

MANUAL DE LA HOJA VERDE. CREANDO AMBIENTES MÁS SALUDABLES DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA

A continuación presentamos el manual de uso de la hoja verde con el fin de unificar criterios y ayudar a una recogida harmónica y fiable de la información. Este manual ha sido creado para facilitar el manejo y entrenamiento con la hoja verde de embarazo y lactancia materna.

Referencia: Ortega García JA, Sánchez Sauco MF, Jaimes Vega DC, Pernas Barahona A. Manual de la Hoja verde. Creando ambientes más saludables durante el embarazo y lactancia materna. Unidad de Salud Medioambiental Pediátrica. Murcia, España; 2013.

Disponible: <http://www.pehsu.org/wp> y en <http://www.redsambi.org/>

Revisado 5/06/2013

Válido hasta 1/11/2018

Definición de la hoja verde:

Es un conjunto de preguntas básicas y concisas que permite detectar, informar y reducir/eliminar los factores de riesgo medioambientales desde la etapa periconcepcional, durante el embarazo, lactancia y periodo de crianza, contribuyendo a la creación de ambientes más saludables para la infancia.



Apartados generales de la hoja verde:

Los apartados que se incluyen en la hoja verde son: socioeconómico, antecedentes obstétricos-reproductivos, radiación ionizante, farmacia (incluye parafarmacia, homeopatía y suplementos vitamínicos), Exposiciones laborales, hobbies o aficiones de riesgo químico, drogas legales e ilegales, hogar, exposiciones a pesticidas intra/extradomiciliaria y percepción de riesgo medioambiental de los padres en el hogar y/o comunidad.

La hoja verde como herramienta de innovación en salud

Esta definición contempla cuatro conceptos vitales, que se convierten en características que fortalecen la utilización de la hoja verde como herramienta promotora de salud en el embarazo y la lactancia y son las siguientes:

1. **Global y transgeneracional:** es una herramienta que reúne de forma sistemática, organizada y completa todas las esferas y factores del medioambiente que pueden afectar la salud de la mujer embarazada o lactante y de su descendencia. Permite una visión global, integra y holística.
2. **Práctica:** es una herramienta sencilla, fácil de usar, rápida, adaptable y reproducible.
3. **Promueve la igualdad de género en un periodo crítico:** comprende que el embarazo es un proceso que consolida una pareja, donde el rol del padre es vital y la percepción de todos los factores que puedan afectar la salud del padre y que estén relacionados con sus entornos, hábitos y ocupación, forman parte de la dinámica de salud del embarazo y la lactancia.
4. **Intervención integral:** Promueve intervenciones integrales que tienen en cuenta la participación individual y colectiva de la familia, el equipo médico y los diferentes actores y niveles de atención que participan del cuidado del embarazo y lactancia.
5. **Action-Research (Acción-Conocimiento)** Finalidad eminentemente asistencial y de cuidado en salud. Forma parte de los programas de salud pero con fuerte potencia investigadora para los generar datos de calidad para los estudios de salud medioambiental.

Otras características de la hoja verde

1. La hoja verde es una herramienta de trabajo que se realiza dentro del marco de una consulta clínica, cara a cara con el paciente.
2. Las características propias de la detección de riesgos medioambientales en un corto espacio de tiempo implica realizar la consulta dentro de un marco de entrevista motivacional.
3. La duración aproximada de la consulta es de 5-7 minutos en función de las exposiciones a la que estén sometidos la pareja y los consejos de salud breves o intensivos aplicados.

4. El embarazo y la lactancia son ‘cosa de dos’: es muy importante incluir al padre “embarazado” y/o pareja en la consulta no solo por la importancia biológica que éste tiene, también por la posibilidad de exponer de forma pasiva al núcleo familiar a tóxicos ambientales. Además, ayuda a complementar la hoja verde aportando datos y ayuda en las respuestas disonantes
1. La hoja verde requiere una pequeña formación en Pediatría Medioambiental.

¿Quién realiza la hoja verde?

Idealmente puede ser realizada por profesionales del sector salud, tanto por matronas, médicos de familia, médicos o enfermeros residentes, enfermeros/as, pediatras u obstetras. En la práctica y adaptado a las distintas realidades de los programas de salud de la Región o Nación donde se realice la hoja verde es una herramienta para ser realizada por las personas que ‘sepan’.

¿Dónde se realiza?

Idealmente incluido en los programas de embarazo, de salud reproductiva o incluida en el programa de atención al niño sano. En la práctica y adaptado a las distintas realidades de los programas de salud regionales.

Diferencias entre la hoja verde y la historia clínica medioambiental

Tanto la hoja verde como la Historia Clínica Medioambiental Pediátrica son herramientas clave de trabajo en pediatría ambiental. Sin embargo es importante establecer las diferencias más importantes entre ambas (ver siguiente tabla)

Diferencia entre la historia clínica medioambiental y la hoja verde

	Historia clínica medioambiental	Hoja verde
Destinatario	Población con factores de riesgo detectados o enfermedades ambientalmente relacionadas	Población sana
Finalidad	Diagnóstico/tratamiento de la ‘herida medioambiental’	Cribado
Nivel de habilidades requerido	Medio-Elevado	Básico
Escenario	Consulta de pediatría, medicina, enfermería	Control preconcepcional, prenatal o del niño sano
Enfoque	Prevención específica. Cuidados y asistencia específica	Prevención primaria y secundaria
Duración	Muy Variable (de 20 a 120 minutos)	< 6 minutos
Complejidad	Media-alta	Sencillo

Bibliografía general sobre la hoja verde :

1. Ortega García, J. A; Ferris i Tortajada, J; Claudio Morales, L; Berbel Tornero, O. **Unidades de salud medioambiental pediátrica en Europa: de la teoría a la acción / Pediatric environmental health specialty units in Europe: From theory to practice.** *An Pediatr (Barc)*; 2005 63(2): 143-151 .
2. López Fernández MT, Pastor Torres E, Sánchez Sauco MF, Ferrís I Tortajada J, Ortega García JA. **Environmental health nursing. Experience in a pediatric environmental health specialty unit.** *Enferm Clin.* 2009;19:43-7.
3. Ortega García JA. **La historia clínica medioambiental y la “hoja verde” en la consulta de Pediatría de Atención Primaria.** *Pediatría Integral* 2007;10:202-23.

COMENZANDO A TRABAJAR LA HOJA VERDE

1. UN AMBIENTE AGRADABLE Y DISTENTIDO

La recogida de información sobre riesgos medioambientales durante los periodos críticos de la vida requiere crear un entorno agradable y distendido con las familias y parejas embarazadas o lactantes. Para ello es importante disponer de un espacio para garantizar la suficiente confidencialidad. El saludar a los padres y madres estrechando la mano al inicio de la visita es importante e invitarles a sentarse.

El profesional explicará los motivos de la hoja verde e importante y trascendencia que tiene para la salud las actuales y futuras generaciones de niños y niñas el abordar de una forma integral todos los factores (físicos, químicos, biológicos y psico-sociales) que interactúan para garantizar un adecuado desarrollo óptimo de durante el embarazo e infancia. Se informa a los padres y madres que si en algún momento de la entrevista se detectan algunos factores de riesgo se comunicará y ayudará a los padres y madres a planificar su reducción/eliminación o búsqueda de alternativas más seguras. Al mismo es un marco ideal para resolver las dudas temores e interrogantes que puedan surgir sobre salud y medio ambiente.

2. DATOS PERSONALES: datos de contacto, edad, nivel de estudios, nivel de renta aproximada, raza.

A. DATOS PERSONALES			
Teléfono móvil:	E-mail:	Fecha atención: ____ / ____ / ____ d m a	
Semana gestación actual:	Fecha nacimiento niño:		
FUR:	Edad madre:	Nivel estudios madre:	
Nombre padre:	Edad padre:	Nivel estudios padre:	
Raza:			
Blanca ☐ Eslava ☐ Latinoamericana ☐ Magrebí/árabe ☐ Negra ☐ Gitana ☐			
Indígena americano ☐ Asiática ☐ Otra ☐ País procedencia:			
Ingresos netos mensuales de la familia:			
< 800€ ☐ 800-1.500€ ☐ 1.500-2.000€ ☐ 2.000-2.500€ ☐ 2.500-3.500 € ☐ > 3.500€ ☐			

Los datos sociodemográficos en el contexto de la hoja verde cumplen dos funciones:

- a. *la primera y fundamental es detectar los factores de riesgo ambientales relacionados con las características socioeconómica que rodean a la pareja y pueden actuar como factores de riesgo para el embarazo, la lactancia y la posterior infancia y crianza. La mayor amenaza para la salud de la población pediátrica es la pobreza. De hecho, la pobreza constituye el determinante más poderoso de morbilidad prematura. (medioambiente y el niño)*
- b. *La segunda función está relacionada con el nivel de formación de los padres y las características sociales, culturales, religiosas o económicas que direccionarán la forma de abordaje y el lenguaje físico y verbal que garantizará la empatía y la comunicación efectiva con la pareja.*

La hoja verde comienza con los datos de identificación de la madre, basta con colocar la etiqueta de la institución de salud. En caso de que no se cuente con una etiqueta con datos básicos de la madre, debe consignarse en este espacio información correspondiente al nombre, documento de identidad, número de historia clínica y fecha de nacimiento de la madre.

- Iniciamos el registro con los datos de localización: **teléfono móvil** y **e-mail** y **fecha de la consulta**.
- En función de si la consulta se produce durante el embarazo o durante la lactancia/crianza se rellena **Semanas de Gestación actual** (embarazo) o **fecha de nacimiento del RN** (lactancia, crianza).
- A continuación se indicará la **fecha de última regla (FUR)**. En caso de que no haya una fecha de última regla conocida, especificar la fecha estimada o el método mediante el cual se llevan los cálculos de la edad gestacional. **Edad** (en años) y **nivel de estudios de la madre**. (según la clasificación adaptada para cada país).

- *Incluir al padre dentro de la consulta es de vital importancia, no solo por su importancia biológica (espermatogénesis) sino por su influencia en la generación de un entorno saludable para la madre y el niño. Por ello, incluimos el **nombre del padre** (para dirigirnos a él), **edad** (en años) y **nivel de estudios** (según la clasificación adaptada de cada país) .*
- Para indicar **la raza materna**, basta con marcar con una X en cualquiera de las opciones y añadir el país de procedencia.
- Los **ingresos netos mensuales** de la pareja Elegir con una X la horquilla de ingresos mensuales más adecuado que tiene la unidad familiar. Esta horquilla comprende desde menos de 800 euros/mes a más de 3500 euros/mes. En caso de la moneda del país sea otra, debe realizarse una aproximación y adaptación local.

¿QUE DICE LA BIBLIOGRAFÍA CON RESPECTO A LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS?

- La raza y especialmente la pobreza son los principales determinantes de salud para la infancia. Las familias con menos recursos están más expuestas a factores de riesgo medioambiental.
- En términos generales, aquellos niños con padres con menos nivel de estudios, un nivel de ingresos bajo o pertenecientes a minorías étnicas tendrán mayor riesgo de estar expuestos a factores medioambientales que puedan alterar la lactancia y el embarazo.
- En el caso del bajo nivel de estudios y económico podrá asociarse a mayor consumo de drogas legales o ilegales así como una vivienda, a exposiciones laborales con condiciones desfavorables y a menores tasas de duración de la lactancia.
- Por otra parte, el embarazo en madres jóvenes en adolescencia es más frecuente en condiciones de pobreza e inestabilidad familiar y social, esto conduce necesariamente a entornos sociales desfavorables y amenazantes para la embarazada y el niño.
- Es importante detectar estos factores de forma concisa y clara con las parejas y familias. Con frecuencia la escasa o nula formación en la detección de riesgos sociales de los profesionales de la salud hace que se omita esta información tan valiosa para poder realizar un abordaje integral para planificar las acciones de mejora.

- 1 Lee JY, Ko YJ, Park SM **Factors associated with current smoking and heavy alcohol consumption among women of reproductive age: the Fourth Korean National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2009.**Public Health. 2013;127:473-81.
- 2 Bessa MA, Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MC, Guinsburg R, Laranjeira R. **Correlates of substance use during adolescent pregnancy in São Paulo, Brazil.** Rev Bras Psiquiatr. 2010;32(1):66-9.
- 3 Berkley S, Chan M, Dybul M, Hansen K, Lake A, Osotimehin B, Sidibé M. **A healthy perspective: the post-2015 development agenda.** Lancet. 2013;381 (9872):1076-7.

- 4 Hicken MT, Gee GC, Morenoff J, Connell CM, Snow RC, Hu H. **A novel look at racial health disparities: the interaction between social disadvantage and environmental health.** Am J Public Health. 2012;102:2344-51.

3. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS-REPRODUCTIVOS:

B. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Nº Embarazos previos a éste:

	Aborto (espontáneo/IVE)	Año	RN (vivo/ muerto)	SG	PN	Sex (F/M)	Semanas Lactancia (comple- ta/total)	Malformación (sí/no)	Vive (sí/no)

Cuando quedó embarazada, ¿lo estaba buscando?: Sí ☐ No ☐ No se lo había planteado ☐ Ns/Nc ☐

¿Siguió algún tratamiento para conseguir el embarazo actual?: Sí ☐ No ☐ Ns/Nc ☐

¿Cuál?: FIV ☐ ICSI ☐ Inseminación ☐ Estimulación ovárica ☐

Fecha Inseminación / transferencia / /

Uso previo de Anticonceptivos hormonales (indique fecha inicio y final): / / / /

La adecuada recopilación de los antecedentes obstétricos y reproductivos nos permite conocer acerca de los eventos tales como alteraciones de la fertilidad y fecundidad de la pareja, abortos, mortinatos, malformaciones congénitas, partos prematuros o hijos con bajo peso al nacer. Esto será un indicio del riesgo obstétrico y fertilidad global que tiene la pareja y la posible existencia de eventos previos que puedan potencialmente estar relacionados con factores medioambientales.

- La recopilación de datos sobre los antecedentes obstétricos comienza con un cuadro donde recoger los embarazos previos de la madre. Cada episodio de embarazo, se divide en los siguientes ítems:
 - Abortos:** Solo rellenar si se ha producido un aborto, diferenciando entre interrupción voluntaria del embarazo (**IVE**) o **aborto espontáneo** (ya sea espontaneo, legrado....)
 - Año:** Año en el que se produjo el embarazo (si fue aborto) sino año del nacimiento del RN .
 - Estado al nacer:** Vivo o Muerto (mortinato)
 - Semanas de gestación:** Semanas de gestación hasta el momento del parto.
 - Sexo:** Sexo del recién nacido: **Femenino** (F) o **Masculino** (M)
 - Semanas de lactancia materna:** Indicar el **número de semanas** donde la **Lactancia Materna** es **completa**, es decir que sea como mínimo predominante: *lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento. También se permite ciertos líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta líquidos rituales y SRO,*

gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos) (definición de la OMS)/ y la lactancia total.

- **Malformaciones:** indicar **Sí/No**. En caso afirmativo indicar el tipo de malformación.
- **Vive:** ¿En la actualidad el niñ@ vive? Indicar **Sí/No**

Nº Embarazos previos a éste:

	Aborto (espontáneo/IVE)	Año	RN (vivo/ muerto)	SG	PN	Sex (F/M)	Semanas Lactancia (comple- ta/total)	Malformación (sí/no)	Vive (sí/no)

- **Cuándo quedó embarazada, ¿lo estaba buscando?** Una vez terminado con los embarazos previos es muy importante el siguiente ítem: ¿Estaba buscando el embarazo actual? Las opciones a elegir son **Sí, No, No se lo habían planteado** (parejas que no utilizan medios de prevención del embarazo aunque no tienen un especial interés en la búsqueda del embarazo) o **NS/NC**. *Una respuesta afirmativa puede indicar modificación y optimización de los entornos del embarazo en cuanto a hábitos de consumo, inicio temprano del suplemento de ácido fólico, adopción de una dieta saludable, reubicación laboral, eliminación de hábitos tóxicos...entre otros. Promoviendo un embarazo más saludable tanto a nivel materno como paterno. **NOTA IMPORTANTE: todas las parejas embarazadas, o la mayoría desean el embarazo. Por favor, no confundir deseo con búsqueda proactiva de embarazo. Esto es lo que busca esta pregunta. Y es importante para establecer los efectos sobre los periodos críticos del desarrollo.***
- Tratamientos para la búsqueda del embarazo. Si el embarazo se ha producido de forma natural sin ningún tipo de ayuda externa (medicación o técnicas de reproducción asistida) solo se responde a la primera pregunta. ¿Siguió algún tratamiento para quedarse embarazada? Las respuestas a elegir son **Si/No/Ns-Nc** *Explorar el tipo de técnicas indica un periodo preconcepcional y periconcepcional controlado, donde en condiciones ideales por orden del ginecólogo se instauran unas medidas preventivas y saludables, se elimina las exposiciones de riesgo (medicaciones, hábitos tóxicos, exposiciones laborales). Esto es una presunción y NO en todos los contextos se dan las condiciones ambientales de esta manera.*
- En caso afirmativo especificar qué tipo de tratamiento/técnica ha sido el elegido: Fecundación in vitro (**FIV**), inyección intracitoplasmática de espermatozoides (**ICSI**), **inseminación artificial** o **estimulación ovárica**. Además indicar la fecha de inseminación o de transferencia. (DD/MM/AAAA). **Nota:** la medicación de preparación para las técnicas de reproducción asistidas o estimulación ovárica se incluirán en el apartado de fármacos).

- Para finalizar este apartado explorar si ha utilizado alguna vez anticonceptivos hormonales. Indicando el último ciclo que ha estado utilizando fecha de inicio y fecha de fin (DD/MM/AAAA).

*En referencia a la lactancia materna, la exploración de experiencias anteriores nos permite evaluar conocimientos de la pareja, duración... esto nos ayuda a determinar la forma de abordaje del consejo de lactancia. Desde el embarazo podemos conocer sus limitaciones, temores y aciertos en el tema durante gestaciones anteriores. Este momento de la consulta puede emplearse para reforzar comportamientos positivos en la lactancia y despejar dudas acerca de mitos y creencias populares.

¿QUE DICE LA BIBLIOGRAFÍA CON RESPECTO A LOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS?

Efecto en la salud	Exceso de riesgo (%) (95%IC)
En el recién nacido a término	
Otitis media Aguda	100 (56,233)
Dermatitis atópica	47 (14, 92)
Diarrea y vómitos (gastroenteritis infecciosa)	178 (144, 213)
Hospitalización por infecciones respiratorias en el 1º año de vida	257 (85, 614)
Asma, con historia familiar	67 (22, 133)
Asma, sin historia familiar	35 (9, 67)
Obesidad infantil	32 (16, 49)
Diabetes mellitus tipo 2	64 (18, 127)
Leucemia aguda linfoblástica	23 (10, 41)
Leucemia aguda mieloblástica	18 (2, 37)
Riesgo de cáncer infantil	80 (10-280)
Muerte súbita del lactante	56 (23, 96)
En el Recién nacido pretérmino	
Enterocolitis necrotizante	138 (22, 2400)
En la madre	
Cáncer de mama	4 (3, 6)
Cáncer de ovario	27 (10, 47)

La lactancia materna es el alimento más seguro, con mayor garantía de salud y menos contaminado para nuestros niños en nuestro planeta.

En el cuadro podemos comprobar el exceso de riesgo en salud(%) asociado a la alimentación con fórmulas artificiales.

4. RADIACIÓN IONIZANTE:

C. RADIACIÓN IONIZANTE

Pruebas médicas de radiaciones ionizantes en la etapa periconcepcional y embarazo: Sí ☐ No ☐

¿Cuál prueba? (RX, TAC, dentista, otra):

Fecha de realización de la prueba: d / m / a

La exposición a radiación ionizante especialmente se debe evitar en mujeres embarazas y durante el periodo de espermatogénesis, aunque el periodo periconcepcional (cuando aún no saben que están embarazadas) es un periodo de mínima protección a la radiación ionizante pero de especial sensibilidad para el feto

- Explorar la exposición a radiación ionizante con la primera pregunta: ¿Pruebas médicas de radiación ionizante en la etapa periconcepcional, embarazo y

lactancia? (incluir las pruebas médicas de la pareja en los 2 meses previos al embarazo) La respuesta: **Si / No**. Si la respuesta es afirmativa seguimos con las siguientes preguntas del apartado:

- Con una pregunta abierta indagamos el **número** y el **lugar corporal** de exposición y el tipo **tipo de prueba diagnósticas** que se ha realizado: rx, tac, radiación ionizante en el dentista (apicales y ortopantografías, teleradiografías)...
Ejemplo 2 Rx de torax
- Indicar la **fecha** concreta (DD/MM/AAAA) en la que se la realizaron.

¿QUE DICE LA BIBLIOGRAFÍA CON RESPECTO A LOS RADIACION IONIZANTE?

- Las mujeres en edad fértil (que esté buscando el embarazo) solo deberían realizarse pruebas radiológicas en la primera etapa del ciclo menstrual (durante o después de la menstruación o antes de la ovulación).
- El feto y las células germinales son especialmente susceptibles a la radiación ionizante.
- La inmensa mayoría de las pruebas radiológicas convencionales no alcanzan dosis de riesgo para producir malformaciones en la descendencia. tranquilice a la familia. Si necesita ayuda en la comunicación de riesgos comunique con un experto en radioprotección o en salud medioambiental pediátrica. Esta página le puede ser útil: http://www.pehsu.org/reproductive/ionizing_radiation.htm

Dosis aguda recibida de radiación ionizante durante el embarazo	Tiempo a partir de la concepción				
	Blastogenesis (primeras 2 semanas)	Organogenesis (2 –7 sem)	Histogénesis		
			(8–15 sem)	(16 –25 sem)	(26 –38 sem)

< 50 mGy
(5 rads)

Efectos no detectables / No efecto

50–500
mGy (5–50
rads)

Puede disminuir la probabilidad del implante en el útero, pero los embriones que sobreviven probablemente no tendrán ningún efecto apreciable.

- Ligero incremento de las malformaciones mayores
- Posible retraso del crecimiento

- Posible retraso del crecimiento
- Reducción del IQ posible (hasta 15 puntos, dependiendo de la dosis)
- Incidencia de retraso mental severo hasta 20% dependiendo de la dosis

Efecto improbable

Dosis aguda recibida de radiación ionizante durante el embarazo	Tiempo a partir de la concepción				
	Blastogenesis (primeras 2 semanas)	Organogenesis (2 –7 sem)	Histogénesis		
			(8–15 sem)	(16 –25 sem)	(26 –38 sem)
> 500 mGy (50 rads) <i>La futura mamá puede desarrollar el síndrome aguda en este rango.</i>	El fallo en el implante podría ser alto, dependiendo de la dosis, pero el embrión superviviente probablemente no tendrá efectos en la salud	• La incidencia de aborto se incrementa, dependiendo de la dosis • Riesgo sustancial de malformaciones mayores y trastornos del neurodesarrollo • Probable retraso del crecimiento	• Incidencia de aborto probablemente se incrementará, dependiendo de las dosis • Probable retraso del crecimiento • Posible reducción del IQ posible (> 15 points, dependiendo de la dosis) • Incidencia de retraso mental severo (> 20%, dependiendo de la dosis) • La incidencia de malformaciones mayores se incrementará probablemente	• Incidencia de abortos puede aumentar, dependiendo de la dosis • Retraso del crecimiento posible, dependiendo de la dosis • Reducción del IQ posible, dependiendo de la dosis • Posible retraso mental severo, depende de la dosis • Puede incrementarse la incidencia de malformaciones mayores	Puede incrementar la incidencia de aborto y muerte neonatal dependiendo de la dosis

Note: Esta tabla solo es una guía de aproximación tanto en las dosis como en los periodos del desarrollo. CDC, Atlanta.

5. FÁRMACOS, HOMEOPATIA, HERBORISTERÍA O SUPLEMENTOS

D. FÁRMACOS / HOMEOPATÍA / HERBORISTERÍA / SUPLEMENTOS

¿Ha tomado alguna medicación de forma esporádica o habitual? (desde un mes antes del embarazo o lactancia).

Fármaco o producto	Motivo	Posología	Fecha inicio	Fecha final o actual

La importancia de este apartado radica en la poca experiencia que existe entre embarazo/lactancia y medicaciones. Por ello, es necesario realizar una detallada relación de la medicación que toma la **madre desde 1 mes antes del embarazo o en el periodo de la lactancia**.

Todo este procedimiento durante el embarazo y lactancia permite orientar la detección de posibles efectos adversos del medicamento, evaluar la ingesta de fármacos de riesgos así como establecer pautas para tratamientos que mejoren de la calidad del embarazo, siempre en consenso con su médico/ginecólogo/matrona.

Nota: Incluir también la medicación de preparación para las técnicas de reproducción asistidas o estimulación ovárica.

Nota 2: Cuando hablamos de tratamiento o medicación nos referimos a fármacos, homeopatía, herboristería o suplementos. **Estas otras sustancias empleadas con fines terapéuticos pueden ser potenciales agresores para el feto.**

A continuación se le pedirá a la madre describir los fármacos que ha consumido durante el embarazo y/o lactancia desde 1 mes antes de la fecha de última regla. El registro consiste en:

- Nombre del fármaco **respuesta abierta**
- Motivo por el que está prescrito: **respuesta abierta**
- Posología (**nº veces/día**) (**nº veces/sem.**) (**nº veces/mes**) **ó puntualmente**
- Fecha de inicio (**DD/MM/AAAA**)
- Fecha final de la medicación. (**DD/MM/AAAA**)

El sesgo de memoria es importante a la hora de la recogida de información por la dificultad de recordar los nombres o las fechas exactas.

- ❖ *Si recuerdan bien el nombre del fármaco, en esos casos debemos registrar el motivo de la prescripción y la posología, esto nos da pistas a la hora de evaluar posibles nombres de medicación.*
- ❖ *Si no recuerdan exactamente el periodo concreto en el que tomaron el tratamiento, establecer fechas claves ayuda a recordar en que periodo ha sido*

prescrita la medicación. (por ejemplo, fijar cumpleaños, puentes, fiestas y saber si fue antes o después de ese día... así conseguiremos una aproximación muy importante a la fecha correcta).

¿QUE DICE LA BIBLIOGRAFÍA CON RESPECTO A LOS FÁRMACOS, HOMEOPATIA, HERBORISTERÍA O SUPLEMENTOS?

Respecto a los fármacos, homeopatía, herboristería y suplementos todavía desconocemos muchas de las reacciones que pueden tener durante el embarazo. Aunque de algunas sí conocemos sus efectos positivos/negativos durante los periodos críticos del embarazo. Estos son algunos ejemplos:

- Tratamientos para la mejora de la calidad del embarazo es el ácido fólico como prevención de la espina bífida y tumores del sistema nervioso central¹.
 - Existen casos donde las exposiciones a la medicación o herbolisteria se asocia a malformaciones, cáncer o enfermedades². En este caso presentamos como ejemplo del Dietilestilbestrol reconocido como el primer cancerígeno transplacentario. Utilizados en mujeres embarazadas para disminuir el riesgo de aborto³
1. Bitzer J, von Stenglin A, Bannemerschult R. **Women's awareness and periconceptional use of folic acid: data from a large European survey.** Int J Womens Health. 2013;5:201-13.
 2. Ortega García JA, Angulo MG, Sobrino-Najul EJ, Soldin OP, Mira AP, Martínez-Salcedo E, Claudio L. **Prenatal exposure of a girl with autism spectrum disorder to 'horsetail' (Equisetum arvense) herbal remedy and alcohol: a case report.** J Med Case Rep. 2011;5:129.
 3. Herbst AL, Ulfelder H, Poskanzer DC. **Adenocarcinoma of the vagina. Association of maternal stilbestrol therapy with tumor appearance in young women.** N Engl J Med. 1971;284:878-81.

6. EXPOSICIONES LABORALES Y AFICIONES:

E. EXPOSICIONES EN EL TRABAJO Y AFICIONES

Indicar ocupación de los padres 3 meses antes de la FUR y especificar en caso de cambio.



Riesgos ambientales asociados a las ocupaciones de los que viven en casa:

¿Le preocupa alguna exposición a tóxicos medioambientales en el trabajo?: Sí ☐ No ☐ No lo sé ☐

En caso afirmativo explicar:

¿Se llevan la ropa o zapatos del trabajo a la casa?: Sí ☐ No ☐ No lo sé ☐

Tienen alguna afición que le exponga a algunas sustancias químicas:

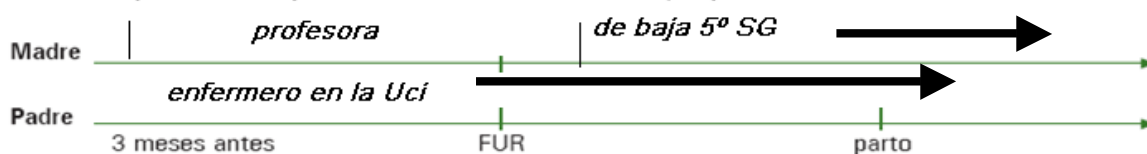
Aeromodelismo ☐ Fotografía/revelado ☐ Maquetación ☐ Restauración muebles ☐

Motociclismo ☐ Mecánica ☐ Pintura ☐ Ninguna ☐ Otros:

El fin de este apartado es conocer el lugar de trabajo y las exposiciones físicas, químicas, biológicas y psicosociales de riesgo que tiene la pareja durante los periodos críticos del embarazo, lactancia y/o crianza. Es importante registrar algún cambio que se haya producido durante este periodo (periodo de bajas, vacaciones...) donde las exposiciones dejan de producirse, o cambio en el modelo y/o actividades que realiza (donde las exposiciones pueden aumentar, disminuir o ser diferentes). Este apartado se presta mucho a respuestas abiertas.

Empezamos el registro indicando la **ocupación de los padres** desde 3 meses antes de la FUR y especificando algún cambio en el modelo. Las exposiciones laborales de la pareja embarazada son registradas desde 3 meses antes del embarazo hasta el momento actual de la consulta. **Respuesta abierta.** Ejemplo.

Indicar ocupación de los padres 3 meses antes de la FUR y especificar en caso de cambio.



Riesgos ambientales asociados a las ocupaciones de los que viven en casa:
Mediante **respuestas abiertas**, explicar **las exposiciones laborales** derivadas de su **práctica diaria**.

La siguiente cuestión atiende a exposiciones subjetivas del paciente respecto a exposiciones laborales.

- ¿Le preocupa alguna exposición laboral de su trabajo? Las respuestas a elegir son Si/No/No lo sé. En caso de respuesta afirmativa explicar cual:
Respuesta abierta. Preguntar a los padres acerca de exposiciones que ellos

consideren de riesgo nos aporta información de su trabajo diario que podría pasar desapercibida.

- ¿Se lleva la ropa o zapatos del trabajo a casa? Las respuestas a elegir son **Si/No/No lo sé.**

Las exposiciones laborales no solo afectan al individuo de forma directa, también pueden arrastrar trazas contaminantes del trabajo a casa. Es importante recordar que la gran mayoría de la evidencia científica que hace referencia a los tóxicos ambientales, se han realizado en modelos animales y humanos sanos. Por lo tanto, los valores de “referencia” o valores “permitidos” de sustancias químicas a los cuales se exponen los padres en el trabajo, pueden potencialmente generar efectos nocivos en la salud de los niños al arrastrarse a casa.

Por esto, este apartado es un momento donde puede aprovecharse para dar un consejo breve acerca de la disminución de la contaminación por factores de riesgo ocupacional en casa, a través del adecuado manejo de las prendas (dejar la ropa en el trabajo, lavarla por separadas...) y utensilios de trabajo (medidas de prevención de riesgos laborales individuales o colectivas).

El registro y los consejos breves de Salud acerca de las medidas de protección individual y colectiva contribuyen a una mejora en la calidad laboral de los futuros padres a nivel activo y pasivo.

A continuación señalar cuáles de las siguientes **hobbies** pueden estar expuesto durante los periodos críticos del embarazo y lactancia e **indicar cuál es la frecuencia:**

Tienen alguna afición que le exponga a algunas sustancias químicas:

Aeromodelismo ☐ Fotografía/revelado ☐ Maquetación ☐ Restauración muebles ☐

Motociclismo ☐ Mecánica ☐ Pintura ☐ Ninguna ☐ Otros:

¿QUE DICE LA BIBLIOGRAFÍA CON RESPECTO A LAS EXPOSICIONES LABORALES Y HOBBIES?

La utilización de las medidas de protección individual y colectivas es de vital importancia para la prevención durante la formación de las células germinales, el embarazo y la lactancia.

En el siguiente documento elaborado por la organización mundial de la salud podemos observar exposiciones laborales de riesgo que pueden afectar en los periodos críticos del embarazo, lactancia y crianza. Es conveniente conocer algunos aspectos sobre exposiciones laborales de los padres para garantizar la mejor intervención en este bloque.

<http://www.who.int/ceh/capacity/occupational.pdf>
[Guía ISTAS de Prevención de Riesgos Laborales Embarazo y Lactancia](#)

7. TABACO Y DROGAS ILEGALES:

F. TABACO Y OTRAS DROGAS

TABACO		Madre	Padre	Otro en domicilio
Fumaba algo antes del embarazo (periconcepcional)	Sí/No/Nunca			
¿Cuánto fumaba?	cigarrillos/día			
Edad inicio	años			
¿Cambió el consumo debido al embarazo?	Sí/No			
¿Cuándo cambio?	SG			
¿Cuánto fuma ahora?	cigarrillos/día			
¿Le gustaría dejar de fumar?	Sí/No			
¿Ha pensando en hacerlo próximamente?	Sí/No			
Exposición a humo de tabaco de formas pasiva (amigos o familiares)	Nada Poco Bastante Mucho			
¿Ha podido estar expuesta a otras drogas en algún momento del embarazo o desde 3 meses antes del embarazo?	Cannabis ☐ Cocaína ☐ Heroína ☐ Otras ☐ Ninguno ☐	En caso afirmativo explique:		

La exposición a humo de tabaco (activo o pasivo) durante los periodos críticos del embarazo y lactancia es una de las de las exposiciones de mayor riesgo y que se observa con mayor frecuencia en las gestantes.

El registro del tabaco tiene un carácter longitudinal. Se registra el hábito tabáquico de la pareja (incluso el de algún conviviente más que sea fumador) actual y también su historial de tabaco. Además de cantidad del consumo, y motivación para cesar el hábito. *Estas variables nos orientan acerca de la posición del fumador frente al tabaco y así diseñar estrategias para ayudar al paciente al cese del hábito.* EL registro es el siguiente:

- Fumaba algo antes del embarazo (periconcepcional) **Sí/No/Nunca**
- ¿Cuánto fumaba? **Nº de cigarrillos/día**
- Edad inicio: Edad en **años**
- ¿Cambió el consumo debido al embarazo? **Sí/No**
- ¿Cuándo cambio? En Semanas de Gestación (**SG**)
- ¿Cuánto fuma ahora? **Nº de cigarrillos/día**
- ¿Le gustaría dejar de fumar? **Sí/No**
- ¿Ha pensando en hacerlo próximamente? **Sí/No**
- Exposición a humo de tabaco de formas pasiva (amigos o familiares)
Nada, Poco Bastante, Mucho

La respuesta de si ha pensado en dejar de fumar, y si lo va a hacer próximamente, es el momento perfecto para ofrecer deshabituación (si el paciente se encuentra receptivo)

El tabaquismo es una adicción muy potente, no solo física, también conductual y emocional. Esto hace que el abordaje del tabaco deba ser integral tanto en la mujer como en el hombre. Hay 3 posibles casos:

- 1) El paciente no haya fumado nunca: si esto es así, basta con felicitar al paciente.*
- 2) El paciente es exfumador, ya sea por el embarazo o haya dejado el consumo anteriormente: felicitar al paciente, darle motivación para que siga en ese estado. Que comprendan lo beneficioso que es. Refuerzo positivo.*
- 3) El paciente es fumador: Darle consejo breve de salud tanto oral como por escrito de los beneficios de dejar de fumar. Si además el/la paciente ofrece disposición para dejar de fumar pero no sabe como, derivar a su médico de familia para que le indique como hacerlo. Remarcar que el consumo pasivo de tabaco es igual de importante que el consumo activo, ya que no solo afecta a nivel biológico además puede aumentar el deseo de la persona que está abstinentes.*

Exposición a drogas Ilegales:

El último ítem de este apartado es la exposición ya sea de forma activa o pasiva a drogas ilegales. Sabemos de lo complicado del abordaje de este tema, aunque el diseño de la hoja verde facilita que en el transcurso de la consulta se alcacer un suficiente clima de confianza con el paciente que facilite la obtención de información sin tapujos ni tabúes y veraz.

La pregunta a realizar es para la pareja, **¿Ha podido estar expuesto/a a otras drogas en algún momento del embarazo o lactancia desde 3 meses antes del embarazo?** Si existe respuesta afirmativa (señalando la respuesta correcta entre las drogas que vemos en el siguiente cuadro) recolectar los siguientes datos de exposición en el cuadro en forma de respuesta abierta

:

- Quien consume.
- Activo o Pasivo
- Vía de consumo (fumada, inhalada o ingerida)
- Cantidad y periodicidad.

La hoja verde es una herramienta útil que nos ayuda a llegar a esta información. Si se detectara alguna exposición dar consejos breves de salud y si quiere dejar el consumo, ofrecer ayuda (deshabituación o derivación a alguna unidad especializada)

¿Ha podido estar expuesta a otras drogas en algún momento del embarazo o desde 3 meses antes del embarazo?	Cannabis ☐ Cocaína ☐ Heroína ☐ Otras ☐ Ninguno ☐	En caso afirmativo explique:
---	---	-------------------------------------

¿QUE DICE LA BIBLIOGRAFÍA CON RESPECTO DEL TABACO Y LAS DROGAS ILEGALES?

Tabaco y drogas ilegales: Evidencia concluyente relacionada con el periodo periconcepcional y embarazo y tabaco: Retraso en la concepción, infertilidad primaria y secundaria. complicaciones placentarias, Ruptura prematura de membranas, prematuridad, bajo Peso y muerte perinatal¹

1. Smoking and reproductive life The impact of smoking on sexual, reproductive and child health. British Medical Association Smoking and reproductive life: The impact of smoking on sexual, reproductive and child health

Drogas ilegales: Las sustancias de abuso durante el embarazo es un importante problema de salud pública. Parto prematuro, aborto involuntario, desprendimiento y hemorragia posparto algunas de las complicaciones obstétricas que se han asociado con las mujeres que dependen de sustancias de abuso.

2. Marylou Behnke, MD, Vincent C. Smith, MD,,COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE, COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN Informe técnico. Prenatal Substance Abuse: Short- and Long-term Effects on the Exposed Fetus

8. EXPOSICION A ALCOHOL:

El alcohol, aunque es un conocido teratógeno en la literatura científica, está muy arraigado en nuestra sociedad y nuestras costumbres. *La ingesta de alcohol durante el embarazo es la primera causa prevenible de defectos congénitos y problemas en el neurodesarrollo. El timing de estas exposiciones es de vital importancia durante los periodos críticos del embarazo y lactancia.* Por ello, es muy importante detectar estas exposiciones y eliminar el consumo en estos periodos tan vulnerables. **NO HAY UN NIVEL SEGURO DE INGESTA DE ALCOHOL.** Cualquier momento es bueno para dejar el consumo de alcohol.

En la hoja verde el consumo de alcohol materno durante el embarazo se realiza en 2 partes:

- La primera discurre desde el periodo periconcepcional hasta que se entera del embarazo: **Alcohol periconcepcional de la madre.** *Asumimos que la ingesta de alcohol se realiza de una forma cultural, por lo tanto, estas exposiciones tienen un carácter crónico solo modificable dependiendo de la estación del año o los periodos particulares de fiestas y vacaciones (tanto en cantidad como en tipo de bebida). Cuando registramos el alcohol, registramos el alcohol ingerido 2-3 meses antes de quedarse embarazada asumiendo que no varía el hábito hasta que se entera que está embarazada.* En la recogida de ingesta alcohólica se refleja las bebidas alcohólicas más comunes en sus presentaciones más frecuentes.

Cada bebida tipo de bebida tiene 2 números, la parte superior es un número de clasificación y el número inferior es la conversión de esa bebida a gramos/día. Una vez identificados los gramos/día se pone al final de la gráfica y así con todos los

tipos de bebidas, así cuando finalicemos la detección de alcohol periconcepcional podemos sumar los gramos totales de cada bebida y así tener los gramos totales periconcepcionales (a+b+c+d...)

Madre periconcepcional 3 meses antes del embarazo	Nunca o < 1 mes	1-3 x mes	1 x sem	2-4 x sem	5-6 x sem	1 x día	2-3 x día	4-5 x día	+ 6 x día	gramos OH/día
a Vino tinto, blanco, rosado y vermú (1 vaso, 125 cc)	0	0.6	1.42	4.28	7.85	10	25	45	60	a

Numero de clasificación

Gramos/día

Gramos/día

Nota 1: Es importante estar atentos a la cantidad de alcohol que se ingiere y convertirlo en la tabla. Por ejemplo 1:

- 2 quintos/vasos de cerveza/día son 400cc
- 2 tercios/latas de cerveza/día son 660 cc

b Cerveza (1 caña o botellín 1/5, 200 cc)	0	0.6	1.42	4.28	7.85	10	25	45	60
b Cerveza (1 caña o botellín 1/5, 200 cc)	0	0.6	1.42	4.28	7.85	10	25	45	60

G. EXPOSICIÓN AL ALCOHOL

Por favor, indique el número de vasos o copas que bebía en cada etapa (señale debajo de donde corresponda... 1-3 por mes, 1 por semana, 1 día, etc.).

Madre periconcepcional 3 meses antes del embarazo	Nunca o < 1 mes	1-3 x mes	1 x sem	2-4 x sem	5-6 x sem	1 x día	2-3 x día	4-5 x día	+ 6 x día	gramos OH/día
a Vino tinto, blanco, rosado y vermú (1 vaso, 125 cc)	0	0.6	1.42	4.28	7.85	10	25	45	60	a
b Cerveza (1 caña o botellín 1/5, 200 cc)	0	0.6	1.42	4.28	7.85	10	25	45	60	b
c Licores (20-25°): de frutas (manzana), de crema (Catalana, Bayleys) (1 copa, 50 cc)	0	0.75	2.1	6.43	11.78	15	37.5	67.5	90	c
d Brandy, ginebra, ron, whisky, vodka, aguardientes 40° (1 copa, 50 cc)	0	1.2	2.84	8.56	15.7	20	50	90	120	d
e Cerveza sin alcohol (200 cc)	0	0.13	0.28	0.85	1.57	2	5	9	12	e
a + b + c + d + e gramos total de alcohol/día										

Número de atracones (>= 5 UBE = 50 gr) desde FUR a la fecha actual:

¿Cambió el consumo debido al embarazo? Sí ☐ Lo eliminó ☐ No ☐

¿Cuándo cambió? Antes de FUR ☐ Indique semanas de gestación ☐

Durante el embarazo ☐ Semanas de gestación ☐ Durante la lactancia ☐

Después de analizar las exposiciones crónicas, debemos explorar las ingestas agudas o atracones que se han producido desde la FUR hasta la fecha actual. *Para ayudar a las madres a recordar las exposiciones, podemos recordar las fechas más importante que se han producido durante el embarazo: cumpleaños, bodas, aniversarios, festividades (navidad, semana santa, fiestas patronales...) en el que el consumo de alcohol haya sido superior a lo habitual. Indicar el número de atracones y la fecha en que se produjeron*

Nota 2: Una ingesta aguda (atracon) es el consumo de 5 ó mas UBEs (1 UBE= 1 cerveza o 1 vino) (1,5 UBE=licores) (2 UBE=1 cubata) en un periodo corto de tiempo. (1 UBE=10 gramos)

En el caso de que la madre haya ingerido en la etapa periconcepcional un promedio de 20g/día de alcohol o más o haya presentado 3 o más episodios de atracones, debería ser monitorizada durante su gestación y su hijo debe ser evaluado al nacimiento y durante

Madre actualmente		Nunca o < 1 mes	1-3 x mes	1 x sem	2-4 x sem	5-6 x sem	1 x día	2-3 x día	4-5 x día	+ 6 día	gramos OH/día
a	Vino tinto, blanco, rosado y vermú (1 vaso, 125 cc)	① 0	② 0.6	③ 1.42	④ 4.28	⑤ 7.85	⑥ 10	⑦ 25	⑧ 45	⑨ 60	a
b	Cerveza (1 caña o botellín 1/5, 200 cc)	① 0	② 0.6	③ 1.42	④ 4.28	⑤ 7.85	⑥ 10	⑦ 25	⑧ 45	⑨ 60	b
c	Licores (20-25°): de frutas (manzana), de crema (Catalana, Bayleys) (1 copa, 50 cc)	① 0	② 0.75	③ 2.1	④ 6.43	⑤ 11.78	⑥ 15	⑦ 37.5	⑧ 67.5	⑨ 90	c
d	Brandy, ginebra, ron, whisky, vodka, aguardientes 40° (1 copa, 50 cc)	① 0	② 1.2	③ 2.84	④ 8.56	⑤ 15.7	⑥ 20	⑦ 50	⑧ 90	⑨ 120	d
e	Cerveza sin alcohol (200 cc)	① 0	② 0.13	③ 0.28	④ 0.85	⑤ 1.57	⑥ 2	⑦ 5	⑧ 9	⑨ 12	e
a + b + c + d + e gramos total de alcohol/día											

Los criterios anteriormente mencionados aplican para la inclusión de los niños en un programa de seguimiento y vigilancia de su desarrollo y de los potenciales efectos del alcohol sobre su salud.

La recogida del alcohol por parte del padre comprende el periodo de espermatogénesis, es decir, 72 días antes de la fecha de última regla (FUR). El protocolo a seguir es el mismo que la detección de la ingesta de alcohol de la madre:

El padre durante la espermatogénesis	Nunca o < 1 mes	1-3 x mes	1 x sem	2-4 x sem	5-6 x sem	1 x día	2-3 x día	4-5 x día	+ 6 x día	gramos OH/día
a Vino tinto, blanco, rosado y vermouth (1 vaso, 125 cc)	① 0	② 0.6	③ 1.42	④ 4.28	⑤ 7.85	⑥ 10	⑦ 25	⑧ 45	⑨ 60	a
b Cerveza (1 caña o botellín 1/5, 200 cc)	① 0	② 0.6	③ 1.42	④ 4.28	⑤ 7.85	⑥ 10	⑦ 25	⑧ 45	⑨ 60	b
c Licores (20-25°): de frutas (manzana), de crema (Catalana, Bayleys) (1 copa, 50 cc)	① 0	② 0.75	③ 2.1	④ 6.43	⑤ 11.78	⑥ 15	⑦ 37.5	⑧ 67.5	⑨ 90	c
d Brandy, ginebra, ron, whisky, vodka, aguardientes 40° (1 copa, 50 cc)	① 0	② 1.2	③ 2.84	④ 8.56	⑤ 15.7	⑥ 20	⑦ 50	⑧ 90	⑨ 120	d
e Cerveza sin alcohol (200 cc)	① 0	② 0.13	③ 0.28	④ 0.85	⑤ 1.57	⑥ 2	⑦ 5	⑧ 9	⑨ 12	e
a + b + c + d + e gramos total de alcohol/día										

El padre actualmente ha cambiado su consumo: Sí ☐ { Ha aumentado ☐
Ha disminuido ☐ No ☐

Para terminar es importante preguntar al padre si ha variado su consumo de alcohol durante actualmente con respecto a la espermatogénesis. Eligiendo entre **Si/No**. Si la respuesta es afirmativa elegir entre las siguientes opciones: **Ha aumentado/Ha disminuido**. Aunque a nivel biológico no tenga importancia, el consumo de determinadas sustancias como el alcohol, tabaco, etc.. incita a la pareja a volver a consumos previos al embazo, aumentando su nivel de ansiedad o estrés.

¿QUE DICE LA BIBLIOGRAFÍA CON RESPECTO AL ALCOHOL?

La ingesta de alcohol durante el embarazo es la principal causa (no genética) de retraso mental al nacimiento. No hay una ingesta segura de alcohol durante el embarazo y lactancia, por ello, se recomienda la abstinencia total.

La ingesta de alcohol en su presentación más aguda puede provocar el síndrome alcohólico fetal (retraso en el crecimiento $p < 10$, alteraciones craneofaciales y alteraciones del sistema nervioso central: neurológico, funcional y/o estructural) o en su variante más común e infradiagnosticada, el espectro alcohólico fetal. El 100% de las patologías relacionadas con el alcohol son 100%, cualquier momento es bueno para dejar el consumo.

Más información.

1.Ortega-García JA, Gutierrez-Churango JE, Sánchez-Sauco MF, Martínez-Aroca M, Delgado-Marín JL, Sánchez-Solis M, Parrilla-Paricio JJ, Claudio L, Martínez-Lage JF. **Head circumference at birth and exposure to tobacco, alcohol and illegal drugs during early pregnancy**. Childs Nerv Syst. 2012;28:433-9.

2. Advertencia sobre el uso de alcohol durante el embarazo.

<http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/SurgeonGenbookmarkSp.pdf>

9. EXPOSICIONES EN EL HOGAR, JARDÍN O HUERTO:

H. EXPOSICIONES EN EL HOGAR, JARDÍN Y HUERTO

Años construcción de la vivienda: ¿Tipo de vivienda?: Piso (altura) ☐ Dúplex ☐ Casa de pueblo ☐

¿Ha tenido problemas en casa de hormigas, cucarachas, roedores, etc...?: Sí ☐ No ☐

Utiliza spray, polvos, enchufes u otros plaguicidas en casa o huerto: Sí ☐ No ☐

Cuáles: ¿Cuánto le dura un envase de pesticida 1.000 cc?

En el hogar abordaremos la existencia de tóxicos ambientales intra/extradomiciliarios. Las exposiciones a pesticidas y otros tóxicos en el hogar pasan desapercibidos en el día a día por lo cotidiano de su utilización. Las exposiciones son pequeñas pero crónicas que en periodos críticos del embarazo y lactancia pueden disminuir la calidad estos periodos. En cuanto a las características propias del hogar nos interesan factores relacionados con la antigüedad de la vivienda, exposición a los materiales de la construcción como plomo, asbesto y radón través de la estructura antigua de la vivienda.

Empezamos con los años de construcción de la vivienda (desde que se construyó): **en años**. E incluimos el tipo de vivienda en el que viven. Elegir entre: **Piso** (decir altura del piso), **dúplex** o **casa baja** Normalmente en este apartado conocemos mucho del medio en el que se desarrolla el embarazo y la lactancia. Además de indicadores como el hacinamientos, materiales de riesgo como el amianto....

Nota: La edad de la vivienda nos da una información muy valiosa indirecta sobre la calidad de materiales de construcción y sobre la calidad del aire interior de la misma.

Como acercarnos al uso de productos pesticidas en el hogar

En primer lugar preguntar sobre las plagas (hormigas, cucarachas, moscas...) Para identificar problemas de plagas en la casa. Preguntaremos ¿ha tenido problema de plagas, cucarachas, hormigas...? Elegir entre **Sí/No**. Indagar en la exposición a pesticidas en el hogar ya sea por problema de plagas o de forma preventiva abordamos el tipo de tratamiento que utiliza, de la siguiente forma: ¿Utiliza spray, polvos, enchufes u otros plaguicidas en casa o huerto? Elegir entre **Si/No**. En caso afirmativo responder cuales: **Respuesta abierta**. Para poder cuantificar las exposiciones de una forma objetiva. Explorar ¿Cuánto le dura un envase de pesticida 1.000 cc? Unidad de medida **Botes/mes**. Las exposiciones extradomiciliaria son las relativas a cuidados de huertos o jardines. Es importante conocer si tienen extensiones de terreno donde tengan huerto, quien aplica los pesticidas, cuando lo hace, si puede llevar trazas contaminantes a casa y por último si utiliza medidas de protección individual. Haciendo especial hincapié en el periodo de la espermatogénesis en el hombre y periconcepcional, embarazo y lactancia en mujeres.

Nota: 1 bote de 1000 cc es un bote grande de pesticida.

¿QUE DICE LA BIBLIOGRAFÍA CON RESPECTO A LOS PESTICIDAS?

Los pesticidas intra/extradomiciliarios presentan un importante riesgo para los periodos críticos del embarazo, lactancia y crianza. En 2008 el 45% de los envenenamientos por pesticidas fueron niños. La dificultad para caracterizar estas exposiciones y por tanto minimizar su daño, deben elevar la alerta de los profesionales sanitarios. A continuación os presentamos algunos artículos de bibliografía recomendada que pueden ayudarnos a su comprensión.

1. Greenop KR, Peters S, Bailey HD, Fritschi L, Attia J, Scott RJ, Glass DC, de Klerk NH, Alvaro F, Armstrong BK, Milne E **Exposure to pesticides and the risk of childhood brain tumors.**Cancer Causes Control. 2013 Jul;24(7):1269-78. doi: 10.1007/s10552-013-0205-1. Epub 2013 Apr 5.
2. Roberts JR, Karr CJ; Council On Environmental Health. **Pesticide exposure in children.**Pediatrics. 2012 Dec;130(6):e1765-88. doi: 10.1542/peds.2012-2758. Epub 2012 Nov 26.

10. PERCEPCION DE RIESGOS:

I. PERCEPCIÓN DE RIESGOS

¿Están preocupados por algunos riesgos ambientales en su casa o barrio? Madre: _____ Padre: _____

Observaciones: _____

Por último, una pregunta subjetiva acerca de algún toxico o riesgo medioambiental que le preocupe al núcleo familiar tanto en su casa como en su barrio. Es una pregunta abierta. *De esta forma podemos advertir algún riesgo que se nos haya pasado por alto y sea especialmente relevante, Además nos permite una aproximación a el reconocimiento de los significados de riesgo, concienciación, preocupaciones y percepciones de los padres y madres.*

En caso de que solicite más información o que le aclare con algún ejemplo: se refiere a contaminación ‘que a usted le preocupe’ sobre industrias cercanas, uso de pesticidas en jardines, problemas de alcantarillado o desagüe, incineradoras o vertederos de residuos cercanos, líneas de alta tensión o radiofrecuencia, escasez de zonas verdes,...

Muzzi A, Panà A. Perception of environmental risk and consequences for public health]. Ig Sanita Pubbl. 2012;68:147-53.