



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/062d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Hemorroides en embarazo y puerperio; la educación para la salud como principal arma para el bienestar de la mujer**

Autores Irene León Vilches, Mercedes Guerrero Benítez, Pastora Guerrero Benítez

Centro/institución Hospital Universitario Virgen de la Montaña

Ciudad/país Cáceres, España

Dirección e-mail irenedc85@hotmail.com

RESUMEN

El embarazo predispone a las mujeres a desarrollar hemorroides debido a los cambios hormonales y el aumento de la presión intraabdominal. Se ha estimado que del 25 al 35 por ciento de las mujeres embarazadas están afectadas por ellas. En algunas poblaciones se alcanza una cifra de hasta el 85% de mujeres afectadas en el tercer trimestre. Las hemorroides se producen cuando las venas del recto y del ano se inflaman y dilatan volviéndose varicosas y exteriorizándose, siendo el sangrado y la defecación dolorosa el primer signo de aparición más frecuente. Según el National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases de los Estados Unidos, aunque no constituyen un problema de salud grave, pueden dar lugar a complicaciones como el prolapso o la trombosis. Las manifestaciones más frecuentes son el picor, el quemazón anal y el dolor, según el grado de éste, la calidad de vida puede verse afectada, variando de malestar leve a dificultad real para lidiar con las actividades de la vida diaria, como caminar, sentarse, defecar, dormir, cuidar de la familia o de un recién nacido [...]

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El embarazo predispone a las mujeres a desarrollar hemorroides debido a los cambios hormonales y el aumento de la presión intraabdominal. Se ha estimado que del 25 al 35 por ciento de las mujeres embarazadas están afectadas por ellas.^{1,2} En algunas poblaciones se alcanza una cifra de hasta el 85% de mujeres afectadas en el tercer trimestre.³ Las hemorroides se producen cuando las venas del recto y del ano se inflaman y dilatan volviéndose varicosas y exteriorizándose, siendo el sangrado y la defecación dolorosa el primer signo de aparición más frecuente. Según el National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases de los Estados Unidos,⁴ aunque no constituyen un problema de salud grave, pueden dar lugar a complicaciones como el prolapso o la trombosis. Las manifestaciones más frecuentes son el picor, el quemazón anal y el dolor, según el grado de éste, la calidad de vida puede verse afectada, variando de malestar leve a dificultad real para lidiar con las actividades de la vida diaria, como caminar, sentarse, defecar, dormir, cuidar de la familia o de un recién nacido.⁵

Justificación

Utilizando la educación para la salud, principal herramienta de trabajo de la enfermera de atención primaria disminuiríamos la incidencia del problema sin necesidad de grandes recursos económicos, consiguiendo una mejora directa en la calidad de vida de la mujer en una etapa marcada por nuevos retos y grandes cambios como es la maternidad.

Se entiende la Educación para la salud como una herramienta básica tanto para la prevención de determinadas enfermedades como para su curación y/o rehabilitación, y como un instrumento indiscutible de promoción de salud,⁶ es entonces cuando la actuación de la enfermera como agente principal de Educación para la Salud se hace necesaria para asegurar el bienestar de la madre durante el embarazo y el puerperio, así como prevenir complicaciones.

Las causas por las que aumenta la presión intraabdominal⁷ y sobre las que podemos incidir son:

- Realizar presión durante la defecación.
- Sentarse durante largo tiempo en el retrete.
- Estreñimiento.
- Obesidad y aumento de peso en el embarazo.
- Dieta baja en fibra.

La enfermera ha de abordar varios puntos esenciales para disminuir los factores que aumentan la presión intraabdominal:

- Medidas higiénicas en la evacuación intestinal.
- Fomentar hábitos de vida saludable para evitar el estreñimiento.
- Control del peso durante la gestación.

Medidas higiénicas en la evacuación intestinal

El hábito intestinal es diferente para cada persona. No todas las personas tienen una evacuación intestinal diaria. No es verdad que debe tener una evacuación intestinal diaria para que se considere como "normal". Un rango normal está entre 3 veces al día y 3 veces a la semana. Es posible que se vuelva estreñido si comienza a tener evacuaciones intestinales con menos frecuencia de lo que solía tenerlas o si es difícil evacuar las heces.

Horario adecuado para la defecación (tras desayuno o comida del mediodía), sentadose al menos 10 minutos, sin reprimir las ganas de ir al WC de forma continuada, porque inhibe el reflejo de la defecación. Hay que tomarse su tiempo, pero además el cuarto de aseo debe ser un lugar privado, limpio, cómodo y cálido, puede ayudarse de revistas u otros métodos de distracción.

Intentar una postura facilitadora sentados en la taza, tipo acuclillado: alzas en los pies, para acercar las rodillas al vientre y nunca ejercer presión para facilitar la deposición,⁸ a que eso aumenta la presión intraabdominal con el consiguiente riesgo de aparición de hemorroides.

Disfrutar con la comida, tomándose su tiempo (20-25 minutos). No hablar deprisa porque causan aerofagia, lo que producirá dolor abdominal, hinchazón, eructos y flatulencias.

Las cenas, tempranas, preferiblemente antes de las 20 horas; nunca más allá de las 21 horas, porque se retrasa el vaciamiento del estómago, lo que causa dispepsia y reflujo, y enlentece el tránsito intestinal (de por sí más lento durante la noche).

Medidas contra el estreñimiento

La primera línea para el tratamiento del estreñimiento incluye el aumento de fibra en la dieta, la ingesta abundante de líquidos y el ejercicio frecuente, si no resultan efectivos, en la segunda línea estaría el uso de laxantes; ya que no se absorben a nivel sistémico, el uso moderado, no parece estar asociado al aumento de riesgo de malformaciones fetales.⁹

Aumento de fibra en la dieta

La ingesta de fibra dietética es uno de los factores que influyen la frecuencia intestinal.⁴ Se sugiere que las mujeres deben consumir por lo menos 25 gramos al día. Para agregar fibra a su dieta, elija o agregue alimentos ricos en fibra a su dieta. Si está agregando fibra a su dieta, comience a aumentar la cantidad de forma lenta y gradual. Esto le ayudará a reducir los gases y la distensión abdominal.

Los alimentos ricos en fibra incluyen:

- Alubias (frijoles blancos, rojos y pinto).
- Frutas secas (ciruela pasa, albaricoque e higos).
- Frutas y vegetales frescos (coma por lo menos 2 piezas de fruta y añada vegetales en cada comida principal).
- Salvado de trigo no procesado (pruébelo como complemento sobre el yogurt o fruta).

- Cereales no refinados para el desayuno.
- Pan integral y arroz integral (elijá estos en lugar del pan o arroz blanco).

Si con las medidas básicas no es capaz de controlar su ritmo intestinal, los suplementos de fibra son efectivos y no generan problemas importantes en cuanto a efectos secundarios para la madre o el feto. Los laxantes estimulantes son más eficaces que los laxantes incrementadores de masa como el salvado de avena, pero pueden causar más efectos secundarios molestos, como los gases.¹⁰

En general, intente evitarlos, además están indicados para un uso en cortos periodos de tiempo. Si aún así decide usarlos, empiece en forma lenta y beba abundante cantidad de líquido. Aumente en forma gradual la cantidad que utiliza cada 3 a 5 días (a medida que el cuerpo se acostumbra) hasta que las heces estén más blandas y sean más fáciles de evacuar. Por lo general, los enemas no son necesarios para aliviar el estreñimiento.

Si usted ha utilizado laxantes y enemas durante mucho tiempo, antes de quedarse embarazada, es posible que su matrona le sugiera que reduzca en forma gradual el uso de ellos para darle al cuerpo una oportunidad de regresar a la normalidad. Es posible que tenga que volver a entrenar el cuerpo para evacuar el intestino sin laxantes o enemas. Tenga paciencia ya que es posible que los intestinos tarden muchos meses en volver a la normalidad.

Aunque no hay convenio médico acerca de que la ingesta inadecuada de líquidos empeora el estreñimiento, es aceptado generalmente, tanto por la profesión médica y el público general, que la ingesta pobre de líquidos influye negativamente en el buen tránsito intestinal,¹¹ una cantidad adecuada aceptada generalmente es de 1,5 a 2 litros diarios de líquidos, evitando las bebidas gaseosas y azucaradas. Además, particularmente en el tercer trimestre de gestación la falta de líquidos ha sido relacionado como causa de estreñimiento.

Un estudio piloto encontró que los yogures con una mezcla bacillus de “probióticos” eran seguros y efectivos en la prevención del estreñimiento en la gestación, aunque sería necesario un estudio con fase de control comparando los resultados con otro grupo que tomara placebo.⁷

Ejercicio físico

Es firmemente aceptado que la inactividad física predispone al estreñimiento, ya que los movimientos intestinales son estimulados por el ejercicio físico. Aunque realmente las investigaciones en personas jóvenes no han podido confirmarlo, se sabe que el ejercicio suave aceleró la duración del recorrido digestivo de una comida líquida en un estudio alrededor del 20 al 25 por ciento.⁹

El ejercicio no debe ser extenuante, como regla general, has de ser capaz de mantener una conversación mientras lo ejecutas, si pierdes la respiración mientras realizas la actividad, el ejercicio es demasiado fuerte. Si no has realizado deportes antes de quedarte embarazada, has de comenzar progresivamente y siempre con deportes de tipo aeróbico, como caminar, nadar, tomar clases de aeróbics; en el último caso siempre informando a tu monitor de tu condición y las semanas de gestación. Debes comenzar con no más de 15 minutos seguidos, y no más de tres veces a la semana, aumentando

progresivamente hasta los 30 minutos cuatro veces por semana máximo y adecuando la intensidad según aumente la edad gestacional.

A tener en cuenta

- Comienza gradualmente el ejercicio y termínalo de la misma manera.
- Mantente activa durante todo el día, en la medida de lo posible; un poco es mejor que nada.
- Evita las condiciones ambientales adversas.
- Bebe agua y otros líquidos frecuentemente.
- Las clases de natación recomendables son muy ya que el agua te ayuda a manejar el aumento de peso.

Control del peso durante la gestación

No hay pruebas suficientes para recomendar alguna intervención para la prevención del aumento de peso excesivo durante el embarazo debido a las limitaciones metodológicas significativas de los estudios incluidos y los pequeños tamaños del efecto observados. Se necesitan más ensayos controlados aleatorios de alta calidad con tamaños de la muestra adecuados para evaluar la efectividad de las intervenciones potenciales.¹²

En general el control debe hacerse por trimestres, podemos considerar que la ganancia de peso segura, por la gran variabilidad que existe debe estar entre los 11 y los 16 kilos al final de la gestación. La enfermera debe valorar la necesidad cronológica de los controles de peso según la gestante. La ganancia por trimestres ha de ser de 1,4 a 1,8 en el primer trimestre, de 5,5 a 6,5 en el segundo, y de 3,5 a 4,5 en el tercero. La ingesta calórica debe aumentar en unas 200 calorías al inicio del embarazo, y no sobrepasar las 600, ya que las necesidades calóricas de la gestante disminuyen por la disminución de actividad física que se produce en el tercer trimestre.

Conclusión

Como enfermeras nos proponemos mantener la salud y prevenir las hemorroides y sus complicaciones de un modo sencillo y cómodo, que pueda adaptarse a cualquier mujer, sea cual sea su ritmo de vida, cultura o nivel socio-económico y teniendo en cuenta las necesidades individuales en la etapa de la maternidad. Estimamos que realizando tres sesiones de unos 30 minutos cada una en las que incidiríamos en las medidas higiénicas en la evacuación intestinal y fomento de hábitos de vida saludable y realizando en cada una el control del peso, la gestante adquiriría los conocimientos que hemos incluido en el trabajo. Las visitas preferiblemente coincidirán con el inicio cada trimestre.

Bibliografía

1. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, Vuagnat A, Daraï E, Mignon M, et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum*. 2002; 45(5):650-655.
2. Abramowitz L, Batallan A. Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and post-partum. *Gynecol Obstet Fertil*. 2003; 31(6):546-549.
3. Gojnic M, Dugalic V, Papic M, Vidakovic S, Milicevic S, Pervulov M. The

- significance of detailed examination of hemorrhoids during pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2005; 32(2):183-184.
4. National Digestive Diseases Information Clearinghouse [sede Web]. Bethesda: NDDIC; 2010. [aprox. 11 pantallas]. Hemorrhoids. Disponible en: <http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/hemorrhoids> [Consultado el 05 de abril de 2013].
 5. Quijano CE, Abalos E. Conservative management of symptomatic and/or complicated haemorrhoids in pregnancy and the puerperium. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2005, Issue 3. Art.No.: CD004077. DOI: 10.1002/14651858.CD004077.
 6. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de salud. Ginebra: OMS; 1986.
 7. Milliano I, Tabbers MM. Is a multispecies probiotic mixture effective in constipation during pregnancy? A pilot study. *Nutr J.* 2012; Oct 4; 11:80.
 8. Derbyshire E. The importance of adequate fluid and fibre intake during pregnancy. *Nurs stand.* 2007; 21(24):40-43.
 9. Trotier M, Erebara A, Bozzo P. Treating constipation during pregnancy. *Can Fam Physician.* 2012 Aug; 58(8):836-838.
 10. Anderson AS. Dietary factors in the aetiology and treatment of constipation during pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol.* 1986; 93:245-249.
 11. Speed C, Heaven B, Adamson A, Bond J, Corbett S, Lake AA, et al. Lifelax - diet and LIFEstyle versus LAXatives in the management of chronic constipation in older people: randomised controlled trial. *Health Technol Assess.* 2010; 14(52).
 12. Muktabhant B, Lumbiganon P, Ngamjarus C, Dowswell T. Interventions for preventing excessive weight gain during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012; Issue 4. Art. No.: CD007145. DOI: 10.1002/14651858.CD007145.