría profesional e lugar de traballo do profesional, resumen detallado da historia clínica da paciente e da exposición de risco.

Persoal da Consellería de Sanidade (Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria ou Dirección Xeral de Saúde Pública):

- **Revisión do coñecemento científico** sobre o risco da exposición.
- **Elaboración do informe** correspondente. Contido:
  - Información sobre o medicamento/exposición de risco.
  - Resumo da información sobre o risco do medicamento/exposición para o feto ou a/o lactante.

- Conclusións e recomendacións.
- **Enviar o informe en resposta á/ao profesional** solicitante para unha toma de decisións compartida entre a/o profesional e a muller.

Ferramentas de apoio

- Fichas técnicas. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. Dispoñibles en: https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html.

- Avaliacións de DRUGDEX®. Micromedex® (electronic version). Merative, Ann Arbor, Michigan, USA. Dispoñible a través de Bibliosaúde: https://bibliosaude.sergas.gal/Paxinas/web.aspx.

UpToDate® Lexidrug®. Dispoñible a través de Bibliosaúde: https://bibliosaude.sergas.gal/Paxinas/web.aspx

- Uktis. UK teratology information service. Evidence-based safety information about medication, vaccine, chemical and radiological exposures in pregnancy. Dispoñible en: https://uktis.org.

- Le CRAT. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (Francia). Dispoñible en: https://www.lecrat.fr/.

- Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna. e-lactancia.org. Dispoñible en: https://e-lactancia.org/.

- Fichas informativas sobre o risco dos medicamentos no embarazo. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/851/Fichas teratóxenos_definitivo outubro 2016.pdf.

3.10. Acreditación IHAN[h] dos centros de saúde

Para quen

Profesionais de atención primaria, mulleres residentes en Galicia e as/os súas/seus fillas/os lactantes.

Porqué

Para favorecer que **atención primaria** sexa un **entorno que promova a lactación materna** e que axude ás nais a mantela en exclusiva durante os seis primeiros meses de vida da/do lactante, e que, a partir dos seis meses, continúen coa lactación xunto cos alimentos complementarios ata os dous anos ou máis.

Obxectivos

- **Lograr que os centros de saúde sexan acreditados como centros de saúde-IHAN** o que é unha garantía de que ese centro de saúde ten implantadas prácticas de excelencia na atención á lactación materna.
- Conseguir que polo menos **un centro de saúde de cada área sanitaria do Servizo Galego de Saúde sexa acreditado** como centro de saúde-IHAN no período 2025-2027.

Quen

- Profesionais sanitarios de atención primaria.
- Xerencias das áreas sanitarias.

Como

- **Creación dunha comisión de lactación materna**: o proceso de acreditación consta de 4 fases e a acreditación da 1ª fase (de descubrimento) implica ter creada unha Comisión de lactación materna e ter realizado o cuestionario de autoavaliación inicial, esta fase é gratuíta.
- **Seguir os 7 pasos da acreditación**: os requisitos para obter o galardón IHAN resúmense en **sete pasos** (Ver o Anexo 1) e atópanse regulados nos **criterios globais** que permiten asegurar que a protección, promoción e apoio á lactación materna son a norma nos centros de saúde. Os 7 pasos, baseados en probas científicas e aprobados como estándares de práctica clínica, axudarán a mellorar a calidade da atención de saúde dirixida ás nais, aos lactantes e nenas/os pequenas/os e ás súas familias.
- **Realizar prácticas consecuentes co Código internacional de comercialización de sucedáneos do leite materno** e que o centro de saúde demostre unha mellora nas súas cifras de lactación tras a implantación da estratexia.
- **Promover e difundir as prácticas relacionadas coa Estratexia de atención ao parto**

h. A **Iniciativa para a Humanización da Asistencia ao Nacemento e a Lactación (IHAN)** é unha asociación sen ánimo de lucro promovida pola OMS e UNICEF para animar ás salas de maternidade, centros de saúde e unidades neonatais españolas a adoptar prácticas que protexan, promovan e apoien o parto humanizado e a lactación materna exclusiva desde o nacemento. A IHAN ten como misión que as institucións implanten prácticas de excelencia na atención a todo o proceso do nacemento e a lactación, tanto nos hospitais coma nos centros de saúde.

normal.

- Ofrecer **apoio e orientación de máxima calidade** tamén ás nais que non aleitan.
- **Reavaliar periódicamente** o centro para manter a acreditación como centro de saúde IHAN.

Ferramentas de apoio

- Iniciativa para a Humanización da Asistencia ao Nacemento e a Lactación (IHAN). ¿Cómo acreditarse como centro de salud IHAN? Dispoñible en: https://www.ihan.es/acreditacion-centros-de-salud/.

- Iniciativa para a Humanización da Asistencia ao Nacemento e a Lactación (IHAN). Criterios Globales. Centros de salud. Grupo de trabajo. Centros de Salud IHAN. UNICEF/OMS. IHAN España. 2023. Dispoñible en: https://www.ihan.es/wp-content/uploads/2023/12/1_CRITERIOS-GLOBALES-CS-IHAN-23_1.pdf

- Iniciativa para a Humanización da Asistencia ao Nacemento e a Lactación (IHAN). Guía rápida para llegar a ser un centro de salud IHAN. Dispoñible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/ventanafamilia/uploaded_files/CustomContentResources/Guia_rapida_CS-IHAN.pdf.

3.11. Actividades de grupo e comunitarias durante o climaterio e a posmenopausa

Para quen

Mulleres con sintomatoloxía compatible con fallo ovárico prematuro ou con síndrome climatérica que desexan participar nunha actividade de educación sanitaria de grupo ou nunha actividade comunitaria.

Porqué

Os cambios hormonais que se producen coa supresión paulatina da actividade ovárica ocasionan signos e síntomas (**síndrome climatérica**) que aparecen na perimenopausa e varían dunhas mulleres a outras, en canto á diversidade, intensidade e duración e marcan o fin da etapa fértil na vida dunha muller. Na vivencia do climaterio existen moitos factores como a personalidade da muller, a cultura, a sociedade, as crenzas, as circunstancias persoais e familiares, a implicación no autocoidado etc, que inflúen positiva ou negativamente na adaptación a esta etapa.

As **actividades de grupo** son intervencións que complementan as recomendacións dadas na consulta e que favorecen a aprendizaxe pola interacción entre as participantes, promoven a educación entre iguais, reforzan a motivación e facilitan o apoio e axuda mutua para a toma de decisións e o mantemento dos estilos de vida saudables.

A **atención comunitaria** defínese como o conxunto de actuacións con participación da comunidade, orientadas á detección e priorización das súas necesidades e problemas de saúde, identificando os recursos comunitarios dispoñibles, priorizando as intervencións e elaborando programas orientados a mellorar a saúde da comunidade, en coordinación con outros dispositivos sociais e educativos. A posta en marcha dun Plan local de saúde facilita o desenvolvemento da actividade comunitaria en atención primaria.

As actividades comunitarias son competencia de todo o persoal dos centros de saúde e necesitan equipos multidisciplinares que a realicen de xeito coordinado.

Obxectivos

- **Favorecer unha visión da menopausa como proceso fisiolóxico** na vida da muller e non como enfermidade.
- **Fomentar a propia estima da muller** nesta etapa vital e mellorar a súa saúde e benestar durante o climaterio, así como facilitar o tránsito á menopausa.
- **Fomentar comportamentos preventivos e de hábitos de vida saudable**.
- **Aumentar o nivel de coñecementos** da muller sobre o climaterio como un proceso biolóxico e ser capaz de identificar os malestares relacionados.
- **Unificar a prestación do servizo** e mellorar a súa calidade.
- **Aumentar o grao de satisfacción e a información** das mulleres potenciando a súa participación na toma de decisións e autocoidado.

Quen

- Profesionais sanitarios de atención primaria, en especial as/os profesionais de enfermería obstétrico-xinecolóxica (matrona) e a/o referente de coordinación e xestión de actividades comunitarias que se realicen.

- Xerencias das áreas sanitarias.

Como

- **Ofertar** a todas as mulleres con sintomatoloxía compatible con fallo ovárico prematuro ou con síndrome climatérica, a posibilidade de **asistir a unha actividade de educación sanitaria** de grupo no centro de saúde ou a actividades comunitarias de promoción da saúde.
- **Proporcionar coñecementos e habilidades** para acompañar ás mulleres na toma de decisións sobre a súa saúde e autocoidado nesta etapa da vida, de maneira que sexan capaces de previr riscos específicos e complicacións propias destas idades.
- **Facilitar a interacción e o intercambio de experiencias** en grupo das mulleres participantes nestas actividades de educación sanitaria de grupo/comunitarias.
- **Unificar os contidos das sesións** de educación sanitaria de grupo, asegurar que inclúan un **número mínimo de 4 sesións** e que os contidos das mesmas teñan en conta as recomendacións do Servizo Galego de Saúde.
- **Asegurar** que todas as mulleres con síndrome climatérica ou tras a menopausa, que o desexen, teñan a posibilidade de **participar nas sesións de educación sanitaria de grupo** ou nas **actividades comunitarias** desenvolvidas polas matronas de atención primaria.

Ferramentas de apoio

- Guía técnica do proceso de atención ao climaterio. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2008. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/41/G6Menopausa.pdf.

- Servizo Galego de Saúde. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Guía de apoio do Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria. Actualización 2024. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2024. Dispoñible en: https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF-3268-ga.pdf.

- Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde. Estratexia galega de saúde comunitaria en atención primaria 2023-2027. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2023. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1786/Estratexia galega de saúde comunitaria 2023-2027.pdf.

3.12. Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria

Para quen

Todas as mulleres residentes na Comunidade Autónoma de Galicia, especialmente aquelas con factores de risco de padecer unha disfunción do solo pelviano (DSP) ou con sintomatoloxía compatible cunha patoloxía do solo pelviano.

Porqué

As DSP son unha das causas máis frecuentes de dor pelviana; perda ocasional do control de esfínteres; prolapso de vexiga, útero ou recto; vulvodinia; dor durante as relacións sexuais ou estrinximento. **As DSP afectan á calidade de vida da muller** e chegan mesmo a limitar as súas actividades sociais e a reducir a súa autoestima. Isto fai que moitas mulleres oculten que padecen un problema de saúde relacionado co solo pelviano, sobre todo no caso da incontinencia urinaria, que é a disfunción máis frecuente.

Moitas DSP pódense **previr ou tratar de evitar que evolucionen** a graos máis graves que precisarían xa de tratamento cirúrxico ou rehabilitador.

Obxectivos

- **Mellorar a accesibilidade** das mulleres cunha DSP residentes en Galicia a un **Programa individualizado de reeducación do solo pelviano** no ámbito da atención primaria, garantindo a equidade no acceso a este servizo.
- **Fomentar a prevención** e a identificación dos factores que predispoñen ás disfuncións do solo pelviano (SP) feminino por parte de todas as mulleres.
- **Previr, detectar, diagnosticar e tratar** as disfuncións do SP feminino, de maneira coordinada (matronas/matróns e fisioterapeutas).
- **Manter e/ou mellorar** a funcionalidade do SP, a consciencia corporal, a mobilidade articular, o equilibrio de tensión dos diferentes diafragmas corporais, a vascularización local, o ton, a forza e a resistencia do SP, a continencia dos esfínteres e a conservación dunha sexualidade satisfactoria.
- **Mellorar a continuidade asistencial**, tendo como base unha comunicación áxil e efectiva.
- **Mellorar a capacitación** das matronas/matróns e das/dos fisioterapeutas de atención primaria na abordaxe das DSP, mediante un programa de formación continuada desenvolvido polas áreas sanitarias.
- **Mellorar a calidade da atención á saúde sexual e reprodutiva** das mulleres en relación coa prevención e coa abordaxe das disfuncións do solo pelviano.

Quen

- Matronas/matróns e fisioterapeutas de atención primaria.

- Servizos centrais da Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde.
- Xerencias das áreas sanitarias.

Como

- Implantar as recomendacións da actualización 2024 da **Guía de apoio ao Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino** en atención primaria nas áreas sanitarias do Servizo Galego de Saúde.
- Todas as **xerencias** realizarán unha **formación anual** sobre abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria dirixida a matronas/matróns e fisioterapeutas de atención primaria sen unha formación mínima de 12 horas de duración.
- Ofrecer ás mulleres que teñen unha disfunción do solo pelviano a posibilidade de realizar un **programa individualizado de reeducación do solo pelviano** a nivel de atención primaria, supervisado pola matrona/matrón ou pola/o fisioterapeuta.
- Ofrecer ás mulleres cunha disfunción de solo pelviano a posibilidade de participar nun **curso de educación sanitaria de grupo** sobre disfuncións do solo pelviano feminino impartido pola matrona ou matrón de atención primaria.
- Habilitar o procedemento de **derivación desde atención primaria** á **Unidade funcional multiprofesional de solo pelviano feminino** das mulleres cunha disfunción do solo pelviano susceptibles de ser tratadas a nivel hospitalario (médicas/os, matronas/matróns e fisioterapeutas de atención primaria).

Ferramentas de apoio

- Servizo Galego de Saúde. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Guía de apoio do Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria. Actualización 2024. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2024. Dispoñible en: https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF-3268-ga.pdf.

3.13. Desenvolvemento de campañas informativas para a cidadanía

Para quen

Toda a poboación galega.

Porqué

Os **coñecementos** sobre a saúde e/ou a enfermidade son elementos determinantes para cambiar as **actitudes** e os **comportamentos** da cidadanía en relación ás mesmas e, en consecuencia, para lograr a mellora do estado de saúde.

Obxectivos

- **Mellorar os coñecementos** sobre a saúde/enfermidade e **apoderar** ás/aos cidadás/cidadáns -sas/sans ou enfermas/os- para as **toma de decisións** en saúde compartida e informada.
- **Fomentar estilos de vida saudables**, eliminando actitudes e comportamentos prexudiciais para a saúde.
- **Diminuír os factores de risco** de aparición de enfermidades.
- **Mellorar o estado de saúde** e previr a aparición de enfermidades.
- **Promover o coñecemento e o coidado** das enfermidades máis prevalentes.
- **Lograr a participación activa** das/dos pacientes na mellora da súa saúde e no control da súa enfermidade.
- **Informar á cidadanía sobre os activos comunitarios** para gañar saúde que ten a súa disposición (espazos de participación e asociacionismo, dispositivos...).

Quen

- Servizos centrais da Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde.
- Xerencias das áreas sanitarias.

Como

- **Recursos visuais**: carteis, folletos, vídeos... nos centros de saúde, nos hospitais, web do Servizo Galego de Saúde, na prensa, apps, redes sociais etc.
  - Estes recursos respectaran estritamente o establecido nos manuais de identidade corporativa de Xunta de Galicia e do Servizo Galego de Saúde.
  - A información será rigorosa, de calidade e concisa.
  - A redacción do texto debe adaptarse ás/aos destinatarias/os. En xeral, débese procurar expresarse con sinxeleza, elixindo de dúas palabras a máis sinxela, a máis comprensible, a máis curta, a máis axeitada ao medio ou ao momento.
- **Campañas en radio e televisión**.
- **Charlas e entrevistas con persoas de referencia** no ámbito da saúde, no deporte...

Ferramentas de apoio

- Xunta de Galicia. Manual de identidade corporativa. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2021. Dispoñible en: https://www.xunta.gal/ficheiros/identidade-corporativa/2021/mic/xunta_de_galicia_manual_identidade_galego.pdf.

- Blanco Lobeiras MS, Rey Liste MT, Pérez Marcos MB. Plans Locais de Saúde para unha orientación comunitaria da Atención Primaria. Bases metodolóxicas para a súa elaboración. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2021. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1398/Plan_local_de_salud_DEF.pdf.

- Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde. Estratexia galega de saúde comunitaria en atención primaria 2023-2027. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2023. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1786/Estratexia_galega_de_saúde_comunitaria_2023-2027.pdf.

3.14. Recomendacións de "Non Facer" na atención sanitaria á muller

Para quen

Profesionais de atención primaria que atenden ás mulleres.

Porqué

Unha **Recomendación de "Non Facer"** é unha indicación de abandonar unha práctica clínica de escaso valor. O escaso valor determínao o feito de que a práctica non reporte un beneficio coñecido para as/os pacientes e/ou lles poña en risco de sufrir danos e ademais poida supoñer malgastar recursos sanitarios e/ou sociais.

As recomendacións de "Non Facer" supoñen unha operativización da prevención cuaternaria na práctica clínica, entendida como toda actividade dirixida a evitar ou a atenuar os efectos prexudiciais do intervencionismo médico.

Non obstante, é importante sinalar que as recomendacións poden non ser aplicables en todas as situacións. A toma de decisións clínicas debe estar sempre fundamentada no coñecemento científico, pero tamén debe integrar a experiencia e habilidade da/do profesional, así como os valores e preferencias de cada paciente.

Obxectivos

Diminuír as intervencións sanitarias innecesarias, entendendo como tales as que non demostraron eficacia, teñen escasa ou dubidosa efectividade ou non son custo-efectivas.

Quen

- Servizos centrais da Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde.
- Profesionais sanitarias/os de atención primaria.
- Xerencias das áreas sanitarias.

Como

- **Formación** das/dos profesionais sobre as recomendacións de Non Facer en relación á saúde das mulleres.
- **Selección das intervencións** concretas para lograr un cambio efectivo.
- **Difusión das recomendacións** de "Non Facer" seleccionadas para a súa implantación:
  - Sociedade española de medicina de familia e comunitaria, Sociedade española de médicos de atención primaria e Sociedade española de médicos xerais e de familia:
    - Non solicitar densitometría de forma rutineira en mulleres posmenopáusicas para valorar o risco de fractura osteoporótica, sen realizar antes unha valoración de factores de risco.
  - Sociedade española de medicina de familia e comunitaria:

        - Non tratar a hipertensión arterial esencial de xeito diferente nas mulleres sen desexo xestacional ca nos homes.
        - Non iniciar a terapia hormonal no período da menopausa para a prevención da osteoporose, as enfermidades cardiovasculares ou a demencia.
    - Sociedade española de calidade asistencial:
        - Non separar á nai do neno tras o parto, sen que haxa ningunha causa médica que o xustifique.
- **Integrar as melloras** na práctica clínica habitual.
- **Recordatorios na historia clínica electrónica** para avisar ao profesional sanitario en caso de que realice unha actividade clínica non recomendada durante a consulta.
- **Formación** continuada para as/os profesionais, sesións clínicas, obradoiros interactivos...
- **Intervencións para pacientes**: educación individual ou grupal, consello sanitario, interacción grupal e comunidades de práctica, estratexias para promover a educación no autocoidado ("self-management" ou paciente activo), medios de comunicación de masas etc.

Ferramentas de apoio

- Guiasalud. Recomendaciones de "No Hacer". Dispoñible en: https://portal.guiasalud.es/no-hacer/.

- Junta de Castilla y León. Calidad y Seguridad del Paciente. Si NO es necesario puede HACER daño. Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España. Recomendaciones de las sociedades científicas. Dispoñible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/calidad-seguridad-paciente/seguridad-paciente/necesario-puede-hacer-dano/compromiso-calidad-sociedades-cientificas-espana/recomendaciones-sociedades-cientificas.

- Vázquez Canales LM, Núñez Fernádez-Shaw A, García Hernández M (coords). No hacer en perspectiva de género. Documentos semFYC, nº 49. Sociedade española de medicina familiar e comunitaria (semFYC); 2025.

3.15. Morbilidade diferencial: información para profesionais

Para quen

Profesionais de atención primaria que atenden ás mulleres e nenas.

Porqué

A atención á saúde das mulleres debe vir enmarcada no seu ciclo vital e adaptada a este e ás súas etapas.

A **morbilidade diferencial** defínese como o conxunto de enfermidades, motivos de consulta ou factores de risco que merecen unha atención específica cara ás mulleres, sexa porque só nelas se poden presentar devanditos problemas, ou porque estes sexan moito máis frecuentes no sexo feminino. Poden ser causadas polas diferenzas biolóxicas respecto ao sexo masculino, como ocorre cos trastornos da menstruación, as enfermidades derivadas de embarazos e partos, ou os tumores xinecolóxicos. Tamén se inclúen as enfermidades que, sen ser específicas do sexo feminino, preséntanse cunha maior frecuencia (alta prevalencia) e son causa de morte prematura, enfermidade ou discapacidade entre as mulleres máis ca entre os homes, como son as anemias, a dor crónica, as enfermidades autoinmunes e as enfermidades endocrinolóxicas, entre outras[9].

Existen tamén factores de risco diferenciais que deberían ser previdos ou abordados de forma diferente entre mulleres e homes, como as causas de patoloxía cardiovascular, diabetes mellitus ou a obesidade.

Hai evidencias de desigualdade na accesibilidade aos centros sanitarios para igual necesidade, sendo as mulleres as que teñen maior problema de acceso. Os tempos de demora e de espera desde os primeiros síntomas ata a atención sanitaria son maiores nas mulleres[10].

Ademais, diversos estudos mostran que na práctica clínica existen nesgos de xénero que infravaloran certas enfermidades da muller. Algúns exemplos son a normalización da anemia e os síntomas relacionados coa menstruación, os atrasos no diagnóstico da patoloxía cardiovascular ou a minimización de certas enfermidades crónicas. Estímase que nunhas 700 enfermidades existe un atraso no diagnóstico nas mulleres respecto aos homes[11]:

- Diabetes: 4,5 anos máis tarde
- Cancro: 2,5 anos máis tarde

Obxectivos

- **Identificar precozmente** e con perspectiva de xénero, os **problemas de saúde das mulleres**.
- **Diminuír as iniquidades** debidas ao xénero.

Quen

- Servizos centrais da Consellería de Sanidade/Servizo Galego de Saúde.
- Xerencias das áreas sanitarias.
- Profesionais sanitarias/os de atención primaria.

Como

- **Realizar formación** para as/os profesionais sobre saúde e xénero.
- **Concienciar ás/aos profesionais sanitarias/os** da existencia de diferenzas na abordaxe de certas enfermidades.
- **Abordaxe integral** da saúde das mulleres incorporando a perspectiva de xénero en todas as actividades da atención sanitaria e na elaboración dos protocolos clínicos.
- **Fomentar o enfoque de xénero** nas enfermidades crónicas máis prevalentes (ver o Anexo 2).

Ferramentas de apoio

- Equipo de profesionales sanitarias de la asociación sin ánimo de lucro Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS-RedCAPS). Morbilidad diferencial. Salud con perspectiva de género. Dispoñible en: https://drive.google.com/file/d/1L16D7ApydwIExOWhIis5R0OLVh2tYI2z/view.

- Cabanillas-Montferrer T, Giménez-Bonafé P. El sesgo de género en la asistencia sanitaria: definición, causas y consecuencias en los pacientes. Musas: Revista de investigación: mujer, salud, sociedad. 2022; 7 (1): 106-29.

- Gil de Miguel A, Polo R (coords). Libro Blanco Salud y Género. Madrid: Observatorio de Salud, Estudio de Comunicación; 2024.

- Ruiz Cantero MT, Papí Gálvez N. Guía de estadísticas de salud con enfoque de género: análisis de internet y recomendaciones. Alicante: Universidad de Alicante; 2007.

- Ruiz Cantero MT. (coordinadora). Perspectiva de género en medicina. Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve; 2019.

- Valls-Llobet C. en Vázquez Sellán M. (coord). Mujeres invisibles para la medicina. Revista In_mujeres. Nº 1, dic. 2022. Dispoñible en: https://www.inmujeres.gob.es/CentroDoc/InMujer_es_Numero1_web.pdf.

4. Anexos

4.1. Anexo 1. Acreditación IHAN dun centro de saúde

Os 7 pasos cara a unha lactación feliz no centro de saúde

- **Paso 1.** Dispoñer dunha política de alimentación infantil.
- **Paso 2.** Ter un plan de formación para o persoal que lles capacita para poñer en práctica a *Normativa de lactación materna*.
- **Paso 3.** Ofrecer información a todas as mulleres embarazadas e as súas familias sobre o amamantamento e a mellor maneira de poñelo en práctica.
- **Paso 4.** Ofrecer apoio á nai que aleita desde o inicio, e en coordinación co hospital recibir ao recentemente nado nos primeiros 2-4 días tras a alta.
- **Paso 5.** Apoiar ás nais para manter a LM exclusiva durante os seis primeiros meses (ou 26 semanas) e continuar aleitando, con alimentación complementaria adecuada, a partir de entón ata os dous anos ou máis.
- **Paso 6.** Proporcionar unha atmosfera de acollida á lactación.
- **Paso 7.** Fomentar a colaboración entre os profesionais sanitarios e a comunidade a través dos talleres de lactación e o contacto cos grupos de apoio locais.

O Centro de Saúde IHAN ademais de cumprir os 7 Pasos:

- Respecta o *Código internacional de comercialización de sucedáneos do leite materno* e as resolucións da Asemblea Mundial da Saúde (AMS) relacionadas co mesmo.
- Promove e difunde as prácticas relacionadas coa Estratexia do parto normal.
- Ofrece apoio e orientación da máxima calidade tamén ás nais que non aleitan.

Fases na acreditación do centro de saúde

A plena acreditación IHAN dun centro de saúde é un proceso complexo que esixe un importante esforzo tanto dos profesionais implicados como dos responsables da Administración, que deben comprometerse ao apoio e impulso dos cambios necesarios e asumir o custo económico.

Un centro de saúde pode acreditarse de forma illada, ou ben de forma conxunta como parte dun grupo de centros dentro da área sanitaria/distrito. A acreditación conxunta supón que os centros compartan toda a documentación elaborada de forma consensuada (política, programas, protocolos, material educativo...), así como o plan de formación en lactación materna para os

profesionais, o que facilita o traballo e diminúe os custos da acreditación.

Unha aplicación da estratexia graduada en fases permite a formulación de metas próximas e unha mellor planificación desde o punto de vista administrativo e de xestión. Establécese un proceso en catro fases, **"4D": descubrimento, desenvolvemento, difusión e designación**.

- **Fase 1 D: descubrimento:**
    1. Crear unha comisión de lactación
    2. Completar o cuestionario de avaliación
    3. Solicitar o certificado da Fase 1 D.
- **Fase 2 D: desenvolvemento:**
    1. Deseñar unha política de lactación escrita.
    2. Planificar as accións para aplicar dita política.
    3. Analizar a situación da lactación no centro de saúde.
- **Fase 3 D: difusión:**
    1. Difundir a política entre profesionais e usuarios.
    2. Formar e avaliar as competencias do persoal.
    3. Desenvolver protocolos, guías e materiais.
    4. Asinar o Código de comercialización de sucedáneos.
    5. Monitorizar as prácticas con enquisas e indicadores.
- **Fase 4 D: designación:**
    1. Cumprimentar o formulario de solicitude do certificado.
    2. Asinar o contrato de avaliación externa.
    3. Cumprimentar o cuestionario de autoavaliación.
    4. Analizar a situación da lactación no centro de saúde.
    5. Avaliación externa pola IHAN.
    6. Recibir a acreditación IHAN.

4.2. Anexo 2. Perspectiva de xénero na atención á saúde das mulleres

A perspectiva de xénero é un elemento importante a ter en conta dentro dunha asistencia sanitaria personalizada e na atención centrada na/no paciente, que é esencial para alcanzar o obxectivo dun enfoque holístico das/dos pacientes e as enfermidades[12].

O nesgo de xénero na asistencia sanitaria defínese como "a diferenza no tratamento de ambos sexos cun mesmo diagnóstico clínico, podendo ter consecuencias positivas, negativas ou neutras para a saúde dos mesmos"[12].

O concepto de nesgo de xénero na atención sanitaria xurdiu en 1991 e fai referencia á súa existencia cando a igual necesidade sanitaria en homes e mulleres realízase un maior esforzo diagnóstico ou terapéutico nun sexo respecto ao outro, podendo contribuír a desigualdades en saúde entre homes e mulleres[13].

Os problemas de saúde das mulleres observáronse desde unha mirada androcéntrica ao longo da historia, é dicir, non tiveron visibilidade por mor dun nesgo inconsciente de que os problemas dos homes e das mulleres son similares e que é posible extrapolalos[12].

Ademais, hai riscos e efectos tóxicos que son diferentes entre mulleres e homes. O alcohol produce na muller un efecto dobre pola súa maior absorción e pola súa toxicidade hepática. O tabaco provoca osteoporose nas mulleres, ademais do resto de toxicidade que afecta tamén os homes. As mulleres tamén son máis vulnerables aos trastornos da conduta alimentaria como a anorexia ou a bulimia[11].

Incorporar a perspectiva de xénero reduce a discriminación sanitaria e mellora os resultados en saúde[14]

Enfermidades do sistema circulatorio

As enfermidades cardiovasculares na muller

As enfermidades cardiovasculares (ECV) son a primeira causa de morte nas mulleres en Galicia, sendo a súa taxa superior á dos homes.

A ECV da muller precisa dunha abordaxe diferencial por parte das/dos profesionais sanitarios respecto aos homes.

Hai unha serie de **factores de risco** de desenvolver ECV que son específicos das mulleres. Nas historias clínicas recóllense sistematicamente todos os factores de risco clásicos de ECV (hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, obesidade, tabaco...), pero poucas veces se recollen os específicos das mulleres, como a historia reprodutiva, que ten influencia no risco de desenvolver ECV, polo que estes datos ás veces pásanse por alto na atención destas pacientes na práctica clínica diaria. Entre os factores asociados a presentar un maior risco de desenvolver ECV nas mulleres destacan:

- Antecedentes de tratamentos hormonais de reprodución asistida.
- Antecedentes de resultados adversos do embarazo, por exemplo abortos previos, hipertensión asociada ao embarazo, diabetes xestacional...
- Menopausa prematura.
- Menarquia temperá.
- Síndrome de ovario poliquístico.
- Endometriose.

Estes antecedentes deberían recollerse de maneira sistemática na historia clínica das mulleres[2].

A Estratexia en Saúde Cardiovascular do Sistema Nacional de Saúde, ten un enfoque cunha perspectiva integral da saúde e a ECV, con especial atención ás inequidades en saúde e, por iso, tamén á fenda de xénero na ECV, que é un dos ámbitos prioritarios de actuación. A Estratexia recolle unha serie de directrices e recomendacións dirixidas a reducir a presenza e o impacto das ECV na muller e as diferenzas comparadas cos homes[2].

Síntomas potencialmente graves de ECV nas mulleres que deben valorarse de maneira sistemática sen ser atribuídos inicialmente a causas non orgánicas[2]:

- Mareos, síncopes....
- Dispnea.

- Palpitacións.
- Dor abdominal, náuseas, vómitos.
- Dor ou disconfort no peito, un ou ambos os dous brazos, pescozo ou costas.

Dificultades no diagnóstico da ECV na muller[2]:

- Menor conciencia de ECV como causa dos síntomas entre as mulleres.
- Menor consideración por parte do persoal sanitario dunha posible orixe cardiovascular dos síntomas.
- Maior atraso en acudir á consulta médica por parte das mulleres.
- Maior atraso na atención por parte das/dos profesionais sanitarios e menor derivación a especialistas cardiovasculares.

O ictus na muller

As mulleres teñen un maior risco de ictus ao longo da súa vida que os homes e as tres etapas da vida que concentran este maior risco son o período fértil, a posmenopausa e a idade avanzada. Existen factores biolóxicos e farmacolóxicos únicos nas mulleres, que supoñen riscos potenciais de ictus en función dos cambios reprodutivos e hormonais ao longo da vida. Estes inclúen a idade da menarquía, o uso de anticonceptivos hormonais, o embarazo e a menopausa[2].

Tradicionalmente considérase que **o ictus agudo é infradiagnosticado nas mulleres** principalmente motivado pola maior presenza de síntomas atípicos. Estes síntomas atípicos que poden dificultar o diagnostico adoitan ser: cefalea, fatiga, desorientación, debilidade, alteracións visuais inespecíficas, perda de coñecemento ou alteracións do estado mental. Con todo, é difícil afirmar se realmente os síntomas atípicos dun ictus son máis prevalentes en mulleres que en homes, porque a maior parte dos estudos que tentaron determinar estas diferenzas, non axustaron os resultados por factores de confusión como a idade e a presenza asociada de problemas psiquiátricos.

O que si se pode afirmar é que a proporción de mulleres que presentan síntomas que simulan un ictus agudo, como hemicrania, convulsións, alteracións metabólicas ou psiquiátricas, é superior á dos homes. Isto supón un auténtico reto diagnóstico, xa que é fundamental diferenciar coa máxima celeridade un ictus do que non o é, para poder iniciar o tratamento dirixido canto antes. A isto súmaselle que cando unha/un paciente acude ao hospital con síntomas atípicos que puidesen corresponder a un ictus agudo, devandito diagnóstico téntase esclarecer máis cando o paciente é un home que cando é unha muller[2]. Ademais, a problemática increméntase xa que unha vez feito o diagnóstico clínico de ictus agudo ás mulleres, practícaselles con menor frecuencia a proba de neuroimaxe correspondente[2].

Estímase que as mulleres con ictus isquémico teñen un 13 % menos de probabilidade que os homes de ser tratadas con trombolise intravenosa. Afortunadamente, nos últimos anos

obsérvase unha redución nesas diferenzas[2].

Nos meses seguintes á aplicación dos tratamentos de reperfusión, as mulleres sofren maior discapacidade que os homes, probablemente debido a que a súa situación previa (discapacidade, comorbilidades, maior idade) é menos favorable. Con todo, as mulleres teñen unha maior probabilidade de ganancia de vida libre de discapacidade cos tratamentos de reperfusión comparado cos homes[2].

Por último sinalar que as mulleres teñen peor función cognitiva tras sufrir un ictus e desenvolven demencia con maior frecuencia (35,6 % fronte ao 27,6 %), e que calcúlase que a taxa de mortalidade anual tras sufrir un ictus é un 35 % máis alta nas mulleres ca nos homes[2].

As enfermidades do sistema circulatorio na muller: necesidade de abordaxe diferencial

Enfermidades reumatolóxicas

As patoloxías reumáticas en xeral e, concretamente, as **enfermidades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS)** son máis frecuentes entre as mulleres. Estímase que aproximadamente un 4 % (2,5 % ata 8 %) da poboación mundial ten algunha ERAS e, dese total, o 75 % son mulleres, o que fai unha **proporción de 10 mulleres por cada home**[15].

O estudo SERAP para a avaliación dun modelo de atención da artrite en España, mostrou unha incidencia anual de **artrite reumatoide** de 8,3 casos novos por cada 100.000 habitantes. Aínda que pode aparecer a calquera idade, existe un pico de incidencia entre a cuarta e a quinta década da vida, sendo **a probabilidade de padecela das mulleres 2,5 veces superior aos homes**[16], coa idade a presenza da enfermidade aumenta en homes[15].

Criterios de derivación para pacientes con sospeita de artrite:

A Sociedade española de reumatoloxía (SER) en colaboración co persoal médico de atención primaria, no proxecto SERAP estableceu tres criterios de derivación:

- tumefacción en dous ou máis articulacións
- afectación de articulacións metacarpofalánxicas ou metatarsofalánxicas, obxectivable mediante o test de compresión lateral de metacarpofalánxicas ou metatarsofalánxicas
- rixidez matutina de máis de 30 minutos de duración.

A presenza dun destes criterios durante 4 semanas ou máis debe ser motivo de derivación a reumatoloxía. Estes criterios mostraron un valor preditivo positivo do 97,1 % e negativo do 93,3 % para o diagnóstico de artrite reumatoide[16].

Segundo estudos actuais, a síndrome de Sjögren primaria afecta a 10 mulleres por cada home, no lupus eritematoso sistémico e a colanxite biliar primaria a proporción é 10 a 2, na síndrome de antifosfolípido a cifra é de 9 a 1, mentres que para a enfermidade tiroidea autoinmune (enfermidade de Graves e enfermidade de Hashimoto) é de 10 mulleres por cada 3 homes. A proporción na esclerose sistémica e na miastenia gravis é 6 a 1[14]. No caso da polimialxia reumática e as miopatías inflamatorias, a frecuencia é de 2 mulleres por cada home (excepto pola miopatía por corpos de inclusión que é máis frecuente en homes: 3 homes por cada muller)[15].

Dentro das vasculites hai unha gran variabilidade. Na arterite de células xigantes cífrase de 2 a 4 mulleres por cada home, a enfermidade de Takayasu afecta a 8 mulleres por cada home, na vasculitis ANCA+ e a granulomatose con eosinofilia a proporción é similar entre homes e mulleres, e o mesmo ocorre na artrite psoriásica, onde a frecuencia é igual entre homes e mulleres. Só as espondiloartrites e a enfermidade de Behçet son máis frecuentes en homes, pero no caso das espondiloartrites hai un infradiagnóstico nas mulleres[15].

En conxunto, **a prevalencia da artrose parece ser máis frecuente e severa en mulleres, especialmente no caso do xeonllo (ata o dobre) e das mans**. Esta diferenza de sexos é notoria a partir da menopausa e non se aprecia en idades máis novas. A artrose vertebral é máis frecuente e severa nos homes, alcanzando un 84 % de prevalencia nestes fronte a un 74 % nas mulleres maiores de 70 anos[16].

A prevalencia da **fibromialxia** estímase no 2,4 % da poboación española adulta maior de 20 anos, ou sexa, hai máis dun millón de persoas afectadas en toda España, sendo **mulleres o 90-95 % dos casos**. Para algúns autores, esta desproporción entre sexos é menor, xa que consideran que a fibromialxia está infradiagnosticada en homes como consecuencia da súa menor sensibilidade dolorosa á presión[16].

Como na maior parte das enfermidades crónicas con implicacións físicas, psicolóxicas e sociais, a atención das/dos pacientes con fibromialxia corresponde, inicialmente e nunha ampla maioría de casos, **a atención primaria**. O diagnóstico, o diagnóstico diferencial, a información á paciente e o tratamento poden iniciarse neste primeiro chanzo asistencial para favorecer unha atención integral ás persoas que sofren esta enfermidade. Os casos máis graves e os que presentan problemas de diagnóstico diferencial, deberían ser derivados á especialidade que se considere máis adecuada. A derivación a reumatoloxía por ser útil para confirmar o diagnóstico de fibromialxia nos casos dubidosos e para descartar a presenza de enfermidades reumáticas potencialmente tratables. No caso de que interese facer un diagnóstico diferencial ou de comorbilidade con enfermidades neurolóxicas, dixestivas, xinecolóxicas ou outras, recoméndase derivar á paciente á/ao especialista hospitalario correspondente[17].

A derivación ás unidades de saúde mental é recomendable cando se identifica un pensamento catastrofista, depresión ou ansiedade importantes, sospeita de enfermidade psiquiátrica severa ou cando se identifiquen sucesos emocionais na vida da paciente que poidan estar a condicionar unha mala evolución da fibromialxia[17].

Finalmente, **o seguimento** da gran maioría das pacientes, tanto se precisaron ser avaliadas polas/os especialistas de atención hospitalaria como se non, corresponde á/ao médica/o de **atención primaria**[17].

As enfermidades reumatolóxicas na muller: necesidade de perspectiva de xénero

Enfermidades respiratorias

As enfermidades respiratorias crónicas, como a enfermidade pulmonar obstrutiva crónica (EPOC), a asma e as bronquiectasias, son patoloxías complexas e cunha alta morbimortalidade asociada, cuxa prevalencia esta aumentando nos últimos anos en todo o mundo. **As enfermidades respiratorias nas mulleres maniféstanse de forma máis grave que nos homes**, con maior expresión sintomática e máis afectación da calidade de vida, e xeran un maior consumo de recursos sanitarios[13].

No noso país, o envellecemento poboacional máis acusado nas mulleres e a súa incorporación masiva ao **hábito tabáquico** ao redor da década de 1970 deron lugar a un aumento das enfermidades respiratorias asociadas ao tabaquismo na muller. A pesar diso, a EPOC aínda se considera unha enfermidade que afecta fundamentalmente a homes, e iso constitúe un importante nesgo diagnóstico que contribúe ao **infradiagnóstico** nas mulleres[13]. O infradiagnóstico da EPOC sitúase arredor do 73,1 % das/dos pacientes con criterios de EPOC sen diagnosticar, pero este infradiagnóstico distribúese de forma desigual por sexo, dado que é 1,27 veces máis elevado nas mulleres (86,0 %) ca nos homes (67,6 %)[18].

O principal factor de risco para o desenvolvemento de EPOC é o hábito tabáquico. Numerosos estudos avaliaron a existencia nas mulleres dunha maior susceptibilidade para os efectos nocivos do tabaco, determinada por factores anatómicos (vías aéreas de menor tamaño), xenéticos e hormonais[13].

Segundo os resultados dalgún destes estudos, as mulleres teñen valores inferiores de función pulmonar medida polo volume espiratorio forzado no primeiro segundo e formas máis graves da enfermidade cun nivel de exposición tabáquica máis baixo[13].

A evolución da enfermidade varía segundo o sexo, de forma que as mulleres presentan unha maior porcentaxe de dispnea, sibilancias, hiperreactividade bronquial e hipoxemia ca os homes. Ademais, refiren menos tose e expectoración, peor calidade de vida e maior número de exacerbacións. Xunto a iso, é importante **incidir na perspectiva de xénero na abordaxe da EPOC nas mulleres para mellorar o diagnóstico neste grupo e desvinculala da idea de que a EPOC é unha enfermidade de homes**[18].

O **Proceso asistencial integrado (PAI) da EPOC do Servizo Galego de Saúde** propón as seguintes **actuacións** con relación ao diagnóstico e ao tratamento desta enfermidade nas **mulleres**:

1. Fomentar campañas de sensibilización tanto a nivel da poboación coma dos profesionais da saúde da EPOC na muller.
2. Incidir nos programas de deshabituación tabáquica nas mulleres, en liña co plan Inspira saúde da Consellería de Sanidade.

3. Promover a realización de espirometrías ás mulleres fumadoras de máis de 10 paquetes-ano nos centros de atención primaria, rebaixando o limiar de paquetes-ano dos homes (Guía clínica GesEPOC).
4. Realizar un programa formativo sobre a EPOC no que se incida na eliminación da asociación entre EPOC e ser home.
5. Establecer procedementos específicos de detección das comorbilidades asociadas á EPOC nas mulleres (osteoporose, alteracións nutricionais, ansiedade/depresión...).

A abordaxe global das enfermidades respiratorias na muller é prioritaria para mellorar o problema do infradiagnóstico e para reducir as desigualdades en saúde por razón de xénero[13].

Anemia

A deficiencia de ferro (DF) e a anemia ferropénica (AF) son problemas de saúde global que afectan a miles de millóns de persoas e representan unha das principais causas de anos vividos con discapacidade, especialmente en mulleres. A DF illada con reservas baixas ou ausentes de ferro é un trastorno frecuente inducido polo crecemento rápido (nenas e adolescentes), nutrición inadecuada e menstruación abundante. O embarazo e a lactación aumentan tamén as necesidades de ferro[19].

O **sangrado menstrual** abundante pode existir en ata o 50 % das mulleres en idade reprodutiva, pero é frecuentemente normalizado sendo o principal factor de riso para o desenvolvemento da DF[20].

Na perimenopausa, é habitual que a muller teña desamaños na menstruación que poden implicar ciclos máis frecuentes, abundantes e prolongados, polo que é unha etapa na que as mulleres teñen maior probabilidade de padecer anemia. Os síntomas iniciais da anemia, como o cansazo, as dores de cabeza, os mareos..., poden confundirse cos da perimenopausa, polo que ante estes síntomas deberíase descartar unha anemia.

Nas mulleres posmenopáusicas nas que se confirmou AF, se deben considerar estudos do tracto gastrointestinal superior e inferior, a menos que existan antecedentes de sangrado aberto non gastrointestinal importante[20].

A DF moitas veces pásase por alto porque os recontos sanguíneos ou a ferritina están dentro do "rango normal". O uso de rangos que non reflicten con precisión as reservas de ferro nas mulleres levou a un subdiagnóstico sistémico e a un subrecoñecemento da DF[9].

A intervención de primeira liña para a DF e a AF leve ou moderada é o tratamento con ferro por vía oral. A prescrición de ferro oral debe acompañarse de instrucións específicas sobre o momento e a frecuencia da súa administración, e de que se debe evitar a inxestión concomitante de calcio e fitatos ou outras substancias que poden impedir a absorción[20].

Algúns estudos mostraron unha asociación entre AF e **migraña**, especialmente en mulleres e nenas e suxiren que o tratamento da anemia ferropénica ou a suplementación con ferro poden ser adecuados como tratamento ou método de prevención para pacientes que padecen migraña e anemia ferropénica ao mesmo tempo. A disfunción dopaminérxica consecuencia do déficit de ferro podería estar implicada na etiopatoxenia da migraña. Nas mulleres a migraña relaciónase coa menstruación (de maneira exclusiva ou non) nun 60 % dos casos. Un estudo controlado realizado nunha gran poboación de mulleres que padecían migraña atopou asociación entre a anemia ferropénica e a migraña relacionada coa menstruación, pero non coa deficiencia de ferro sen anemia[9].

Sábese que as mulleres con anemia ferropénica con idades comprendidas entre 18 e 59 anos

teñen índices de risco significativamente maiores para **fibromialxia**. Este risco é independente da presenza ou non de comorbilidades, o que suxire fortemente que a homeostasis do ferro xoga un papel crucial no desenvolvemento da fibromialxia. Ademais, os niveis medios de ferritina sérica en pacientes con fibromialxia con anemia ou sen ela son significativamente máis baixos que en persoas sas (27 mg/mL ± 21 mg/mL vs. 44 mg/mL ± 31 mg/mL; p = 0.003). O risco de fibromialxia diminuíu cando recibiron suplementos de ferro sós e suplementos de ferro en combinación con transfusión de sangue, pero non cando só recibiron transfusión de sangue, o que indica que a anemia non pode explicar completamente o desenvolvemento da fibromialxia[9].

Por outra banda, as mulleres que sofren DF durante varias décadas poderían desenvolver **osteoporose** máis adiante na vida. As/Os pacientes con antecedentes de AF tiñan un risco case dúas veces maior de osteoporose en comparación con persoas sen anemia[9].

Anemia: non normalizala na muller

Diabetes mellitus tipo 2

A pesar de que a prevalencia global de diabetes é maior nos homes, a partir dos 60 anos describiuse nas mulleres unha maior prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) non diagnosticada e, a partir dos 70 anos, unha maior prevalencia de DM2 total[2].

Aínda que o ambiente hormonal presente nas mulleres premenopáusicas supón unha vantaxe biolóxica á hora de presentar menor risco cardiometabólico e de DM2, coa menopausa ademais de cambios hormonais, prodúcense cambios na distribución da graxa que fan que o risco cardiometabólico aumente. Ademais, conforme se desenvolve a prediabetes e a DM2, a vantaxe biolóxica das mulleres, incluso premenopáusicas, desaparece, equiparándose ao risco cardiometabólico dos homes. Doutra banda, algúns estudos mostraron que, antes do desenvolvemento da DM2, as mulleres teñen maior exposición aos factores de risco metabólicos maiores, como os cambios no índice de masa corporal (IMC), a presión arterial, a glicosa basal e os lípidos, en parte debido a factores reprodutivos[2].

En canto aos factores psicosociais e económicos, os estudos afirman que as mulleres parecen máis sensibles aos predictores socio-ambientais e ao contexto, para o desenvolvemento futuro do risco de diabetes. O baixo nivel educativo, o desemprego e o baixo nivel de ingresos contribúen de forma moi importante ao desenvolvemento de estilos de vida pouco saudables relacionados cun maior risco de obesidade e DM2, especialmente en mulleres. Ademais, as mulleres parecen ser máis vulnerables para os efectos adversos do impacto cardiometabólico do estrés psicosocial, o estrés laboral e os trastornos do sono[2].

As mulleres posmenopáusicas con DM1 ou DM2 teñen 2-3 veces máis mortalidade cardiovascular e por todas as causas que as mulleres posmenopáusicas sen diabetes. O risco cardiovascular asociado á diabetes podería ser maior nas mulleres ca nos homes. Algunhas metaanálises mostraron que as mulleres con diabetes teñen 40-58 % máis de risco de enfermidade coronaria que os homes con diabetes. Por iso, son de vital importancia programas de control metabólico e intervención sobre factores de risco cardiovascular nas mulleres con diabetes nesta etapa da vida[2].

Por todo isto, é clave equiparar a prescrición tanto de fármacos antidiabéticos con efectos cardioprotectores como de fármacos para o control dos factores de risco cardiovascular (dislipemia, hipertensión) entre homes e mulleres[2].

A diabetes mellitus tipo 2 na muller: necesidade de perspectiva de xénero

Dor crónica

A dor crónica é unha dor de calquera localización que dura máis de tres meses, xa sexa de maneira continua ou intermitente. A dor crónica produce limitacións para levar a cabo as actividades da vida diaria e afecta á calidade de vida[21].

Ata fai algúns anos a dor considerábase un síntoma asociado a algunha enfermidade. No momento actual considérase que a dor crónica debe ser tratada como un problema de saúde, como unha enfermidade en por si[21].

A dor, coma outras enfermidades xa citadas, afecta de xeito diferente a mulleres e a homes. A dor crónica nas mulleres alcanza porcentaxes de preto do dobre ca nos homes.

Entre os tipos de dor que son máis frecuentes nas mulleres están a dor da fibromialxia (tratada nun apartado anterior), as cefaleas...

A **dor pélvica crónica** é unha dor que se percibe como orixinada na pelve e que dura ao menos de 3 a 6 meses[22]. Afecta ata aproximadamente o 25 % das mulleres en idade reprodutiva[23].

A dor pélvica crónica pode ser o resultado dunha patoloxía identificable (por exemplo endometriose), persistir sen unha causa identificable (por exemplo a síndrome da dor funcional/nociplásica) ou ser unha combinación de ambos procesos. Cando se identifican as posibles causas estruturais se tratan con terapias dirixidas aos problemas específicos[23].

A dor pélvica relacionada coa endometriose asóciase cunha maior produción de mediadores inflamatorios e da dor, así como cunha disfunción neurolóxica relacionada cos implantes. Ao igual que outros trastornos de dor pélvico crónico, a endometriose asociouse cun maior risco de ansiedade e depresión[22].

A **dismenorrea primaria** afecta ao 14 % das mulleres españolas. Os síntomas aparecen co inicio da menstruación e poden durar de 8 a 72 horas. Con frecuencia acompáñase de síntomas como sono, náuseas, vómitos ou diarrea[21].

A dismenorrea produce unha dor severa e incapacitante que repercute na calidade de vida das mulleres novas, afecta ao desenvolvemento da saúde física, psicolóxica e social e pode chegar a provocar absentismo, diminución do rendemento académico ou laboral. A literatura científica recolle que unicamente entre o 0,4 e o 15,5 % das mulleres que a padecen acoden ás/aos profesionais da saúde[21].

As **cefaleas** ou a **migraña** afectan a entre o 19 e o 32 % das mulleres en España. Tamén producen un empeoramento da calidade de vida e teñen altos custos persoais, laborais e económicos[21].

O manexo da dor crónica en atención primaria implica a valoración inicial da dor, indicacións de seguimento e tratamento farmacolóxico, consello sobre hábitos saudables etc[21].

Naqueles casos nos que non se consiga un axeitado control da dor pode derivarse a paciente á Unidade da dor da área sanitaria correspondente[21].

A escoita na avaliación clínica da dor na muller debe realizarse sen nesgo de xénero.

5. Referencias bibliográficas

1. Fuentes Losada A, López Liñares S, López-Pardo Pardo E. Estratexia galega de saúde 2030. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2023. Dispoñible en: https://www.sergas.gal/A-nosa-organizacion/Documents/1021/MaquetacionEstratexiaXUNTA_GAL_V25.pdf.

2. Gil de Miguel A, Polo R. Coordinadores. Libro Blanco Salud y Género. Madrid: Observatorio de Salud, Estudio de Comunicación; 2024. Dispoñible en: https://www.estudiodecomunicacion.com/downloads/LBlanco.pdf

3. Monteagudo Romero J, Mosquera Álvarez R, Álvarez Rodríguez MA, García Cepeda B, Lomba Martínez P, Piñeiro Redondo A. Estratexia de Humanización da Asistencia Sanitaria. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2019. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Humanizacion/Documents/18/Estratexia da Humanización.pdf.

4. World Health Organization (WHO). Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services. Geneva: World Health Organization; 2022. Dispoñible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362880/9789240057142-eng.pdf?sequence=1.

5. Paricio del Castillo R. Salud materno-infantil y salud mental perinatal: un ámbito de mejora en la sanidad española. Rev Esp Salud Publica. 2024; 98: e202404031. Dispoñible en: https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/209.

6. Equipo de traballo. Servizo Galego de Saúde. Estratexia de Xestión do Cancro en Galicia. 2022-2028. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2022. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1635/Estratexia_de_xestion_do_cancro_en_Galicia_22-28.pdf.

7. Botello Hermosa A. en Vázquez Sellán M. (coord). Visibilizando la importancia de la salud menstrual como una cuestión de derechos humanos: logros y retos para el futuro. Revista In_mujeres. Nº 1, dic. 2022. Dispoñible en: https://www.inmujeres.gob.es/CentroDoc/InMujer_es_Numero1_web.pdf.

8. Sociedade Española de Contracepción (SEC). Enquisa de Anticoncepción en España 2024. Dispoñible en: https://sec.es/encuesta-de-anticoncepcion-en-espana-2024/.

9. Equipo de profesionales sanitarias de la asociación sin ánimo de lucro Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS-RedCAPS). Morbilidad diferencial. Salud con perspectiva de género. Dispoñible en: https://drive.google.com/file/d/1L16D7ApydwIExOWhIis5R0OLVh2tYI2z/view.

10. Ruiz Cantero MT, Papí Gálvez N. Guía de estadísticas de salud con enfoque de género: análisis de internet y recomendaciones. Alicante: Universidad de Alicante; 2007. Dispoñible en: https://observatoriosaludmujeres.sanidad.gob.es/transversalidadGenero/estudiosInformes/docs/guiaEstadisticasSaludEnfoqueGenero.pdf

11. Valls-Llobet C. en Vázquez Sellán M. (coord). Mujeres invisibles para la medicina. Revista In_mujeres. Nº 1, dic. 2022. Dispoñible en: https://www.inmujeres.gob.es/CentroDoc/InMujer_es_Numero1_web.pdf.

12. Cabanillas-Montferrer T, Giménez-Bonafé P. El sesgo de género en la asistencia sanitaria: definición, causas y consecuencias en los pacientes. Musas: Revista de investigación: MUjer, SAlud, Sociedad. 2022; 7 (1): 106-29. Dispoñible en: https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/38325/36743.

13. Ruiz Cantero MT. Coordinadora. Perspectiva de género en medicina. Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve; 2019. Dispoñible en: https://icmab.es/images/gender/Libro-EM-39-Perspectiva-de-genero-en-medicina_MTRuizCantero.pdf.

14. Vázquez Canales LM, Núñez Fernádez-Shaw A, García Hernández M (coords). No hacer en perspectiva de género. Documentos semFYC, nº 49. Sociedade española de medicina familiar e comunitaria (semFYC); 2025.

15. Sociedade Española de Reumatoloxía (SER). Dispoñible en: https://www.ser.es/el-4-de-la-poblacion-padece-una-enfermedad-autoinmune-sistemica-y-el-75-de-afectados-son-mujeres/.

16. Batlle Gualda E, Mínguez Vega M, Bernaveu Gonzálvez, Panadero Tendero G. Artritis reumatoide. En: Enfermedades reumáticas: Actualización 2013. Sociedade valenciana de reumatoloxía (SVR). Dispoñible en: https://svreumatologia.es/wp-content/uploads/2023/02/svr-libros-enfermedades-reumaticas-actualizacion-svr-2013-capitulo-01.pdf.

17. Esteve-Vives J, Romera C. Fibromialgia. En: Enfermedades reumáticas: Actualización 2013. Sociedade Valencia de Reumatoloxía (SVR). Dispoñible en: https://svreumatologia.es/wp-content/uploads/2023/02/svr-libros-enfermedades-reumaticas-actualizacion-svr-2013-capitulo-35.pdf.

18. Servizo Galego de Saúde. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Proceso asistencial integrado. Enfermidade pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2023.

19. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson JL, Loscalzo, J Holland S, Langford C. Harrison. Principios de Medicina Interna, 22th ed. USA: McGraw-Hill Interamericana editores; 2022. Dispoñible en: https://accessmedicina-mhmedical-com.mergullador.sergas.es/book.aspx?bookID=3553.

20. International Federation Gynecology Obstetrics (FIGO). La ferropenia y la anemia en las mujeres y las niñas. FIGO-The global voice for women's health. Disponible en: https://www.figo.org/es/resources/figo-statements/iron-deficiency-and-anaemia-women-and-girls.

21. Escuela Andaluza de Salud Pública. Cuadernos para la salud de las mujeres nº 5. Dolor crónico: consecuencias en la salud de las mujeres. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Instituto Andaluz de la Mujer; xullo 2020. Dispoñible en: https://www.easp.es/wp-content/uploads/2020/07/05_dolor-cronico.pdf.

22. Chronic pelvic pain in adult females: evaluation. Uptodate®. [actualizado 16 agosto 2024; citado 27 maio 2025]. Dispoñible en: https://www.uptodate.com/contents/chronic-pelvic-pain-in-adult-females-evaluation?search=cronic pelvic pain&source=search_result&selectedTitle=1~128&usage_type=default&display_rank=1#H818459835.

23. Chronic pelvic pain in adult females: treatment. Uptodate®. [actualizado 16 agosto 2024; citado 27 maio 2025]. Dispoñible en: https://www.uptodate.com/contents/chronic-pelvic-pain-in-adult-females-treatment?search=cronic pelvic pain&source=search_result&selectedTitle=2~128&usage_type=default&display_rank=2.

6. Outra bibliografía utilizada

Asociación Navarra de Matronas. ¡Hola climaterio! ¡Bienvenid@!. Dispoñible en: https://matronasdenavarra.com/wp-content/uploads/2018/11/HOLA_CLIMATERIO.pdf.

Blanco Lobeiras MS, Rey Liste MT, Pérez Marcos MB. Plans Locais de Saúde para unha orientación comunitaria da Atención Primaria. Bases metodolóxicas para a súa elaboración. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2021. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1398/Plan local de salud_DEF.pdf.

Costillas-Caño P, Cristóbal-García I, Falguera-Puig G, Jurado-López AR, Lobo-Abascal P, Obiol-Saiz AM, Calaf-Alsina J. Buenas prácticas en el asesoramiento anticonceptivo a mujeres: recomendaciones del grupo de Expertos Multidisciplinar en Materia Anticonceptiva (EMMA). Medicina Reproductiva y Embriología Clínica. 2018; 5, 1-10. Dispoñible en: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-reproductiva-embriologia-clinica-390-articulo-buenas-practicas-el-asesoramiento-anticonceptivo-S2340932017300427.

Diez Sánchez A. Coordinadora. Guía de educación para la salud a las mujeres en la etapa del climaterio. Líneas de gestión en atención primaria. SESCAM-Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Gerencia de Atención Primaria de Toledo; 2007. Dispoñible en: https://toledo.sanidad.castillalamancha.es/sites/toledo.sescam.castillalamancha.es/files/publicaciones/12/06/2018/guia_climaterio.pdf.

Escuela Andaluza de Salud Pública. Cuadernos para la salud de las mujeres nº 9. Salud menstrual. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Instituto Andaluz de la Mujer; maio 2022. Dispoñible en: https://www.juntadeandalucia.es/iam/index.php/publicaciones/novedades/salud-menstrual.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Dispoñible en: https://portal.guiasalud.es/gpc/anticoncepcion/

Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10. Dispoñible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia. Guía de Práctica Clínica sobre el abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a la menopausia y la postmenopausia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías

Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Dispoñible en: GPC_571_Menopausia_AETSA_compl_caduc.

Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.

Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, nº 51 (1-3-2023).

National Institutes of Health and Giovanni Lorenzini Medical Science Foundation. National Heart, Lung, and Blood Institute Office of Research on Women's Health. International Position Paper on Women's Health and Menopause: A comprehensive Approach. NIH 02-3284; 2002. Dispoñible en: https://webharvest.gov/peth04/20041019044431/http://nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/other/menopaus/menopaus.pdf.

Servizo Galego de Saúde. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal. Proceso asistencial. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2019. Dispoñible en: https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF-2769-es.pdf.

Servizo Galego de Saúde. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Guía de apoio do Programa de abordaxe das disfuncións do solo pelviano feminino en atención primaria. Actualización 2024. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde; 2024. Dispoñible en: https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF-3268-ga.pdf.