REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

Septiembre-Octubre 2026

Año MMXXVI

810

ARTÍCULO ORIGINAL

Diagnóstico prenatal de la hernia diafragmática congénita
Coloma Escribano M, de Luis Escudero F, Delgado Hernández C, Afonso Nuez L, Álvarez de la Rosa Rodríguez M, Troyano Luque JM

Satisfacción materna con la experiencia del parto en un hospital de tercer nivel durante la pandemia por COVID-19
González-González C, Rodríguez-González A, Arbelo-Pérez P, Dorta-Olivero A, Dorta-Expósito B,Bernaldo de Quirós-Huguet I

REVISIÓN DE CONJUNTO

Calcifediol. Uso práctico y consideraciones en la prevención y el tratamiento de la hipovitaminosis D en ginecología
P. González S, Romero P, Otero B, Palacios S

CASOS CLÍNICOS

Hígado graso agudo del embarazo: un diagnóstico poco frecuente, pero grave. Diagnóstico diferencial y exposición de caso clínico
Flores AM, Garrigós C, de Mingo L, Escribano JJ, Fernández Buhigas I

Mosaicismo placentario como causa de falso positivo de NIPT
Borges López M, Coloma Escribano M, Esquivel Vázquez B, Álvarez de la Rosa Rodríguez M

GRUPO DE JOVENES EXPERTOS DE LA AEEM

Incretinas en menopausia: manejo práctico en la consulta ginecológica
Alemany J, Bernat N, Mínguez D, García-Aguilera A, Sánchez-Prieto M

TRIBUNA HUMANÍSTICA

El parto planificado en casa como rito de paso o pasaje: la matrona, el cuidado y la autoridad en España — Parte I
Jaspe, Sara V.; Lanchares, Juan Luis

Sostener el parto en casa: el oficio de las matronas entre el cuidado y sus condiciones de trabajo — Parte II
Jaspe, Sara V.; Lanchares, Juan Luis



REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

Revista de Formación Continuada. Fundada en 1936 por el Sr. F. García Sicilia y el Dr. F. Luque Beltrán. Es propiedad de los profesores Bajo Arenas y Cruz y Hermida.

editorial SELENE

DIRIGIDA A:
Especialistas en Ginecología y Obstetricia

INDEXADA EN:
IME, EMBASE/Excerpta Medica, Bibliomed, Embase Alerts, Sedbase

CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA:
Calle Jérez, 21
28231 Las Rozas
Madrid

Correo electrónico:
mpazle@tokoginecologiapractica.com

Periodicidad:
6 números al año

Disponible en Internet:
www.tokoginepractica.com

EDICIÓN PUBLICIDAD
91 639 59 65

SUSCRIPCIONES
91 639 59 65

SUSCRIPCIÓN GRATUITA
Nuevas suscripciones enviar email a:
mpazle@tokoginecologiapractica.com

PUBLICACIÓN AUTORIZADA
como soporte válido:
Ref. SVR núm 117-R-CM

ISSNO: 0040-8867

DEPÓSITO LEGAL: M. 3.873-1958

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRECTOR
Bajo Arenas, J.M

DIRECTOR CIENTÍFICO
Huertas Fernández, M.A

EDITORES
Palacios Gil-Antuñano, S
Mendoza Ladrón de Guevara, N
Marcos Fernández, M
Escribano Tórtola, JJ

SECRETARIOS DE REDACCIÓN
Orozco Fernandez, R
Gonzalez Rodriguez, S

COMITE CIENTÍFICO

Acién Álvarez, P.
Álvarez de los Heros, J.I.
Álvaro Navidad, P
Barri Ragué, P. N.
Barrio Fernández, P. del
Bonilla Musoles, F.
Bruna Catalan, I.
Calleja Abu-Amshah, J.
Carrasco Rico, S.
Cristóbal García, I.
Cruz–Hermida González, L.
Díaz Recasens, J.
Espuña Pons, M.
Ferrer Barriendos, J.
Fuente Pérez, P. de la
Fuente Ciruela, P. de la
Fuente Valero, J. de la
Galindo Izquierdo, A
García Benasach, F
González González, A.
Hernández Aguado, J.J.
López García, G.
Losa Domínguez, F.
Martínez Pérez, O.
Martínez-Astorquiza, T.
Miguel Sesmero, J. R. de
Noguero Meseguer, R.
Pérez-Medina, T.
Pingarron Santofimia, MC
Plaza Arranz, J
Ramírez Medina, E
Sánchez Borrego, R.
San Frutos Llorente, L.
Troyanno Luque, J.
Usandizaga Calpasoro, M.
Usandizaga Elio, R.
Vidart Aragón, J. A.
Zapardiel Gutiérrez, I

SUMARIO

AÑO MMXXVI ♦ SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2026 ♦ NÚMERO 810

ARTÍCULO ORIGINAL

Diagnóstico prenatal de la hernia diafragmática congénita
Coloma Escribano M, de Luis Escudero F, Delgado Hernández C, Afonso Nuez L, Álvarez de la Rosa Rodríguez M, Troyano Luque JM 236

Satisfacción materna con la experiencia del parto en un hospital de tercer nivel durante la pandemia por COVID-19
González-González C, Rodríguez-González A, Arbelo-Pérez P, Dorta-Olivero A, Dorta-Expósito B,Bernaldo de Quirós-Huguet I 244

REVISIÓN DE CONJUNTO

Calcifediol. Uso práctico y consideraciones en la prevención y el tratamiento de la hipovitaminosis D en ginecología
P. González S, Romero P, Otero B, Palacios S 255

CASOS CLÍNICOS

Hígado graso agudo del embarazo: un diagnóstico poco frecuente, pero grave. Diagnóstico diferencial y exposición de caso clínico
Flores AM, Garrigós C, de Mingo L, Escribano JJ, Fernández Buhigas I..... 275

Mosaicismo placentario como causa de falso positivo de NIPT
Borges López M, Coloma Escribano M, Esquivel Vázquez B, Álvarez de la Rosa Rodríguez M 282

GRUPO DE JOVENES EXPERTOS DE LA AEEM

Incretinas en menopausia: manejo práctico en la consulta ginecológica
Alemany J, Bernat N, Mínguez D, García-Aguilera A, Sánchez-Prieto M 288

TRIBUNA HUMANÍSTICA

El parto planificado en casa como rito de paso o pasaje: la matrona, el cuidado y la autoridad en España — Parte I
Jaspe, Sara V.; Lanchares, Juan Luis 294

Sostener el parto en casa: el oficio de las matronas entre el cuidado y sus condiciones de trabajo — Parte II
Jaspe, Sara V.; Lanchares, Juan Luis 298

CONTENTS

MMXXVI **YEARS ♦ SEPTEMBER-OCTOBER 2026 ♦ NUMBER 810**

ORIGINAL ARTICLES

Prenatal diagnosis of congenital diaphragmatic hernia
Coloma Escribano M, de Luis Escudero F, Delgado Hernández C, Afonso Nuez L, Álvarez de la Rosa Rodríguez M, Troyano Luque JM 236

Maternal satisfaction with the birth experience in a tertiary hospital during the COVID-19 pandemic
González-González C, Rodríguez-González A, Arbelo-Pérez P, Dorta-Olivero A, Dorta-Expósito B,Bernaldo de Quirós-Huguet I 244

REVISION

Calcifediol. Practical use and considerations in the prevention and treatment of hypovitaminosis D in gynaecology
P. González S, Romero P, Otero B, Palacios S 255

CASE REPORTS

Acute fatty liver of pregnancy: a rare but serious condition. Differential diagnosis and case report
Flores AM, Garrigós C, de Mingo L, Escribano JJ, Fernández Buhigas I..... 275

Placental mosaicism as a cause of a false-positive NIPT result
Borges López M, Coloma Escribano M, Esquivel Vázquez B, Álvarez de la Rosa Rodríguez M 282

AEEM GROUP OF YOUNG EXPERTS

Incretin therapy in menopause: practical management in gynecologic care
Alemany J, Bernat N, Mínguez D, García-Aguilera A, Sánchez-Prieto M 288

TRIBUNA HUMANÍSTICA

Planned home birth as a rite of passage: the midwife, care and authority in Spain
Jaspe, Sara V.; Lanchares, Juan Luis 294

Sustaining home birth: midwifery between care and working conditions
Jaspe, Sara V.; Lanchares, Juan Luis 298

Artículo Original

Diagnóstico prenatal de la hernia diafragmática congénita

Prenatal diagnosis of congenital diaphragmatic hernia

Coloma Escribano M (1), de Luis Escudero F (2), Delgado Hernández C (3), Afonso Nuez L (3), Álvarez de la Rosa Rodríguez M (1,3), Troyano Luque JM (3)

1. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife, España.
2. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife, España.
3. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife, España.

RESUMEN

OBJETIVOS: Describir el diagnóstico prenatal y los resultados perinatales de la hernia diafragmática congénita en dos hospitales terciarios de Tenerife.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo y descriptivo de 32 casos: 30 diagnósticos prenatales y 2 postnatales considerados falsos negativos.

RESULTADOS: La sensibilidad prenatal fue del 93,75% (30/32). De los 30 diagnósticos prenatales, 21 embarazos (70%) finalizaron mediante interrupción legal y 9 (30%) continuaron; dos tuvieron seguimiento insuficiente. Entre siete casos evaluables, la supervivencia registrada fue del 28,5% (2/7).

CONCLUSIONES: La detección prenatal fue elevada. La supervivencia debe interpretarse con cautela por las interrupciones y pérdidas de seguimiento.

CORRESPONDENCIA:

Margarita Álvarez de la Rosa Rodríguez
Hospital Universitario de Canarias (HUC).
Universidad de La Laguna (ULL).
Campus de Ofra, s/n. Santa Cruz de Tenerife, España.
malvrod@ull.edu

Palabras clave: hernia diafragmática congénita. diagnóstico prenatal. ecografía prenatal.

ABSTRACT

OBJECTIVES: To describe prenatal diagnosis and perinatal outcomes of congenital diaphragmatic hernia at two tertiary hospitals in Tenerife.

MATERIAL AND METHODS: Retrospective descriptive study of 32 cases: 30 prenatal diagnoses and 2 postnatal diagnoses considered false negatives.

RESULTS: Prenatal sensitivity was 93.75% (30/32). Among 30 prenatal diagnoses, 21 pregnancies (70%) ended in termination and 9 (30%) continued; follow-up was insufficient in two. Among seven evaluable cases, recorded survival was 28.5% (2/7).

CONCLUSIONS: Prenatal detection was high. Survival should be interpreted cautiously because of terminations and loss to follow-up.

Key words: congenital diaphragmatic hernia. prenatal diagnosis. ultrasonography.

INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática congénita (HDC) es una malformación infrecuente, con una prevalencia aproximada de 1 por 5.000 nacidos vivos. Su relevancia clínica deriva fundamentalmente de la hipoplasia

pulmonar y la hipertensión pulmonar asociadas, responsables de una elevada morbimortalidad (1,2). El diagnóstico prenatal permite caracterizar el defecto, identificar anomalías asociadas, estimar el pronóstico y planificar el lugar y momento del parto, además de seleccionar casos para tratamiento fetal mediante oclusión traqueal fetoscópica (3,4).

La ecografía bidimensional es la herramienta diagnóstica principal. El diagnóstico puede establecerse por visualización de vísceras abdominales en el tórax o mediante signos indirectos como desplazamiento mediastínico, alteración del eje cardiaco o polihidramnios. Las hernias derechas pueden resultar más difíciles de identificar por la ecogenicidad similar de hígado y pulmón (1,2). La resonancia magnética fetal puede complementar la evaluación del volumen pulmonar y del contenido herniado (5).

La HDC puede presentarse de forma aislada o asociada a otras malformaciones y alteraciones genéticas (6-8). Entre los marcadores pronósticos se emplean la relación pulmón-cabeza y su valor observado/esperado, la herniación hepática y, en resonancia magnética, el volumen pulmonar fetal (4,5,9,10). Su interpretación debe integrarse con la lateralidad, las anomalías asociadas y la experiencia del centro.

El objetivo de este estudio fue describir el diagnóstico prenatal, las características ecográficas y los resultados perinatales de los casos de HDC identificados en los dos hospitales terciarios de Tenerife entre 1998 y 2022.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de los casos de HDC identificados en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y el Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria entre 1998 y 2022. Se incluyeron 32 casos: 30 diagnosticados prenatalmente y 2 diagnosticados tras el nacimiento, considerados falsos negativos del cribado prenatal. Los casos se obtuvieron de las bases de datos de las unidades de ecografía prenatal y de las notificaciones pediátricas.

Se recogieron variables maternas y gestacionales, edad gestacional al diagnóstico, lateralidad, anomalías estructurales y genéticas asociadas, marcadores pronósticos, tratamiento fetal, vía y edad gestacional al parto y evolución perinatal. Salvo que se indique lo contrario, los porcentajes relativos a características prenatales y manejo del embarazo se calcularon sobre los 30 diagnósticos prenatales. La sensibilidad diagnóstica se calculó considerando los 30 diagnósticos prenatales y los 2 falsos negativos.

Figura 1. Edad gestacional al diagnóstico prenatal.

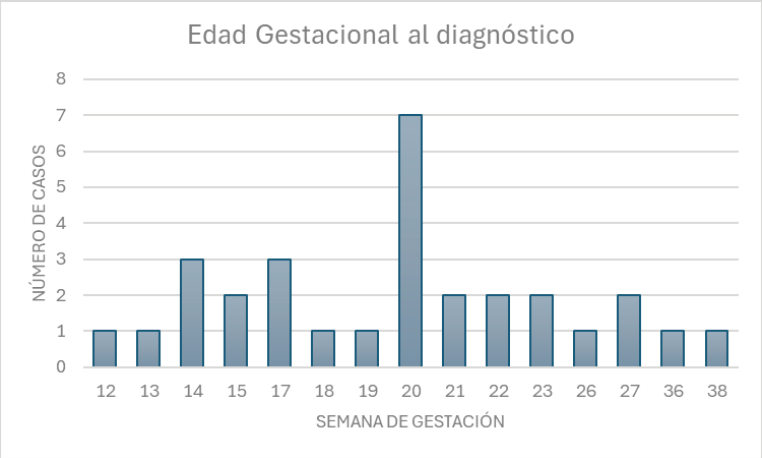


Tabla 1. Antecedentes y condiciones maternas registradas en los casos con diagnóstico prenatal de HDC.

Caso	Antecedente o condición
9	Antecedentes familiares de malformaciones (hidrocefalia)
10	Obesidad grado I (IMC: 33)
14	Sobrepeso (IMC: 27)
15	Obesidad grado III (IMC: 40)
16	Obesidad grado I (IMC: 32)
17	Obesidad grado I (IMC: 30); antecedente familiar de HDC
20	Varicela en la semana 8 de gestación; PCR en líquido amniótico negativa
24	Síndrome de Barakat (Figura 2); tabaquismo (9 cigarrillos/día) durante el embarazo

RESULTADOS

Se identificaron 32 casos: 14 diagnósticos prenatales en el Hospital Universitario de Canarias, 16 en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria y 2 diagnósticos postnatales falsos negativos. Considerando

Figura 2. Ecografía del caso 24, asociada a síndrome de Barakat, a las 17 semanas de gestación. Plano axial torácico con visualización al mismo nivel de las cuatro cámaras cardiacas y el estómago, compatible con HDC izquierda.



Tabla 2. Casos tratados mediante oclusión traqueal fetoscópica.

Caso	Edad gestacional al parto	Evolución
18	41 semanas	Éxitus neonatal a las 2 horas
23	32 semanas	Éxitus a las 40 horas
24	32 semanas	Parto prematuro 3 días tras FETO. En el seguimiento disponible, niña viva y sana.
29	Desconocida	Vivo; seguimiento en otra provincia.
16	40 semanas	Éxitus a las 8 horas

el periodo 1998-2022, que comprende 25 años, y la actividad obstétrica anual referida de ambos centros, la frecuencia estimada fue inferior a 3 casos por 10.000 nacimientos. La sensibilidad diagnóstica fue del 93,75% (30/32). No se registraron falsos positivos; con un diseño basado en casos no se calculó la especificidad.

Entre los 30 diagnósticos prenatales, la edad gestacional media al diagnóstico fue de 23 semanas (rango: 12-38). Dos casos (6,67%) se diagnosticaron en el primer trimestre, 26 (86,67%) en el segundo y 2 (6,67%) en el tercero (Figura 1). La edad materna media fue de 30,81 años, con mediana de 30 y rango de 21-40 años. Ocho pacientes (26,67%) presentaban antecedentes o condiciones maternas potencialmente relacionadas con HDC (Tabla 1).

Los dos falsos negativos correspondieron a HDC izquierdas diagnosticadas postnatalmente. El caso 31 fue diagnosticado a los 6 días de vida por dificultad respiratoria y cianosis y fue intervenido quirúrgicamente; el caso 32 fue diagnosticado a los 3 meses y 15 días por clínica respiratoria y también recibió tratamiento quirúrgico. Ambos constaban vivos en el seguimiento disponible.

De los 30 diagnósticos prenatales, 21 embarazos (70%) finalizaron mediante interrupción legal del embarazo y 9 (30%) continuaron. Cinco pacientes recibieron oclusión traqueal fetoscópica y dos continuaron sin tratamiento intrauterino. Los resultados disponibles de los casos tratados y no tratados se resumen en las Tablas 2 y 3. Según el registro del estudio, entre los siete casos con seguimiento perinatal evaluable sobrevivieron dos, lo que corresponde a una supervivencia del 28,5% (2/7).

Una paciente presentó dos embarazos con diagnóstico prenatal de HDC: en el primero se realizó tratamiento fetal y el recién nacido falleció a las 8 horas; en el segundo optó por interrupción del embarazo. En cuanto a la vía de finalización de los 30 embarazos con diagnóstico prenatal, 21 fueron interrupciones, 3 cesáreas, 2 partos eutócicos y en 4 no constaba la vía del parto. El flujo global de casos se muestra en la Figura 3.

En los 30 casos prenatales con información anatómica, 24 HDC fueron izquierdas (80%), 5 derechas (16,67%) y 1 de lateralidad no consignada (3,33%) (Figuras 2 y 4). Se realizó estudio genético en 27 casos (90%): 17 resultados fueron normales y 9 resultados fueron anómalos (30%) (Tabla 4). La HDC se describió como aislada en 16 casos (53,33%) y asociada a otras malformaciones en 14 (46,67%). Las cardiopatías fueron las anomalías más frecuentes, presentes en 7 casos (23,33%); también se registraron anomalías del sistema nervioso central, renales, faciales y arteria umbilical única.

La relación pulmón-cabeza se calculó en 8 casos (26,67%), su valor observado/esperado en 7 (23,33%) y

Tabla 3. Casos que continuaron la gestación sin tratamiento intrauterino.

Caso	Edad gestacional al parto	Evolución
1	39 semanas	Recién nacido de 3340 g y Apgar 9. Cirugía correctora postnatal. Éxitus a los 18 días por sepsis y fallo multiorgánico.
30	40 semanas	Éxitus neonatal a las 17 horas. Peso 2900 g; Apgar 6/7; varón.

Figura 3. Diagrama de flujo de los casos incluidos.

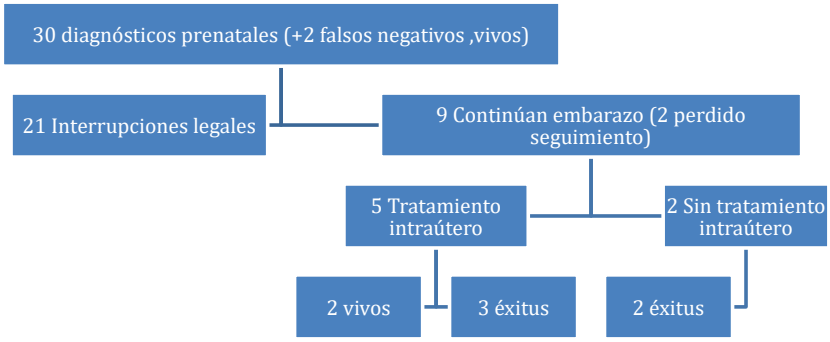


Figura 4. Ecografía de HDC derecha en el segundo trimestre, con hígado en posición intratorácica.



el volumen pulmonar fetal por resonancia magnética en 3 (10%). La herniación hepática se consignó explícitamente en 10 casos (33,33%) y se confirmó en 6. Los marcadores pronósticos y la evolución se detallan en la Tabla 5.

Se practicó autopsia en 13 casos (43,33% de los 30 diagnósticos prenatales); en dos no se dispuso del resultado por haberse realizado en otro centro. En los restantes, los hallazgos fueron concordantes con la ecografía. En cuatro casos se identificaron hallazgos adicionales no detectados prenatalmente.

DISCUSIÓN

La frecuencia observada fue similar a la descrita en la literatura. La elevada proporción de interrupciones del embarazo condiciona la interpretación de la mortalidad y dificulta la comparación con series que incluyen de forma diferente los diagnósticos prenatales y postnatales (8,11). Asimismo, el periodo de estudio abarca 25 años, durante los cuales han cambiado de forma relevante la calidad de la imagen prenatal, las técnicas de terapia fetal y los cuidados neonatales.

La edad materna media fue similar a la comunicada en otras series (12). Aunque se han descrito asociaciones con tabaquismo, obesidad y otras exposiciones maternas, el tamaño muestral y el diseño retrospectivo no permiten establecer relaciones causales. En el presente estudio, la obesidad y los antecedentes de malformaciones fueron los factores maternos más frecuentes.

El porcentaje de alteraciones genéticas comunicado en los casos estudiados fue cercano a un tercio, en línea con la conocida heterogeneidad genética de la HDC (7,8). La proporción de anomalías estructurales asociadas también fue relevante, lo que refuerza la necesidad de una evaluación anatómica detallada y de ofrecer estudio genético cuando esté indicado.

La sensibilidad prenatal calculada a partir de los 30 diagnósticos prenatales y los 2 falsos negativos fue del 93,75%, superior a cifras históricas publicadas (13). No obstante, este

Tabla 4. Resultados genéticos anómalos.

Caso	Prueba genética	Resultado
7	Biopsia corial (FISH y cariotipo)	47,XX,+18: trisomía 18 (síndrome de Edwards)
8	Amniocentesis (FISH, cariotipo y CGH-array)	47,XY,+18: trisomía 18 (síndrome de Edwards)
9	Biopsia corial (FISH, cariotipo y CGH-array)	Translocación 4;7
13	Biopsia en material de aborto (cariotipo, CGH-array y exoma en trío)	Síndrome de Cornelia de Lange. No se detectaron anomalías en
14	Amniocentesis (cariotipo y CGH-array)	Deleción terminal en el brazo largo del
18	Amniocentesis (FISH, cariotipo, CGH-array y	Variante de significado incierto
25	Estudio postnatal	Síndrome de Barakat
28	Amniocentesis (FISH y	Deleción del cromosoma
29	Amniocentesis	Alteración en

Tabla 5. Marcadores pronósticos, supervivencia estimada y evolución.

Caso	LHR	LHR O/E	FLV (RM)	Supervivencia	Supervivencia	Lateralidad
6	0.8	28%	-	65%	ILE	Izquierda
9	0.88	30%	-	55%	ILE	Izquierda
16	1.03	2,8%	0.7	30%	Éxitus a	Izquierda
18	69	24%	0.49-0.6	15%	Éxitus a	Izquierda
22	0.5	-	1.13	0%	ILE	Derecha
23	0.81	0.47	-	-	Éxitus a las 40 h	Izquierda
24	-	32%	-	-	Niña sana (10	Izquierda
29	0.94	179/49 > 1	-	-	Pérdida de seguimie	Izquierda
30	1.15	-	-	-	Éxitus a las 17 h	Izquierda

resultado debe interpretarse con cautela: se trata de una revisión retrospectiva basada en casos identificados y no de un estudio de cribado de toda la población obstétrica. Por la misma razón, la ausencia de falsos positivos en el registro no permite estimar de forma robusta la especificidad.

Los datos disponibles sobre relación pulmón-cabeza, volumen pulmonar fetal y herniación hepática fueron incompletos y no permitieron establecer una correlación fiable entre los marcadores prenatales y la supervivencia. La literatura respalda su utilidad pronóstica, especialmente cuando las mediciones se realizan de forma estandarizada y en centros con experiencia (4,5,10,11). La derivación a centros especializados resulta especialmente relevante para la selección de candidatos a terapia fetal y la planificación del manejo perinatal.

Las principales fortalezas del trabajo son la revisión conjunta de los dos centros terciarios de la isla y el largo periodo de observación. Sus limitaciones son el diseño retrospectivo, la heterogeneidad de los registros, la pérdida de seguimiento de algunos casos, la evolución tecnológica durante el periodo analizado y la ausencia de datos completos para algunos marcadores pronósticos. Además, el reducido número de recién nacidos con seguimiento disponible limita cualquier comparación de supervivencia.

En conclusión, el diagnóstico prenatal de HDC en los dos centros mostró una alta tasa de detección. La enfermedad se asoció con una elevada frecuencia de anomalías estructurales y genéticas y con una supervivencia reducida entre los casos con seguimiento perinatal disponible. La interpretación de estos resultados exige considerar la elevada proporción de interrupciones del embarazo y las pérdidas de seguimiento. La estandarización de la evaluación ecográfica, la recogida prospectiva de marcadores pronósticos y la coordinación con centros de referencia podrían mejorar la valoración y el manejo de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Posada R, Gómez O, Martínez JM, Puerto B, Gratacós E. Hernia diafragmática congénita: criterios pronósticos y estado actual del tratamiento prenatal. Diagn Prenat. 2012;23(3):126-133.
2. Leeuwen L, Fitzgerald DA. Congenital diaphragmatic hernia. J Paediatr Child Health. 2014;50(9):667-673. doi:10.1111/jpc.12508.
3. Schwab ME, Lee H, Tsao K. In utero therapy for congenital diaphragmatic hernia. Clin Perinatol. 2022;49(4):863-872. doi:10.1016/j.clp.2022.07.008.

4. Cordier AG, Russo FM, Deprest J, Benachi A. Prenatal diagnosis, imaging, and prognosis in congenital diaphragmatic hernia. Semin Perinatol. 2020;44(1):151163. doi:10.1053/j.semperi.2019.07.002.
5. Núñez V, Romo M, Encinas JL, Bueno A, Herrero B, Antolín E, et al. El papel de la resonancia magnética fetal en el estudio de la hernia diafragmática congénita. Cir Pediatr. 2018;31(1):15-20.
6. Mehollin-Ray AR. Congenital diaphragmatic hernia. Pediatr Radiol. 2020;50(13):1855-1871. doi:10.1007/s00247-020-04718-w.
7. Wynn J, Yu L, Chung WK. Genetic causes of congenital diaphragmatic hernia. Semin Fetal Neonatal Med. 2014;19(6):324-330. doi:10.1016/j.siny.2014.09.003.
8. Zani A, Chung WK, Deprest J, et al. Congenital diaphragmatic hernia. Nat Rev Dis Primers. 2022;8:37. doi:10.1038/s41572-022-00362-w.
9. Basurto D, Russo FM, Van der Veeken L, Van der Merwe J, Hooper S, Benachi A, et al. Prenatal diagnosis and management of congenital diaphragmatic hernia. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2019;58:93-106. doi:10.1016/j.bpobgyn.2018.12.010.
10. Jancelewicz T, Brindle ME. Prediction tools in congenital diaphragmatic hernia. Semin Perinatol. 2020;44(1):151165. doi:10.1053/j.semperi.2019.07.004.
11. Fletcher KL, Peterec SM. Prenatal markers in congenital diaphragmatic hernia-can we accurately predict outcomes? J Perinatol. 2022;42(9):1151-1152. doi:10.1038/s41372-022-01485-4.
12. Huerta-Sáenz IH. Hernia diafragmática congénita: marcadores sonográficos prenatales y pronóstico perinatal. Rev Peru Ginecol Obstet. 2013;59(2):125-132.
13. Thilaganathan B. Routine ultrasound for the prenatal diagnosis of congenital diaphragmatic hernia: the 'isms'. Ultrasound Obstet Gynecol. 2002;19(4):327-328. doi:10.1046/j.1469-0705.2002.00696.x

Todo *vuelve*

Energía, vitalidad y libido

Descubre que fórmula es para ti

WEB

Himafem BOOST

Para **todas las edades** con baja libido.



C.N.:225666.8

- Impulso del deseo y la satisfacción
- Mejora la experiencia y la exitación
- Aporta energía y vitalidad
- Mejora el bienestar emocional

SABOR SUAVE **A LIMÓN**

Himafem ORIGINAL

Para mujeres **peri/menopaúsicas** con sofocos y baja libido.



C.N.:220237.5

- Reducción progresiva de sofocos
- Aumenta el deseo y la exitación sexual
- Aporta energía y vitalidad
- Apoya el equilibrio hormonal

EQUALITY PHARMA

Equality Pharma Solutions S.L.
Calle Castillo de Aulencia 30,
Villafranca del Castillo, 28692, Spain.
Tel. +34 654 57 80 95
consultas@himafem.com

La plenitud
de ser *mujer*.

NUEVO

Antibiótico vaginal

2 días
de tratamiento[1]



Intizol® *vaginal*

1000 mg óvulos METRONIDAZOL

Tratamiento de la vaginosis bacteriana[1]

2 **Días de tratamiento[1]**

Medicamento no financiado por el SNS.
Medicamento sujeto a prescripción médica.
PVP IVA 15.28€

Ficha técnica de Intizol® vaginal
Escanee el código QR para acceder
a la ficha técnica completa del medicamento

1. Ficha técnica INTIZOL® VAGINAL. 1000 mg ÓVULOS. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/89284/FT_89284.html

SEID LAB MMXXVI

Artículo Original

Satisfacción materna con la experiencia del parto en un hospital de tercer nivel durante la pandemia por COVID-19

Maternal satisfaction with the birth experience in a tertiary hospital during the COVID-19 pandemic

González-González C (1), Rodríguez-González A (1), Arbelo-Pérez P (1), Dorta-Olivero A (2), Dorta-Expósito B (2), Bernaldo de Quirós-Huguet I (1)

1 Department of Gynecology and Obstetrics, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria Santa Cruz de Tenerife, Spain.
2 Universidad de La Laguna, School of Medicine, Tenerife, Spain.

RESUMEN

Objetivo: determinar la satisfacción de una muestra de pacientes que tuvieron un parto vaginal en nuestro Centro durante la pandemia COVID-19.

Material y Métodos: estudio observacional, analítico, prospectivo, no controlado entre pacientes que tuvieron un parto vaginal en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria de Santa Cruz de Tenerife (HUNSC) entre agosto de 2020 y marzo de 2021. Se incluyeron pacientes con parto vaginal, edad gestacional mayor o igual de 37 semanas, embarazo único, mayores de edad y de habla española. El estudio se llevó a cabo a través del cuestionario BSS-R (Birth Satisfaction Sacale-Revised) validado en español, que incluye ítems de tres esferas: estrés (EE), cuidados recibidos (EC) y personalidad (EP).

Resultados: Se incluyeron 400 pacientes. La media de satisfacción global fue de 28.91 (DE 6,04) sobre un total de 40 puntos. Las puntuaciones más altas en la escala global se obtuvieron en mujeres que habían tenido partos previos y en las que consideraban que se cumplió su plan de parto, y las más bajas en pacientes con hábito tabáquico. En la EE influyó la duración del parto, la mayor estancia hospitalaria, la inducción al parto, el parto instrumental y la realización de episiotomía. No se observaron diferencias significativas según la procedencia de las pacientes, el empleo de métodos de alivio del dolor, ni el tipo de profesional que atendió el parto.

Conclusión: La satisfacción global es alta. Se han detectado esferas susceptibles de mejora como la preparación de un plan de parto.

Palabras clave: parto, embarazo, satisfacción del paciente, evaluación de necesidades/ Garantía de calidad, encuesta, escala de satisfacción revisada (BSS-R).

CORRESPONDENCIA:

Iván Bernaldo de Quirós-Huguet
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria,
Santa Cruz de Tenerife, España.
iberhug@gobiernodecanarias.org

ABSTRACT

Objective: To determine the degree of satisfaction with vaginal delivery in patients who delivered in our centre during the COVID-19 pandemic and to analyse the factors involved.

Materials and Methods: This was an observational, analytical, prospective, uncontrolled study of patients who had a vaginal delivery in a tertiary hospital in

Spain between August 2020 and August 2021. Spanish-speaking patients of legal age who underwent vaginal delivery of a single pregnancy at a gestational age greater than or equal to 37 weeks were included. The study was carried out through the Birth Satisfaction Scale-Revised questionnaire validated in Spanish, which assesses global satisfaction and items referring to three areas: stress, care received, and personality.

Results: A total of 400 patients were included. The overall satisfaction average was 29.5 out of a total of 40 points. The highest scores on the global satisfaction scale were obtained among multiparous patients (30.21) with previous eutocic deliveries (30.29) and with perceived compliance with their delivery plan (30.02). The lowest scores were related to smoking (27.2). In the stress sub-scale, the longer duration of delivery (9.21), labour induction (9.43), instrumental delivery (8.59), delivery attended by obstetricians (9.57), and episiotomy (8.69) had a negative influence. No significant differences were observed in the patients' nationality, maternal body mass index, or childbirth class attendance.

Conclusion: The delivery satisfaction of our patients is high, despite the COVID-19 pandemic situation. The worst results were obtained for drug use, induced labour, episiotomy, instrumental delivery, and prolonged delivery. In contrast, multiparity and adequate compliance with the birth plan positively influence satisfaction.

Keywords: Birth, pregnancy, patient satisfaction, needs assessment/ Quality Assurance, survey, Satisfaction scale-revised, (BSRR-R).

Abreviaturas

BSS-R	Birth Satisfaction Scale-Revised
ICHOM	International Consortium for Health Outcomes Measurement
HUNSC	Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria
CAE	Centro de Atención Especializada
CEPO	Consulta Especializada en Patología Obstétrica
EE	Esfera de estrés
EC	Esfera de cuidados
EP	Esfera de personalidad
DE	Desviación estándar

INTRODUCIÓN

Durante la pandemia se han producido cambios en la atención al paciente entre los que destacan la limitación o ausencia de acompañamiento y la suspensión o modificación de las clases anteparto. Estudios previos indican diferente nivel de satisfacción con el proceso de parto vaginal según las características clínicas y demográficas de las pacientes y que la experiencia del parto repercute en toda la esfera vital de la mujer.

La Organización Mundial de la Salud ha publicado en 2018 un modelo de cuidados prenatales dirigidos a los profesionales que toman decisiones activas en el trabajo de parto y proveen cuidados, promoviendo el empoderamiento y la participación de las pacientes. Abogan por actuaciones con la máxima evidencia científica disponible, siempre y cuando se implementen de una forma que respete, fomente y facilite las elecciones de las mujeres, así como su autonomía, el cuidado de la mujer y del recién nacido (2). A pesar de esto, existen pocas encuestas centradas en las necesidades de las pacientes embarazadas y durante el parto, y como éstas perciben el cuidado recibido, como punto de partida de un enfoque de asistencia sanitaria centrada en las pacientes (3), así como sus posibles implicaciones (4).

Con el nuevo enfoque psicosocial, dentro de la satisfacción en el parto se añaden objetivos importantes como son: proporcionar los mejores resultados posibles tanto para la madre como para el recién nacido, minimizar las intervenciones en el proceso del parto y brindar la mayor satisfacción al consumidor de los servicios prestados (6).

Además, la satisfacción de las pacientes se presenta como un indicador de la calidad de la asistencia sanitaria y una forma de expresar y valorar el servicio sanitario. De esta manera, es posible identificar estrategias encaminadas a cambiar y establecer planes de actuación basados en mejorar, no solo los resultados maternos y fetales, sino también la experiencia del trabajo de parto. Sin embargo, su análisis y estudio se presenta de forma compleja al ser una evaluación subjetiva y multidimensional. Cada mujer crea su propia definición de satisfacción, lo que hace complejo su estudio. Los cuestionarios que lo analizan pretenden recoger aquellos factores empleados por las pacientes para construir su propia definición de satisfacción del parto (7).

Aunque se dispone de varios cuestionarios diseñados para evaluar la satisfacción de las mujeres durante el parto, pocos han sido validados en español. Entre ellos cabe destacar el Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale y el Birth Satisfaction Scale- Revised (BSS-R) (1, 7).

Este último test fue desarrollado y validado en Reino Unido (11) y se trata de una medición cuantitativa de la satisfacción de las mujeres en el parto. Fue diseñado con el fin de recoger los factores que más influyen en la percepción del trabajo de parto, tratando de establecer qué era lo que las mujeres tenían en cuenta para determinar la satisfacción. El cuestionario original (Birth Satisfaction Scale) (8) consta de 30 ítems, aunque su versión revisada fue sintetizada en 10 ítems.

El cuestionario explora tres categorías: experiencia del estrés durante el parto (preguntas 1, 2, 7 y 9), características personales de la mujer (preguntas 4 y 8) y calidad de los cuidados recibidos (preguntas 3, 5, 6 y 10). Cada pregunta se puntúa según una escala de Likert de 5 elementos: de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo, de 0 a 4 puntos, siendo por tanto el rango de puntuación total del cuestionario de 0 a 40. En varias de las preguntas (2, 4, 7 y 8) la escala es inversa para que la experiencia más altamente positiva aparezca reflejada con puntuación de "4" (Tabla 1).

Tabla 1
Cuestionario BSS-R (versión española de Romero-González et al., 2019).

1.	Salí del parto prácticamente ilesa.
2.	Pensé que mi parto era excesivamente largo.
3.	El personal de la sala de partos me animó a tomar decisiones sobre cómo quería que avanzara mi parto.
4.	Me sentí muy nerviosa durante el parto.
5.	Me sentí bien apoyada por el personal durante el parto.
6.	El personal se comunicó bien conmigo durante el parto.
7.	Dar a luz parecía una experiencia angustiosa.
8.	Me sentí fuera de control durante mi experiencia de parto.
9.	No me sentí angustiado durante todo el parto.
10.	La sala de partos estaba limpia e higiénica.

* Preguntas 4 y 8: esfera de personalidad. Preguntas 1, 2, 7 y 9: esfera de estrés. Preguntas 3, 5, 6 y 10: esfera de cuidado recibido.

El cuestionario ha sido validado en diferentes lenguas y la validación en español se debe a Romero González (1).

El BSS-R es el cuestionario recomendado para evaluar la satisfacción con la experiencia del parto por el ICHOM (International Consortium for Health Outcomes Measurement), institución sin ánimo de lucro, que está impulsando un proyecto colaborativo internacional para determinar indicadores de resultados en salud. Por ello y lo expuesto anteriormente, es el elegido para evaluar la satisfacción en nuestras gestantes en su versión revisada validada en español (8, 12, 13). Las preguntas validadas de ese cuestionario se muestran en la Tabla 1 y en el anexo 1 se adjunta la encuesta empleada.

El objetivo de este trabajo es determinar, mediante dicho cuestionario validado en español, la satisfacción global en relación con el parto vaginal de las pacientes en nuestro centro durante la pandemia y establecer los posibles determinantes de satisfacción.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron 400 pacientes cuyo parto tuvo lugar en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria de Santa Cruz de Tenerife durante la pandemia COVID-19. Se realizó un estudio observacional, analítico, prospectivo, no controlado.

Se entregó la encuesta de satisfacción a todas las pacientes en la planta de hospitalización de obstetricia, con indicaciones para su cumplimentación. Se incluyeron mujeres mayores de edad, de habla hispana, con gestaciones únicas a término, que hubieran tenido un parto vaginal y de habla hispana. Se excluyeron las que tuvieron resultado perinatal adverso o patología obstétrica, así como embarazos no controlados o partos por cesárea. A las participantes se les solicitó consentimiento y el estudio tuvo el visto bueno del Comité Ético local.

Se calculó el grado de satisfacción según la escala BSS-R y se recogieron variables demográficas y clínicas de la gestación y el parto. La recogida de datos se llevó a cabo en un periodo de 12 meses desde agosto de 2020. El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 21®.

RESULTADOS

Se incluyeron 400 pacientes consecutivas que cumplían los criterios de selección. Se analizó la fiabilidad del cuestionario mediante el test Alfa de Cronbach, mostrando un resultado de 0,72.

Tabla 2
Variables clínicas y demográficas de las pacientes del estudio.

	N	%	Media	DE
Edad	400	100	31.49	5.56
Lugar de nacimiento				
España	288	72		
Europa (no España)	28	7		
País no europeo	84	21		
Estudios				
Primarios	15	3.8		
Secundario	140	35		
Formación profesional	119	29.7		
Universitarios	124	31		
Sin estudios	2	0.5		
Situación laboral				
Asalariadas	248	62		
Sin sueldo	152	38		
Uso de drogas				
Ninguno	360	90		
Tabaco	37	9.3		
Otras	3	0.7		
IMC				
IMC <30	247	61.7	28.97	5.5
IMC >30	153	38.3		
Hijos previos				
Sí	205	51.2		
No	195	48.8		
Control del embarazo				
Privado	8	2		
Bajo riesgo	128	32		
Riesgo moderado	83	20.7		
Alto riesgo	60	15		
Mixto	121	30.3		
Plan de parto	120	30		
Cumplimiento del plan				
Cumplido	87	72.5		
No cumplido	10	8.3		
Parcialmente cumplido	23	19.2		
Asistencia a clases de preparación al parto	99	24.8		
Clases con matrona	200	50		
Sí	70	17.5		
No	130	32.5		
Días de hospitalización previos al parto			0.43	0.63

Tabla 3
Variables relacionadas con el parto.

	N	%	MEDIA	DE
Inicio del parto				
Espontáneo	224	56		
Inducido	176	44		
Tipo de parto				
Eutócico	337	84.3		
Instrumental	63	15.7		
Epidural	308	77		
Episiotomía	51	12.8		
Desgarro de grado III/IV	4	1		
Minutos en la sala de partos			515.6	447.9
Duración del parto (minutos)			72.43	60.37
Profesional que atendió el parto				
Matrona	274	68.5		
Obstetra	126	31.5		
Ingreso del recién nacido	20	5		

La edad media de las pacientes fue de 31,49 años, la mayoría tenía estudios secundarios o superiores y trabajo remunerado. La mitad de la muestra tenía al menos un hijo previo. Sólo el 30% de las pacientes presentó un plan de parto y el 24,8% había acudido a clases de educación prenatal. El resto de variables sociodemográficas y clínicas se muestran en la tabla 2.

El inicio del parto fue espontáneo en el 56% de las pacientes. El 84,3% de los partos fue eutócico y se empleó la epidural en un 77%. El 68,5% de los partos fue asistido por matrona o matrona en formación. El resto de las características relacionadas con el momento del parto, así como su duración se encuentran en la Tabla 3.

En la Tabla 4 se detalla la frecuencia de las respuestas (de 0 a 4, totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo) a cada una de las preguntas, así como la puntuación media que se obtuvo en cada una de ellas y la puntuación global de la muestra de pacientes.

La puntuación total y por esferas según características clínicas y demográficas de las pacientes se muestra en la Tabla 5. Con respecto a la satisfacción global del proceso de parto los resultados fueron superiores de manera estadísticamente significativa en aquellas mujeres multiparas que habían tenido un parto previo eutócico. Por el contrario, en aquellas que presentaban partos por ventosa o fórceps en gestaciones previas los resultados no fueron significativos.

Otro grupo en el que la satisfacción fue superior fue en el de aquellas mujeres que percibieron la cumplimentación del plan de parto presentado. No obstante, no existieron diferencias entre aquellas mujeres que elaboraron plan de parto y aquellas que no lo hicieron.

Por el contrario aquellas mujeres con peores resultados en la satisfacción global de manera estadísticamente significativa fueron las consumidoras de tóxicos, las mujeres que parieron mediante un parto o instrumental, aquellas mujeres cuyo comienzo del parto fue inducido y en las que se practicó una episiotomía.

Tabla 4
Frecuencia de respuestas (número de pacientes y porcentaje del total de respuestas) y puntuación media para cada pregunta del cuestionario BSS-R.

	RESPUESTA 0		RESPUESTA 1		RESPUESTA 2		RESPUESTA 3		RESPUESTA 4		MEDIA
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	(0-4)
1. Salí del parto prácticamente ilesa.	21	5.3	55	13.8	53	13.3	113	28.4	156	39.2	2.8
2. Pensé que mi parto era excesivamente largo.	28	7	55	13.7	70	17.5	110	27.5	137	34.3	2.7
3. El personal de la sala de partos me animó a tomar decisiones sobre cómo quería que avanzara mi parto.	12	3	26	6.5	40	10	109	27.3	212	53.2	3.2
4. Me sentí muy nerviosa durante el parto.	59	14.7	95	23.8	82	20.5	100	25	64	16	2.1
5. Me sentí bien apoyada por el personal durante el	5	1.2	3	0.7	6	1.5	41	10.3	345	86.3	3.8
6. El personal se comunicó bien conmigo durante el parto.	7	1.8	4	1	4	1	64	16.2	317	80	3.7
7. Dar a luz parecía una experiencia angustiosa.	31	7.8	61	15.4	73	18.5	134	33.8	97	24.5	2.5
8. Me sentí fuera de control durante mi experiencia de parto.	22	5.5	49	12.4	55	13.9	142	35.9	128	32.3	2.8
9. No me sentí angustiado durante todo el parto.	35	8.8	102	25.8	86	21.7	88	22.2	85	21.5	2.2
10.La sala de partos estaba limpia e higiénica.	6	1.5	2	0.5	7	1.8	57	14.4	324	81.8	3.7
Puntuación total de satisfacción											29.5

Cuando se analizaron los resultados en cada una de las esferas estudiadas se encontraron mejores resultados de manera estadísticamente significativa en la esfera de estrés, entendido como una mayor ¿puntuación? satisfacción en este aspecto, entre las mujeres multíparas con un parto eutócico previo, las mujeres con parto eutócico en la presente gestación, aquellas cuyo parto tuvo un inicio espontáneo, mujeres que no recibieron analgesia epidural, partos atendidos por matronas, partos sin episiotomía y aquellos partos en los que la duración del periodo expulsivo fue inferior a 120 minutos.

La existencia de una cesárea en gestaciones previas, el ingreso hospitalario superior a dos días previamente al parto y la percepción de cumplimiento del plan de parto fueron los factores en los que se obtuvieron de manera estadísticamente significativa mejores puntuaciones en cuanto a la esfera de cuidados.

Por último y en lo referente a la esfera de la personalidad aquellas mujeres con edades superiores a 40 años, las no consumidoras de tóxicos y aquellas con la percepción del cumplimiento del plan de parto tuvieron unas puntuaciones más altas de manera estadísticamente significativa.

De manera general en el grupo que percibió incumplimiento de su plan de parto se obtuvieron las puntuaciones más bajas tanto en el aspecto global como en cada una de las tres subescalas. En el resto de las variables estudiadas no se evidenciaron diferencias significativas. Hay que destacar que las gestantes que acudieron a consulta preparatoria al parto con la matrona tuvieron mayor satisfacción en la esfera de personalidad, sin que esta diferencia fuera estadísticamente significativa. Solo a las 200 últimas pacientes entrevistadas se les brindó la oportunidad de acudir a esta consulta hospitalaria ya que esta prestación se comenzó a ofrecer en nuestro hospital, pasada la fase de mayores restricciones de la pandemia.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio es conocer el grado de satisfacción de las mujeres con respecto al parto y establecer los determinantes más relevantes de dicha satisfacción. En nuestro estudio, la puntuación media de satisfacción global fue de 29,35 (DE 5,98) sobre un total de 40 puntos.

En la Tabla 6 se muestran los resultados de otros estudios realizados en diferentes países en los que se ha empleado el cuestionario BSS-R en comparación con nuestra muestra. (14). Las muestras estudiadas (número y tipo de pacientes), como las características socioculturales y los modelos de atención en los diferentes países no son necesariamente equivalentes. La población más parecida a la nuestra, por tamaño y modelo de atención fue la de un estudio realizado en tres hospitales de Andalucía, (1) con resultados de satisfacción global muy similares a los de este estudio. Salvo los trabajos realizados en EEUU y en Australia, nuestras pacientes presentan puntuaciones de satisfacción superiores a los realizados en Reino Unido, Grecia, Irán Turquía o España.

Tabla 5
Puntuación total y por esferas según las características de las pacientes.

	ESFERA TOTAL	ESFERA DE ESTRÉS	ESFERA DE CUIDADOS	ESFERA DE PERSONALIDAD
>40 años	29.96	10.52	13.81	5.53 *
<40 años	29.3	10.15	14.42	4.72
Española	29.38	10.14	14.48	4.74
No española	29.27	10.26	14.13	4.8
Consumo de drogas	27.2	9.35	13.78	4.08
Sin consumo de drogas	29.58 *	10.26	14.45	4.86 *
Estudios universitarios	29.69	10.06	14.58	5.04
Sin estudios	29.19	10.22	14.29	4.67
Obesidad (IMC>30)	28.72	9.88	14.19	4.65
Sin obesidad (IMC<30)	29.73	10.35	14.5	4.86
Multípara	30.21 *	10.79 *	14.48	4.95
No multípara	28.44	9.52	14.28	4.61
Partos eutócicos	30.29 *	10.91 *	14.41	4.98
Partos no eutócicos	28.63	9.61	14.36	4.64
Ventosa previa	31.45	11.09	15.09	5.27
Sin ventosa previa	29.29	10.14	14.36	4.77
Fórceps previo	25.67	9.33	13	3.33
Sin fórceps previo	29.37	10.18	14.39	4.79
Cesárea previa	29.69	9.96	15.04 *	4.69
Sin cesárea previa	29.32	10.18	14.34	4.79
<2 días de hospitalización	29.37	10.24	14.31	4.8
	29	9.04	15.42 *	4.54
Plan de parto	29.12	9.88	14.44	4.76
Sin plan de parto	29.44	10.29	14.36	4.79
Clases de preparación al parto	29.56	9.84	14.63	5.04
Sin clases de preparación al parto	29.28	10.28	14.30	4.7
Cumplimiento del plan	30.02 *	10.24	14.86 *	4.92 *
Incumplimiento del plan	23.73	8.09	12	3.64
Consulta con matrona	30	10.16	14.51	5.28
Sin consulta con matrona	29.67	10.45	14.5	4.72
Parto instrumental	27.57 *	8.59 *	14.24	4.75
Parto no instrumental	29.68	10.47	14.41	4.79
Parto inducido	28.52	9.43	14.48	4.58
Parto no inducido	29.99 *	10.75 *	14.3	4.94
Epidural	29.23	9.99 *	14.45	4.78
Sin epidural	29.73	10.78	14.15	4.79
Atendido por matrona	29.59	10.45 *	14.35	4.78
Atendido por obstetra	28.81	9.57	14.45	4.79
Episiotomía	27.71 *	8.69 *	13.94	5.08
Sin episiotomía	29.58	10.39	14.45	4.74
Parto <120 minutos	29.55	10.39 *	14.33	4.83
Parto >120 minutos	28.46	9.21	14.62	4.56

* Prueba t de Student significativa ($p<0.05$)

Las puntuaciones más altas en la escala global en el presente estudio se vieron en mujeres con partos previos (30,29 tras parto eutócico), hallazgo en consonancia con el resto de la literatura (14, 15). La multiparidad parece ser un factor determinante a favor de la satisfacción y de un menor estrés percibido, al igual que ocurre en el estudio de Hamm (5). Sin embargo, en otros estudios (3, 16) no se encontró significación estadística. La menor duración de los partos en pacientes multíparas, así como la experiencia previa, que pudiera aliviar el estrés y el temor ante el parto pueden explicar estos resultados.

En estudios previos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad de la paciente y el grado de satisfacción (1, 3, 5, 11, 13), excepto en el de Fleming et al (13), en el que existe asociación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de estrés percibido. En nuestro estudio, tampoco se encontraron diferencias significativas en este aspecto, exceptuando la subescala de las características personales que explora el nerviosismo y la sensación de control en el momento del parto, donde el subgrupo de mujeres mayores de 40 años mostró de manera significativa mejores resultados que aquellas menores de dicha edad. En este mismo sentido, en el estudio realizado por Lemmens se encuentra una mayor tendencia a la insatisfacción de la paciente cuanto más joven es ésta (16).

Con respecto al consumo de tóxicos, se ha encontrado significación estadística en la escala global y de personalidad con un grado de satisfacción inferior respecto a aquellas no consumidoras. El resto de estudios que versan sobre el mismo tema, no han analizado este aspecto, de manera que no podemos realizar ningún tipo de comparación al respecto. Nuestro resultado pudiera estar relacionado con la hipotética relación del hábito tabáquico y la ansiedad, factor que significativamente se relaciona con una menor satisfacción en el parto (16, 17).

Además, la satisfacción fue significativamente mayor en aquellas pacientes donde el período expulsivo tuvo una duración menor de 120 minutos con respecto a aquellas con expulsivo más prolongado dentro de la experiencia de estrés. En el caso del estudio de F. Hamn también se encontraron dichas diferencias, mujeres más satisfechas en partos de menor duración (5).

Tabla 6
Puntuaciones del cuestionario BSS-R en estudios publicados.

PAÍS (AUTOR, AÑO)	NÚMERO DE PACIENTES	MEDIA (DE)
Estados Unidos (Martin et al., 2017)	2116	32.4 (6.4)
Australia (Jefford et al., 2018)	198	30.4 (5.9)
España (González-González et al., 2023)	400	29.5 (5.98)
Reino Unido (Hollins Martin and Martin, 2014)	228	28.4 (5.6)
España (Romero-González et al., 2019)	208	28.1 (6.2)
Estados Unidos (Mollard and Kupzyk, 2022)	747	27.8 (6.5)
Italia (Inversetti et al., 2021)	100	27.6 (6.1)
Grecia (Vardavaki et al., 2015)	162	27.4 (6.2)
Irán (Nahaee et al., 2020)	674	23.8 (6.5)
Turquía (Göncü Serhatlıoğlu et al., 2018)	120	20.4 (6.0)

El grado de satisfacción no fue diferente entre gestantes que asistieron a clases de preparación al parto frente a las que no. Estos resultados pueden ser derivados de la pandemia COVID-19 en la que se realizó el estudio, lo que hizo que las consultas anteparto presenciales y, en general el contacto de la gestante con los profesionales, estuviesen muy limitados en cualquier caso.

No se observaron diferencias en la satisfacción expresada por las mujeres que habían elaborado plan de parto (30% de la muestra) frente a aquellas que no lo hicieron. Sin embargo, las gestantes que percibieron un adecuado cumplimiento de su plan de parto mostraron unas puntuaciones globales y en las subescalas de cuidado y personalidad significativamente superiores a las que vieron incumplidas o parcialmente cumplidas sus expectativas. Una revisión de artículos de Sánchez Fortis revela que la elaboración del plan de parto contribuye a una mayor satisfacción de la experiencia del parto al dotar de un mayor grado de control a la gestante (18). Lo mismo ocurre con el estudio de Higuero Macías en el que las mujeres que realizaron un plan de parto cuyas demandas no pudieron ser atendidas mostraron un mayor grado de insatisfacción que aquellas que no lo llevaron a cabo (19).

No se encontraron diferencias significativas en la escala global de satisfacción en las pacientes con analgesia epidural. No obstante, aquellas mujeres en las que no se administró dicha técnica mostraron una mayor satisfacción en la esfera de estrés, en consonancia con el trabajo de Romero-González, en el que se observan diferencias significativas tanto en la puntuación total como en la subescala de estrés (1). De igual manera, el trabajo de Weeks, empleando un formulario diferente al BSS-R, muestra una satisfacción significativamente mayor en mujeres que no recibieron tratamiento farmacológico del dolor en el trabajo de parto (15). Por otra parte, Hodnett no encuentra que el dolor o su alivio jueguen en sí mismos un papel tan decisivo como el cumplimiento de las expectativas a este respecto (20). En este mismo sentido el estudio de Mas-Pons muestra que la experiencia del parto es significativamente más satisfactoria en los casos en los que se atienden las preferencias acerca del alivio del dolor (7).

En nuestro estudio se evidencia una peor experiencia global y de estrés de forma significativa en aquellas cuyo parto fue inducido. Este resultado se encuentra en consonancia con otros estudios que han comparado la satisfacción en mujeres con parto espontáneo o inducido (9). Al igual que en otros estudios revisados la realización de episiotomía se relaciona con una menor satisfacción global y en la subescala de estrés (14, 15).

Los partos instrumentales se asociaron a una menor satisfacción global y en la esfera del estrés de manera significativa. Resultados similares se observan en estudios previos (Romero González, Bélanger-Lévesque y Hollins) en los que la satisfacción también era peor en aquellas mujeres con partos instrumentados (1, 10, 11).

En consonancia con lo anteriormente descrito y con Lemmens (16), la satisfacción de las mujeres en las que el parto fue atendido por obstetras o residentes de Obstetricia y Ginecología fue menor en escala estrés con respecto a aquellas en las que el asistente directo al parto fue una matrona o una enfermera residente de la especialidad. Este hecho puede deberse a que los partos en los que es necesaria la intervención médica son aquellos que lo precisan por complicaciones o dificultades en el proceso y por la labor de acompañamiento individual que realiza la matrona.

Una limitación importante es el momento en que se realizó el estudio, en pandemia COVID-19, ya que las pacientes dieron a luz con las distintas medidas adoptadas en cada fase (siempre acompañadas en paritorio durante la dilatación y el expulsivo), así como la incertidumbre sobre la posibilidad de contagio tanto propia como de sus recién nacidos, lo que puedo ser un factor de estrés

para ellas. Así mismo, también se vieron afectadas en otros aspectos durante el embarazo tales como la falta de presencialidad de las clases de preparación al parto. Todo esto puede haber influido en un menor conocimiento y falta de herramientas orientadas al proceso del parto y con ello contribuir a una menor satisfacción.

Por otro lado, el carácter subjetivo de la puntuación del cuestionario pudo haber sobreestimado la puntuación en pacientes muy satisfechas que podrían haber minimizado los aspectos negativos o infraestimar la puntuación en casos contrarios.

En nuestro estudio solo obtuvimos negativa en la participación de 3 mujeres, por lo que el sesgo de selección no parece una limitación en nuestro caso.

En cuanto a la validez externa de la muestra está limitada a las mujeres que acuden al hospital del estudio (HUNSC), hospital de tercer nivel público, por lo que no conocemos los resultados que se hubieran obtenido en un sistema privado.

CONCLUSIONES

Las mujeres participantes en nuestro estudio presentan una satisfacción por encima del valor medio publicado, con una puntuación de 29,35 sobre un total de 40 puntos.

El consumo de tóxicos, fundamentalmente, el tabaco, destaca como un factor determinante de peores resultados en la satisfacción global y esfera personalidad siendo, por tanto, un elemento sobre el que incidir para mejorar estos resultados, con medidas de prevención primaria para evitar el inicio en su consumo, así como proporcionar medios en las consultas preconcepcionales y en las revisiones de primer trimestre para captar aquellas mujeres fumadoras y lograr el abandono de este hábito.

Destacar también que el hecho de realizar o no un plan de parto no mostró diferencias significativas. Sin embargo, el cumplimiento o no en las mujeres que lo elaboraron sí las obtuvo. Por esto, parece necesario fomentar y orientar la realización de plan de parto en comunicación constante con los profesionales proveedores de los cuidados con el fin de adecuar las expectativas de la gestante a la realidad asistencial.

El empoderamiento de la paciente, así como la necesaria toma en consideración de sus deseos y opiniones deben ser contrastados con información real de las opciones disponibles por parte de los profesionales. Así, es fundamental dotar a la gestante de herramientas para afrontar adecuadamente aquellos imprevistos que puedan surgir en el transcurso del parto y que pudieran hacer que las expectativas iniciales se alejen de la realidad final.

En la línea de lo mencionado en el párrafo anterior, dado que determinados factores de la asistencia al parto como la episiotomía, la inducción del parto, la instrumentalización o el periodo expulsivo mayor de 120 minutos se han relacionado con una menor satisfacción en nuestro estudio por ser percibidos como factores estresantes parece fundamental que la gestante reciba adecuada información en el periodo prenatal de la posibilidad de estas eventualidades y que perciba la absoluta certeza de que cualquier intervención debe ser consensuada con ella y de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible.

En el proceso de parto es el momento en el que es más necesario adoptar medidas que mejoren la satisfacción, pues es un momento crucial ya que en él se producen la mayoría de las condiciones que intervienen en una mejor percepción sobre este aspecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Romero-Gonzalez B, Peralta-Ramirez MI, Caparros-Gonzalez RA, Cambil-Ledesma A, Hollins Martin CJ, Martin CR. Spanish validation and factor structure of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). Midwifery. 19;70:31-7.
2. WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. 2016.
3. Tocchioni V, Seghieri C, De Santis G, Nuti S. Socio-demographic determinants of women's satisfaction with prenatal and delivery care services in Italy. Int J Qual Health Care. 2018;30(8):594-601.
4. Guittier MJ, Bonnet J, Jarabo G, Boulvain M, Irion O, Hudelson P. Breech presentation and choice of mode of childbirth: a qualitative study of women's experiences. Midwifery. 2011;27(6):e208-13.
5. Hamm RF, Srinivas SK, Levine LD. Risk factors and racial disparities related to low maternal birth satisfaction with labor induction: a prospective, cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):530.
6. Göncü Serhatlıoğlu S, Karahan N, Hollins Martin CJ, Martin CR. Construct and content validity of the Turkish Birth Satisfaction Scale - Revised (T-BSS-R). J Reprod Infant Psychol. 2018;36(3):235-45.
7. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. [Women's satisfaction with the experience of childbirth: validation of the Mackey

Childbirth Satisfaction Rating Scale]. Gac Sanit. 2012;26(3):236-42.
8. Martin CH, Fleming V. The birth satisfaction scale. Int J Health Care Qual Assur. 2011;24(2):124-35.
9. Shetty A, Burt R, Rice P, Templeton A. Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour--a questionnaire-based study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005;123(1):56-61.
10. Bélanger-Lévesque MN, Pasquier M, Roy-Matton N, Blouin S, Pasquier JC. Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study. BMJ Open. 2014;4(2):e004013.
11. Hollins Martin CJ, Martin CR. Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). Midwifery. 2014;30(6):610-9.
12. Burns DJP, Arora J, Okunade O, Beltrame JF, Bernardez-Pereira S, Crespo-Leiro MG, et al. International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM): Standardized Patient-Centered Outcomes Measurement Set for Heart Failure Patients. JACC Heart Fail. 2020;8(3):212-22.
13. Fleming SE, Donovan-Batson C, Burduli E, Barbosa-Leiker C, Hollins Martin CJ, Martin CR. Birth Satisfaction Scale/Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS/BSS-R): A large scale United States planned home birth and birth centre survey. Midwifery. 2016;41:9-15.
14. Nahaee J, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Abbas-Alizadeh F, Martin CR, Hollins Martin CJ, Mirghafourvand M, et al. Pre- and during-labour predictors of low birth satisfaction among Iranian women: a prospective analytical study. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1):408.
15. Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfa L. Labor and Birth Care Satisfaction Associated With Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women. J Midwifery Womens Health. 2017;62(2):196-203.
16. Lemmens SMP, van Montfort P, Meertens LJE, Spaanderman MEA, Smits LJM, de Vries RG, et al. Perinatal factors related to pregnancy and childbirth satisfaction: a prospective cohort study. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2020:1-9.
17. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. Nicotine Tob Res. 2017;19(1):3-13.
18. Sanchez- Fortis A, Sánchez-Fortis C, Pozo-Cano MD. Satisfacción de las mujeres con la atención al parto. Matronas Hoy. 2018; 1(6).
19. Macías JCH. Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. In: E. Crespillo García JMMT, Sheila Rita Martín Martínez, E. Pérez Trueba, José Claudio Mañón Di Leo, editor. 2013. p. 84-91.
20. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2002;186(5 Suppl Nature):S160-72.

La plenitud
de ser *mujer.*

NUEVO

Probiótico vaginal Medicamento



INTIBIOTICS® *vaginal*

Lactobacillus plantarum P 17630

Normaliza la microbiota alterada[1]

6 Días de tratamiento[1]

Ficha técnica de Intibiotics® vaginal
Escanee el código QR para acceder a la ficha técnica completa del medicamento

Medicamento no financiado por el SNS
Medicamento no sujeto a prescripción médica
PVP IVA 19,78€

SEID LAB

1. Ficha técnica INTIBIOTICS vaginal 100.000.000 UFC cápsulas vaginales duras. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/89433/FT_89433.html

Himafem®

Libido



- Promueve la libido
- Regula el equilibrio hormonal
- Mejora el estado de ánimo
- Reduce la fatiga

4
Semanas
Resultados visibles

ESCANEAR

Acceder a **nuestro estudio realizado en 50 mujeres**

EQUALITY PHARMA

Equality Pharma Solutions, S.L.
Calle Castillo de Aulencia 30,
Villafranca del Castillo, 28692.
Tel. +34 615 76 58 62
consultas@himafem.com

Revisión de conjunto

Calcifediol. Uso práctico y consideraciones en la prevención y el tratamiento de la hipovitaminosis D en ginecología

Calcifediol. Practical use and considerations in the prevention and treatment of hypovitaminosis D in gynaecology

P. González S (1), Romero P (2), Otero B (3), Palacios S (4)

1 Menoclínica by Palacios, Madrid, España (directora médica)
2 Hospital Universitario de Poniente, Almería, España
3 Clínica IMQ Zorrozaurre; Hospital Universitario de Cruces; Universidad del País Vasco (EUH); Universidad de Deusto, Bizkaia, España
4 Clínicas Palacios de Salud y Medicina de la Mujer de España, Madrid, España (fundador y director)

RESUMEN

La hipovitaminosis D es frecuente en mujeres de mediana edad y tras la menopausia, y puede influir en la salud ósea, metabólica, reproductiva y ginecológica. Este manuscrito revisa la relevancia clínica de la vitamina D en ginecología. La evidencia disponible relaciona concentraciones bajas de vitamina D con la osteoporosis, los síntomas tras la menopausia, el síndrome de ovario poliquístico, la fertilidad y el embarazo, la endometriosis, la miomatosis uterina, la obesidad y la resistencia a la insulina y el riesgo oncológico. La corrección del déficit se considera una intervención razonable, especialmente en mujeres con factores de riesgo o patología ósea. Se revisa el potencial de las distintas alternativas terapéuticas disponibles en la prevención y el tratamiento del déficit, entre las que destaca calcifediol. Calcifediol presenta mayor rapidez de acción, potencia y predictibilidad que colecalciferol, y puede ser especialmente útil en obesidad, malabsorción, hepatopatía o necesidad de corrección rápida. Finalmente, se revisan, a través de un apartado de "Preguntas y Respuestas", consideraciones prácticas para tener en cuenta durante su uso; individualización según niveles séricos, perfil clínico y adherencia; evitación de equivalencias directas entre formulaciones; y monitorización de la seguridad e interacciones y el riesgo de sobredosificación.

Palabras clave: Vitamina D. Deficiencia de vitamina D. Ginecología. Menopausia. Osteoporosis. Síndrome de ovario poliquístico. Endometriosis. Embarazo. Obesidad. Calcifediol.

CORRESPONDENCIA:

Santiago Palacios
Clínica Palacios, Antonio Acuña 9
28009 Madrid, España
santiago.palacios@clinicapalacios.com

ABSTRACT

Hypovitaminosis D is common in middle-aged and postmenopausal women and may influence bone, metabolic, reproductive and gynaecological health. This manuscript reviews the clinical relevance of vitamin D in gynaecology. Available evidence links low vitamin D concentrations with osteoporosis, postmenopausal symptoms, polycystic ovary syndrome, fertility and pregnancy, endometriosis, uterine fibroids, obesity, insulin resistance and oncological risk. Correction of deficiency is considered a reasonable intervention, particularly in women with risk factors or bone disease.

The manuscript also reviews the therapeutic options available for the prevention and treatment of deficiency, with particular emphasis on calcifediol. Calcifediol has a faster onset of action, greater potency and more predictable response than cholecalciferol, and may be especially useful in obesity, malabsorption, liver disease or situations requiring rapid correction. Finally, through a question-and-answer section, the manuscript addresses practical considerations for its use, including individualisation according to serum levels, clinical profile and adherence; avoidance of direct equivalences between formulations; and monitoring of safety, interactions and overdose risk.

Keywords: Vitamin D. Vitamin D deficiency. Gynaecology. Menopause. Osteoporosis. Polycystic ovary syndrome. Endometriosis. Pregnancy. Obesity. Calcifediol.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Sistema endocrino de la vitamina D

El sistema endocrino de la vitamina D (vit.D) constituye una red metabólica y de señalización con implicaciones clínicas que trascienden el metabolismo óseo (1). Se inicia con la entrada de la vit.D por la dieta (≈20%) o con la síntesis cutánea tras la exposición a la radiación ultravioleta B (≈80 %). En el organismo, la forma predominante de vit.D es colecalciferol (vit.D3) (2, 3).

Colecalciferol se activa mediante hidroxilación hepática catalizada por la 25-hidroxilasa del citocromo P450 (principalmente CYP2R1), dando lugar a 25(OH) D3 (calcifediol o calcidiol), la principal forma circulante en sangre y el mejor indicador del estado de la vit.D en el organismo. Este metabolito se hidroxila principalmente en el riñón por la 1α-hidroxilasa del citocromo P450 (CYP27B1), generando la forma activa 1,25(OH)2D3 (calcitriol), que se libera al torrente sanguíneo (3-5). (Figura 1)

El calcitriol es un regulador clave en el metabolismo fosfocálcico. La evidencia acumulada en los últimos años sugiere que la vit.D activada podría participar en múltiples procesos biológicos en tejidos que expresan receptores de vit.D (por sus siglas en inglés, VDR). El calcitriol se ha asociado con la proliferación y diferenciación celular en la piel, la función muscular y reproductiva, la modulación del sistema inmunitario a nivel sistémico, y con posibles implicaciones en parámetros vasculares y metabólicos (3, 4, 6).

1.2. Hipovitaminosis D y patologías ginecológicas

La deficiencia de vit.D es frecuente en la población general y, en particular, en mujeres de mediana edad y en aquellas que han atravesado la menopausia, especialmente cuando coexisten factores como la obesidad, la malabsorción, la alteración del procesamiento renal o una exposición solar insuficiente (7-9). El tracto reproductor femenino (ovario, endometrio, trompas de Falopio, decidua y placenta) expresa VDR y enzimas implicadas en la activación local de la vit.D (5, 10).

Aunque las concentraciones bajas de 25-hidroxivit.D [25(OH)D] en sangre se han relacionado principalmente con alteraciones óseas, también se han asociado con cambios metabólicos e inflamatorios relevantes para la salud de la mujer, incluyendo el empeoramiento de los síntomas de la menopausia, el síndrome de ovario poliquístico (SOP), la endometriosis y la miomatosis uterina (9, 11-18). En conjunto, identificar y corregir la deficiencia de vit.D mediante estrategias adecuadas de repleción y mantenimiento (19-22) constituye una recomendación transversal de diversas sociedades científicas, por su impacto sobre la salud ósea y otros desenlaces asociados (7, 9, 19-24).

La evidencia siguiente debe interpretarse teniendo en cuenta que muchos estudios difieren en población incluida, niveles basales de 25(OH)D, dosis, formulación, duración del tratamiento, variables de resultado y diseño metodológico. Por ello, cuando los datos proceden principalmente de estudios observacionales o de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) con bajos tamaños muestrales, las asociaciones descritas no deben asumirse automáticamente como causalidad ni como indicación terapéutica específica.

1.2.1. Menopausia

La deficiencia de vit.D es especialmente prevalente en mujeres tras la menopausia (50-80%). Las recomendaciones de la European Menopause and Andropause Society reservan la suplementación con vit.D para corregir el déficit y proteger la salud ósea (9).

La expresión de VDR en la vagina y el tracto urinario es consistente con un posible efecto local sobre la proliferación y la diferenciación epitelial, la integridad de la barrera y las uniones celulares, el microambiente vaginal (incluido el pH) y la inmunomodulación (25). Los resultados de algunos estudios observacionales han asociado niveles bajos de vit.D con una mayor carga de comorbilidad y síntomas en la posmenopausia, aunque sin causalidad demostrada (8, 9).

Algunos estudios sugieren que la suplementación con vit.D podría aportar beneficios en mujeres con menopausia con trastornos del suelo pélvico (26, 27), con posibles mejoras de parámetros tróficos vaginales (28-30). También se han observado mejoras de la función sexual y síntomas vaginales, aunque en estos casos en tratamientos

combinados (31, 32). En dos ECA se observó mejoría vs. placebo o ausencia de tratamiento, con administración intravaginal diaria en forma de supositorio o con pautas orales semanales. En conjunto, los hallazgos favorables se concentraron en parámetros como la maduración/diferenciación epitelial y en el descenso del pH vaginal. Adicionalmente, el ensayo con administración oral mostró mejoría en componentes del Modified Vaginal Health Index, como la humedad, la consistencia y la integridad epitelial (29, 33).

1.2.2. Osteopenia y osteoporosis

En la posmenopausia, la hipovitaminosis D se asocia con una menor densidad mineral ósea (DMO) (34, 35) y un mayor riesgo de fracturas (36). Según algunos ECA y metaanálisis, la suplementación combinada de vit.D y calcio reduce de forma modesta el riesgo de fracturas y caídas, y contribuye a mantener la DMO, especialmente en mujeres de edad avanzada con déficit de vit.D o baja ingesta de calcio (37, 38).

En mujeres sanas tras la menopausia, las medidas no farmacológicas de prevención de la osteoporosis incluyen asegurar una ingesta adecuada de calcio (preferiblemente a través de la dieta), la suplementación con vit.D, la cesación tabáquica, evitar el consumo de alcohol y la práctica de ejercicio (39, 40). En el tratamiento de la osteoporosis, la suplementación con vit.D y calcio se recomienda como adyuvante de fármacos antirresortivos y osteoformadores (23, 24, 41, 42). En este contexto, la adherencia a los tratamientos resulta fundamental para el éxito terapéutico (43).

1.2.3. SOP

Las mujeres con SOP presentan con frecuencia concentraciones bajas de 25(OH)D (11, 13). En estudios observacionales, este hallazgo se ha asociado con obesidad, resistencia a la insulina, dislipemia y una mayor prevalencia del síndrome metabólico (11-13).

La evidencia procedente de ECA y metaanálisis sugiere que la suplementación con vit.D, en monoterapia o como coadyuvante de otros tratamientos (p. ej., metformina), puede producir efectos modestos, pero globalmente favorables, sobre marcadores de resistencia a la insulina e hiperandrogenismo, así como sobre algunos resultados reproductivos (tasas de ovulación, ovocitos maduros y embarazo) en mujeres con SOP (44-48). Sin embargo, en la actualidad, no se dispone de evidencia suficiente para definir una dosis óptima, la duración ideal del tratamiento o el perfil de paciente con mayor probabilidad de beneficio. En la práctica clínica, la corrección del déficit es razonable como parte del abordaje integral, sin sustituir tratamientos de primera línea.

1.2.4. Fertilidad/embarazo

Revisiones sistemáticas y metaanálisis en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida han descrito que concentraciones suficientes de 25(OH)D (≥20-30 ng/mL) tienden a correlacionarse con mayores probabilidades de recién nacido vivo, así como mayor frecuencia de test de embarazo positivos y de embarazos clínicos. Se ha propuesto que estos efectos pueden estar mediados por la influencia de la vit.D sobre la receptividad endometrial y la respuesta inmunitaria local, favoreciendo la implantación del embrión (49-52). No obstante, la evidencia actual es principalmente mecanicista y hay metaanálisis con resultados contradictorios a este respecto (53).

Distintos estudios observacionales y metaanálisis han asociado concentraciones séricas bajas de 25(OH)D (con heterogeneidad entre estudios para fijar los umbrales de riesgo) con un mayor riesgo de preeclampsia y de diabetes gestacional (49-52).

En embarazos espontáneos, un metaanálisis informó de que la suplementación con vit.D durante la gestación se asocia a una menor proporción de recién nacidos pequeños para la edad gestacional y con un mejor crecimiento posnatal, sin incremento de la mortalidad fetal o neonatal ni malformaciones congénitas. No obstante, se destacó una variabilidad relevante entre las dosis de vit.D, la población, la etnicidad, la altitud y las variables de análisis, así como los métodos analíticos empleados (53).

1.2.5. Endometriosis

Las lesiones endometriósicas expresan VDR y, en ellas, se ha descrito una mayor actividad del metabolismo de la vit.D. En estudios observacionales, se ha establecido una correlación inversa entre los niveles séricos de 25(OH)D y la presencia de endometriosis, en consonancia con estudios que sugieren que la vit.D puede modular vías inflamatorias implicadas en la génesis del dolor pélvico (14, 15).

Sin embargo, una revisión sistemática que analizó siete ECA sobre suplementación con vit.D en pacientes con dolor por endometriosis o dismenorrea señaló que la mayoría presentaban tamaños muestrales pequeños y una elevada heterogeneidad en dosis y duración. En conjunto, no se observó un efecto de la suplementación sobre el dolor relacionado con la endometriosis; pero sí se describió, con bajo nivel de evidencia, un posible efecto sobre el dolor por dismenorrea primaria (54).

Por tanto, el uso de la vit.D en endometriosis debería restringirse a la corrección de un déficit documentado, sin expectativas terapéuticas específicas sobre el dolor.

1.2.6. Miomatosis uterina

La miomatosis uterina se ha vinculado a hipovitaminosis D. Se han descrito concentraciones séricas de 25(OH) D inferiores en mujeres con miomas vs. controles, así como un mayor riesgo de leiomiomas en presencia de déficit (16-18). En línea con ello, revisiones sistemáticas y metaanálisis han señalado que las pacientes con miomas presentan con mayor frecuencia insuficiencia de vit.D y mayor volumen tumoral.

Asimismo, algunos ensayos clínicos y metaanálisis han sugerido que la suplementación con vit.D podría frenar el crecimiento o reducir el tamaño de los miomas, con un perfil de seguridad favorable (55, 56).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) describe con un alto nivel de recomendación la utilidad de la vit.D en la profilaxis primaria de los miomas (nivel de evidencia moderado) y, en menor medida, su posible utilidad en la prevención de la recurrencia tras miomectomía (nivel de evidencia bajo) (57).

1.2.7. Obesidad, resistencia a la insulina y riesgo oncológico

La obesidad y el síndrome metabólico se asocian con concentraciones más bajas de 25(OH)D. Además, las personas con obesidad o sobrepeso suelen mostrar una menor respuesta a la suplementación, por lo que con frecuencia requieren dosis de vit.D más elevadas (20, 58, 59).

En el ámbito oncológico, también se ha descrito una asociación entre niveles bajos de 25(OH)D y un mayor riesgo de cáncer de mama, especialmente en determinados subtipos de fenotipo más agresivo (p. ej., tumores no luminales y triple negativos), aunque los datos por subtipo no son completamente consistentes (60, 61). El reciente consenso publicado conjuntamente por la Sociedad Española de Oncología Médica y la Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM) recomienda asegurar un aporte adecuado de calcio y vit.D (y suplementar si la dieta no llega) en pacientes en riesgo de pérdida ósea, y en específico en mujeres tras la menopausia con cáncer de mama en tratamiento con inhibidores de la aromatasa (62).

En cuanto a diabetes tipo 2, un metaanálisis que incluyó tres ECA informó que la suplementación con vit.D en adultos con prediabetes se asocia con una reducción significativa del riesgo de padecerla del 15% (63). Asimismo, otros metaanálisis han sugerido que, en pacientes con diabetes tipo 2 y déficit de vit.D, la suplementación podría reducir los niveles de glucosa, insulina, hemoglobina glicosilada, y el índice del Modelo Homeostático para la Evaluación de la Resistencia a la Insulina, especialmente con dosis altas y en tratamientos de corta duración (64, 65).

2. CALCIFEDIOL EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA HIPOVITAMINOSIS D

2.1. Contexto histórico del 25(OH)D3

El fundamento histórico para considerar calcifediol en la prevención y el tratamiento de la hipovitaminosis D deriva de la secuencia de hallazgos que permitió establecer que la vit.D_3 es un precursor biológicamente inerte y que su activación requiere una primera hidroxilación hepática (66-72). El estudio del rol endocrino de la vit.D empieza con las descripciones del raquitismo y su relación con el aceite de hígado de bacalao (73), y continúa con la demostración de que la radiación ultravioleta genera un factor antirraquítico estable (74-78).

Entre 1968 y 1971 se identificaron de manera sucesiva el metabolito intestinal activo, la 1α-hidroxilación renal y la

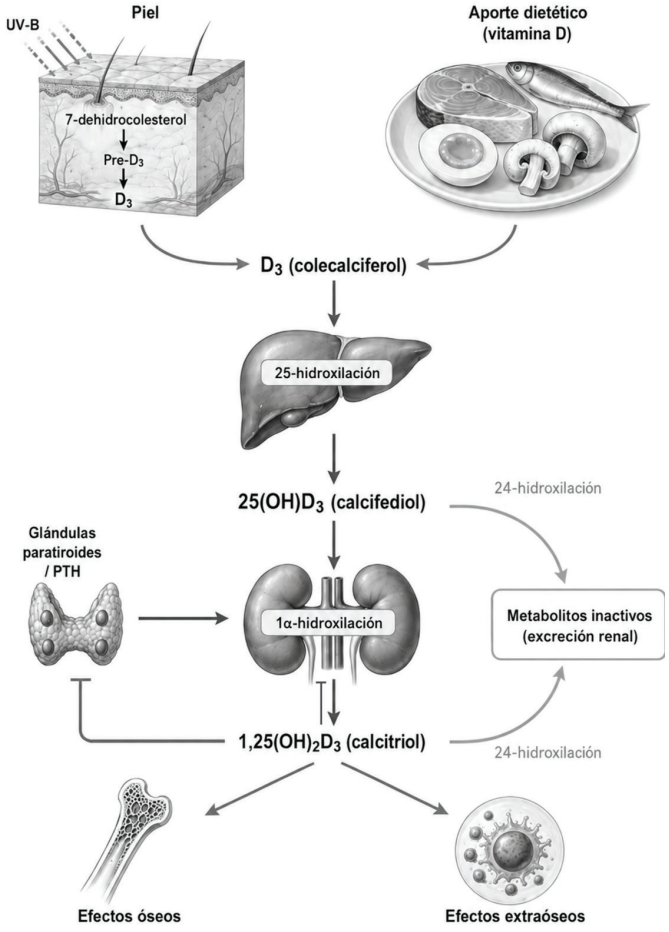


Figura 1. Síntesis, metabolismo y regulación endocrina de la vitamina D

hormona 1,25-dihidroxivit.D_3 ($1,25(OH)_2D_3$), así como los VDR, lo que completó el modelo endocrino en el que 25(OH)D3 actúa como sustrato circulante indispensable (67-72, 79).

De este modo, se consolidó la idea de que el mejor marcador del estado de la vit.D es el 25(OH)D (englobando los niveles de 25(OH)D3 y 25(OH)D2) (80-82).

Tabla 1. Características farmacológicas diferenciales de calcifediol y colecalciferol en la suplementación con vitamina D.

	Calcifediol ($25(OH)D_3$)	**Colecalciferol (vitamina D_3)**
Estado metabólico	Metabolito 25-hidroxilado de la vitamina D_3. Requiere una hidroxilación para convertirse	Requiere hidroxilación hepática a $25(OH)D_3$ y posterior hidroxilación para su conversión a
Absorción Intestinal	Presenta características fisicoquímicas que pueden favorecer una absorción menos dependiente de la	Al ser más lipofílico, su absorción depende en mayor medida de los procesos habituales de absorción de lípidos, incluida la
Eficiencia relativa para elevar 25(OH)D sérica	Se ha descrito una mayor eficiencia que la del colecalciferol (3-6 veces) para incrementar las concentraciones séricas de	Incrementa las concentraciones séricas de 25(OH)D de forma generalmente más gradual y con menor eficiencia por unidad de dosis en comparación con
Relación dosis-respuesta	Puede mostrar una relación dosis-respuesta más predecible para el aumento de la 25(OH)D sérica,	La respuesta puede ser más variable y estar influida por factores como la absorción, la adiposidad, la función hepática y
Lipofilia y distribución tisular	Menos lipofílico que el colecalciferol, lo que podría asociarse con una menor distribución o retención en el tejido adiposo (83, 94).	Más lipofílico y puede distribuirse en mayor medida hacia los compartimentos grasos, lo que puede influir en la biodisponibilidad y en la

2.2. Evidencia clínica sobre el uso de calcifediol y colecalciferol

Calcifediol y colecalciferol se emplean en la prevención y tratamiento de la hipovitaminosis D, y ambos incrementan de forma eficaz y segura las concentraciones séricas de 25(OH)D. No obstante, presentan perfiles farmacológicos diferenciados (Tabla 1). Calcifediol corresponde a la forma 25-hidroxilada y, por tanto, no precisa el paso inicial de hidroxilación hepática, situándose más cerca del metabolito activo (Figura 1) (83).

En distintos estudios, a dosis comparables, se ha descrito que calcifediol presenta una potencia aproximada ≥3× vs. colecalciferol, asociándose con incrementos significativamente mayores de 25(OH)D sérica (84-86). Además, en diversos ECA que han comparado directamente ambos tratamientos en diferentes perfiles de pacientes, calcifediol mostró de manera consistente una respuesta más rápida que colecalciferol (84-93), así como una relación dosis-respuesta generalmente más lineal y predecible. En contraste, la respuesta a colecalciferol tiende a ser menos lineal y más dependiente de la concentración basal (94). Estos hallazgos se vieron refrendados en un metaanálisis que concluyó de que calcifediol es más efectivo que colecalciferol para aumentar los niveles séricos de 25(OH) D (95).

Dado que los estudios apuntan a que no son equipotentes, algunas series clínicas y recomendaciones europeas aconsejan no intercambiar directamente las dosis de colecalciferol por las de calcifediol; además, este último no debe expresarse en unidades internacionales (UI), sino en miligramos o microgramos (96, 97).

La posible capacidad de calcifediol para aumentar los niveles séricos de 25(OH) D en un menor tiempo podría ser relevante en contextos en los que la absorción o el metabolismo condicionan la respuesta. La absorción intestinal de colecalciferol depende de la presencia de ácidos biliares y de la formación de micelas, por lo que puede verse comprometida en situaciones de malabsorción de grasas; en cambio, se ha reportado que la absorción de calcifediol se mantiene relativamente preservada en estos escenarios (88, 94, 98-100) (Tabla 1). En consecuencia, algunos documentos de consenso europeos indican que el uso de calcifediol sería especialmente preferible frente a colecalciferol en pacientes con problemas de absorción, en personas sometidas a cirugía bariátrica y en personas con obesidad (20, 101, 102).

A pesar de las ventajas descritas para calcifediol frente a colecalciferol, siguen siendo necesarios estudios comparativos directos que evalúen desenlaces clínicos

Tabla 2. Formulaciones de calcifediol disponibles en España. Indicaciones y posología según ficha técnica.

Form	Indicación	Posología y administración
0,266 mg solución oral (ampolla) (122)	• Tratamiento de la deficiencia de vitamina D (25(OH)D < 25 nmol/L) en adultos. • Prevención de deficiencia de vitamina D en adultos	• Deficiencia/prevención en población de riesgo: 1 ampolla/mes. • Adyuvante osteoporosis: 1 ampolla/mes. • En algunos pacientes pueden ser necesarias dosis más altas tras comprobar la magnitud de la deficiencia. La dosis máxima administrada no debe exceder de una ampolla por semana. • La dosis, frecuencia y duración del tratamiento deberán ser determinadas por el prescriptor, teniendo en cuenta los niveles séricos de 25(OH)D, el tipo y condiciones del paciente y otras comorbilidades como la obesidad, el síndrome de malabsorción o el tratamiento con corticosteroides.
0,266 mg cápsulas blandas (120)	• Tratamiento de la deficiencia de vitamina D (25(OH)D < 25 nmol/L) en adultos. • Prevención de deficiencia de vitamina D en adultos	• Deficiencia / prevención en población de riesgo: 1 cápsula/mes. • Adyuvante osteoporosis: 1 cápsula/mes. • En algunos pacientes pueden ser necesarias dosis más altas tras comprobar la magnitud de la deficiencia. La dosis máxima administrada no debe exceder de una cápsula por semana. • La dosis, frecuencia y duración del tratamiento deberán ser determinadas por el prescriptor, teniendo en cuenta los niveles séricos de 25(OH)D, el tipo y condiciones del paciente y otras comorbilidades como la obesidad, el síndrome de malabsorción o el tratamiento con corticosteroides.

relevantes, como fracturas, caídas o función muscular. En términos generales, la evidencia disponible para colecalciferol sigue siendo más amplia que la de calcifediol (103); lo que se explica principalmente por su disponibilidad y uso clínico históricamente más limitados en el ámbito internacional, aunque en España se trate de un compuesto bien conocido y ampliamente utilizado. En cuanto a la seguridad, los datos procedentes de ECA y de vida real describen un perfil de seguridad consistente tanto para calcifediol como para colecalciferol cuando son administrados acorde a las recomendaciones de Ficha Técnica o guías de práctica clínica (GPC) (104-106).

Aunque se trata de una situación excepcional, la intoxicación por vit.D suele asociarse a errores de medicación o a la administración concomitante de varios fármacos o complementos alimenticios que contienen vit.D. La toxicidad por vit.D se diagnostica por concentraciones marcadamente elevadas de 25(OH)D (>100 ng/mL), acompañadas de hipercalcemia e hipercalciuria graves y de una actividad de hormona paratiroidea muy baja o indetectable (107). Ante un cuadro de intoxicación, la primera medida consiste en suspender todos los suplementos de vit.D y calcio, evitar la inmovilización prolongada, corregir la deshidratación y la lesión renal asociada mediante suero salino isotónico, y monitorizar estrechamente la calcemia. En casos de toxicidad grave con hipercalcemia grave, pueden emplearse calcitonina intravenosa (4 U/kg) y bisfosfonatos, teniendo en cuenta que la calcitonina puede inducir taquifilaxia, mientras que el efecto de los bisfosfonatos es más prolongado. Los glucocorticoides intravenosos tienen un papel controvertido y suelen reservarse para casos relacionados con enfermedad granulomatosa, mientras que la hemodiálisis puede ser necesaria en situaciones excepcionales con daño renal significativo. Asimismo, se recomienda revisar detalladamente la medicación, ajustar futuras dosis de suplementación, reforzar el consejo sanitario para evitar el uso excesivo de vitaminas y monitorizar las concentraciones séricas de 25(OH)D y calcio en pacientes tratados con dosis altas (108). En este contexto, y de acuerdo con las fichas técnicas, la hipercalcemia se describe como una reacción

100 µg cápsulas blandas (109)	• Tratamiento de la deficiencia de vitamina D (25(OH)D < 25 nmol/L) en adultos. • Prevención de deficiencia en	• Deficiencia / prevención en población de riesgo: 1 cápsula/semana. • Adyuvante osteoporosis: 1 cápsula/semana. • La dosis, frecuencia y duración del tratamiento se determinará por el prescriptor, teniendo en cuenta los niveles plasmáticos de 25(OH)D, el tipo y situación del paciente y otras comorbilidades como la obesidad, el síndrome de malabsorción o el tratamiento con corticosteroides.
0,1 mg/mL gotas orales en solución (123)	Adultos: • Tratamiento de deficiencia (25(OH)D < 25 nmol/L). • Prevención de la def	Adultos: • Deficiencia / prevención en población de riesgo: 1-3 gotas/día (4-12 µg). • Adyuvante osteoporosis: 1-3 gotas/día (4-12 µg). Pediatría: • Deficiencia: < 11 años, 1 gota/día (4 µg); 12-18 años, 2 gotas/día (8 µg). • Raquitismo carencial: 1-2 gotas/día (4-8 µg), aumentando si no hay respuesta. • Raquitismo resistente: escalado progresivo con vigilancia, pudiendo llegar a 65 gotas/día o días alternos (260 µg) o más si fuese preciso. • En algunos pacientes pueden ser necesarias dosis más altas tras comprobar analíticamente la magnitud de la deficiencia. • La dosis, frecuencia y duración del

adversa de frecuencia no conocida para calcifediol (109) y poco frecuente para colecalciferol (110).

2.3 Formulaciones disponibles en España y posología

Las diferentes formulaciones de calcifediol disponibles en España permiten pautas diarias, semanales o mensuales (Tabla 2). La disponibilidad de pautas intermitentes capaces de mantener concentraciones séricas de 25(OH)D dentro de rango (111) ofrece opciones de especial interés en pacientes polimedicados (112, 113).

Aunque las GPC internacionales tienden a recomendar dosis diarias de suplementación con vit.D, no existen estudios de comparación directa centrados en seguridad que demuestren diferencias frente a esquemas no diarios. Asimismo, no se dispone de estudios de adherencia terapéutica que comparen de forma directa la administración semanal o mensual de calcifediol.

Sin embargo, en el ámbito ginecológico y en otras áreas se han consolidado múltiples opciones terapéuticas con pautas no diarias, como la anticoncepción hormonal semanal o mensual y los bisfosfonatos semanales para el tratamiento de la osteoporosis (114, 115). En estos estudios que comparan esquemas no diarios con pautas diarias, las pacientes suelen mostrar una elevada aceptación o preferencia por los regímenes no diarios, asociada a su mayor comodidad (115, 116). En este sentido, la posología debería individualizarse, priorizando la pauta que mejor favorezca la aceptación y la adherencia terapéutica.

2.4. Posicionamiento de la suplementación en GPC

En general, las recomendaciones de las GPC internacionales y nacionales coinciden en priorizar una suplementación dirigida a poblaciones con deficiencia o alto riesgo (p. ej., edad avanzada, institucionalización, osteoporosis o tratamiento para la osteoporosis). Algunas también consideran, con diferente grado de recomendación y nivel de evidencia, la suplementación en situaciones clínicas específicas, como la planificación del embarazo, la gestación o la lactancia; la edad avanzada con hospitalización; la obesidad o los síndromes de malabsorción (incluida cirugía bariátrica); la enfermedad hepática crónica o la enfermedad renal crónica; el tratamiento con fármacos que interfieren con el metabolismo o la absorción de la vit.D (p. ej., antiepilépticos,

3 mg solución oral (ampolla) (121)	• Tratamiento de la deficiencia de vitamina D (25(OH)D < 25 nmol/l) en	Adultos: dosis única de 1 ampolla (3 mg). Bajo supervisión médica, tras intervalo adecuado (normalmente ≥ 2 meses) puede administrarse nueva dosis hasta alcanzar concentración media 25 ng/mL de 25(OH)D, individualizando según deficiencia inicial, trastorno y respuesta (controlando en todo momento los parámetros).

25(OH)D: 25-hidroxivitamina D; ERC-EMO: enfermedad renal crónica asociada a enfermedad mineral ósea.

glucocorticoides o antirretrovirales); o la prediabetes de alto riesgo (9, 20-24, 57, 117-119).

2.5. No todas las GPC o consensos incluyen recomendaciones sobre el uso de calcifediol, principalmente debido a la reciente incorporación de esta molécula en algunos países (9, 23, 24, 57, 117). Sin embargo, consensos internacionales como el Central and Eastern European Expert Consensus Statement y el de la Latin American Federation of Endocrinology, así como los nacionales de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, la SEIOMM y la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia posicionan a calcifediol como alternativa eficaz a colecalciferol en todos los pacientes, destacándolo como una opción preferencial principalmente en pacientes con malabsorción, hepatopatías, obesidad o necesidad de una corrección rápida del déficit debido a su mayor rapidez de acción, potencia y mejor absorción (20-22, 118, 119) (Tabla 3).

2.6. Preguntas frecuentes (FAQ).

1) ¿Cómo interpreto equivalencias entre UI y µg? ¿Puedo "convertir" dosis entre calcifediol y colecalciferol?

Dado que los estudios apuntan a que calcifediol y colecalciferol no son equipotentes (96) y que la curva dosis/respuesta no tiene el comportamiento lineal ante el uso de uno u otro (mayor comportamiento lineal, y predictibilidad, con calcifediol), las GPC no recomiendan intercambiar directamente las dosis (20-22, 94, 119). Además, calcifediol no debe expresarse en UI, sino en miligramos o microgramos (83).

2) ¿Cuánto tiempo debo mantener la suplementación con vit.D con calcifediol? ¿Cuándo hay que interrumpir el tratamiento? ¿Son necesarias las "vacaciones terapéuticas"?

La dosis, la frecuencia y la duración del tratamiento con calcifediol deben individualizarse en función de los niveles basales séricos de 25(OH)D, el tipo y condiciones del paciente y comorbilidades (p. ej., obesidad, malabsorción, corticoterapia) (109, 120-123). En las recomendaciones de la SEIOMM se recomienda suplementar de manera indefinida a población con riesgo de deficiencia de 25(OH)D mientras persista el factor de riesgo o la indicación clínica (20). No se contempla como necesario un periodo de "vacaciones terapéuticas". Solo si corregida la causa del déficit o en caso de intoxicación, se requerirá la interrupción del tratamiento (109, 120-123).

3) ¿Cuándo debo revisar los niveles de 25(OH)D tras iniciar o ajustar la suplementación con calcifediol? ¿Qué consejos tengo que seguir de cara a la medición de los niveles de 25(OH)D?

Se sugiere monitorizar 3-4 meses tras iniciada la suplementación; en ese momento se habrá alcanzado un estado estacionario si se mantiene una posología constante. Si los niveles están en rango óptimo, mantener posología y monitorizar cada 6-12 meses. En caso de no estar en rango óptimo, ajustar dosis/frecuencia y volver a monitorizar a los 3-4 meses. Así sucesivamente hasta alcanzar nivel en rango óptimo (20, 105).

Sobre la medición de los niveles de 25(OH)D en sangre para su monitorización, se recomienda medirlos tras ≥3 días desde la última dosis en pautas semanales (estandarización establecida en la práctica clínica sin evidencia científica) y ≥7 días para pautas mensuales con base en la farmacocinética mostrada por calcifediol (20, 91). Independientemente de la posología, lo ideal es hacer la medición en el momento más cercano posible a la siguiente dosis.

4) ¿Qué niveles de 25(OH)D debo considerar déficit o insuficiencia?

Para salud ósea, la SEIOMM fija los niveles para población general en <25 ng/mL como riesgo de deficiencia (10-25 ng/mL insuficiencia; <10 ng/mL deficiencia grave) y en población con osteoporosis y otras poblaciones de riesgo de déficit de vit.D en <30 ng/mL (10-30 ng/mL insuficiencia; <10 ng/mL deficiencia grave) (20). Cuando el objetivo es extra-óseo, se ha propuesto que los niveles deberían estar por encima de 30 ng/mL (124).

5) ¿Debo tratar solo el déficit de vit.D o también la insuficiencia?

Tabla 3. Guías de práctica clínica y consensos.

Guía/ Consenso/	Año	Recomendaciones sobre suplementación con	Recomendaciones específicas para calcifediol
Clinical Practice in the Prevention, Diagnosis and Treatment of Vitamin D Deficiency: A Central and Eastern European Expert Consensus Statement (118)	2022	• Recomendación de 800–2.000 UI/día en adultos con riesgo, con osteoporosis (junto con calcio si está indicado), mayores de 65 años, institucionalizados, hospitalizados, en embarazo/lactancia y para la prevención en periodo invernal si se busca mantener niveles adecuados. • En déficit, tratar si 25(OH)D <20 ng/mL y considerar si <30 ng/mL; pueden requerirse dosis mayores durante 4–12 semanas, especialmente en obesidad	• Recomendado para situaciones de obesidad, síndromes de malabsorción, enfermedad hepática, ERC estadio 3-4, y cuando se requiere corrección rápida del déficit. • Podría ser beneficioso si se usan fármacos que alteran el sistema hepático citocromo P-450 (incluye glucocorticoides, anticonvulsivantes, antineoplásicos, antirretrovirales). Limitaciones/precauciones señaladas: • Pese a que los autores destacan que colecalciferol y calcifediol son igualmente eficaces para el
Recomendaciones de la SEIOMM en la prevención y tratamiento del déficit de vitamina D. Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM) (20)	2021	• Recomienda suplementar o tratar el déficit con colecalciferol o calcifediol, especialmente en población con riesgo de deficiencia, osteoporosis, obesidad, malabsorción, cirugía bariátrica o tratamientos que interfieren con el metabolismo de vitamina D. • Considera la corrección del déficit un componente esencial del manejo de la osteoporosis. Propone monitorización de 25(OH)D hasta alcanzar	• En general, tanto colecalciferol como calcifediol son formas eficaces y seguras para la prevención y tratamiento del déficit de vitamina D en todas las poblaciones. • Preferencia por calcifediol: ○ Se describe que calcifediol tiene mayor rapidez de acción y es 3-6 veces más potente para elevar 25(OH)D que colecalciferol. ○ Puede ser preferible en hepatopatía crónica, en tratamiento con fármacos que compiten con la síntesis de 25(OH)D, o en deficiencia

En ambos casos se recomienda una suplementación con ajuste de la dosis según los niveles basales de 25(OH)D séricos y el tipo de paciente (Tabla 3).

6) ¿En qué situaciones puedo recomendar la suplementación con vit.D en el ámbito de la ginecología?

Según las recomendaciones de las principales GPC nacionales e internacionales y documentos de consenso (9, 20-24, 57, 117-119), la suplementación con vit.D se puede recomendar con grado moderado o alto de evidencia en los casos descritos (Tabla 4).

7) ¿Debe administrarse calcifediol con comida?

Calcifediol puede tomarse independientemente de las comidas y junto con agua, leche o zumo (109, 120-123).

8) ¿Qué hago si el paciente no alcanza el objetivo de 25(OH)D)?

En caso de una respuesta insuficiente, primero se debe comprobar que el paciente está cumpliendo con su tratamiento y, posteriormente, aumentar la dosis o la frecuencia (20).

9) ¿Puedo coadministrar calcifediol con colecalciferol?

Se debe intentar evitar la coadministración de cualquier análogo de vit.D junto con calcifediol por el riesgo de efectos aditivos e hipercalcemia. Además, hay que tener en cuenta alimentos u otros suplementos que puedan contener vit.D (109, 120-123). No obstante, si el paciente ya estaba recibiendo otro fármaco o complemento con colecalciferol y persiste la deficiencia o la insuficiencia de vit.D, la coadministración puede realizarse, siempre que se monitoricen los niveles para detectar una posible toxicidad por acumulación. Por el contrario, si el paciente está en tratamiento con calcifediol y se plantea añadir posteriormente colecalciferol, debe valorarse en primer lugar la necesidad real de dicha adición y, después, realizar un control analítico estrecho de los niveles.

10) ¿Qué consideraciones debo tener en la suplementación de mujeres embarazadas?

		objetivo y posteriormente seguimiento periódico. • Tratamiento del déficit: ○ Población general (objetivo 25(OH)D > 25 ng/mL): ○ < 10 ng/mL: calcifediol 266 µg/ semana durante 5	severa que requiera reposición rápida. ○ Por farmacocinética, puede ser preferible cuando hay interferencia en síntesis de 25(OH)D (p. ej., antiepilépticos), menor biodisponibilidad de vitamina D3 (p. ej., obesidad) o malabsorción severa (p. ej., cirugía bariátrica). • Monitorización específica con
Clinical Practice Guidelines of the Latin American Federation of Endocrinology for the use of vitamin D in the maintenance of bone health: recommendations for the Latin American	2024	• Recomienda suplementar en deficiencia para alcanzar niveles >20 ng/ mL, especialmente en mujeres posmenopáusicas, varones ≥50 años, personas frágiles, mayores o institucionalizadas, y pacientes con osteoporosis o riesgo osteoporótico. • Recomienda asegurar niveles adecuados de	• Los autores destacan que calcifediol es una molécula "más cercana" a la activación que colecalciferol; que tiene una absorción independiente de ácidos biliares/micelas, por lo que puede ser preferible en malabsorción de grasas (celiaquía, insuficiencia pancreática, colestasis/cirrosis biliar), intestino corto, cirugía bariátrica, obesidad y/o fármacos que reducen la absorción lipídica. • Potencia/velocidad: a dosis
Recomendaciones de vitamina D para la población general. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) (119)	2017	• Recomienda ingestas preventivas de 600 UI/día en adultos <70 años y 800 UI/día en ≥70 años cuando dieta o exposición solar sean insuficientes. • En déficit, recomienda tratamiento con colecalciferol o calcifediol, ajustando dosis según severidad y etiología, con monitorización periódica. • En pacientes con	• Incluido como opción recomendada para tratar el déficit de vitamina D (junto con colecalciferol) (recomendación fuerte, nivel de evidencia moderada). • Consideraciones farmacológicas descritas: calcifediol no es equipotente a la vitamina D3; es más hidrofílica, con vida media más corta, inicio de acción más rápido, y es 3 a 6 veces más potente para elevar la 25(OH)D

Los datos disponibles sobre vit.D/25(OH)D no muestran una asociación consistente con malformaciones congénitas (125). La principal preocupación descrita es la sobredosificación mantenida con hipercalcemia materno-fetal, por lo que se recomienda reevaluar la indicación terapéutica y monitorizar el metabolismo fosfocálcico cuando la exposición haya sido significativa (123).

El Institute of Medicine ha determinado que las concentraciones de 25(OH)D >20 ng/mL son adecuadas según los estudios disponibles (126). Sin embargo, hay publicaciones que recomiendan en embarazadas niveles >40 ng/mL (127). En caso de requerirse suplementación, el momento de inicio es un factor clave, ya que los mayores beneficios, como la reducción del riesgo de preeclampsia, se observan cuando se inicia de forma temprana, concretamente durante el primer trimestre o antes de la semana 20 de gestación (128). La SEGO indica que la evidencia disponible no justifica solicitar de forma sistemática el cribado de vit.D en todas las mujeres embarazadas. No obstante, en gestantes con mayor probabilidad de presentar hipovitaminosis D (p. ej., obesidad, factores de riesgo de preeclampsia, escasa exposición solar o antecedentes de cirugía gastrointestinal que pueda comprometer la absorción) sí estaría indicado valorar sus niveles al comienzo del embarazo (129).

La exposición inadvertida a calcifediol a dosis terapéuticas en fases muy precoces de gestación no dispone de evidencia humana directa suficiente para excluir riesgo. En cuanto a la suplementación con calcifediol, la solución oral en gotas 0,1 mg/mL solo tiene indicación en embarazadas con déficit de vit.D diagnosticado, en dosis de 4-12 µg/día, dependiendo de la gravedad del déficit. El seguimiento es similar al estipulado para las mujeres no embarazadas (123).

11) ¿Qué interacciones debo considerar?

Existen diferentes interacciones descritas en el uso de calcifediol (109, 120-123) (Tabla 5).

12) ¿Qué hacer si se olvida una dosis?

No debe duplicarse dosis para compensar dosis olvidadas; se debe tomar la dosis olvidada lo antes posible. Tras ello, volver a la pauta regular de dosificación.

Osteoporosis, MenoGuía AEEM. Segunda edición. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) (22)	2022	• Recomienda optimizar calcio, vitamina D, dieta y exposición solar saludable, y suplementar si persisten niveles bajos, déficit severo, osteoporosis o tratamiento farmacológico antirresortivo. • En mujeres posmenopáusicas con	• Indica que la suplementación debe basarse preferentemente en calcifediol y colecalciferol. • Describe que calcifediol oral aumenta más rápido la 25(OH)D sérica vs colecalciferol (requiere dosis más bajas), presenta curva dosis-respuesta lineal y tiene mayor absorción intestinal; puede estar especialmente indicado en insuficiencia

25(OH)D: 25-hidroxivitamina D; CV: cardiovascular; DMO: densidad mineral ósea; ERC: enfermedad renal crónica; IMC: índice de masa corporal; UI: unidades internacionales.

Tabla 4. Indicaciones de suplementación con vitamina D en el ámbito de la ginecología

Situación /	Recomendaciones	Nivel de
Mujeres posmenopáusicas ≥50 años con deficiencia o	Se recomienda la suplementación.	Alta
Mujeres con osteoporosis	Como adyuvante del tratamiento antirresortivo o anabólico, si hay sospecha o confirmación de deficiencia, se debe suplementar para mantener un estatus adecuado de vitamina D, corrigiendo	Alta
Mujeres institucionalizadas	Se recomienda la suplementación junto con una ingesta adecuada de calcio, preferiblemente a través de la dieta, para mantener la salud ósea y	Alta
Mujeres con prediabetes de	Se sugiere la suplementación, además de cambios en el estilo de vida, para reducir el riesgo de	Moderada
Profilaxis primaria de	Se reconoce la utilidad de la suplementación con vitamina D.	Moderada

13) ¿Tiene sentido recomendar vitamina K2 junto con calcifediol?

Aunque la vitamina K2 mejora los marcadores bioquímicos de formación ósea, la coadministración con vit.D no ha demostrado beneficios adicionales claros para prevenir la pérdida ósea en mujeres con osteopenia que ya reciben suplementación adecuada de calcio y vit.D (130-133). En consonancia, la vitamina K2 no se incorpora a las recomendaciones de las principales GPC sobre osteoporosis, mientras que el calcio y la vit.D sí forman parte de sus medidas no farmacológicas habituales.

3. CONCLUSIONES

Desde la ginecología, la vit.D debe considerarse un determinante relevante en la salud global de la mujer. En este contexto, la corrección de la hipovitaminosis D constituye una intervención razonable, segura y de bajo coste. Aunque su posible implicación en diversas patologías ginecológicas resulta prometedora, su utilización como tratamiento específico debe abordarse con prudencia y apoyarse en la evidencia disponible. Entre las opciones terapéuticas para la suplementación, calcifediol destaca por su elevada eficacia para corregir el déficit, así como por su mayor potencia, rapidez de acción y perfil de respuesta más lineal y predecible comparado con colecalciferol. Estas características pueden favorecer la consecución más temprana de concentraciones adecuadas en la práctica clínica diaria, especialmente en pacientes con obesidad o síndromes de malabsorción. No obstante, siguen siendo necesarios estudios comparativos directos que evalúen desenlaces clínicamente relevantes, como fracturas o caídas, para determinar si estas ventajas bioquímicas se traducen en una superioridad clínica frente a colecalciferol.

Agradecimientos

El apoyo en la redacción médica, bajo la supervisión de los autores, fue proporcionado por Pablo Parra, PhD y Javier Arranz-Nicolás, PhD de Medical Statistics Consulting (MSC), Valencia, España, de acuerdo con las directrices de Buenas Prácticas de Publicación (DeTora, L.M. et al. Ann Intern Med. 2022), y financiado por FAES FARMA.

Tabla 5. Interacciones descritas de calcifediol con otros fármacos

Categoría de	Fármacos	Efecto en Calcifediol /	Recomendación y
Inductores Enzimáticos	Fenitoína, fenobarbital, primidona, rifampicina,	Reducción de concentraciones plasmáticas por inducción del	Monitorizar niveles de 25(OH)D. Valorar ajuste de dosis o
Inhibidores de CYP	Atazanavir, claritromicina, indinavir, nelfinavir, ritonavir,	Potencial aumento de niveles de 25(OH)D por inhibición de CYP27B1 y	Vigilancia estrecha de niveles séricos para evitar toxicidad.
Interferencia en la Absorción	Colestiramina, colestipol, orlistat, parafina, aceite mineral.	Posible reducción de la absorción intestinal.	Espaciar la administración ≥ 2 horas o emplear alternativas (ej.
Efecto Aditivo (Hipercalcemia)	Suplementos de calcio, otros análogos de vitamina D	Incremento del riesgo de hipercalcemia y toxicidad por vitamina D.	Evitar el uso concomitante incontrolado.
Alteración de la Excreción	Diuréticos tiazídicos (ej.	Reducción de la eliminación urinaria de	Monitorizar calcemia ante el
Riesgo Cardiovascular	Glucósidos cardíacos (Digoxina), verapamilo.	En caso de hipercalcemia por intoxicación, esto potenciaría la toxicidad de digoxina (arritmias). Posible reducción del	Vigilancia de niveles para evitar intoxicación. En caso de intoxicación por vitamina D,
Antagonismo	Corticosteroides.	Disminuye niveles de calcifediol por	Ajustar dosis de calcifediol según
Alteraciones Electrolíticas	Sales de Magnesio (quelantes de	Riesgo de hipermagnesemia.	Ajustar dosis según niveles de

BIBLIOGRAFÍA

1. Giustina A, Lazaretti-Castro M, Martineau AR, Mason RS, Rosen CJ, Schoenmakers I. A view on vitamin D: a pleiotropic factor? Nature Reviews Endocrinology. 2024;20(4):202-8.
2. Sabit H, Abdel-Ghany S, Abdallah MS, Abul-Maaty O, Khoder AI, Shoman NA, et al. Vitamin D: A key player in COVID-19 immunity and lessons from the pandemic to combat immune-evasive variants. Inflammopharmacology. 2024;32(6):3631-52.
3. Sassi F, Tamone C, D'Amelio P. Vitamin D: Nutrient, Hormone, and Immunomodulator. Nutrients. 2018;10(11):1656.
4. Bouillon R, Marcocci C, Carmeliet G, Bikle D, White JH, Dawson-Hughes B, et al. Skeletal and Extraskeletal Actions of Vitamin D: Current Evidence and Outstanding Questions. Endocrine Reviews. 2019;40(4):1109-51.
5. Cyprian F, Lefkou E, Varoudi K, Girardi G. Immunomodulatory Effects of Vitamin D in Pregnancy and Beyond. Frontiers in Immunology. 2019;10.
6. Wei R, Christakos S. Mechanisms Underlying the Regulation of Innate and Adaptive Immunity by Vitamin D. Nutrients. 2015;7(10):8251-60.
7. Harvey NC, Ward KA, Agnusdei D, Binkley N, Biver E, Campusano C, et al. Optimisation of vitamin D status in global populations. Osteoporos Int. 2024;35(8):1313-22.
8. Mei Z, Hu H, Zou Y, Li D. The role of vitamin D in menopausal women's health. Frontiers in Physiology. 2023;14.
9. Anagnostis P, Livadas S, Goulis DG, Bretz S, Ceausu I, Durmusoglu F, et al. EMAS position statement: Vitamin D and menopausal health. Maturitas. 2023;169:2-9.
10. Anagnostis P, Karras S, Goulis DG. Vitamin D in human reproduction: a narrative review. International Journal of Clinical Practice. 2013;67(3):225-35.
11. Kohlhoff G, Kirwan R, Mushtaq S. The effect of vitamin D supplementation on markers of insulin resistance in women with polycystic ovarian syndrome: a systematic review. European Journal of Nutrition. 2024;63(8):2859-69.
12. Hahn S, Haselhorst U, Tan S, Quadbeck B, Schmidt M, Roesler S, et al. Low Serum 25-Hydroxyvitamin D Concentrations are Associated with Insulin Resistance and Obesity in Women with Polycystic Ovary Syndrome. Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes. 2006;114(10):577-83.
13. Wehr E, Pilz S, Schweighofer N, Giuliani A, Kopera D, Pieber TR, et al. Association of hypovitaminosis D with metabolic disturbances in polycystic ovary syndrome. European Journal of Endocrinology. 2009;161(4):575-82.
14. Ursache A, Lozneanu L, Bujor IE, Mandici CE, Boiculese LV, Bausic AIG, et al. Vitamin D—The Iceberg in Endometriosis—Review and Meta-Analysis. Journal of Personalized Medicine. 2024;14(1):119.
15. Kahlon BK, Simon-Collins M, Nylander E, Segars

J, Singh B. A systematic review of vitamin D and endometriosis: role in pathophysiology, diagnosis, treatment, and prevention. F&S Reviews. 2023;4(1):1-14.
16. Mohammadi R, Tabrizi R, Hessami K, Ashari H, Nowrouzi-Sohrabi P, Hosseini-Bensenjan M, et al. Correlation of low serum vitamin-D with uterine leiomyoma: a systematic review and meta-analysis. Reproductive Biology and Endocrinology. 2020;18(1).
17. Paffoni A, Somigliana E, Vigano P, Benaglia L, Cardellicchio L, Pagliardini L, et al. Vitamin D Status in Women With Uterine Leiomyomas. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2013;98(8):E1374-E8.
18. Baird DD, Hill MC, Schectman JM, Hollis BW. Vitamin D and the Risk of Uterine Fibroids. Epidemiology. 2013;24(3):447-53.
19. Bendotti G, Biamonte E, Leporati P, Goglia U, Ruggeri RM, Gallo M. Vitamin D Supplementation: Practical Advice in Different Clinical Settings. Nutrients. 2025;17(5):783.
20. Casado E, Quesada J, Naves M, Peris P, Jódar E, Giner M, et al. Recomendaciones de la SEIOMM en la prevención y tratamiento del déficit de vitamina D. Rev Osteoporos Metab Miner. 2021;13(2):84-97.
21. Gómez O, Campusano C, Cerdas-P S, Mendoza B, Páez-Talero A, De La Peña-Rodríguez MP, et al. Clinical Practice Guidelines of the Latin American Federation of Endocrinology for the use of vitamin D in the maintenance of bone health: recommendations for the Latin American context. Archives of Osteoporosis. 2024;19(1).
22. Presa Lorite JC, García Alfaro P, Martínez Medina M, Baró Mariné F, Fasero Laiz M, González Béjar M, et al. Osteoporosis. MenoGuía AEEM. 2ª ed. Granada: Editorial Universidad de Granada; 2022.
23. Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, Reginster JY. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporosis International. 2019;30(1):3-44.
24. Gregson CL, Armstrong DJ, Avgerinou C, Bowden J, Cooper C, Douglas L, et al. The 2024 UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. Archives of Osteoporosis. 2025;20(1).
25. Hassanein MM, Huri HZ, Abduelkarem AR, Baig K. Therapeutic Effects of Vitamin D on Vaginal, Sexual, and Urological Functions in Postmenopausal Women. Nutrients. 2023;15(17):3804.
26. Schulte-Uebbing C, Schlett S, Craiut D, Bumbu G. Stage I and II Stress Incontinence (SIC): High dosed vitamin D may improve effects of local estriol. Dermato-Endocrinology. 2016;8(1):e1079359.
27. Arjmand M, Abbasi H, Behforouz A. The effect of vitamin D on urgent urinary incontinence in postmenopausal women. International Urogynecology Journal. 2023;34(8):1955-60.
28. Yildirim B, Kaleli B, Düzcan E, Topuz O. The effects of postmenopausal Vitamin D treatment on vaginal atrophy. Maturitas. 2004;49(4):334-7.
29. Bala R, Kaur H, Nagpal M. Authenticity of vitamin D in modified vaginal health index in geriatric subjects. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2016:4119-22.
30. Carranza-Lira S, Amador-Pérez C, Macgregor-Gooch AL, Estrada-Moscoso I. [Changes in maturation index and vaginal dryness in postmenopausal women who use or not calcitriol]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012;50(5):537-40.
31. Radnia N, Hosseini ST, Vafaei SY, Pirdehghan A, Mehrabadi NL. The effect of conjugated estrogens vaginal cream and a combined vaginal cream of vitamins D and E in the treatment of genitourinary syndrome. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2023;12(3):507-16.
32. Vitale SG, Caruso S, Rapisarda AMC, Cianci S, Cianci A. Isoflavones, calcium, vitamin D and inulin improve quality of life, sexual function, body composition and metabolic parameters in menopausal women: result from a prospective, randomized, placebo-controlled, parallel-group study. Menopausal Review. 2018;17(1):32-8.
33. Rad P, Tadayon M, Abbaspour M, Latifi SM, Rashidi I, Delaviz H. The effect of vitamin D on vaginal atrophy in postmenopausal women. Iran J Nurs Midwifery Res. 2015;20(2):211-5.
34. Lee DY, Jee JH, Cho YY, Jang JY, Yu TY, Kim TH, et al. Serum 25-hydroxyvitamin D cutoffs for functional bone measures in postmenopausal osteoporosis. Osteoporosis International. 2017;28(4):1377-84.
35. Kuchuk NO, Van Schoor NM, Pluijm SM, Chines A, Lips P. Vitamin D Status, Parathyroid Function, Bone Turnover, and BMD in Postmenopausal Women With Osteoporosis: Global Perspective. Journal of Bone and Mineral Research. 2009;24(4):693-701.

36. Lv Q-B, Gao X, Liu X, Shao Z-X, Xu Q-H, Tang L, et al. The serum 25-hydroxyvitamin D levels and hip fracture risk: a meta-analysis of prospective cohort studies. Oncotarget. 2017;8(24):39849-58.
37. Anagnostis P, Bosdou JK, Kenanidis E, Potoupnis M, Tsiridis E, Goulis DG. Vitamin D supplementation and fracture risk: Evidence for a U-shaped effect. Maturitas. 2020;141:63-70.
38. Yao P, Bennett D, Mafham M, Lin X, Chen Z, Armitage J, et al. Vitamin D and Calcium for the Prevention of Fracture. JAMA Network Open. 2019;2(12):e1917789.
39. Wang L-T, Chen L-R, Chen K-H. Hormone-Related and Drug-Induced Osteoporosis: A Cellular and Molecular Overview. International Journal of Molecular Sciences. 2023;24(6):5814.
40. Shoback D, Rosen CJ, Black DM, Cheung AM, Murad MH, Eastell R. Pharmacological Management of Osteoporosis in Postmenopausal Women: An Endocrine Society Guideline Update. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2020;105(3):587-94.
41. Yang Y, Yang M, Su X, Xie F. Efficacy of combination therapy of vitamin D and bisphosphonates in the treatment of postmenopausal osteoporosis: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Pharmacology. 2024;15.
42. Peris P, Martínez-Ferrer A, Monegal A, Martínez De Osaba MJ, Muxi A, Guañabens N. 25 hydroxyvitamin D serum levels influence adequate response to bisphosphonate treatment in postmenopausal osteoporosis. Bone. 2012;51(1):54-8.
43. Alahmari MM, Alhilali AI, Thabet TA, Alshahrani MA, Mobasher WA, Al Mubarak DA, et al. Impact of Medication Adherence on Bone Mineral Density and Fracture Risk in Patients With Osteoporosis: A Systematic Review. Cureus. 2023.
44. Yang M, Shen X, Lu D, Peng J, Zhou S, Xu L, et al. Effects of vitamin D supplementation on ovulation and pregnancy in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Endocrinology. 2023;14.
45. Łagowska K, Bajerska J, Jamka M. The Role of Vitamin D Oral Supplementation in Insulin Resistance in Women with Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Nutrients. 2018;10(11):1637.
46. Kazeminia M, Rajati F, Rasulehvandi R, Rajati M. The effect of vitamin D on the hormonal profile of women with polycystic ovarian syndrome: a systematic review and meta-analysis. Middle East Fertility Society Journal. 2024;29(1).
47. Rashidi B, Haghollahi F, Shariat M, Zayerii F. The Effects of Calcium-Vitamin D and Metformin on Polycystic Ovary Syndrome: A Pilot Study. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. 2009;48(2):142-7.
48. Miao CY, Fang XJ, Chen Y, Zhang Q. Effect of vitamin D supplementation on polycystic ovary syndrome: A meta-analysis. Experimental and Therapeutic Medicine. 2020.
49. Wei S-Q, Qi H-P, Luo Z-C, Fraser WD. Maternal vitamin D status and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2013;26(9):889-99.
50. Zhang Y, Gong Y, Xue H, Xiong J, Cheng G. Vitamin D and gestational diabetes mellitus: a systematic review based on data free of Hawthorne effect. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2018;125(7):784-93.
51. Serrano-Díaz NC, Gamboa-Delgado EM, Domínguez-Urrego CL, Vesga-Varela AL, Serrano-Gómez SE, Quintero-Lesmes DC. Vitamina D y riesgo de preeclampsia: revisión sistemática y metaanálisis. Biomédica. 2017;38:43-53.
52. Zhao R, Zhou L, Wang S, Xiong G, Hao L. Association between maternal vitamin D levels and risk of adverse pregnancy outcomes: a systematic review and dose–response meta-analysis. Food & Function. 2022;13(1):14-37.
53. Bi WG, Nuyt AM, Weiler H, Leduc L, Santamaria C, Wei SQ. Association Between Vitamin D Supplementation During Pregnancy and Offspring Growth, Morbidity, and Mortality. JAMA Pediatrics. 2018;172(7):635.
54. Zhou IW, Zhang AL, Tsang MS-M, Xue CC. Vitamin D for primary dysmenorrhea and endometriosis-related pain – A systematic review of registered RCTs. PLOS ONE. 2025;20(4):e0321393.
55. Hajhashemi M, Ansari M, Haghollahi F, Eslami B. The effect of vitamin D supplementation on the size of uterine leiomyoma in women with vitamin D deficiency. Caspian J Intern Med. 2019;10(2):125-31.
56. Alsharif SA, Baradwan S, Alshahrani MS, Khadawardi K, Alsghan R, Badghish E, et al. Effect of Oral Consumption of Vitamin D on Uterine Fibroids: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. Nutrition and Cancer. 2024;76(3):226-35.
57. Cristóbal García I, Goitia Ibarra M, Monleón

Sancho J, Rius Dorca M. Manejo y seguimiento de pacientes con diagnóstico de miomas uterinos. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO); 2025.
58. Giustina A, Bilezikian JP, Adler RA, Banfi G, Bikle DD, Binkley NC, et al. Consensus Statement on Vitamin D Status Assessment and Supplementation: Whys, Whens, and Hows. Endocrine Reviews. 2024;45(5):625-54.
59. Molani-Gol R, Rafraf M, Asghari Jafarabadi M, Aftabi-Yousefabad S. Effects of vitamin D supplementation on metabolic factors, serum omentin-1, and anthropometric indices in middle-aged women with prediabetes: a double-blind randomized controlled trial. Nutrition & Diabetes. 2025;15(1).
60. Vanhevel J, Verlinden L, Doms S, Wildiers H, Verstuyf A. The role of vitamin D in breast cancer risk and progression. Endocrine-Related Cancer. 2022;29(2):R33-R55.
61. Torres A, Cameselle C, Otero P, Simal-Gandara J. The Impact of Vitamin D and Its Dietary Supplementation in Breast Cancer Prevention: An Integrative Review. Nutrients. 2024;16(5):573.
62. Beato-Zambrano C, Nogues X, Ramírez-Merino N, Librizzi MS, Castañeda S, Etxebarria Foronda I, et al. Bone health in patients with cancer: a SEOM-SEIOMM consensus review of risk factors, assessment strategies, and management approaches. Clinical and Translational Oncology. 2026.
63. Pittas AG, Kawahara T, Jorde R, Dawson-Hughes B, Vickery EM, Angellotti E, et al. Vitamin D and Risk for Type 2 Diabetes in People With Prediabetes. Annals of Internal Medicine. 2023;176(3):355-63.
64. Farahmand MA, Daneshzad E, Fung TT, Zahidi F, Muhammadi M, Bellissimo N, et al. What is the impact of vitamin D supplementation on glycemic control in people with type-2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trails. BMC Endocrine Disorders. 2023;23(1).
65. Chen W, Liu L, Hu F. Efficacy of vitamin D supplementation on glycaemic control in type 2 diabetes: An updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Diabetes, Obesity and Metabolism. 2024;26(12):5713-26.
66. Norman AW. THE MODE OF ACTION OF VITAMIN D. Biological Reviews. 1968;43(1):97-135.
67. Myrtle JF, Haussler MR, Norman AW. Evidence for the biologically active form of cholecalciferol in the intestine. J Biol Chem. 1970;245(5):1190-6.
68. Kodicek E, Lawson DEM, Wilson PW. Biological Activity of a Polar Metabolite of Vitamin D3. Nature. 1970;228(5273):763-4.
69. Haussler MR, Myrtle JF, Norman AW. The association of a metabolite of vitamin D3 with intestinal mucosa chromatin in vivo. J Biol Chem. 1968;243(15):4055-64.
70. Norman AW, Myrtle JF, Miogett RJ, Nowicki HG, Williams V, Popjaák G. 1,25-Dihydroxycholecalciferol: Identification of the Proposed Active Form of Vitamin D ₃ in the Intestine. Science. 1971;173(3991):51-4.
71. Lawson DEM, Fraser DR, Kodicek E, Morris HR, Williams DH. Identification of 1,25-Dihydroxycholecalciferol, a New Kidney Hormone controlling Calcium Metabolism. Nature. 1971;230(5291):228-30.
72. Holick MF, Schnoes HK, Deluca HF. Identification of 1,25-Dihydroxycholecalciferol, a Form of Vitamin D ₃ Metabolically Active in the Intestine. Proceedings of the National Academy of Sciences. 1971;68(4):803-4.
73. O'Riordan JLH, Bijvoet OLM. Rickets before the discovery of vitamin D. BoneKEy Reports. 2014;3.
74. Huldschinsky K. Heilung von Rachitis durch künstliche Höhensonne. Dtsch med Wschr. 1919;45:712-3.
75. Goldblatt H, Soames KM. A Study of Rats on a Normal Diet Irradiated daily by the Mercury Vapour Quartz Lamp or kept in Darkness. Biochemical Journal. 1923;17(2):294-7.
76. Steenbock H, Black A. Fat-soluble vitamins. XVII. The induction of growth-promoting and calcifying properties in a ration by exposure to ultra-violet light. J Biol Chem. 1924;61(2):405-22.
77. Steenbock H, Black A, Nelson M, Hoppert C, Riising B. The induction of growth-promoting and calcifying properties in fats and their unsaponifiable constituents by exposure to light. Methods Enzymol. 1925;64:263-98.
78. Hess AF, Unger LJ. The cure of infantile rickets by artificial light and by sunlight. Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine. 1921;18:298 -
79. Haussler MR, Norman AW. Chromosomal receptor for a vitamin D metabolite. Proceedings of the National Academy of Sciences. 1969;62(1):155-62.

80. Norman AW, Bouillon R. Vitamin D nutritional policy needs a vision for the future. Experimental Biology and Medicine. 2010;235(9):1034-45.
81. Bouillon R, Carmeliet G, Verlinden L, Van Etten E, Verstuyf A, Luderer HF, et al. Vitamin D and Human Health: Lessons from Vitamin D Receptor Null Mice. Endocrine Reviews. 2008;29(6):726-76.
82. Wolpowitz D, Gilchrest BA. The vitamin D questions: How much do you need and how should you get it? Journal of the American Academy of Dermatology. 2006;54(2):301-17.
83. Jodar E, Campusano C, De Jongh RT, Holick MF. Calcifediol: a review of its pharmacological characteristics and clinical use in correcting vitamin D deficiency. European Journal of Nutrition. 2023;62(4):1579-97.
84. Cashman KD, Seamans KM, Lucey AJ, Stöcklin E, Weber P, Kiely M, et al. Relative effectiveness of oral 25-hydroxyvitamin D3 and vitamin D3 in raising wintertime serum 25-hydroxyvitamin D in older adults. The American Journal of Clinical Nutrition. 2012;95(6):1350-6.
85. Graeff-Armas LA, Bendik I, Kunz I, Schoop R, Hull S, Beck M. Supplemental 25-Hydroxycholecalciferol Is More Effective than Cholecalciferol in Raising Serum 25-Hydroxyvitamin D Concentrations in Older Adults. The Journal of Nutrition. 2020;150(1):73-81.
86. Jetter A, Egli A, Dawson-Hughes B, Staehelin HB, Stoecklin E, Goessl R, et al. Pharmacokinetics of oral vitamin D(3) and calcifediol. Bone. 2014;59:14-9.
87. Corrado A, Rotondo C, Cici D, Berardi S, Cantatore FP. Effects of Different Vitamin D Supplementation Schemes in Post-Menopausal Women: A Monocentric Open-Label Randomized Study. Nutrients. 2021;13(2):380.
88. Charoenngam N, Kalajian TA, Shirvani A, Yoon GH, Desai S, McCarthy A, et al. A pilot-randomized, double-blind crossover trial to evaluate the pharmacokinetics of orally administered 25-hydroxyvitamin D3 and vitamin D3 in healthy adults with differing BMI and in adults with intestinal malabsorption. The American Journal of Clinical Nutrition. 2021;114(3):1189-99.
89. Pérez-Castrillón JL, Dueñas-Laita A, Brandi ML, Jódar E, Del Pino-Montes J, Quesada-Gómez JM, et al. Calcifediol is superior to cholecalciferol in improving vitamin D status in postmenopausal women: a randomized trial. Journal of Bone and Mineral Research. 2021;36(10):1967-78.
90. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Stöcklin E, Sidelnikov E, Willett WC, Edel JO, et al. Oral supplementation with 25(OH)D3 versus vitamin D3: Effects on 25(OH)D levels, lower extremity function, blood pressure, and markers of innate immunity. Journal of Bone and Mineral Research. 2012;27(1):160-9.
91. Shieh A, Lee SM, Lagishetty V, Gottleib C, Jacobs JP, Adams JS. Pilot Trial of Vitamin D3 and Calcifediol in Healthy Vitamin D Deficient Adults: Does It Change the Fecal Microbiome? The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2021.
92. Shieh A, Ma C, Chun RF, Witzel S, Rafison B, Contreras HTM, et al. Effects of Cholecalciferol vs Calcifediol on Total and Free 25-Hydroxyvitamin D and Parathyroid Hormone. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2017;102(4):1133-40.
93. Ruggiero C, Baroni M, Bini V, Brozzetti A, Parretti L, Zengarini E, et al. Effects of Weekly Supplementation of Cholecalciferol and Calcifediol Among the Oldest-Old People: Findings From a Randomized Pragmatic Clinical Trial. Nutrients. 2019;11(11):2778.
94. Quesada-Gomez JM, Bouillon R. Is calcifediol better than cholecalciferol for vitamin D supplementation? Osteoporosis International. 2018;29(8):1697-711.
95. Bouden S, Ben Messaoud M, Saidane O, Rouached L, Ben Tekaya A, Mahmoud I, et al. Effect of cholecalciferol versus calcifediol on serum 25(OH) D concentrations: a systematic review with meta-analysis. European Journal of Clinical Nutrition. 2025;79(4):296-305.
96. Navarro-Valverde C, Sosa-Henríquez M, Alhambra-Expósito MR, Quesada-Gómez JM. Vitamin D3 and calcidiol are not equipotent. The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology. 2016;164:205-8.
97. Donati S, Marini F, Giusti F, Palmini G, Aurilia C, Falsetti I, et al. Calcifediol: Why, When, How Much? Pharmaceuticals. 2023;16(5):637.
98. Thompson GR, Lewis B, Booth CC. Absorption of vitamin D3-3H in control subjects and patients with intestinal malabsorption. Journal of Clinical Investigation. 1966;45(1):94-102.
99. Davies M, Mawer EB, Krawitt EL. Comparative absorption of vitamin D3 and 25-hydroxyvitamin D3 in intestinal disease. Gut. 1980;21(4):287-92.
100. Sitrin MD, Bengoa JM. Intestinal absorption of cholecalciferol and 25-hydroxycholecalciferol in

chronic cholestatic liver disease. The American Journal of Clinical Nutrition. 1987;46(6):1011-5.
101. Cianferotti L, Cricelli C, Kanis JA, Nuti R, Reginster J-Y, Ringe JD, et al. The clinical use of vitamin D metabolites and their potential developments: a position statement from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) and the International Osteoporosis Foundation (IOF). Endocrine. 2015;50(1):12-26.
102. Cesareo R, Attanasio R, Caputo M, Castello R, Chiodini I, Falchetti A, et al. Italian Association of Clinical Endocrinologists (AME) and Italian Chapter of the American Association of Clinical Endocrinologists (AACE) Position Statement: Clinical Management of Vitamin D Deficiency in Adults. Nutrients. 2018;10(5):546.
103. Sosa Henríquez M, Gómez De Tejada Romero MJ. Cholecalciferol or Calcifediol in the Management of Vitamin D Deficiency. Nutrients. 2020;12(6):1617.
104. Pérez Castrillón JL, Jódar-Gimeno E, Molina K, García-Bea A, Ostalé CM, Gilaberte I. Analysis of the Efficacy and Safety of Weekly Calcifediol 100 µg in Vitamin D Deficient Patients. Journal of Clinical Medicine. 2025;14(9):2976.
105. Pérez-Castrillón JL, Dueñas-Laita A, Gómez-Alonso C, Jódar E, Del Pino-Montes J, Brandi ML, et al. Long-Term Treatment and Effect of Discontinuation of Calcifediol in Postmenopausal Women with Vitamin D Deficiency: A Randomized Trial. Journal of Bone and Mineral Research. 2023;38(4):471-9.
106. Malihi Z, Wu Z, Stewart AW, Lawes CM, Scragg R. Hypercalcemia, hypercalciuria, and kidney stones in long-term studies of vitamin D supplementation: a systematic review and meta-analysis. The American Journal of Clinical Nutrition. 2016;104(4):1039-51.
107. Yeste D, Clemente S, Mogas E, García-Palop B, Giralt M, Ferrer R, et al. Tipos de vitamina D y análogos de vitamina D activa: presentaciones e indicaciones. Revista Española de Endocrinología Pediátrica. 2025;16(Suppl 1):32-51.
108. Asif A, Farooq N. Vitamin D Toxicity. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026.
109. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Hidroferol semanal 100 microgramos cápsulas blandas: ficha técnica. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS),; 2024.
110. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Colecalciferol Alter 25.000 UI cápsulas duras. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); 2023.
111. Olmos J, Arnaiz F, Hernández J, Olmos-Martínez J, González Macías J. Calcifediol mensual frente a calcifediol quincenal en el tratamiento de pacientes osteoporóticos. Estudio en la vida real. Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral. 2018;10(2):89-95.
112. Bonanno EG, Figueiredo T, Mimoso IF, Morgado MI, Carrilho J, Midão L, et al. Polypharmacy Prevalence Among Older Adults Based on the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: An Update. Journal of Clinical Medicine. 2025;14(4):1330.
113. Jung SH, Lee OS, Kim HS, Park CS, Lee HJ, Kwon KH, et al. Medication Adherence Improvement By Using Administration Timing Simplification Protocol (ATSP) in Cardiovascular Disease Patients. Journal of Atherosclerosis and Thrombosis. 2017;24(8):841-52.
114. Bounous VE, Actis S, Rosso R, Giorgi M, Tiranini L, Nappi RE, et al. No-daily hormonal contraception today: general overview and application in specific clinical settings. Gynecological Endocrinology. 2023;39(1).
115. Simon JA, Michael Lewiecki E, Smith ME, Petruschke RA, Wang L, Palmisano JJ. Patient preference for once-weekly alendronate 70 mg versus once-daily alendronate 10 mg: A multicenter, randomized, open-label, crossover study. Clinical Therapeutics. 2002;24(11):1871-86.
116. Kruk ME, Schwalbe N. The relation between intermittent dosing and adherence: Preliminary insights. Clinical Therapeutics. 2006;28(12):1989-95.
117. Demay MB, Pittas AG, Bikle DD, Diab DL, Kiely ME, Lazaretti-Castro M, et al. Vitamin D for the Prevention of Disease: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2024;109(8):1907-47.
118. Pludowski P, Takacs I, Boyanov M, Belaya Z, Diaconu CC, Mokhort T, et al. Clinical Practice in the Prevention, Diagnosis and Treatment of Vitamin D Deficiency: A Central and Eastern European Expert Consensus Statement. Nutrients. 2022;14(7):1483.

119. Varsavsky M, Rozas Moreno P, Becerra Fernández A, Luque Fernández I, Quesada Gómez JM, Ávila Rubio V, et al. Recomendaciones de vitamina D para la población general. Endocrinología, Diabetes y Nutrición. 2017;64:7-14.
120. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Hidroferol 0,266 mg cápsulas blandas: ficha técnica. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS),; 2021.
121. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Hidroferol Choque 3 mg solución oral: ficha técnica. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS),; 2023.
122. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Hidroferol 0,266 mg solución oral: ficha técnica. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS),; 2023.
123. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Hidroferol 0,1 mg/ml gotas orales en solución: ficha técnica. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS),; 2023.
124. Holick MF. Vitamin D: extraskeletal health. Rheum Dis Clin North Am. 2012;38(1):141-60.
125. Walker KC, Thorsteinsdottir F, Christesen HT, Hjortdal VE, Heitmann BL, Specht IO, et al. Vitamin D Supplementation and Vitamin D Status during Pregnancy and the Risk of Congenital Anomalies—A Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients. 2023;15(9):2125.
126. Institute of Medicine Committee to Review Dietary Reference Intakes for Vitamin D, Calcium. The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health. In: Ross AC, Taylor CL, Yaktine AL, Del Valle HB, editors. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Washington (DC): National Academies Press (US) Copyright © 2011, National Academy of Sciences.; 2011.
127. Durá-Travé T, Gallinas-Victoriano F. Pregnancy, Breastfeeding, and Vitamin D. Int J Mol Sci. 2023;24(15).
128. Fogacci S, Fogacci F, Banach M, Michos ED, Hernandez AV, Lip GYH, et al. Vitamin D supplementation and incident preeclampsia: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. Clin Nutr. 2020;39(6):1742-52.
129. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2018;61(5):510-27.
130. Rønn SH, Harsløf T, Oei L, Pedersen SB, Langdahl BL. The effect of vitamin MK-7 on bone mineral density and microarchitecture in postmenopausal women with osteopenia, a 3-year randomized, placebo-controlled clinical trial. Osteoporosis International. 2021;32(1):185-91.
131. Rønn SH, Harsløf T, Pedersen SB, Langdahl BL. Vitamin K2 (menaquinone-7) prevents age-related deterioration of trabecular bone microarchitecture at the tibia in postmenopausal women. European Journal of Endocrinology. 2016;175(6):541-9.
132. Ushiroyama T, Ikeda A, Ueki M. Effect of continuous combined therapy with vitamin K2 and vitamin D3 on bone mineral density and coagulofibrinolysis function in postmenopausal women. Maturitas. 2002;41(3):211-21.
133. Iwamoto J, Takeda T, Ichimura S. Effect of combined administration of vitamin D3 and vitamin K2 on bone mineral density of the lumbar spine in postmenopausal women with osteoporosis. Journal of Orthopaedic Science. 2000;5(6):546-51.

Calcifediol

HIDROFEROL®

+45 años de experiencia

Cada etapa tiene sus necesidades. Hidroferol tiene una respuesta.



Calcifediol, la molécula MÁS EFICIENTE

Para la **prevención** y **tratamiento** del déficit de vitamina D[1-3*]

- Hidroferol® 0,1 mg/ml gotas orales en solución
- Hidroferol® 0,266 mg cápsulas blandas
  Hidroferol® semanal 100 mcg cápsulas blandas

*Tratamiento de la deficiencia de vitamina D (niveles de 25(OH)D <25 nmol/l) en adultos y prevención de la deficiencia de vitamina D en adultos con riesgos identificados.[1-3]

FAES FARMA
Pasión por la salud

ES-HIDR-2609-00006

1.Ficha técnica de Hidroferol® 0,1 mg/ml gotas orales en solución disponible en el código QR.
INFORMACIÓN ESENCIAL DE PRODUCTO. FORMA FARMACÉUTICA: Gotas orales en solución. Líquido transparente, incoloro o ligeramente amarillento, viscoso y libre de impurezas visibles. PRINCIPIO ACTIVO: Calcifediol monohidrato. CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Financiado por el Sistema Nacional de Salud. Aportación normal. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN: Con receta médica, dispensable en farmacia comunitaria. Hidroferol 0,1 mg/ml gotas orales en solución: envase de 20 ml: 6,62 € (PVP); 6,88 € (PVP IVA).

2.Ficha técnica de Hidroferol® 0,266 mg cápsulas blandas disponible en el código QR.
INFORMACIÓN ESENCIAL DE PRODUCTO: FORMA FARMACÉUTICA: Cápsula blanda. Cápsula de gelatina blanda de color naranja, ovalada, de 15 mm por 9 mm, que contiene un líquido claro, de baja viscosidad y libre de partículas. CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD: Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN: Con receta médica. Aportación normal. Hidroferol cápsulas blandas: envase de 10 cápsulas: 12,61 € (PVP); 13,11€ (PVP IVA); envase 5 cápsulas: 6,30€ (PVP); 6,56€ (PVP IVA).

3.Ficha técnica de Hidroferol® semanal 100 microgramos cápsulas blandas disponible en el código QR.
INFORMACIÓN ESENCIAL DE PRODUCTO. FORMA FARMACÉUTICA: Cápsula de gelatina blanda de color rojo, ovalada, con junta longitudinal de 11 mm por 7 mm. CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD: no reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN: Con receta médica. Hidroferol cápsulas blandas: envase de 4 cápsulas: 14,26 € (PVP); 14,83 € (PVP IVA).

Oedien®

COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELÍCULA EFG

Dienogest 2mg + Etinilestradiol 0,03 mg

El control está en tus manos

ANTICONCEPCIÓN ORAL[1]

+

TRATAMIENTO DEL ACNÉ MODERADO[1]

+

ACCIÓN SOBRE EL ENDOMETRIO[2]

+

REDUCCIÓN DE LA INTENSIDAD Y DURACIÓN DEL SANGRADO MENSUAL[3]

+

MEJORA DEL CUMPLIMIENTO[4]

21 comprimidos + 7 placebo



Envase 28 comprimidos Oedien 1 blíster 28 comprimidos **CN 714419.9 – PVP 4,71€**	Envase 3 x 28 comprimidos Oedien 3 blíster 28 comprimidos **CN 714420.5 – PVP 14,14€**
FINANCIADO POR LA SS	

Accede a la ficha técnica de Oedien (Último acceso: Dic 2025)

1. Resumen de las características del producto Oedien 2 mg/0,03 mg comprimidos recubiertos con película EFG.
2. Bartsch V. - Gynaecological uses of dienogest alone and in combination with oestrogens. J Med Drug Rev 2015;5:1-31.
3. Pérez-Campos - Ethinylestradio/Dienogest in Oral Contraception – Drugs 2010; 70 (6): 681-689.
4. Sanchez Borrego R, Martínez Pérez O. Guia Practica en anticoncepción Oral basada en la evidencia. SEC 2003.

Bailleul LABORATOIRES

Caso clínico

Hígado graso agudo del embarazo: un diagnóstico poco frecuente, pero grave. Diagnóstico diferencial y exposición de caso clínico

Acute fatty liver of pregnancy: a rare but serious condition. Differential diagnosis and case report

Flores AM, Garrigós C, de Mingo L, Escribano JJ, Fernández Buhigas I

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés (Madrid)

RESUMEN

Se expone el caso clínico de una puérpera, tercigesta, que a las 27 horas tras parto eutócico presentó sensación de mareo, dolor abdominal, fotopsias, epigastralgia y edemas en miembros, acompañado de disminución de nivel de consciencia. En la analítica urgente se objetivó un índice proteínas/creatinina positivo, alteración de la coagulación, elevación de transaminasas, hipoglucemia, hiponatremia y plaquetopenia. La tensión arterial se mantuvo dentro de la normalidad. Ante la sospecha inicial de síndrome de HELLP incompleto, se inició tratamiento con sulfato de Mg y se trasladó a la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Posteriormente, presentó tendencia a la somnolencia, y en la analítica se confirmó el fracaso renal agudo (elevación de creatinina) y el fracaso hepático agudo. Se realizó una ecografía abdominal donde se confirmó la presencia de hepatopatía aguda.

Por riesgo de fallo hepático fulminante se decide traslado a otro centro para valorar la posibilidad de trasplante hepático. Durante el ingreso en el centro terciario se constataron los hallazgos de hepatitis aguda con hiperbilirrubinemia y datos de insuficiencia hepática. Se realizó una ecografía abdominal compatible con enfermedad hepática grasa leve y un TAC donde se visualizó ascitis y sospecha de shock distributivo. Además, presentó anemia normocítica regenerativa probablemente hemolítica. Finalmente, como primera posibilidad etiológica se diagnosticó de hígado graso agudo del embarazo, cumpliendo 7 criterios de Swansea. Se produjo mejoría clínica progresiva con normalización del perfil hepático tras tratamiento con ácido ursodesoxicólico. En el seguimiento posterior en consultas se realizó un estudio genético de hepatopatías que fue negativo y se realizó la recomendación de evitar nuevo embarazo.

Palabras clave: Hígado graso. Hepatopatía. Embarazo. Síndrome de HELLP.

CORRESPONDENCIA:

Ana María Flores Alonso
anamaria.flores@salud.madrid.org

ABSTRACT

We present the clinical case of a postpartum woman in her third trimester who, 27 hours after a normal delivery, presented with dizziness, abdominal pain, photophobia, epigastric pain, and limb edema, accompanied by decreased level of consciousness.

Urgent laboratory tests revealed a positive protein-to-creatinine ratio, coagulation abnormalities, elevated transaminases, hypoglycemia, hyponatremia, and

thrombocytopenia. Blood pressure remained within normal limits. Given the initial suspicion of incomplete HELLP syndrome, treatment with magnesium sulfate was initiated, and the patient was transferred to the Intensive Care Unit (ICU).

Subsequently, she exhibited a tendency toward drowsiness, and laboratory tests confirmed acute renal failure (elevated creatinine) and acute liver failure. An abdominal ultrasound was performed, confirming the presence of acute liver disease.

Due to the risk of fulminant liver failure, it was decided to transfer the patient to another facility to evaluate the possibility of a liver transplant. Upon admission to the tertiary care center, findings consistent with acute hepatitis with hyperbilirubinemia and signs of liver failure were confirmed. An abdominal ultrasound was performed, showing findings consistent with mild fatty liver disease, and a CT scan revealed ascites and suspected distributive shock. Additionally, she presented with normocytic regenerative anemia, likely of hemolytic origin. Finally,



Figura 1. Ecografía abdominal de la paciente al diagnóstico del cuadro. El hígado es de tamaño normal y presenta contorno liso, su ecogenicidad es homogénea. No se evidencian imágenes sugestivas de hemorragia o rotura hepática valorables mediante esta técnica de imagen. Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. La vesícula presenta edema peri vesicular y paredes engrosadas lo que podría estar en relación con su contexto clínico (hepatopatía). No se aprecian otros datos ecográficos que pueden sugerir inflamación de la vesícula en momento actual. Se visualiza líquido libre subhepático, periesplénico y en fosa iliaca derecha.

Criterios de Swansea para el diagnóstico de hígado graso agudo del embarazo	
Vómitos	Leucocitosis (> 11.000/microL)
Dolor abdominal	Ascitis o hiperrefringencia hepática en ecografía
Poliuria/Polidipsia	Elevación de transaminasas, AST o ALT > 42 U/L
Encefalopatía	Hiperamoniemia (> 47 micromol/l)
Hiperbilirrubinemia (> 0.8 mg/dl)	Fallo renal o Cr > 1.7 mg/dL
Hipoglucemia (glucosa < 72 mg/dl)	Coagulopatía (TP > 14s, TPA > 34s)
Hiperuricemia (> 5.7 mg/dl)	Esteatosis microvesicular en la biopsia hepática
s-Flt-1 > 31.000	

Tabla 1. Criterios de Swansea. La presencia de 6 o más de los siguientes ítems y la ausencia de otra explicación tiene un VPP del 85% y un VPP del 100%. (1, 2, 5)

acute fatty liver of pregnancy was diagnosed as the primary etiological possibility, meeting 7 of the Swansea criteria. Progressive clinical improvement occurred with normalization of liver function tests following treatment with ursodeoxycholic acid. During subsequent follow-up visits, a genetic screening for liver diseases was performed, which was negative, and a recommendation was made to avoid future pregnancies.

Key words: Fatty liver. Liver disease. Pregnancy. HELLP syndrome.

INTRODUCCIÓN

El hígado graso agudo del embarazo (HGAE) es una emergencia obstétrica poco frecuente pero potencialmente mortal El hígado graso agudo del embarazo (HGAE) es una emergencia obstétrica poco frecuente con una incidencia aproximada de 1/7.000-20.000 embarazos (1,2).

La patogenia no está clara, pero se asocia a defectos en el metabolismo de los ácidos grasos, que aumentan en el embarazo, particularmente al final de la gestación, para impulsar el crecimiento y desarrollo fetoplacentario (1). Como factores de riesgo se han descrito la deficiencia fetal de 3-hidroxiacil CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD), el antecedente de HGAE, la gestación múltiple, el síndrome de HELLP, tener un feto masculino, el IMC bajo y la nuliparidad (1, 3).

La deficiencia homocigota de LCHAD en el feto supone la incapacidad de realizar la beta- oxidación mitocondrial de ácidos grasos, lo que resulta en la acumulación de ácidos grasos de cadena larga que pasan de la circulación fetal a la materna (4). A su vez, los estrógenos en el tercer trimestre disminuyen la betaoxidación de los ácidos grasos (3). Por esta razón, es una entidad que suele presentarse en el tercer trimestre del embarazo o en el posparto (4), generalmente entre las 30-38 semanas de gestación (1).

Los síntomas iniciales suelen ser inespecíficos (náuseas, vómitos, dolor abdominal, malestar general, cefalea, polidipsia/poliuria, anorexia). Muchas pacientes presentan hipertensión, con o sin proteinuria. El síndrome HELLP coexistente se presenta en el 20% y la preeclampsia entre el 20-40% (1). Los signos y síntomas de insuficiencia hepática aguda, que incluyen ictericia, ascitis, encefalopatía, coagulación intravascular diseminada e hipoglucemia, se desarrollan rápidamente. La mayoría de las pacientes desarrollan lesión renal aguda y, a menudo, progresan a insuficiencia multiorgánica (1). Entre los hallazgos de laboratorio destacan hipertransaminasemia (hasta 6 veces su valor normal), hiperbilirrubinemia, hipoglucemia, elevación de creatinina, amoniaco y urea (desproporcionada al nivel de creatinina), leucocitosis, prolongación de los tiempos de coagulación, disminución de antitrombina y fibrinógeno, plaquetopenia, proteinuria e hipocolesterolemia (1, 3).

En casos de hipovolemia materna combinada con acidosis metabólica por daño hepático, la perfusión uteroplacentaria disminuye y, a su vez, las pruebas de bienestar fetal pueden no ser tranquilizadoras (1).

El diagnóstico supone un reto diagnóstico y casi siempre se suele realizar basándose en la presencia de síntomas característicos en una paciente embarazada con disfunción hepática significativa en la segunda mitad del embarazo, tras haber descartado otras posibles causas (1). Se han descrito lo criterios de Swansea (Tabla 1), que ayudan a realizar el diagnóstico clínico. El número de criterios necesarios para el diagnóstico es de 6, tienen una sensibilidad del 100% y una especificidad del 57%, con un VPP del 85% y un VPN del 100% (5). Aun así, son unos criterios orientados a pacientes críticos, por lo que usarlos en la presentación inicial puede retrasar el diagnóstico (1, 4, 5). La ecografía hepática puede ser de utilidad, ya que típicamente existe un aumento de ecogenicidad debido a los lípidos depositados, aunque la normalidad de esta prueba no descarta el diagnóstico. La RM y TC no suelen estar indicadas por su alta tasa de falsos negativos (20%) (1). El diagnóstico definitivo es la anatomía patológica, por lo que la biopsia hepática puede estar indicada en el posparto en caso de duda diagnóstica. El hallazgo típico son hepatocitos con núcleo central,

	HGAE	HELLP	Hepatitis viral	Preeclampsia grave
Factores de riesgo	Nuliparidad, embarazo múltiple, IMC bajo, feto masculino, antecedente de HGAE.	Multiparidad, antecedente de diabetes, HTA, edad materna avanzada, antecedente de HELLP.	Transmisión fecal-oral (VHA, VHE), sexual (VHA, VHB, VHC, VHD), parenteral (VHB, VHC).	Antecedente de PE, HTA crónica, enfermedad renal, DM, obesidad, nuliparidad, gestación múltiple, edad materna extrema, FIV, afroamericana.
Trimestre de aparición	Tercer trimestre de gestación. Postparto.	Segundo-tercer trimestre, generalmente con PE. Postparto.	Cualquiera	Tercer trimestre o primeras 48h postparto.
Síntomas clínicos típicos	Náuseas, vómitos, malestar, dolor epigástrico, ictericia, HTA.	Cefalea, dolor epigástrico, HTA.	Ictericia, náuseas, malestar, dolor en hipocondrio derecho. Causa más frecuente de ictericia en la gestación.	Cefalea intensa, fotopsias, escotomas, dolor intenso y persistente en cuadrante superior derecho o epigastrio, edema pulmonar. HTA en el 100%.
Anomalías de laboratorio	FRA, leucocitosis, trombocitopenia, elevación de AST/ALT y LDH, TP prolongado, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia, fibrinógeno bajo, proteinuria.	Proteinuria, leucocitosis, trombocitopenia, elevación de AST/ALT, elevación de LDH, hiperbilirrubinemia.	Elevación de ALT/AST, glucosa normal.	Plaquetas < 100.000, Cr > 1.1 mg/dL, índice Pr/Cr > 0.3mg, elevación de ácido úrico.
Diferencias en las anomalías de laboratorio	FRA, leucocitosis e hiperbilirrubinemia más graves. TP prolongado, fibrinógeno y antitrombina más bajos.	Niveles elevados de LDH y trombocitopenia más grave y marcadores de hemólisis (anemia, haptoglobina baja, presencia de esquistocitos).	ALT/AST marcadamente elevadas	Transaminasas x2 veces el límite superior de la normalidad
Complicaciones maternas	Ascitis, encefalopatía, CID.	FRA, desprendimiento de placenta, eclampsia.	Generalmente leve, rara vez aguda en forma de insuficiencia hepática	EAP síndrome de HELLP, ACV, enfermedad tromboembólica, insuficiencia hepática o renal, eclampsia
Pronóstico materno	Mortalidad del 10-17% o inferior con diagnóstico y parto inmediatos.	Mortalidad del 1-2% o inferior con diagnóstico y parto inmediatos.	La infección por VHA tiende a ser autolimitada; las causadas por VHB, VHC y VHD pueden progresar de la fase aguda a la crónica.	Pueden desarrollar HTA, cardiopatía isquémica, ACV, ETV. Mortalidad < 1%.
Pronóstico fetal	Mortalidad 20-25%.	Mortalidad 20-25%.		Mortalidad 5-20%.
Riesgo de recurrencia	Bajo	Bajo		Intermedio (20-30%)

Tabla 2. Diagnóstico diferencial entre el hígado graso agudo del embarazo (HGAE) y otras entidades, siendo las más importantes el síndrome de HELLP y las hepatitis virales. *HTA: hipertensión arterial. CID: coagulación intravascular diseminada. FRA: fracaso renal agudo. ALT: alanina aminotransferasa, AST: aspartato aminotransferasa. Índice Pr/cr: índice proteína/creatinina. PE: preeclampsia. DM: diabetes mellitus. FIV: fecundación in vitro. EAP: edema agudo de pulmón. ACV: accidente cerebrovascular. ETV: enfermedad tromboembólica venosa. (1, 2, 4, 5, 6, 7).

citoplasma microvesicular de aspecto espumoso y macrovacuolas (3).

El manejo inicial incluye el parto inmediato, independientemente de la edad gestacional. La vía del parto depende del grado de descompensación materno-fetal y de la probabilidad de un parto vaginal exitoso. En caso de cesárea, la madre debe estar estabilizada antes de la cirugía, prestando especial atención a la coagulopatía. La anestesia neuroaxial puede no ser posible en pacientes con coagulopatía (1, 2).

Las tasas de mortalidad materna han disminuido del 80-90% antes de 1970 a menos del 10% debido al reconocimiento precoz (3). Las tres principales causas de morbilidad y mortalidad materna son la hemorragia, la insuficiencia hepática y la lesión renal aguda. Por lo tanto, siempre se debe descartar hemorragia hepática,

infarto o rotura, y si se encuentran, las pacientes deben ser trasladadas a un centro con posibilidad de trasplante (4). Sin embargo, las tasas de mortalidad fetal siguen siendo elevadas, en torno al 25% (3), siendo las complicaciones fetales más habituales el distrés fetal no filiado, restricción del crecimiento intrauterino, parto pretérmino, hipoglucemia y muerte intrauterina (2,3).

CASO CLÍNICO

Paciente de 25 años, tercigesta, gestante de 37+1 semanas que acude a urgencias por contracciones y que ingresa en paritorio para estimulación de parto con oxitocina y amniotomía por registro cardiotocográfico (RCTG) poco tranquilizador.

No presenta antecedentes personales de interés y la gestación actual ha cursado sin incidencias. Se produce parto eutócico a las 5 horas de ingreso, con nacimiento de varón sano (Apgar 9/10, pH 7.16). Tras alumbramiento, se produce hemorragia postparto que se resuelve con extracción de 1 cotiledón de cavidad uterina, masaje uterino y administración de misoprostol.

A las 27h del parto avisa por sensación de mareo con giro de objetos, dolor torácico no irradiado, dolor abdominal, epigastralgia y fotopsias. Las constantes son normales. Se objetiva disminución del nivel de conciencia y edema en miembros superiores e inferiores. Útero bien contraído y no sangrado. En la ecografía pélvica se objetiva un útero puerperal vacío sin otros hallazgos relevantes. Se extrae analítica con perfil hepático con el siguiente resultado:

- Índice Proteína/Creatinina 0.39
- Coagulación: prolongación del tiempo de protrombina (TP) y de tromboplastina parcial activada (TTPa). INR 2.91. Fibrinógeno y Dímero-D normales.
- Bioquímica: Creatinina 2.02, LDH 578, AST 258, ALT 218, Urea 56, Glucosa 43, Sodio 124, Bilirrubina total 8.7 mg/dL (directa 6.60 mg/dL).
- Hemograma: Hemoglobina 10.3 g/dL, Plaquetas 146.000, Leucocitos 18.970. Dado la clínica y las alteraciones analíticas, se establece como diagnóstico inicial de sospecha síndrome de HELLP incompleto. Se administra Sulfato de Mg (bolo de 4g y perfusión a 1.5g) y se decide traslado a UCI para monitorización estrecha.

Se realiza una ecografía abdominal completa, con hallazgos sugestivos de hepatopatía (Figura 1). También se realiza un TAC craneal, radiografía de tórax y electrocardiograma, que fueron normales.

Ante el riesgo de fallo hepático fulminante se decide traslado a un hospital terciario con posibilidad de trasplante hepático. Allí se realiza TAC abdomino-pélvico y se objetiva abundante ascitis, lo que sugiere shock distributivo. Además, se realiza una ecografía abdominal compatible con enfermedad hepática grasa ecográficamente leve. Como primera posibilidad etiológica se establece hígado graso agudo el embarazo ya que cumple 7 criterios de Swansea (5) (hiperbilirrubinemia, hipoglucemia, hipertransaminasemia, elevación de creatinina, coagulopatía, dolor abdominal, y sFlt1 85.000). Además, presenta anemia normocítica regenerativa probablemente hemolítica (LDH elevada), precisando la transfusión de un concentrado de hematíes y 1 g de hierro iv.

Se inició tratamiento con ácido ursodesoxicólico y, progresivamente, la paciente fue presentando una mejoría del cuadro clínico, así como normalización del perfil hepático. En el seguimiento posterior en consultas se amplió el estudio con serología de virus hepatotropos negativa, ceruloplasmina normal y estudio de Hepatitis Autoinmune, donde se encontró que era portadora del alelo DR4, asociado a hepatitis autoinmune tipo I. Dado la enfermedad grave que debutó en el contexto del embarazo, se recomendó evitar nuevas gestaciones.

DISCUSIÓN

Puede ser complicado establecer un diagnóstico inicial, debido a lo inespecífico del cuadro clínico y a que algunos de los síntomas y alteraciones analíticas que presentaba nuestra paciente son comunes a varios cuadros clínicos. Tras la realización de pruebas complementarias analíticas y de imagen, basándonos en los criterios de Swansea, se puede establecer el diagnóstico de HGAE (5). Además, según la literatura, el cuadro debería normalizarse en cuestión de días o semanas después del parto (4), tal y como ocurrió con nuestra paciente. El diagnóstico diferencial incluye el síndrome de HELLP y preeclampsia grave, existiendo muna gran superposición clínica entre ellas (4) (Tabla 2). La hipertensión arterial (HTA) está presente, por definición, en el 100% de las preeclampsias y hasta en un 85% del síndrome mde HELLP, siendo menos frecuente, en torno a 50%, en HGAE (7). En todo momento las tensiones de nuestra paciente se mantuvieron dentro de la normalidad. Además, la proteinuria, en el caso de estar presente, suele ser mucho más severa en el síndrome de HELLP o en la preeclampsia grave. Esta paciente presentó proteinuria, pero no en rango nefrótico, lo que podría deberse a la insuficiencia renal (IR), que, junto con la afectación multiorgánica, es más común en el HGAE. Además, la insuficiencia hepática con hipoglucemia, encefalopatía, ascitis y coagulopatía, son anecdóticos en la enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE), siendo casi la norma

en el HGAE. Al inicio, el HGAE se presenta típicamente con náuseas, vómitos, ictericia e IR, mientras que el HELLP suele presentar cefalea y dolor abdominal sin ictericia ni IR. Por otro lado, la coagulopatía en el HGAE está causada por la disfunción hepática, mientras que en el síndrome de HELLP es secundario a la hemólisis típica del cuadro. Por todo esto, parece poco probable que el cuadro se deba a una EHE (2, 4, 6).

También es necesario descartar hepatitis virales y autoinmunes, colelitiasis, síndrome de Budd-Chiari, lesiones hepáticas inducidas por fármacos, síndrome hemolítico urémico, púrpura trombótica trombocitopénica y la colestasis gravídica del embarazo (2). Nuestra paciente, dentro del estudio del diagnóstico diferencial, fue diagnosticada de portar el alelo DR4 que se asocia a hepatitis autoinmune, pero, a día de hoy, no tiene expresión de la misma.

La colestasis gravídica, enfermedad más común que el HGAE, se suele presentar en el segundo y el tercer trimestre de gestación con prurito intenso sin rash, en zonas palmo-plantares, con exacerbación nocturna, malestar general, náuseas, vómitos e ictericia. Los ácidos biliares > 10μmol es el dato clave para confirmar el diagnóstico. En la colestasis hay hipercolesterolemia y en el HGAE hipocolesterolemia (2). Aunque no se determinaron los ácidos biliares, en nuestra paciente se descartó colestasis por la ausencia de prurito. El HGAE puede repetirse en embarazos posteriores, incluso si la deficiencia de LCHAD es negativa (2). Debido a la gravedad del cuadro, a la paciente se le aconsejó no tener más embarazos y una vez normalizado el perfil hepático se ofreció anticoncepción, la cual rechazó.

CONCLUSIONES:

La presencia de hipertransaminasemia, coagulopatía e insuficiencia renal, acompañado de síntomas como dolor abdominal, náuseas, vómitos y cefalea, durante la gestación (especialmente en el tercer trimestre) o el puerperio, típicamente nos hace pensar en el diagnóstico de EHE, pero ante la presencia de otros signos y síntomas no típicos debemos pensar en el HGAE, ya que, aun siendo menos frecuente, su rápida progresión a insuficiencia hepática aguda y disfunción multiorgánica hace que el diagnóstico precoz y el manejo multidisciplinario sean esenciales, teniendo un impacto directo en la morbi- mortalidad materna y fetal. El trasplante hepático es una opción que salva vidas, con resultados maternos generalmente favorables, siendo crucial la derivación temprana a centros en lo que se pueda realizar un trasplante (4, 6).

BIBLIOGRAFÍA

1. Acute fatty liver of pregnancy—UpToDate. (s. f.). https://www.uptodate.com/contents/acute-fatty-liver-of-pregnancy
2. Zarni, S., & Viegas, A. (s. f.). (October 14, 2025). Acute Fatty Liver in Pregnancy: Literature Review. Cureus, 17(10), e94576. doi:10.7759/cureus.94576
3. Sánchez, L., Olivares, J. M., Valdés, V., Millán, M. P., & Rodríguez, C. (2015). Hígado graso agudo del embarazo, una patología infradiagnosticada. A propósito de 2 casos clínicos. Progresos de Obstetricia y Ginecología, 58(2), 81-87. https://doi.org/10.1016/j.pog.2014.07.015
4. White, M., Han, H., & Khungar, V. (2024). Acute fatty liver disease of pregnancy. Clinical Liver Disease, 23(1), e0145. https://doi.org/10.1097/CLD.0000000000000145
5. Protocolo Hospital Clinic: hipertensión y gestación. Anna Peguero, Edurne Mazarico, Sandra Hernández, Eva Meler, Patricia Ferrer, Dolors Gómez-Roig, Miquel Camafort (Unitat Hipertensió HCP), Marta Magaldi, Anna Plaza, Patricia Ferrer, Francesc Figueras. Noviembre 2024.
6. Chilaka, V.N., Bashir, M., Ngatchu, T., Ahmed, B. and Konje, J.C. (2025), Acute liver disorders in the third trimester—AFLP, HELLP and infectious hepatitis—update on pathology, diagnosis and management. Obstet Gynecol, 27: 180-196. https://doi.org/10.1111/tog.12989
7. de Paco Matallana, K; Llurba Olivé, E. (s. f.) (Marzo 2020). Trastornos hipertensivos en la gestación. Progresos de Obstetricia y Ginecología, (63), 244-272.

Salud de la MUJER

Encuentro Nacional



SAMEM 27

SAVE THE DATE

11 Y 12 DE FEBRERO 2027

WWW.SAMEM.ES

CLÍNICA PALACIOS ACADEMIC HUB
WOMEN'S HEALTH & SCIENCE EDUCATION

CLÍNICA PALACIOS
SALUD DE LA MUJER

Caso clínico

Mosaicismo placentario como causa de falso positivo de NIPT

Placental mosaicism as a cause of a false-positive NIPT result

Borges López M (1), Coloma Escribano M (1), Esquivel Vázquez B (2), Álvarez de la Rosa Rodríguez M (1,3)

1 Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife
2 Servicio de Citogenética del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife
3 Profesora Asociada de la Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife

RESUMEN

Introducción: La trisomía 21 (T21) es la aneuploidía más común[1] en recién nacidos vivos. Las pruebas prenatales no invasivas (NIPT) han incrementado la tasa de detección de anomalías cromosómicas, pero presentan limitaciones diagnósticas en casos de mosaicismo confinado a placenta (MCP), fenómeno en el que las alteraciones cromosómicas están presentes solo en el tejido placentario, sin afectar al cariotipo fetal.

Caso clínico: Describimos un caso clínico de NIPT de alto riesgo para trisomía 21 tras cribado combinado de 1/238, en el que la amniocentesis mostró cariotipo fetal normal. Se estableció el diagnóstico de mosaicismo confinado a la placenta (MCP). La ecografía morfológica no mostró ninguna anomalía a lo largo de la gestación y se obtuvo un recién nacido sano. Se revisan las implicaciones diagnósticas, pronósticas y de manejo clínico del MCP y la literatura.

CORRESPONDENCIA:

Mar Borges López
Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias
Santa Cruz de Tenerife

Conclusión: El MCP es una causa de resultados falsos positivos en el NIPT y puede estar asociado a complicaciones obstétricas. El uso combinado de NIPT, pruebas invasivas confirmatorias y ecografía permite un enfoque diagnóstico más preciso. La correcta identificación del MCP es esencial para evitar decisiones clínicas inapropiadas y garantizar un seguimiento adecuado del embarazo.

Palabras clave: Mosaicismo placentario confinado, trisomía 21, NIPT, diagnóstico prenatal, cariotipo fetal, amniocentesis, complicaciones obstétricas.

ABSTRACT

Introduction: Trisomy 21 (T21) is the most common aneuploidy in live births[1]. Non-invasive prenatal testing (NIPT) has significantly improved the detection rate of chromosomal abnormalities; however, it presents diagnostic limitations in cases of confined placental mosaicism (CPM), a condition in which chromosomal abnormalities are present exclusively in placental tissue without affecting the fetal karyotype.

Case report: We describe a case of high-risk NIPT result for trisomy 21 following a combined first-trimester screening risk of 1:238, in which subsequent amniocentesis revealed a normal fetal karyotype. A diagnosis of confined placental mosaicism was established. Serial ultrasound examinations throughout pregnancy showed no structural abnormalities, and

a healthy neonate was delivered. The diagnostic, prognostic, and clinical management implications of CPM are discussed, along with a review of the literature.

Conclusion: CPM is a known cause of false-positive NIPT results and may be associated with adverse obstetric outcomes. The combined use of NIPT, confirmatory invasive testing, and detailed ultrasound assessment allows for a more accurate diagnostic approach. Proper identification of CPM is essential to avoid inappropriate clinical decisions and to ensure adequate pregnancy follow-up.

Keywords: Confined placental mosaicism, trisomy 21, NIPT, prenatal diagnosis, fetal karyotype, amniocentesis, obstetric complications.

INTRODUCCIÓN

La trisomía 21 (T21) es la anomalía cromosómica más común entre los recién nacidos con una incidencia aproximada de 1 en 800 nacidos vivos [2] y conlleva, con un grado de penetrancia variable, discapacidad intelectual, características fenotípicas distintivas y una mayor susceptibilidad a problemas de salud, incluidos defectos cardíacos congénitos y disfunciones endocrinas.

El diagnóstico prenatal en los últimos años ha evolucionado desde la amniocentesis electiva en edades maternas avanzadas, hasta test de cribado realizados en primer trimestre con una sensibilidad de 82-87% y una especificidad del 95%[3][4]

En los últimos años, las pruebas prenatales no invasivas (NIPT) han transformado la detección de aneuploidías fetales al proporcionar una herramienta de diagnóstico con alta sensibilidad y especificidad.[5] Estas pruebas analizan DNA libre de células fetales (cfDNA) presentes en el plasma materno, lo que permite detectar anomalías cromosómicas desde las primeras semanas de gestación. Sin embargo, debido a que el cfDNA proviene principalmente de células trofoblásticas placentarias, los resultados pueden no reflejar con precisión[6] el cariotipo fetal, especialmente en casos de mosaicismo confinado a placenta (MCP). Este se puede producir en el 1-2% de las muestras de biopsia corial y ocurre cuando aparecen poblaciones celulares cromosómicamente diferentes en alguna etapa del desarrollo. En caso de discrepancia entre la ecografía y el NIPT se debe recurrir a la amniocentesis para confirmar el cariotipo fetal normal. Por otra parte, los embarazos con MCP pueden asociarse a retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro o preeclampsian ya que estas complicaciones reflejan la disfunción placentaria derivada de la presencia de células cromosómicamente anormales

La amniocentesis se considera el método confirmatorio para determinar el cariotipo fetal, ya que analiza células derivadas del epiblasto, que contribuyen directamente al desarrollo del feto. Este procedimiento se realiza a partir de las 15 semanas de gestación [7] y proporciona un diagnóstico más preciso sobre la posible afectación fetal en casos de MCP.

La ecografía desempeña un papel fundamental en la evaluación de embarazos con sospecha de MCP [8]. Además de permitir la detección de marcadores de aneuploidía, es útil para monitorizar el crecimiento fetal y detectar complicaciones asociadas, como restricción del crecimiento intrauterino o anomalías morfológicas.

En el análisis del mosaicismo placentario confinado (MPC), debe considerarse la naturaleza heterogénea de la placenta. En el primer trimestre, aproximadamente el 70% de las muestras de CVS pueden ser normales en casos de MPC[9]. Por este motivo, si se va a estudiar la placenta a término se recomienda la obtención de múltiples muestras procedentes de distintos cotiledones, con análisis independiente del citotrofoblasto y del núcleo mesenquimal, con el fin de mejorar la representatividad del estudio y aumentar la sensibilidad diagnóstica.

Se presenta un caso clínico de mosaicismo confinado a placenta de T21 detectado mediante NIPT, confirmado posteriormente como cariotipo fetal normal a través de amniocentesis y estudio postnatal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Secundigesta de 39 años con antecedente de un aborto precoz espontáneo. La gestación actual fue espontánea, tras un tratamiento previo de reproducción no exitoso por hormona antimulleriana baja (1.39ng/ml). En la ecografía de cribado realizada a las 12 semanas y 2 días mostró un feto único, vivo, sin malformaciones estructurales ni marcadores de aneuploidía, con CRL de 60,4 mm y translucencia nucal de 1,8 mm (percentil 61). Los valores bioquímicos maternos mostraron una β-HCG libre de 1,40 MoM y una PAPP-A de 0,68 MoM, con un riesgo combinado para T21 de 1:329.

Dado el riesgo combinado se solicitó NIPT que informó de riesgo elevado de T21, con una fracción fetal del 22,97% y un valor predictivo positivo estimado del 92,1%, lo que sugería una alta probabilidad de aneuploidía fetal.

Se ofreció a la paciente la realización de una biopsia corial con 14+2 semanas. El cariotipo realizado informó de dos líneas celulares, una diploide para cromosoma 21 y otra triploide para cromosoma 21 (Figura 1). Dada la ausencia de marcadores ecográficos de aneuploidía en el feto, se procedió a realizar amniocentesis con 15 semanas que resultó mostró ausencia de células triploides en el

cariotipo obtenido a través de amniocentesis con todas las células 46 XY (Figuras 2 y 3), por lo que se realiza diagnóstico de MCP tipo I, limitado a la capa trofoblástica de la placenta.

El seguimiento ecográfico del segundo trimestre mostró un desarrollo fetal acorde a la edad gestacional sin evidencia de malformaciones ni signos de restricción del crecimiento intrauterino. La evolución del embarazo fue favorable, sin complicaciones clínicas ni ecográficas.

Con 39+3 semanas se asistió al parto eutócico de un recién nacido varón de 3.400 g Apgar 9/9. Se envió placenta para estudio del cariotipo que mostró un 60% de células triploides. Se envió también sangre de cordón que mostró un 0.8% de células triploides para T21 (de las 500 células analizadas, se observaron 4 núcleos con tres señales de hibridación para el cromosoma 21, valor que está por debajo del límite de resolución de la técnica (5%)). Este hallazgo se confirmó con un cariotipo de sangre periférica del recién nacido realizado con 1.5 meses de vida y que mostró un 0.6% de células triploides. El recién nacido no presenta ningún rasgo fenotípico compatible con trisomía 21 y ha presentado un desarrollo psicomotor normal a los dos años de vida.

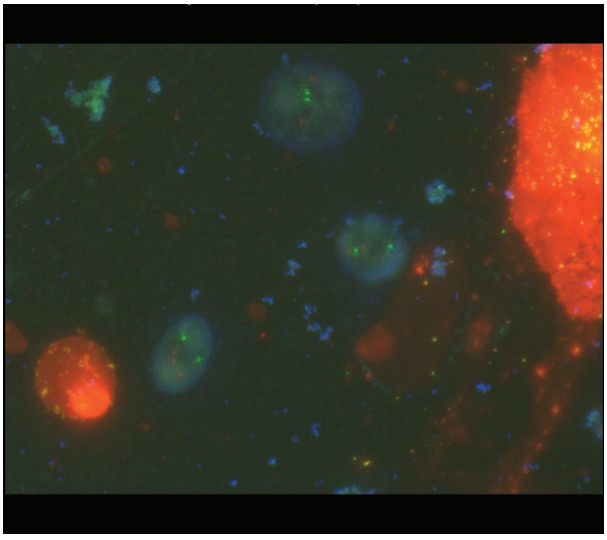


Figura 1. Hibridación in situ fluorescente (FISH) en biopsia corial que muestra mosaicismo para trisomía 21, evidenciado por la presencia .de núcleos con tres señales para el cromosoma 21

DISCUSIÓN

El presente caso clínico muestra un mosaicismo confinado a placenta (MCP) en el contexto de una sospecha prenatal de trisomía 21 detectada mediante prueba no invasiva (NIPT). Aunque el NIPT ha supuesto un avance significativo en la detección temprana de

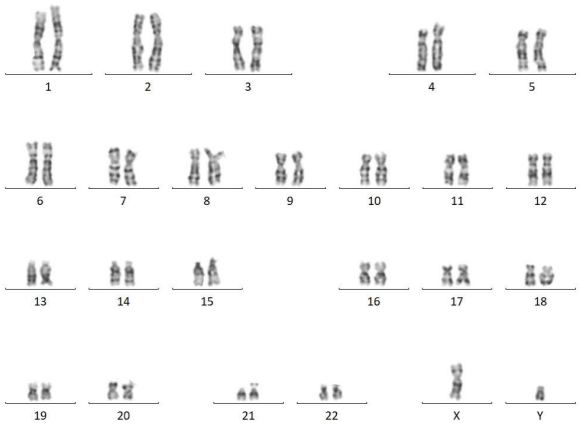
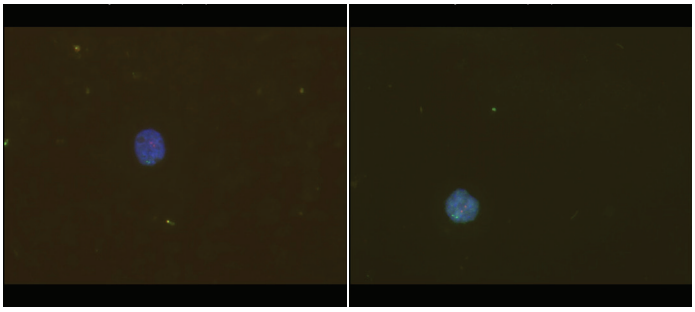


Figura 2. Cariotipo fetal obtenido por amniocentesis que confirma .fórmula cromosómica normal 46,XY



.**Figura 3.** FISH en líquido amniótico con patrón disómico normal

aneuploidías fetales, este caso subraya sus limitaciones diagnósticas en presencia de MCP, particularmente por su dependencia del ADN libre circulante (cfDNA) derivado del citotrofoblasto placentario, que puede no reflejar fielmente el cariotipo fetal.

En la interpretación de un resultado positivo de NIPT en ausencia de anomalías ecográficas se debe considerar la posibilidad de MCP, especialmente si se trata de trisomías como la T21, cuya presencia puede estar confinada exclusivamente a la placenta. El caso revisado enfatiza la importancia del uso de métodos diagnósticos invasivos para confirmar o descartar la afectación fetal, siendo la amniocentesis la técnica más fiable, ya que permite el análisis de células amnióticas directamente derivadas del epiblasto, precursores del tejido fetal.

Este caso también refuerza la necesidad de realizar una evaluación ecográfica detallada en paralelo al diagnóstico genético, ya que la ecografía permite detectar marcadores

de aneuploidía, valorar el desarrollo fetal y detectar signos tempranos de complicaciones como restricción del crecimiento intrauterino. La combinación de NIPT, ecografía y pruebas invasivas representa un enfoque integral que mejora la precisión diagnóstica y guía de forma más adecuada el manejo clínico del embarazo.

El MPC se origina por eventos mitóticos o meióticos tempranos que afectan al trofoectodermo y no a la masa celular interna, dando lugar a una placenta cromosómicamente anormal con un feto genéticamente normal. Este mecanismo explica cómo el NIPT puede arrojar un resultado positivo sin que exista afectación fetal, como ocurrió en el caso presentado. Se estima que el mosaicismo cromosómico se detecta en aproximadamente el 1–2% de las muestras de biopsia de vellosidades coriónicas. De estos casos, entre el 72% y el 87% presentan posteriormente un cariotipo fetal normal tras la realización de amniocentesis, lo que refleja la alta frecuencia de mosaicismo placentario confinado y pone de manifiesto la importancia del diagnóstico diferencial.

El MCP se clasifica en subtipos según el linaje celular afectado (MCP tipos I, II y III) tiene implicaciones pronósticas importantes. En particular, el tipo III, con afectación de citotrofoblasto y núcleo mesenquimal, se asocia con mayor riesgo de complicaciones obstétricas severas. La relevancia clínica de esta clasificación se refleja en la literatura, donde se reportan tasas de complicaciones obstétricas de hasta el 22% incluso en casos con cariotipo fetal normal.

Un elemento crítico es la relación entre el índice de mosaicismo y el pronóstico del embarazo. Aunque un mayor porcentaje de células anómalas en la placenta se asocia con mayor riesgo, incluso niveles bajos (<0.2) pueden conllevar complicaciones significativas, como se ha publicado en estudios recientes[10]. Esto pone de manifiesto que el MCP no debe considerarse un hallazgo incidental, sino un marcador de riesgo potencial que requiere control obstétrico riguroso, independientemente del resultado del cariotipo fetal.

CONCLUSIÓN

El mosaicismo placentario confinado (MCP) puede dar lugar a falsos positivos del NIPT que generan incertidumbre y ansiedad en el contexto del embarazo. El caso clínico presentado muestra cómo una adecuada interpretación del NIPT, acompañada de confirmación mediante amniocentesis y una evaluación ecográfica detallada, permite distinguir entre una verdadera aneuploidía fetal y una anomalía confinada exclusivamente a la placenta.

El conocimiento sobre la biología del MPC, su origen embriológico y sus implicaciones clínicas es fundamental para orientar correctamente la conducta médica. A pesar de que el cariotipo fetal pueda ser normal, la presencia de MPC se asocia con un aumento del riesgo de complicaciones obstétricas, lo que justifica la necesidad de un seguimiento estrecho durante la gestación.

Además, la clasificación del MPC según el linaje celular afectado y el grado de mosaicismo permite estratificar el riesgo y anticipar posibles desenlaces adversos. La aparición de nuevas tecnologías, como el NIPT basado en células fetales (cbNIPT), ofrece una prometedora alternativa para mejorar la precisión diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mai CT, Isenburg JL, Canfield MA, Meyer RE, Correa A, Alverson CJ, et al. National population-based estimates for major birth defects, 2010-2014. Birth Defects Res. 2019;111(18):1420-35.
2. Cooley WC, Graham JM. Common syndromes and management issues for primary care physicians: Down syndrome-an update and review for the primary pediatrician. Clin Pediatr (Phila). 1991;30(4):233-53. doi:10.1177/000992289103000407.
3. Beulen L, Faas BHW, Feenstra I, van Vugt JMG, Bekker MN. Clinical utility of non-invasive prenatal testing in pregnancies with ultrasound anomalies. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017;49(6):721-8. doi:10.1002/uog.17228.
4. Nicolaides KH. First-trimester screening for chromosomal abnormalities. Semin Perinatol. 2011;35(5):276-85.
5. Bianchi DW, Parker RL, Wentworth J, Madankumar R, Saffer C, Das AF, et al. DNA sequencing versus standard prenatal aneuploidy screening. N Engl J Med. 2014;370(9):799-808.
6. Grati FR, Barlocco A, Grimi B, Milani S, Frascoli G, Di Meco AM, et al. Confined placental mosaicism and the accuracy of prenatal diagnosis. Hum Reprod Update. 2014;20(3):309-17.
7. Wapner RJ, Martin CL, Levy B, Ballif BC, Eng CM, Zachary JM, et al. Chromosomal microarray versus karyotyping for prenatal diagnosis. N Engl J Med. 2012;367(23):2175-84.
8. Salomon LJ, Alfirevic Z, Berghella V, Bilardo C, Hernandez-Andrade E, Johnsen SL, et al. Practice guidelines for performance of the routine mid-trimester fetal ultrasound scan. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019;53(6):715-23.

9. Eggenhuizen GM, van Veen S, van Koetsveld N, Go ATJI, Diderich KEM, Joosten M, et al. Confined placental mosaicism: distribution of chromosomally abnormal cells over the term placenta. Placenta. 2024;154:60-5. doi:10.1016/j.placenta.2024.06.008.

10. Thomsen SH, Lund ICB, Bache I, Becher N, Vogel I. Placental mosaicism for autosomal trisomies: comprehensive follow-up of 528 Danish cases (1983-2021). Am J Obstet Gynecol MFM. 2024;6(11):101497. doi:10.1016/j.ajogmf.2024.101497.



HuPaVir®

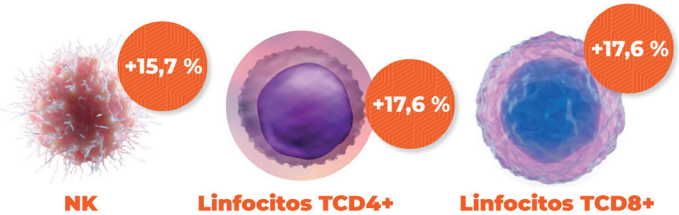
AYUDA A REFORZAR EL SISTEMA INMUNITARIO

con **Ditriamino®**



CN. 207750.8

Eficacia probada tras 6 meses de tratamiento



Uriach

1. Pingarrón, C.; Duque, A.; López, A.I.; Ferragud, J. Evaluation of Oral Supplementation with a Casein Hydrolysate-based Formula to Favor the Clearance of HR-HPV Infections and their Derived Lesions.Preprints 2019, 2019120029 (doi: 10.20944/preprints201912.0029.v1).

Grupo de jovenes expertos de la AEEM

Incretinas en menopausia: manejo práctico en la consulta ginecológica

Incretin therapy in menopause: practical management in gynecologic care

Alemany J (1), Bernat N (2), Mínguez D (3), García-Aguilera A (4), Sánchez-Prieto M (5)

1 Departamento de Ginecología, Hospital Universitari de Bellvitge (IDIBELL), Barcelona, España.
2 Departamento de Ginecología y Obstetricia, Instituto Universitario Dexeus, Barcelona, España.
3 Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Manises, Valencia, España.
4 Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España.
5 Unidad de Menopausia, Dexeus Mujer, Hospital Universitario General de Cataluña, Sant Cugat del Vallès, España.

RESUMEN

Las terapias incretínicas se han incorporado progresivamente a la consulta de menopausia, y cada vez es más frecuente que las mujeres las estén utilizando o pregunten por ellas. Este artículo ofrece una herramienta práctica para el ginecólogo, centrada en la selección de las candidatas, la evaluación antes de iniciar el tratamiento, la vigilancia durante la titulación y la valoración de la respuesta en el seguimiento. Se presta especial atención a la preservación de la masa muscular y la salud ósea, a la integración con la terapia hormonal de la menopausia y a la seguridad clínica. El texto incluye herramientas visuales de apoyo a la decisión y una lista de errores frecuentes que conviene evitar. El objetivo es facilitar decisiones clínicas concretas en la consulta ginecológica, más allá del peso corporal.

Palabras clave: Menopausia. Terapias incretínicas. Semaglutida. Tirzepatida. Terapia hormonal de la menopausia. Práctica clínica.

CORRESPONDENCIA:

Manuel Sánchez-Prieto
Dexeus Mujer Sant Cugat.
Hospital Universitario General de Cataluña.
Sant Cugat del Vallès, España.
mansan@dexeus.com

ABSTRACT

Incretin-based therapies have become part of routine menopause care, with an increasing number of women already using them or asking about them. This article provides a practical tool for gynecologists, focused on candidate selection, pretreatment assessment, monitoring during dose titration, and evaluation of response at follow-up. Particular attention is given to preserving muscle mass and bone health, integrating treatment with menopause hormone therapy, and clinical safety. The article includes decision-support visual tools and a list of common mistakes to avoid. The aim is to support concrete clinical decisions in the gynecologic consultation, beyond body weight alone.

Keywords: Menopause. Incretin-based therapies. Semaglutide. Tirzepatide. Menopause hormone therapy. Clinical practice.

INTRODUCCIÓN

Durante la transición menopáusica y la posmenopausia, la obesidad debe abordarse más allá del índice de masa corporal (IMC), considerando la adiposidad abdominal, el riesgo cardiometabólico y la salud musculoesquelética (1–3).

Las terapias incretínicas forman parte del tratamiento farmacológico de la obesidad y cada vez es más frecuente que las mujeres consulten por ellas o ya las estén utilizando. Para el ginecólogo, el reto consiste en identificar a las candidatas, reconocer los posibles efectos adversos,

preservar la función muscular y ósea e integrar estos tratamientos con la terapia hormonal de la menopausia (THM).

Este artículo resume las decisiones prácticas más relevantes antes de iniciar el tratamiento, durante la titulación y en el seguimiento.

El circuito práctico propuesto se resume en la Figura 1.

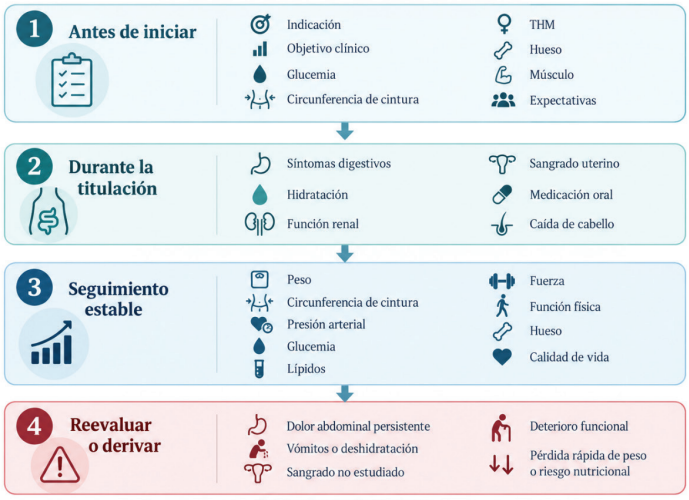


Figura 1. Circuito clínico para el uso de terapias incretínicas en la consulta de menopausia

La figura resume los dominios a revisar antes de iniciar, durante la titulación y en el seguimiento estable, así como las situaciones que obligan a reevaluar o derivar.

Abreviatura: *THM: terapia hormonal de la menopausia.*

1. Antes de iniciar: candidata, riesgos y objetivo clínico

La indicación se basa en los criterios aprobados de IMC (igual o superior a 30 kg/m², o igual o superior a 27 kg/m² con comorbilidad asociada), pero conviene valorar a la mujer de forma más amplia. La presencia de adiposidad visceral, prediabetes o diabetes tipo 2, esteatosis hepática metabólica, apnea obstructiva del sueño, enfermedad cardiovascular establecida o limitación funcional relacionada con la obesidad refuerza la indicación clínica. También conviene revisar los antecedentes pancreáticos, biliares y digestivos, la función renal basal, y el riesgo de sarcopenia, fractura y caídas, así como el uso, la vía y el patrón de sangrado de la THM si la paciente la utiliza. También debe preguntarse si la paciente ha utilizado previamente terapias incretínicas, qué molécula recibió, qué dosis alcanzó, qué respuesta obtuvo, si presentó efectos adversos y cuál fue el motivo de suspensión. Esta información ayuda a individualizar la elección, la velocidad de escalada y la necesidad de soporte nutricional o derivación.

Antes de iniciar el tratamiento, conviene además explorar los objetivos y expectativas de la paciente y la viabilidad real de incorporar ejercicio de fuerza y una ingesta proteica suficiente, ya que de ello dependerá en buena medida el resultado clínico. Esta aproximación clínica se apoya en recomendaciones recientes sobre obesidad en menopausia (4) y en los programas de obesidad con semaglutida y tirzepatida (5,6). En mujeres en transición menopáusica o en menopausia, la elección del tratamiento, incluidas formulaciones orales como semaglutida oral, debe individualizarse, ya que los datos disponibles proceden en gran medida de estudios no diseñados específicamente para esta población (1). La Tabla 1 resume estos dominios de valoración basal.

2. Durante la titulación: tolerancia, seguridad y medicación oral

La mayoría de las incidencias relevantes aparecen en las primeras semanas y con cada incremento de dosis. Conviene vigilar la tolerancia digestiva y el estado de hidratación, y valorar la función renal si aparecen vómitos, diarrea o una ingesta oral claramente reducida. El dolor abdominal persistente o los síntomas biliares o compatibles con pancreatitis requieren una valoración específica.

Si aparecen síntomas digestivos limitantes, conviene retrasar el incremento de dosis hasta mejorar la tolerancia y valorar un ajuste del tratamiento según la ficha técnica.

También debe revisarse la adherencia a la medicación oral concomitante, incluida la THM oral, y el patrón de sangrado uterino. La caída de cabello debe motivar la revisión de la velocidad de pérdida de peso, la ingesta proteica, el hierro, la vitamina D, el zinc y la función tiroidea, pero no justifica, por sí sola, la suspensión automática del tratamiento.

3. Seguimiento estable: peso, cintura, función y objetivo terapéutico

La respuesta al tratamiento no debe valorarse exclusivamente por el valor absoluto del peso perdido. Conviene registrar también el porcentaje de pérdida ponderal, el perímetro de cintura, la presión arterial, la glucemia o la hemoglobina glucosilada, y el perfil lipídico. Cuando sea posible, añadir una medida sencilla de fuerza o función física (por ejemplo, prensión manual si se dispone de di-

Tabla 1. Valoración basal antes de iniciar terapias incretínicas en la consulta de menopausia

Dominio	Valoración mínima en todas las pacientes	Ampliar según la situación clínica
Indicación y objetivo clínico	IMC, comorbilidad asociada y motivo principal de tratamiento	Individualizar las metas metabólicas, cardiometabólicas, funcionales o de calidad de vida
Uso previo de incretinas	Fármaco previo, dosis máxima alcanzada, duración, respuesta y motivo de suspensión	Documentar efectos adversos, intolerancia digestiva, pérdida rápida de peso, deterioro funcional, abandono por coste/adherencia o necesidad de cambio de molécula
Riesgo metabólico	Glucemia o HbA1c, presión arterial y perfil lipídico	Valorar síndrome metabólico, prediabetes o diabetes tipo 2, esteatosis hepática metabólica y riesgo cardiovascular global
Adiposidad y composición corporal	Peso, IMC y perímetro de cintura	Bioimpedancia, composición corporal o valoración de adiposidad visceral si está disponible y puede modificar el seguimiento
Riesgo digestivo, biliar y pancreático	Antecedentes digestivos relevantes, síntomas gastrointestinales activos y tolerancia oral basal	Revisar antecedentes biliares o pancreáticos, dolor abdominal recurrente, colelitiasis conocida o situaciones que requieran valoración previa
Función renal e hidratación	Función renal basal y riesgo de deshidratación	Reforzar vigilancia si hay edad avanzada, enfermedad renal crónica, diuréticos, vómitos/diarrea previos o ingesta oral limitada
Músculo y función	Preguntar por fuerza, caídas, limitación funcional y posibilidad real de ejercicio de fuerza	Valorar prensión manual, prueba de levantarse de la silla, velocidad de la marcha o derivación a rehabilitación si hay fragilidad o sospecha de sarcopenia
Salud ósea	Antecedente de fractura, osteoporosis conocida y riesgo de caídas	Considerar DXA/FRAX, vitamina D, calcio, tratamiento antiosteoporótico o integración con THM si está indicado
Anticoncepción y deseo gestacional	En mujeres con posibilidad de embarazo, revisar anticoncepción actual y deseo gestacional	Ante una gestación planificada, suspender semaglutida al menos 2 meses antes y tirzepatida al menos 1 mes antes, según sus fichas técnicas vigentes (AEMPS)
THM y salud ginecológica	Uso de THM, vía de administración, adherencia y patrón de sangrado	Revisar especialmente THM oral, sangrado uterino anómalo, riesgo endometrial y necesidad de vía transdérmica o protección endometrial adecuada
Nutrición y expectativas	Patrón dietético, ingesta proteica aproximada, expectativas de pérdida de peso y disponibilidad para seguimiento	Derivar o reforzar soporte nutricional si hay dieta restrictiva, baja ingesta proteica, supresión marcada del apetito, pérdida ponderal rápida previa o riesgo de déficit nutricional

La valoración basal debe individualizarse según comorbilidad, objetivo clínico, riesgo funcional y disponibilidad de recursos. No todos los elementos ampliados son necesarios en todas las pacientes.
Abreviaturas: *DXA: absorciometría dual de rayos X; FRAX: Fracture Risk Assessment Tool; HbA1c: hemoglobina glucosilada; IMC: índice de masa corporal; THM: terapia hormonal de la menopausia.*

namómetro, prueba de levantarse de la silla o velocidad de la marcha) y la composición corporal si está disponible, aporta información que el peso por sí solo no ofrece (1). Más que interpretar un valor aislado, interesa detectar deterioro funcional, falta de mejoría o pérdida de autonomía durante la pérdida ponderal, especialmente en mujeres con fragilidad, caídas, limitación funcional o sospecha de sarcopenia. Esta perspectiva es coherente con el concepto emergente de Functional Menopause, que propone investigar el valor clínico de la evaluación funcional más allá de los síntomas y los indicadores biomédicos tradicionales, aunque su utilidad como herramienta sistemática de seguimiento todavía requiere validación (7).

En el estudio SEMALEAN, la reducción de masa magra observada durante el tratamiento con semaglutida se estabilizaba con el tiempo y se acompañaba de mejoría de la fuerza de prensión manual (8); un estudio español en mujeres en menopausia con dosis bajas de semaglutida describió cambios favorables en el peso y en la composición corporal (9). En el ensayo SELECT, semaglutida 2,4 mg semanal redujo un 20 % el riesgo relativo de acontecimientos cardiovasculares adversos mayores frente a placebo en adultos con sobrepeso u obesidad y enfermedad cardiovascular establecida, sin diabetes (10).

Los resultados relevantes para la mujer, como los síntomas vasomotores, el sueño, el estado de ánimo, la salud sexual, el síndrome genitourinario de la menopausia y la calidad de vida, deben formar parte habitual de esta valoración, junto con el objetivo terapéutico definido al inicio del tratamiento.

4. Músculo, proteína, ejercicio y hueso

La pérdida ponderal puede acompañarse de una reducción de masa magra, que no debe interpretarse automáticamente como pérdida de músculo esquelético o deterioro funcional (1,11). Preservar la fuerza y la función debe considerarse un objetivo explícito, no una consecuencia secundaria del tratamiento (1).

El eje práctico debe ser evitar una restricción energética excesiva, asegurar ejercicio de fuerza adaptado y mantener una ingesta proteica suficiente. El ejercicio de fuerza, con una pauta orientativa de dos a tres sesiones semanales ajustadas a la condición física de la paciente, debe incorporarse desde el inicio siempre que sea posible. En mujeres con riesgo de sarcopenia, fragilidad, edad avanzada, baja ingesta basal o pérdida ponderal rápida, puede considerarse un objetivo proteico más alto, orientativamente en el rango de 1,2-1,6 g/kg/día, individualizado según función renal, tolerancia

Tabla 2. Semáforo clínico durante la titulación y el seguimiento

Nivel	Situación clínica	Conducta práctica
Rojo	Dolor abdominal persistente o sospecha de pancreatitis o enfermedad biliar aguda	**Pausar** el tratamiento incretínico y derivar para valoración clínica urgente.
	Vómitos o diarrea persistentes, deshidratación, intolerancia oral o deterioro de la función renal	**Pausar o retrasar** la escalada. Valorar hidratación, función renal y reintroducción tras resolución clínica.
	Sangrado uterino anómalo inexplicado, persistente o clínicamente preocupante	**Realizar evaluación ginecológica** antes de atribuirlo al tratamiento o continuar sin reevaluación. No implica suspender automáticamente la terapia incretínica.
	Deterioro funcional claro, pérdida rápida de peso o riesgo nutricional importante	**Reevaluar** dosis, ritmo de titulación y soporte nutricional. Priorizar recuperación funcional y valorar derivación.
Ámbar	Ingesta proteica insuficiente, supresión marcada del apetito o dieta restrictiva	**Reforzar** soporte nutricional antes de acelerar la titulación. Revisar proteína, hidratación y micronutrientes si procede.
	Fuerza basal baja, sarcopenia probable, caídas recientes o limitación funcional	**Individualizar** el ritmo de escalada. Valorar fuerza y función basal y durante el seguimiento.
	Osteoporosis, fractura previa, edad avanzada o pérdida ponderal rápida	**Reforzar** evaluación ósea. Considerar DXA/FRAX, calcio, vitamina D, riesgo de caídas e integración con THM o tratamiento antiosteoporótico.
	THM oral o medicación oral clínicamente relevante, especialmente si aparecen síntomas digestivos durante la titulación	**Revisar** adherencia, control sintomático y patrón de sangrado. Valorar vía transdérmica u opciones no orales si procede.
	Antecedentes biliares o síntomas digestivos altos recurrentes	**Mantener** vigilancia clínica reforzada e informar sobre síntomas de alarma.
Verde	Indicación adecuada, sin fragilidad, síntomas de alarma ni riesgo nutricional relevante	**Iniciar o continuar** según ficha técnica y contexto clínico. Asociar desde el inicio un plan nutricional adaptado, ejercicio de fuerza y seguimiento estructurado.
	Buen estado funcional y posibilidad real de realizar ejercicio de fuerza	**Mantener** titulación habitual. Registrar peso, perímetro de cintura y objetivos funcionales.

El semáforo orienta la conducta clínica, pero no sustituye el juicio clínico. Rojo: evaluación prioritaria, con suspensión o derivación cuando corresponda; ámbar: individualizar, reforzar la vigilancia o ralentizar la titulación; verde: iniciar o continuar el tratamiento.

Abreviaturas: *DXA: absorciometría dual de rayos X; FRAX: Fracture Risk Assessment Tool; THM: terapia hormonal de la menopausia.*

digestiva, ingesta energética total y estado nutricional. No debe plantearse como una cifra obligatoria para todas las pacientes (12,13).

El déficit estrogénico de la menopausia acelera la pérdida de densidad mineral ósea, y la obesidad no protege frente al riesgo de fractura (14). En mujeres de mayor riesgo (osteoporosis, fractura previa, edad avanzada o pérdida de peso rápida) conviene valorar una densitometría ósea o una herramienta de riesgo de fractura, asegurar un aporte adecuado de calcio y vitamina D, valorar el riesgo de caídas, e integrar la decisión con la THM o con el tratamiento antiosteoporótico ya indicado.

5. THM e incretinas: qué hacer y qué no hacer

La asociación observada entre el uso de THM y una mayor pérdida de peso con semaglutida procede de un estudio observacional con limitaciones metodológicas relevantes, y debe interpretarse como generadora de hipótesis, no como una relación causal (15).

No debe iniciarse THM con el único objetivo de potenciar la pérdida de peso, ni suspenderse una terapia hormonal indicada por el hecho de iniciar una terapia incretínica (1,16). Conviene revisar si la THM es oral, especialmente al inicio del tratamiento y durante las escaladas de dosis. Aunque las terapias incretínicas retrasan el vaciamiento gástrico, los estudios con anticonceptivos orales no mostraron cambios clínicamente relevantes con semaglutida, mientras que tirzepatida redujo su exposición en un estudio farmacocinético, efecto considerado no clínicamente relevante por la ficha técnica europea. Estos hallazgos no pueden extrapolarse directamente a la eficacia de la THM oral ni a la protección endometrial (17,18). En ausencia de datos directos con THM oral, debe vigilarse el sangrado, el control sintomático, la tolerancia digestiva y la adherencia.

6. Semáforo clínico para la consulta

La Tabla 2 resume situaciones habituales en consulta, clasificadas en rojo, ámbar y verde, con la conducta práctica recomendada en cada caso.

7. Errores frecuentes en la práctica clínica

Cuadro 1. Cinco errores que evitar

1. Iniciar tratamiento sin definir qué objetivo clínico se busca modificar: cardiometabólico, funcional, óseo o de calidad de vida.
2. Valorar solo peso e IMC, sin cintura, fuerza ni función.
3. Prescribir sin un plan nutricional adaptado y sin una estrategia realista de ejercicio de fuerza.
4. Usar la THM como potenciador de la pérdida ponderal, o suspenderla sin indicación.
5. Ignorar el sangrado uterino, el deterioro funcional, los vómitos persistentes o el dolor abdominal.

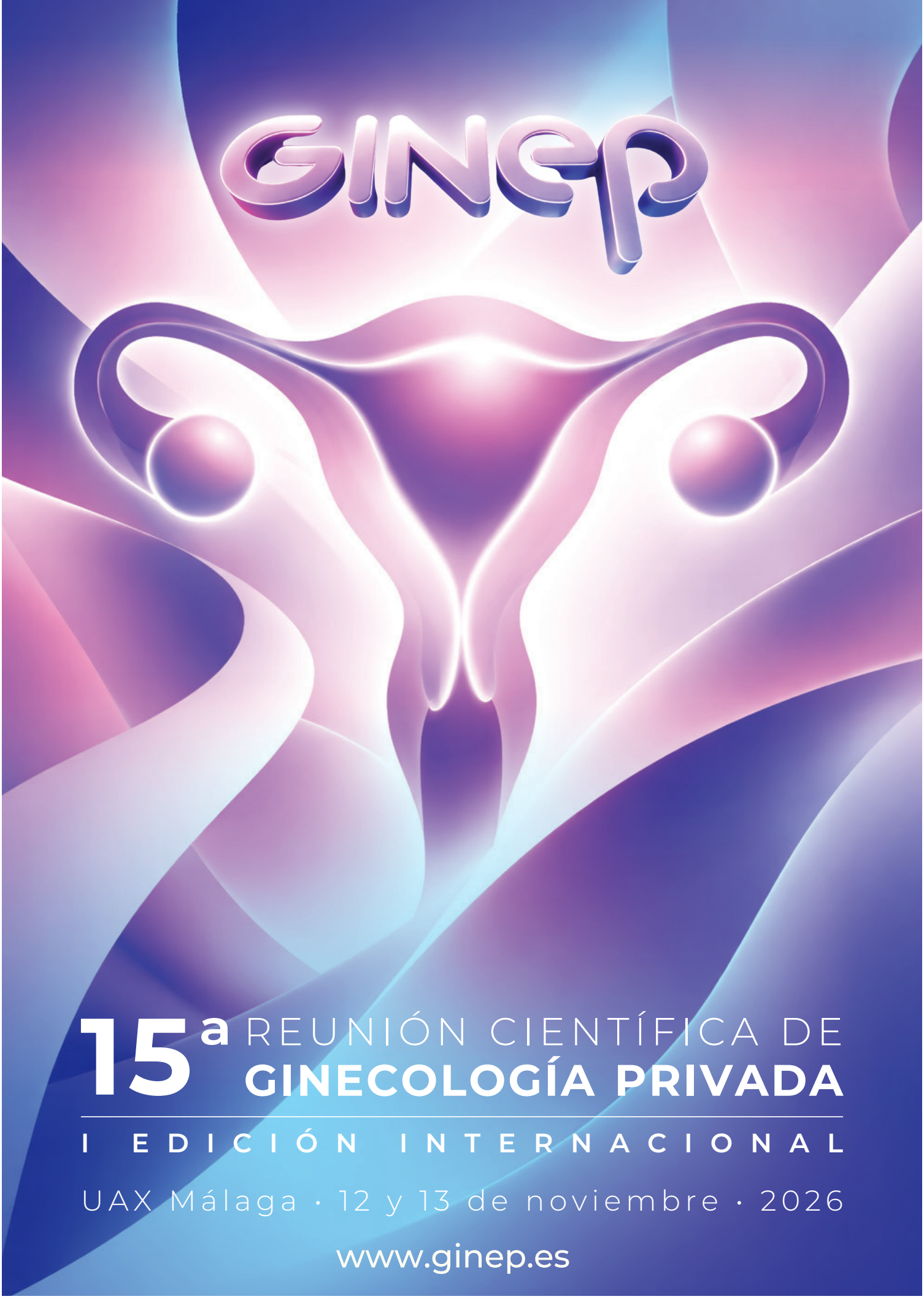
Estas herramientas no sustituyen el juicio clínico ni deben aplicarse de forma rígida; su valor está en ayudar a individualizar la decisión en cada mujer. Ante cualquier duda relevante sobre seguridad, función o composición

corporal, la reevaluación conjunta con endocrinología, nutrición o rehabilitación puede ser de ayuda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Prieto M, Romero-Domínguez M, Orozco R, Lilue M, Lubián-López DM, González SP, Nieto A, Coronado P, Sánchez-Borrego R, Cano A, Castelo-Branco C, Palacios S; Young Investigators Group of the Spanish Menopause Society (Meno-Young Spain). Incretin-based therapies in peri- and postmenopausal women with obesity: an expert position statement from the Spanish Menopause Society. Maturitas. 2026 Oct;213:109101. doi: 10.1016/j.maturitas.2026.109101.
2. Palacios S, Orozco R, Garcia-Almeida JM. Beyond body mass index: redefining the diagnosis of obesity. Gynecol Endocrinol. 2025 Dec;41(1):2480332. doi: 10.1080/09513590.2025.2480332.
3. Orozco R, Romero P, Palacios S. From maximal weight loss to required weight loss: a call to action for weight management in gynecologic practice. Int J Obes (Lond). 2026 Jul 11. doi: 10.1038/s41366-026-02166-4. Epub ahead of print.
4. Palacios S, Chedraui P, Sanchez-Borrego R, Coronado P, Simoncini T, Schauding K, Hillard T, Nappi RE. Management of obesity in menopause. Climacteric. 2024 Aug;27(4):357-363. doi: 10.1080/13697137.2024.2374760.
5. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Van Gaal LF, Lingvay I, McGowan BM, Rosenstock J, Tran MTD, Wadden TA, Wharton S, Yokote K, Zeuthen N, Kushner RF; STEP 1 Study Group. Once-Weekly Semaglutide in Adults with Overweight or Obesity. N Engl J Med. 2021 Mar 18;384(11):989-1002. doi: 10.1056/NEJMoa2032183.
6. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, Wharton S, Connery L, Alves B, Kiyosue A, Zhang S, Liu B, Bunck MC, Stefanski A; SURMOUNT-1 Investigators. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. N Engl J Med. 2022 Jul 21;387(3):205-216. doi: 10.1056/NEJMoa2206038.
7. Sánchez-Prieto M, Sánchez-Borrego R. Should menopause care measure function? Functional Menopause as a testable research framework. Post Reprod Health. 2026 Oct 12:1-5. doi: 10.1080/20533691.2026.2743698. Epub ahead of print.
8. Alissou M, Demangeat T, Folope V, Van Elslande H, Lelandais H, Blanchemaison J, Cailleaux PE, Guney S, Aupetit A, Aubourg A, Rapp C, Petit A, Godin M, Vignal L, Grigioni S, Déchelotte P, Colange G, Coëffier M, Achamrah N. Impact of Semaglutide on fat mass, lean mass and muscle function in patients with obesity: The SEMALEAN study. Diabetes Obes Metab. 2026 Jan;28(1):112-121. doi: 10.1111/dom.70141.
9. Nicolau J, Blanco-Anesto J, Bonet A, Félix-Jaume JJ, Gil-Palmer A. Effectiveness of Low Doses of Semaglutide on Weight Loss and Body Composition Among Women in Their Menopause. Metab Syndr Relat Disord. 2025 Feb;23(1):70-76. doi: 10.1089/met.2024.0124.
10. Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, Deanfield J, Emerson SS, Esbjerg S, Hardt-Lindberg S, Hovingh GK, Kahn SE, Kushner RF, Lingvay I, Oral TK, Michelsen MM, Plutzky J, Tornøe CW, Ryan DH; SELECT Trial Investigators. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes. N Engl J Med. 2023 Dec 14;389(24):2221-2232. doi: 10.1056/NEJMoa2307563.
11. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, Cooper C, Landi F, Rolland Y, Sayer AA, Schneider SM, Sieber CC, Topinkova E, Vandewoude M, Visser M, Zamboni M; Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019 Jan 1;48(1):16-31. doi: 10.1093/ageing/afy169.
12. Godoy-Izquierdo D, de Teresa C, Mendoza N. Exercise for peri- and postmenopausal women: Recommendations from synergistic alliances of women's medicine and health psychology for the promotion of an active lifestyle. Maturitas. 2024;185:107924. doi:10.1016/j.maturitas.2024.107924.
13. Pérez-López FR, Fernández-Alonso AM, Losa-Puig H, García-Alfaro P. Association of enhanced protein intake with handgrip strength in postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. Menopause. 2026 Sep 8. doi: 10.1097/GME.0000000000002870. Epub ahead of print.
14. Eastell R, O'Neill TW, Hofbauer LC, Langdahl B, Reid IR, Gold DT, Cummings SR. Postmenopausal osteoporosis. Nat Rev Dis Primers. 2016 Sep 29;2:16069. doi: 10.1038/nrdp.2016.69.

15. Hurtado MD, Tama E, Fansa S, Ghusn W, Anazco D, Acosta A, Faubion SS, Shufelt CL. Weight loss response to semaglutide in postmenopausal women with and without hormone therapy use. Menopause. 2024 Apr 1;31(4):266-274. doi: 10.1097/GME.0000000000002310.
16. "The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society" Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2022 Jul 1;29(7):767-794. doi: 10.1097/GME.0000000000002028.
17. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Wegovy (semaglutida). Ficha técnica o resumen de las características del producto [Internet]. Madrid: AEMPS; [consultado 25 sep 2026]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1211608008/FT_1211608008.html
18. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Mounjaro (tirzepatida). Ficha técnica o resumen de las características del producto [Internet]. Madrid: AEMPS; [consultado 25 sep 2026]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1221685029/FT_1221685029.html


GINEP
15ª REUNIÓN CIENTÍFICA DE
GINECOLOGÍA PRIVADA
I EDICIÓN INTERNACIONAL
UAX Málaga · 12 y 13 de noviembre · 2026
www.ginep.es

TRIBUNA HUMANÍSTICA

El parto planificado en casa como rito de paso o pasaje: la matrona, el cuidado y la autoridad en España — Parte I

Planned home birth as a rite of passage: the midwife, care and authority in Spain

El nacimiento como umbral

Los ritos de paso o de pasaje marcan el tránsito entre estados vitales o sociales. En la propuesta de van Gennep, ese tránsito comprende separación, margen e incorporación (1). El pasaje nombra el proceso completo; el paso, el cruce puntual del umbral. Esta distinción permite leer el nacimiento como una transformación que no se agota en el instante del parto.

Nacer es cruzar. Es aparecer en un mundo que ya está lleno de otras vidas, de vínculos y de expectativas. También parir es cruzar: quien atraviesa ese proceso no siempre sale de él del mismo modo en que entró. Nos interesa el parto como uno de esos umbrales donde el cuerpo, lo social y lo simbólico se anudan. Mirarlo así no significa negar su dimensión fisiológica ni la importancia de la atención sanitaria. Significa preguntarnos qué ocurre, además, con los lugares, las relaciones y las formas de autoridad que acompañan el nacimiento.

Arnold van Gennep describió los ritos de pasaje como procesos organizados en fases de separación, margen o liminalidad, y agregación (1). Victor Turner profundizó en la intensidad de ese tiempo intermedio y en los vínculos que pueden surgir entre quienes lo comparten (2). Estos conceptos ofrecen una manera de leer el parto sin reducirlo a una ceremonia formal. Un rito no tiene por qué consistir en palabras solemnes ni en un conjunto fijo de símbolos: también puede reconocerse en los gestos con los que se prepara una transición, se acompaña a alguien durante ella y se le recibe después en una vida transformada.

Un parto planificado en casa permite observar esas dimensiones con especial claridad. La mujer no abandona necesariamente su entorno cotidiano para entrar en una institución; es la propia casa la que cambia de sentido. La matrona llega a un espacio habitado por la familia, sus objetos y sus rutinas, y participa en una experiencia que es a la vez profesional, corporal y relacional. Esta lectura dialoga con el trabajo de Robbie Davis-Floyd sobre el nacimiento como rito de pasaje y con la propuesta de Reed y colaboradoras de pensar a la matrona como acompañante ritual (3,4).

Nuestra pregunta no es si todas las mujeres o matronas llaman «ritual» a lo que viven. Nos interesa comprender cómo se organiza el pasaje en sus relatos y qué hace posible acompañarlo. Para ello, situamos a la matrona en el centro del análisis, sin desplazar la experiencia de la mujer que pare: una conoce el oficio de acompañar; la otra vive en su cuerpo la transformación de la que hablamos.

Una lectura situada de siete relatos

Este artículo procede de una investigación cualitativa e interpretativa sobre el parto planificado en domicilio en España. Realizamos siete entrevistas semiestructuradas: cinco a matronas con experiencia en atención domiciliaria en distintas comunidades autónomas y dos a mujeres que habían parido en casa, atendidas por una de las matronas entrevistadas. El acceso inicial al campo se produjo a través de la asociación Nacer en Casa; las dos mujeres fueron contactadas mediante una matrona participante. Las entrevistas se realizaron entre abril y mayo de 2026. Analizamos las transcripciones mediante análisis temático reflexivo, siguiendo la propuesta de Braun y Clarke (5).

No estuvimos presentes en el momento de los partos. El material que presento está formado por narraciones: lo que las participantes recuerdan, seleccionan y consideran importante contar. Esta precisión importa. No puedo reconstruir todo lo sucedido en cada nacimiento, pero sí analizar cómo matronas y mujeres dan sentido a sus prácticas y a sus experiencias. Las voces de las dos mujeres ofrecen un contrapunto vivido, aunque no representan la diversidad de quienes eligen esta modalidad de parto.

En las entrevistas identificamos tres movimientos que permiten recorrer el parto como rito de pasaje: la preparación del umbral, el tiempo liminal del nacimiento y la incorporación a una nueva vida familiar. No son casillas rígidas ni etapas idénticas para todas. Son una propuesta de lectura nacida del diálogo entre los testimonios y la teoría.

Preparar el umbral

En el parto domiciliario, la separación comienza antes de las contracciones. Una matrona cuenta: «Entonces, solemos hacer varias visitas previas al parto para conocer la casa, conocer a la pareja, interaccionar, interesarnos por el embarazo». Otra explica que, al volver varias veces al domicilio, se va «generando esa inercia» antes de que llegue el día. Esas visitas tienen un sentido profesional y práctico; también van creando un tiempo particular de espera y una relación de reconocimiento mutuo. La casa no se convierte de repente en lugar de parto. Empieza a prepararse cuando la mujer, la familia y la matrona aprenden a encontrarse allí.

En las maternidades, la entrada suele estar marcada por el desplazamiento a otro espacio y por sus procedimientos. En los relatos de este estudio, el umbral domiciliario se construye de otro modo: la mujer permanece en un lugar propio y reconoce, desde su cuerpo, que algo está comenzando. No se trata de afirmar que todas las mujeres viven esa separación igual. Se trata de atender a una diferencia significativa: aquí la entrada en el parto no aparece necesariamente organizada desde fuera, sino que puede ser preparada y habitada por la propia mujer.

Una de las mujeres entrevistadas recordaba que, antes de la llegada de la matrona, había imaginado el lugar donde quería estar: cerca del fuego de una chimenea. No me interesa interpretar ese fuego como un símbolo universal. Nos interesa que, para ella, ese objeto y ese rincón de la casa ayudaron a dar forma al comienzo de su parto. Su experiencia permite pensar el umbral no solo como un momento medible, sino también como una disposición corporal, afectiva y espacial. El entorno cotidiano sigue siendo familiar, pero empieza a albergar algo extraordinario.

La matrona acompaña esa preparación sin apropiarse de ella. Su presencia reúne conocimiento profesional y atención a una mujer concreta, a una pareja concreta y a una casa concreta. El rito, leído desde aquí, no se impone sobre el nacimiento: se va haciendo en las relaciones que permiten atravesarlo.

Habitar la liminalidad: una coreografía de cuidado

Durante el parto, la casa se reorganiza. El agua, la luz, la música, los objetos y el movimiento corporal adquieren otros usos. Una matrona dice: «El agua es una de las más maravillosas, por eso el uso de la bañera de parto se convirtió en algo habitual en todos nuestros acompañamientos». Otra recuerda «cada ambiente, las velas, el aroma». Una mujer describe la alfombra, la pelota y la posibilidad de ponerse en cuadrupedia, sentarse, levantarse y moverse. No son elementos decorativos que se añaden a un acontecimiento clínico. En los relatos, participan en la manera de vivirlo.

Hemos llamado a esto una coreografía doméstica de cuidado. No porque exista una secuencia única que deba reproducirse, sino porque cuerpos, personas, tiempos y objetos se ajustan unos a otros. La matrona observa y acompaña; la mujer busca posturas, solicita presencia o espacio; la familia puede acercarse o esperar. La dimensión ritual aparece en esa organización situada, no en la obligación de ejecutar gestos previamente definidos.

Turner permite pensar los vínculos intensos que pueden emerger en un tiempo liminal (2). En estas entrevistas, esa cercanía no es una unión espontánea desligada de toda estructura. Está sostenida por visitas anteriores, confianza, responsabilidad profesional y expectativas de cuidado. Una mujer recuerda que la matrona se sentó junto a ella y la ayudó a entrar más profundamente en la experiencia de estar allí, «en tu casa, estar sintiéndolo todo». La proximidad entre ambas es significativa precisamente porque no borra sus posiciones distintas: una está pariendo; la otra la acompaña y responde profesionalmente por su atención.

También el dolor aparece en el relato de una participante como parte de una transformación que ella misma intenta comprender: «El proceso es completamente tuyo y te tienes que enfrentar tú a lo que vas a soltar y a quién vas a ser». Esa frase no debe convertirse en una exigencia para otras mujeres ni en una idealización del sufrimiento. Es su manera de poner palabras a un cambio vivido en primera persona. Leer antropológicamente el parto exige escuchar ese significado sin prescribir cómo tendría que sentirse otra mujer.

La matrona: acompañar, saber y ejercer autoridad

La dimensión ritual del parto en casa no sitúa a la matrona fuera de la práctica sanitaria. Al contrario: una parte decisiva del acompañamiento consiste en saber cuándo esperar, qué observar y cuándo actuar. En las entrevistas, ese saber se expresa a veces como un «no-hacer». Sería un error confundirlo con pasividad. Una matrona habla de reconocer que una mujer

«necesita más tiempo» y esperar; otra lo llama capacidad de observación. Una tercera matiza el lugar de la intuición: «La intuición, sí, sí, pero acompañada de la observación, de la observación y del saber hacer también [...] no por eso eh dejo de llevar eh un equipo por si ocurriera algo».

Esta pericia obliga a preguntarnos quién define lo que está sucediendo en el parto y qué conocimientos cuentan para tomar decisiones. La noción de conocimiento autoritativo, presente en el trabajo de Brigitte Jordan, ayuda a pensar esas relaciones entre saber y poder (6). En los relatos analizados, la matrona reivindica su experiencia profesional, pero también presta atención a lo que la mujer siente, pide y necesita. No se trata de reemplazar una autoridad absoluta por otra. La cuestión es cómo ejercer una autoridad responsable que no silencie a quien está pariendo.

Una mujer lo expresa desde su búsqueda de seguridad: «Yo no quiero un parto en casa a toda costa, quiero un parto seguro para mis hijos». Su frase impide reducir la elección del domicilio a un rechazo de la medicina. También recuerda una distinción necesaria: sentirse segura y evaluar la seguridad clínica no son exactamente la misma pregunta. Estas entrevistas permiten comprender cómo se construye la confianza en una relación de cuidado; no permiten calcular riesgos ni comparar resultados entre lugares de nacimiento. Reconocer la dimensión ritual tampoco exime de observar, disponer de recursos y responder ante una complicación.

Hay, además, una tensión reveladora. Cuando preguntamos por ceremonias o por el carácter «sagrado» del nacimiento, algunas matronas trasladaron la conversación a la fisiología y a la función práctica de lo que hacían. No entendí esa respuesta como un fallo de las entrevistas. Me obligó a distinguir entre la lectura ritual que propongo y las palabras que las participantes eligen para explicar su oficio. Que una práctica pueda interpretarse como parte de un pasaje no significa que quien la realiza deba reconocerse en esa denominación. La ritualidad puede estar en el modo de cuidar sin constituir una identidad profesional declarada.

Después de nacer: un regreso que lleva tiempo

Si miramos solo el instante del nacimiento, el rito parece terminar demasiado pronto. En los relatos de este estudio, la incorporación a una nueva vida familiar continúa después. La matrona vuelve, observa, acompaña y se retira gradualmente. Una entrevistada explica ese movimiento con una expresión sencilla: «vas soltando el vínculo poco a poco». El bebé ha nacido, pero la relación de cuidado no desaparece de golpe, ni la mujer ha terminado necesariamente de dar sentido a lo vivido.

En algunos casos aparece un gesto explícito de cierre. Una matrona describe que, en una visita posterior, hacen «un pequeño ritual de cerrar la pelvis» con una tela. No pretendo presentar esa práctica como universal ni atribuirle un único significado. En el contexto de su relato, permite reconocer corporalmente que algo se ha abierto, ha cambiado y necesita también un tiempo de cierre. En otros casos, el cierre se encuentra en gestos menos nombrados: ayudar a iniciar la lactancia, compartir una comida, despedirse o volver a preguntar cómo están la mujer y el bebé.

Una mujer cuenta el final de su parto desde el sofá de su casa: la ayudaron a acomodarse con su hijo, cenaron con su madre y su pareja, y después se despidieron y fueron a dormir. La escena me interesa porque el nacimiento no queda aislado del resto de la vida. Se incorpora a ella. La presencia de la madre de la entrevistada también muestra que la matrona no es la única figura significativa en ese pasaje: hay saberes familiares, memorias y formas de protección que acompañan a la mujer.

La agregación puede prolongarse todavía más. Una matrona relata que las familias acompañadas llegan a encontrarse después en grupos de crianza o lactancia. No afirmo que esto suceda en todos los partos en casa. En los testimonios recogidos, sin embargo, permite ver que el tránsito no transforma solo a una persona: reorganiza vínculos que pueden mantenerse después de que la matrona abandone el domicilio.

Lo que esta mirada permite ver

Comprender el parto planificado en casa como rito de pasaje no significa declararlo superior al parto en una maternidad ni sustituir la evaluación clínica por una interpretación cultural. Significa ampliar aquello a lo que prestamos atención. La preparación del espacio, la confianza construida antes del nacimiento, la libertad de movimiento, la manera de ejercer la autoridad profesional y la continuidad del cuidado después del parto forman parte de la experiencia narrada por estas participantes. Sus relatos muestran que el nacimiento es fisiológico y, al mismo tiempo, social, relacional y simbólico.

La investigación tiene límites claros. Las participantes proceden de una muestra pequeña, vinculada en parte a una misma red profesional; las dos mujeres entrevistadas no representan todas las trayectorias posibles. Tampoco presencié directamente un parto. Por eso, este artículo ofrece una interpretación situada de relatos, no una descripción exhaustiva de todos los partos domiciliarios en España ni una comparación de resultados clínicos. En estudios posteriores sería

importante escuchar a mujeres con experiencias más diversas, así como a profesionales de otras redes y a quienes hayan vivido un traslado a una maternidad.

Aun con estos límites, las entrevistas permiten plantear una pregunta que no se agota en el domicilio: ¿cómo acompañar un nacimiento sin reducirlo a una sucesión de acontecimientos clínicos? La maternidad hospitalaria también tiene espacios, gestos, tiempos y relaciones de autoridad que organizan la experiencia de parir. La diferencia no es que un lugar tenga cultura y el otro no. La pregunta es qué formas de cuidado se hacen posibles en cada contexto y cuánto espacio dejan a la mujer para vivir y significar su propio tránsito.

La matrona aparece aquí como profesional sanitaria y como acompañante de un cambio vital. Sabe observar, esperar y actuar; también conoce la importancia de entrar en una casa con respeto, sostener un vínculo y saber retirarse. El parto no termina, para quienes lo viven, en el momento exacto en que nace el bebé. A veces continúa en una visita, en una narración, en una comida compartida o en el reconocimiento de que una familia ha cruzado un umbral. Esa dimensión no reemplaza a la obstetricia: invita a practicarla sin olvidar la densidad humana del nacimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Gennep A. Los ritos de pasaje. Alianza Editorial; 2008.
2. Turner V. The ritual process: structure and anti-structure. Aldine Publishing Company; 1982.
3. Davis-Floyd R. Birth as an American rite of passage. Routledge; 2022. doi:10.4324/9781003001393.
4. Reed R, Rowe J, Barnes M. Midwifery practice during birth: ritual companionship. Women and Birth. 2016;29(3):269-278. doi:10.1016/j.wombi.2015.12.003.
5. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa.
6. Jordan B, Davis-Floyd R. Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. Waveland Press; 1993.

Jaspe, Sara V.; Lanchares, Juan Luis.
Máster en Antropología Aplicada, Universidad de Salamanca; Catedrático de Obstetricia
Universidad de Salamanca.
sarajaspe0103@gmail.com

TRIBUNA HUMANÍSTICA

Sostener el parto en casa: el oficio de las matronas entre el cuidado y sus condiciones de trabajo — Parte II

Sustaining home birth: midwifery between care and working conditions

Estar de guardia en el parto planificado en casa

«O sea, que es ese mes que tú estás de guardia, tú no puedes ir a ningún sitio muy lejos». Cuando una matrona dice esto, no está describiendo un parto, sino todo lo que ocurre antes de que empiece. Puede que todavía no haya sonado el teléfono. Puede que no sepa si será de día o de noche cuando tenga que salir. Sin embargo, su tiempo ya está organizado alrededor de otra familia. Estar disponible parece una condición previa del cuidado; para quien la sostiene, es también una parte del trabajo. Nuestra investigación nació de un interés profundo por las matronas y por su manera de hablar del nacimiento. Nos interesaba la atención al parto planificado en casa como práctica profesional, relacional y cultural. Pero, mientras escuchaba sus historias, apareció una pregunta menos visible que la del momento de parir: ¿cómo se mantiene un oficio que exige estar presente incluso cuando todavía no se está atendiendo un parto? En los relatos encontramos matronas que quieren mucho su trabajo y recuerdan con afecto los nacimientos que han acompañado. También encontramos guardias difíciles de conciliar con la vida personal, kilómetros que cuestan dinero, equipos que no siempre consiguen formarse y lugares donde el número de partos no permite vivir de esta actividad. No vemos una contradicción entre ambas cosas. Quizá el problema comienza cuando el valor que ellas dan al cuidado se utiliza, aunque sea de forma implícita, para dejar de mirar lo que cuesta ofrecerlo.

Escuchar el oficio, no calcular un sector

Este artículo procede de una investigación cualitativa e interpretativa sobre el parto planificado en domicilio en España. Entrevistamos a cinco matronas con experiencia en atención domiciliaria en Cataluña, Castilla y León y Extremadura, y a dos mujeres que habían parido en casa con una de las matronas participantes. Accedimos inicialmente al campo a través de Nacer en Casa. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron entre abril y mayo de 2026 y trabajamos las transcripciones mediante análisis temático reflexivo, siguiendo a Braun y Clarke (1).

Buscamos cierta diversidad de trayectorias dentro de un universo acotado. Algunas matronas habían atendido partos domiciliarios durante años; otras habían reducido la práctica o la habían abandonado. Una de las participantes compaginó durante años la atención domiciliaria con el trabajo hospitalario y la había pausado en el momento de la entrevista por su propia maternidad. Otra trabajaba entonces en la Maternidad y realizaba algunos acompañamientos puntuales en casa. Estas posiciones no describen un sector entero. Nos permiten, más bien, observar que la relación con el oficio puede cambiar a lo largo de la vida profesional.

No reunimos datos de ingresos, jornadas ni costes económicos; tampoco observé directamente un parto. Este texto no calcula cuánto debería cobrar una matrona o cuántos equipos harían falta en España. Escucha cómo estas profesionales narran los límites materiales de su práctica. La distinción importa porque una historia puede mostrar con precisión un problema sin medir todavía su extensión.

Un nacimiento y muchos tiempos de cuidado

Solemos imaginar la atención domiciliaria a partir de una escena: la matrona llega a una casa cuando una mujer está de parto. Pero en los relatos esa llegada tiene historia. Hay entrevistas y visitas anteriores; la profesional conoce a la mujer, a su pareja y al lugar donde se espera el nacimiento. Después continúan la observación, las visitas y el vínculo con la familia. No todos los equipos trabajan igual, pero estas participantes describen una atención que se extiende a ambos lados del momento del parto.

Ese tiempo tiene una dimensión asistencial evidente. También tiene una dimensión laboral. Las visitas requieren organización y desplazamiento; la guardia exige disponibilidad entre ellas; la posibilidad de que el parto se inicie no puede ajustarse a un horario previamente cerrado. Cuando una familia encuentra a una profesional que conoce su casa y puede acudir, hay trabajo anterior que ha hecho posible esa presencia. No todo ocurre ante los ojos de quienes reciben el cuidado.

Me parece importante decirlo sin convertir el parto en una suma de tareas facturables ni borrar el sentido humano que las matronas atribuyen a su relación con las mujeres.

Precisamente porque esa relación importa, hay que preguntarse qué le sucede cuando el tiempo para sostenerla depende de una disponibilidad que resulta difícil de compartir.

La guardia, el equipo y la posibilidad de continuar

La frase sobre no poder alejarse durante el mes de guardia permite entender que la disponibilidad no es una cualidad personal ilimitada. Condiciona los desplazamientos de la matrona, su descanso y la organización de su vida cotidiana. En el TFM esta cuestión aparece junto a otra: la necesidad de no sostener sola una práctica que requiere responder cuando llegue la llamada.

Una matrona recuerda un intento de crear un equipo en Salamanca: «Intentamos crear un equipo de parto en casa en Salamanca para que no fuéramos nosotros dos solos». Añade después que resultó «imposible». No sabemos por este testimonio todas las razones de aquel fracaso ni podemos convertirlo en un diagnóstico de lo que ocurre en otras ciudades.

Sí vemos qué problema intentaban resolver: repartir el peso de estar disponibles y hacer que la atención no dependiera siempre de las mismas personas. Pero ¿cómo consolidar un equipo donde se atienden pocos partos? Otra entrevistada lo expresa con una claridad que no necesita traducción: «Nosotras no acompañamos un volumen de partos que nos permita vivir de ello porque la gente aquí no lo solicita», ¿Intervienen también factores socioculturales en esa demanda? Querer estar disponibles y poder vivir de ese trabajo no siempre coinciden. Si hay pocos partos, sostener guardias y organizar un equipo se vuelve difícil; si no hay profesionales que puedan mantener esa oferta, también resulta más difícil que el parto en domicilio se presente como una opción cercana y continuada. Las entrevistas no permitieron determinar hacia qué lado va esa relación ni medir la demanda que habría en otras condiciones. Pero sí dejan ver el círculo de dificultades en que algunas matronas sitúan su práctica.

Una matrona que reduce su actividad por conciliación no es necesariamente una matrona menos comprometida. Y una que combina Maternidad hospitalaria y domicilio no demuestra que la atención en casa carezca de valor profesional. Las trayectorias recogidas muestran algo más sencillo y más difícil de admitir: una práctica apreciada puede dejar de caber en la vida laboral y familiar de quienes la ejercen. Si hablamos solo de vocación, dejamos esa incompatibilidad sin nombre.

La distancia entra en la casa

Los kilómetros aparecen en otra entrevista con todo su peso material: «Los desplazamientos son caros porque, bueno, si los hubiéramos tenido a 10 km o a 5 km o al lado de casa, pues estupendo. Pero claro, ir y venir de Valladolid y es un gasto y si luego económicamente no tienes tantos partos, pues lo dejamos por eso». La frase enlaza lugar, coste y decisión profesional. No habla de una dificultad abstracta: explica por qué, para ella, aquella manera de atender partos dejó de ser sostenible. El TFM plantea que las condiciones pueden variar entre territorios, por ejemplo según la distancia que haya que recorrer. No lo afirmo aquí como una comparación que haya demostrado: mi muestra no permite establecer diferencias territoriales generales. Lo formulo como una pregunta abierta desde los relatos. ¿Cómo cambian las posibilidades del oficio según las distancias, la concentración de familias que solicitan esta atención y la existencia de otras matronas con quienes trabajar? Para responder harían falta más voces y un estudio específico de las condiciones en cada Autonomía y territorio.

El domicilio, entonces, no está separado del mapa. Para acompañar allí a una mujer, la matrona debe poder llegar, volver y mantenerse disponible. El domicilio puede ser un espacio de intimidad para la familia, pero también es un destino de trabajo situado a una distancia concreta. No se comprende del todo esta práctica si se mira solamente lo que sucede una vez atravesada la puerta.

El reconocimiento no paga los desplazamientos

Las matronas entrevistadas son profesionales sanitarias. Varias trabajan o han trabajado dentro de Maternidades de Hospitales y algunas explican su acercamiento al parto en casa a partir de una crítica al intervencionismo o a formas de atención que consideran demasiado frías. Una recuerda que el intervencionismo hospitalario de una etapa de su trayectoria le hacía sentir el acompañamiento de estas mujeres como una «obligación moral». No veo en ello un rechazo simple de su formación. Veo el intento de ejercer el oficio de otra manera. Sin embargo, la convicción con que se defiende una práctica no garantiza que pueda mantenerse. En los relatos aparecen simultáneamente cualificación profesional, compromiso, reconocimiento parcial, costes y dificultades de continuidad. Esa coexistencia evita dos lecturas que me parecen injustas: imaginar que el parto en domicilio se sostiene solo gracias a una vocación excepcional, o suponer que las matronas lo dejan porque han perdido interés en él. Las propias trayectorias muestran situaciones más complejas.

Nuestro interés por las matronas nos exige también una precaución. Hemos escuchado la belleza y la profesionalidad con la que hablan de algunos partos y el cariño que conservan por las familias. No queremos que esa admiración nos lleve a idealizar esta práctica. Si una forma de cuidado enriquece personal y profesionalmente a quien la ejerce, eso no elimina la necesidad de descanso, de equipos posibles y de condiciones económicas que permitan continuar. Honrar un oficio implica mirar tanto aquello que ofrece como aquello que reclama de las personas que lo sostienen.

La otra cara de la elección

El acceso de las mujeres tampoco puede separarse de esta discusión. En el TFM nos preguntábamos qué mujeres tienen acceso a qué opciones y bajo qué condiciones. El parto en domicilio, tal como aparece en el contexto estudiado, está condicionado por recursos económicos, información y redes. Las dos mujeres a las que entrevisté no representan a quienes no pudieron plantearse esa alternativa. La homogeneidad de la muestra es un límite de la investigación y, a la vez, señala una pregunta social que no debería desaparecer: ¿para quién existe realmente esta posibilidad?

Una investigación realizada en Andalucía, recogida en el TFM, muestra la barrera económica que supone para algunas mujeres costear el parto domiciliario (2). La desigualdad de acceso y la dificultad de sostener el trabajo de las matronas no son el mismo problema, pero se encuentran. De un lado, familias que necesitan recursos para acceder a una atención que desean. Del otro, profesionales que necesitan un volumen de trabajo, equipos y desplazamientos asumibles para poder ofrecerla. Mirar solo una de las dos posiciones deja incompleta la cuestión.

Sería excesivo proponer desde estas entrevistas una solución institucional cerrada. No hemos estudiado costes comparados ni modelos de financiación. Pero sí consideramos que ampliar las opciones reales de atención al parto exige discutir simultáneamente la accesibilidad para las mujeres y la sostenibilidad del trabajo de las matronas. No debería pedirse a unas que paguen el precio de poder elegir mientras se pide a otras que sostengan esa elección mediante un sacrificio personal indefinido.

Sostener a quienes sostienen

Las voces de este estudio proceden de un circuito profesional concreto al que accedimos a través de Nacer en Casa. Son pocas matronas y sus relatos no describen todas las formas de atención domiciliaria en España. Tampoco observamos partos ni entrevistamos a profesionales de otras redes, a obstetras o a mujeres que hubieran vivido un traslado hospitalario. Para conocer mejor las condiciones del oficio sería necesario ampliar esos puntos de vista y estudiar de manera específica su variación territorial y económica.

Aun así, las entrevistas permiten formular una idea que atraviesa todo el trabajo: el cuidado tiene condiciones materiales. Antes de que una matrona entre en una casa hubo tiempo reservado, una guardia que cumplir, la posibilidad de contar, o no, con compañeras y una distancia que recorrer. Después del nacimiento también continúa la atención. Que este trabajo sea significativo no lo hace inagotable. No pretendemos presentar estas entrevistas como un plan de reorganización sanitaria. Sí permiten formular preguntas concretas para empezar a discutirla con matronas y familias: ¿cómo se reparten las guardias y los descansos?, ¿en qué lugares es posible formar equipos estables?, ¿qué peso tienen los desplazamientos?, ¿quiénes pueden acceder a esta atención y quiénes quedan fuera?

La siguiente investigación podría comparar esas condiciones entre Autonomías y territorios, incorporar profesionales de otras redes y escuchar a mujeres con trayectorias más diversas. Antes de defender una solución, sería necesario conocer mejor para quién funcionaría y qué trabajo exigiría. Volvemos a la frase del comienzo: la frase del comienzo sobre el mes de

guardia. En esas palabras reconocemos una disposición admirable hacia otra persona. Reconozco también un límite que no debería recaer únicamente en ella. Si queremos pensar el parto planificado en casa o domicilio como una opción y no solo como el esfuerzo excepcional de algunas profesionales y familias, tenemos que preguntarnos cómo sostener laboral e institucionalmente a las matronas que lo hacen posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa.
2. Leon-Larios F, Nuno-Aguilar C, Rocca-Ihenacho L, Castro-Cardona F, Escuriet R. Challenging the status quo: women's experiences of opting for a home birth in Andalucia, Spain. Midwifery. 2019;70:15-21. doi:10.1016/j.midw.2018.12.001.

Jaspe, Sara V.; Lanchares, Juan Luis.
Máster en Antropología Aplicada, Universidad de Salamanca; Catedrático de Obstetricia
Universidad de Salamanca.
sarajaspe0103@gmail.com