



Gerencia Central de Salud
Gerencia de Programas Externos de Salud

Manual de Atención Integral a la Mujer - Gestante

PRESENTACION

Los lineamientos de las prestaciones de atención integral en salud de la mujer, se han elaborado con el fin de unificar criterios y brindar las pautas básicas para la implementación de las prestaciones de salud de este grupo objetivo.

Se pone a disposición de los proveedores de servicios de salud y la comunidad en general como una contribución al logro de un proyecto nacional.

Si deseamos mejorar el nivel de salud de la población de nuestro país, es necesario establecer un reordenamiento de las actuales prioridades de la atención de la salud en forma integral, poniendo énfasis en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud.

INTRODUCCION

El presente documento está integrado por los lineamientos/procedimientos para la atención integral de la salud de la mujer, para los establecimientos del nivel primario y está orientado a efectuar el control periódico de las mujeres resolviendo los problemas de morbilidad más frecuentes y de esta forma contribuir a disminuir la morbimortalidad de la mujer.

La salud y el bienestar de las personas constituyen la base primordial de la sociedad moderna que aspira al desarrollo humano. Representan la mayor de las inversiones productivas y constituyen uno de los derechos humanos fundamentales. Ambas condiciones necesitan de la responsabilidad compartida entre las personas, la familia, la comunidad, la sociedad y el estado.

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en documentos internacionales y de las Naciones Unidas aprobadas por consenso. Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo -CIPD- que se realizó en El Cairo, en Setiembre de 1994, define la salud reproductiva como el completo estado de bienestar físico, mental y social que los hombres y las mujeres requieren para desarrollar con seguridad las funciones del proceso de la reproducción, durante los periodos de la vida, y establece que el ejercicio individual del potencial reproductivo en forma responsable, segura libre y satisfactoria contribuye a una mejor calidad de vida, ayuda a alcanzar la equidad en el desarrollo social y contribuye al equilibrio de la sociedad con su medio ambiente. Así concebida, la salud reproductiva constituye un derecho humano y social fundamental. Además menciona que el cuidado de la salud reproductiva implica también la preservación de una buena salud sexual cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y las relaciones interpersonales, es decir que los individuos y las familias sean capaces de tener una vida sexual segura, satisfactoria y responsable, libre de temor o contagio de enfermedades de transmisión sexual.

El Plan Nacional de Población, aprobado en Setiembre de 1998 recoge los acuerdos y compromisos asumidos de la CIPD y la Ley de Política de Población. La resolución de su aprobación menciona que este documento vela por el logro de la equidad social en el país, procurando disminuir las desigualdades socioeconómicas, de género y las brechas urbano marginales e interregionales en la calidad de vida, promoviendo la integración de los factores demográficos.

Con el presente documento se busca asegurar el respeto al derecho del hombre y de la mujer a obtener atención de calidad en salud sexual y reproductiva. En este marco, el Programa Nacional de la Mujer, asume la siguiente misión.

Contribuir a elevar la calidad de vida de mujeres y hombres del Perú, en las diferentes etapas de su vida, mediante el ejercicio de sus derechos reproductivos, lo que les permitirá alcanzar sus ideales reproductivos y mejorar su salud.

ofc. 23 03.2005

mfu 11475

PROPOSITO

Contribuir a elevar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población de EsSalud, mediante acciones de prevención, promoción, protección y recuperación en la mujer en coordinación con otras instituciones y con la participación activa de la comunidad.

Por otra parte tiene como propósito, estandarizar conceptos y uniformizar prácticas con el objeto de orientar el desarrollo más adecuado de la salud reproductiva.

OBJETIVOS GENERALES

1. Mejorar cuanti-cualitativamente la atención de la mujer, priorizando el contenido del paquete básico de los servicios de salud
2. Adecuar la estructura de la organización y funcionamiento del sistema de atención primaria de la mujer.
3. Reducir las tasas de morbilidad materna, perinatal e infantil.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Disminuir la morbi-mortalidad materna.
2. Disminuir la morbi-mortalidad por cáncer ginecológico.
3. Brindar orientación/ consejería de calidad.
4. Disminuir la prevalencia de las enfermedades infecciosas en la mujer.
5. Mejorar el diagnóstico, tratamiento y control de ETS.
6. Proporcionar e incrementar a la mujer en edad fértil, los medios necesarios para garantizar la libre elección en su opción reproductiva y el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos.
7. Educar a fin de incrementar hábitos y conductas saludables, así como modificación de conductas de riesgo y atención precoz de daños.
8. Lograr una atención precoz, oportuna, continua, completa e integral en la mujer gestante y puerpera.
9. Promover la lactancia materna.
10. Promover un adecuado estado nutricional en la mujer en edad fértil, y de modo especial en la gestante y puerpera.
11. Mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población femenina a partir de los 15 años hasta la etapa perimenopáusica, mediante una atención integral con enfoque de riesgo y énfasis en lo preventivo promocional.
12. Propiciar la investigación.

ESTRATEGIAS

- ✓ Sensibilización, comunicación y difusión destinada a crear conciencia de la importancia de la Atención Integral a la Mujer, entre el cliente interno, externo y la comunidad en general.
- ✓ Modernización de la gestión destinada a incrementar la eficiencia de la Atención de este segmento poblacional, mediante la capacitación del recurso humano y puesta en marcha del sistema de información, monitoreo y evaluación; fortaleciendo así la capacidad técnica, operativa y de gestión en los establecimientos de salud.
- ✓ Focalización de acciones según enfoque de riesgo y enfoque de género.
- ✓ Formular las orientaciones, lineamientos y directivas a fin de incorporar los criterios básicos para la Atención de la Mujer
- ✓ Impulsar mecanismos institucionales de coordinación y concertación entre EsSalud y otras instituciones a fin de optimizar el impacto de acciones y recursos.
- ✓ Mejorar en forma permanente la calidad de la atención al usuario.
- ✓ Promover la salud de la mujer y su pareja, propiciando la participación del varón, promoción del ejercicio de los derechos ciudadanos y reproductivos y el autocuidado de la salud.
- ✓ Fortalecer y promover acciones para la reducción de la morbilidad materna y perinatal.

UNIVERSO

Mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años); 27% de la población total asegurada y mujeres en etapa de climaterio, incluye también a la parejas y a la familia.

DERECHOS REPRODUCTIVOS

De acuerdo con el capítulo II, principio del programa de acción de la conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, toda persona tiene derecho a:

- Disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.
- Tener acceso en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, a los servicios de atención que incluyan la planificación familiar y la salud reproductiva
- A ser atendidos en salud reproductiva sin ningún tipo de coacción
- A decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo
- A que las instituciones de salud velen porque se cumplan estos principios en todas las fases de atención.

CONTENIDO DEL PAQUETE BASICO DE SERVICIOS DE SALUD DE LA MUJER

El Paquete Básico de Servicios de Salud de la Mujer es el conjunto de prestaciones e intervenciones que se brindan a la población femenina para enfrentar sus principales problemas de salud.

El Paquete Básico de Salud de la Mujer comprende.

1. Atención Integral básica de la mujer

- 1.1 Orientación / consejería
- 1.2 Información y educación para el desarrollo de estilos de vida saludables
- 1.3 Vacunación antitetánica
- 1.4 Atención y acceso voluntario a la Planificación Familiar en función del riesgo
- 1.5 Detección del cáncer de cuello uterino y de mama
- 1.6 Prevención y detección de las enfermedades ginecológicas, enfermedades de transmisión sexual y otras enfermedades frecuentes, propias de la mujer.
- 1.7 Prevención y Detección de signos de alarma
- 1.8 Detección y control del riesgo preconcepcional
- 1.9 Detección precoz de la gestante, control prenatal y promoción del cuidado prenatal.
- 1.10 Control de la salud oral
- 1.11 Prevención, detección y recuperación de deficiencias nutricionales
- 1.12 Manejo y control de la mujer climatérica.

2. Atención de la mujer enferma

- 2.1 Tratamiento precoz de infecciones ginecológicas (de transmisión sexual: gonorrea, sífilis, chancro blando, linfogranuloma venéreo, trichomoniasis, clamidia, herpes, condiloma y SIDA; y de no transmisión sexual: infecciones vaginales más frecuentes, enfermedad inflamatoria pélvica.)

3. Control pre natal y promoción del cuidado prenatal:

- 3.1 El Control prenatal precoz, continuo, integral, completo, oportuno y eficiente
- 3.2 Control del bajo y alto riesgo obstétrico

4. Atención del puerperio

- Atención del puerperio normal.

1. ATENCIÓN INTEGRAL BÁSICA DE LA MUJER

Introducción

La atención de la mujer es un proceso que será desarrollado tanto en la consulta externa, como en la unidad de prevención, con la finalidad de hacer evaluación, diagnóstico, seguimiento o control de la usuaria y que será llevado a cabo de acuerdo con el nivel de complejidad del establecimiento. El lugar de atención para la mujer que acude al establecimiento de salud o para su acompañante, dependerá del motivo de la consulta, si la hay, y del criterio del personal de Admisión/ Triage, quienes mediante un interrogatorio y observación simples y toma de algunas funciones vitales, orientadas al problema de la mujer, decidirán la atención en el Consultorio Médico o en el Consultorio de Salud de la Mujer después de haber descartado alguna condición de gravedad que **amerite** la atención por emergencia. Los establecimientos de Salud actualmente brindan en general una atención a la demanda pasiva, atendiendo únicamente el motivo de la consulta o de la visita; si se cumple con satisfacer la necesidad sentida por la usuaria, pero se pierde la oportunidad que brinda ésta visita, quizás la **única**, que permitiría detectar una serie de factores, problemas o patologías que no son percibidos como tales por la usuaria o su acompañante.

El paquete básico de Servicios de Salud para la Mujer contiene todos los procedimientos y protocolos necesarios para el control de las mujeres y el manejo de las principales causas de morbilidad y mortalidad en nuestro medio. Debe identificarse como problema de la atención de la salud de la mujer, tanto el incumplimiento de los programas de control de la mujer, como la falla en la detección de cualquier patología que no sea percibida como “enfermedad” o “motivo de consulta” por la mujer. Además el personal de Salud debe aprovechar la oportunidad de la entrevista con la mujer para brindarle consejería sobre Planificación Familiar, el manejo nutricional, educación sanitaria para la prevención y detección temprana de las principales enfermedades transmisibles, detección de cáncer de cuello uterino y de mamas, detección de enfermedades de transmisión sexual.

¿Quiénes deben recibir la Atención Integral Básica de la Mujer?

Deben recibir la Atención Integral Básica de Salud de la Mujer:

- Toda mujer sana que viene por control
- Toda mujer enferma, después de recibir la atención que motivó la consulta
- Toda mujer referida.
- Toda mujer asegurada que viene como acompañante de cualquier paciente o usuario, que acepte ser captada.

Quiere decir que la Atención Integral Básica de Salud de la Mujer está indicado en toda mujer no grave, que solicite atención en cualquier establecimiento de salud (sea para control o por enfermedad) y, además, en todas las mujeres “supuestamente sanas” que acompañen a la mujer o a un familiar a su consulta.

1.1 MOTIVACIÓN, EDUCACIÓN, ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA.

Motivación :

Es estimular a grupos o personas a considerar la adopción de un comportamiento apelando a su autoimagen, preocupaciones y deseos.

Educación :

Es un proceso de doble vía basado en una información específica, datos o hechos objetivos. Aumenta el conocimiento. Se provee educación a personas que ya están motivadas

Se debe educar en :

- ✓ Lactancia materna
- ✓ la maternidad y paternidad consciente
- ✓ Planificación familiar, riesgo reproductivo, obstétrico y preconcepcional
- ✓ Leyes de protección a la mujer embarazada. Derechos.
- ✓ Higiene y prevención de infecciones cervicovaginales
- ✓ Detección precoz de cáncer de cuello uterino y de mama
- ✓ Inmunización por toxoide tetánico
- ✓ Nutrición y alimentación complementaria
- ✓ Detección temprana de alteraciones obstétricas y de otras afecciones
- ✓ Conducta adecuada ante el embarazo de riesgo.

Consejería en Salud Sexual y Reproductiva

- ✓ Es un proceso por el cual una persona (el/la usuaria/o) decide por su propia cuenta conversar un problema personal con un profesional
- ✓ Busca por medio de entrevista brindar información, orientación y/o soporte emocional al usuario sobre todos los aspectos de la Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo ETS/SIDA
- ✓ Se realiza en un consultorio , con una entrevista personalizada, no menor de 20 minutos .
- ✓ Implica siempre una actitud de escucha en un ambiente privado y confidencial
- ✓ Crea las condiciones para la toma de decisiones

Consejería

No es solamente dar información
No es dar consejos y/o sugerencias
No es influenciar en los demás
No es dar soluciones o tomar decisiones por el consultante
No es exponer nuestro punto de vista ú opinión sobre un tema o problema

1.2 INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Estilos de vida saludables: nutrición balanceada, actividad física moderada, evitar el tabaco, alcohol, drogas, evitar relaciones sexuales de riesgo para las infecciones pélvicas y las de transmisión sexual, Vacunación antitetánica: número de dosis, quiénes deben vacunarse, Planificación familiar: métodos disponibles, como acceder a ellos, Control Prenatal: su importancia, desde cuándo, cada cuánto tiempo, riesgo obstétrico, detección del cáncer de cuello uterino y de mamas, salud bucal, psicoprofilaxis, etc.

1.3 VACUNACIÓN ANTITETÁNICA:

El tétanos de la mujer y en especial el del neonato, son enfermedades que pueden y deben ser evitadas mediante la vacunación, por tanto, si se encuentran mujeres no vacunadas o con esquema incompleto, se debe proceder a darles el esquema completo que aparece en el siguiente cuadro:

- ¿Ha recibido vacuna antitetánica alguna vez en su vida?
- ¿Cuántas dosis le aplicaron?
- ¿Se completó el esquema de vacunación recomendado?

Si hubiera registros (carné o historia clínica) de que la mujer ha recibido dosis previas de vacunación antitetánica, se le completará las 5 dosis siguiendo los tiempos propuestos por el esquema, de lo contrario se le reiniciará la vacunación completa, **si el tiempo transcurrido entre la primera y la segunda es mayor de dos meses.**

VACUNA TOXOIDE TETANICO EN GESTANTES Y MUJERES EN EDAD FÉRTIL

EDAD	DOSIS	PROTECCION
15 años o al primer contacto con el establecimiento.	TT1	Ninguna
A las 4 semanas de TT1	TT2	Por 3 años
A los 6 meses de TT2	TT3	Por 5 años
Al año de TT3	TT4	Por 10 años
Al año de TT4	TT5	Toda la vida fértil

La vacunación se efectuará en el mismo consultorio donde se controla la mujer, y así evitar oportunidades perdidas.

1.4 ATENCIÓN Y ACCESO VOLUNTARIO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN FUNCIÓN DEL RIESGO

Los embarazos no deseados, los de mujeres mayores, las gestaciones numerosas o muy seguidas, los de mujeres portadoras de alto riesgo de complicarse si se

embarazan, son responsables de un porcentaje muy importante de la morbi-mortalidad materna y perinatal por lo tanto, es trascendente limitar éstas gestaciones mediante la información a la mujer y su libre elección del método anticonceptivo que usará para cuidarse.

Evaluar la necesidad de anticoncepción:

- ¿Tiene Ud. vida sexual activa?
- ¿Desea tener más hijos?
- ¿Qué edad tiene su último hijo?
- ¿Usa algún método anticonceptivo?
- ¿Si no los usa, desea hacerlo ahora?

Orientar a la usuaria explicándole la existencia de varios métodos anticonceptivos, sus indicaciones, eficacia, contraindicaciones, efectos colaterales, esquemas de controles, etc. Permitirle la libre elección del método, explicarle que puede cambiarlo cuando ella lo desee, siempre que no esté contraindicado para ella y que se está para ayudarla en ésta actividad

NORMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Objetivo General

Poner a disposición de mujeres y hombres asegurados, la más amplia información y acceso a servicios de calidad para que puedan alcanzar sus ideales reproductivos.

Objetivos específicos

- Garantizar la libre elección de las personas en su opción reproductiva
- Fomentar demanda informada en Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar.
- Garantizar el acceso sin discriminación a la atención de calidad en Salud Sexual y Reproductiva.
- Establecer los procedimientos técnicos administrativos para la atención en los servicios de la mujer y la gestante.
- Contribuir a disminuir la inequidad de género en la educación, información y servicios de salud.
- Fortalecer el ejercicio de los derechos ciudadanos en los servicios de salud, promoviendo la participación efectiva de la Sociedad Civil (Organizaciones de base, Organismos no Gubernamentales, etc.)
- Fomentar la difusión de los derechos reproductivos y derechos de las/los usuarias/os.

Base legal sustentatoria

- a) Creación de la Seguridad Social
- b) Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos ONU, 1966.
- c) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ONU, 1966.
- d) Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, ONU, 1979, ratificada por Resolución Legislativa 24029 y vigente desde 1982.
- e) Convención Americana de Derechos Humanos, OEA 1969.
- f) Convención para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. OEA 1994. Resolución Legislativa 26583, vigente desde 1966.
- g) IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. ONU, 1994

- h) Constitución Política de 1993 reconoce que la "Política Nacional de Población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables. Reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. En tal sentido, el Estado asegura los programas de educación y la información adecuados y el acceso a los medios, que no afecten la vida y la salud", y Art. 1°, 2°, 7°, 9°, 11°, 65°.
- i) Código de los niños y Adolescentes. Decreto ley 26102, Artículos 16°, y 21°.
- j) La ley de Política Nacional de Población, Decreto Legislativo 346, promulgada en el año 1985, señala como derechos de la persona humana :
- A la vida. El concebido es un sujeto de derecho desde la concepción;
 - A formar su familia y al respeto de su intimidad.
 - A la libre determinación del número de hijos;
 - A la salud integral y al libre desenvolvimiento de su personalidad;
 - A habitar en un ambiente saludable y ecológicamente equilibrado;
 - A la igualdad entre la ley, sin discriminación alguna;
 - A la elección libre del método anticonceptivo de su preferencia y la información adecuada;
 - A los demás reconocidos por la Constitución e inherentes a la dignidad humana.
- Fue modificada por la Ley 26530 setiembre de 1995 que permite a la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) ser considerado como método anticonceptivo.
- k) Ley General de Salud N° 26842, en su Artículo 6°, señala el derecho a la libre elección del método anticonceptivo de su preferencia y a la información adecuada con todo lo que aquello encierra. Para la aplicación de cualquier método anticonceptivo, es necesario el consentimiento previo del usuario/a y para los métodos definitivos el consentimiento debe constar en documento escrito.
- l) Ley de Protección frente a la Violencia Familiar N° 26260, Decreto Supremo N° 006-97-JUS-25 de junio 1997.
- m) Resolución Ministerial N° 572-95-SA/DM, del 17 de agosto de 1995, "Establece la gratuidad de la atención de Planificación Familiar en los establecimientos del Ministerio de Salud"
- n) Resolución Ministerial N° 071-96-SA/DM, del 6 de febrero de 1996. "Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar" 1996-2002.
- o) Resolución Ministerial N° 495 -97-SA/DM, del 4 de noviembre de 1997 "Aprobación de las Guías Nacionales de Atención de la Salud Reproductiva"
- p) Resolución Ministerial N° 103-99-SA/DM, del 26 de febrero de 1999. "Plan Nacional de Prevención de Cáncer Ginecológico 1998/2000"
- q) Resolución Directoral N° 001-DGSP-96, "Referente a la libre opción anticonceptiva de las personas"
- r) Resolución Directoral N° 002-DGSP-98. "Aprobación del Manual de Consejería en Planificación Familiar"

Derechos reproductivos.

De acuerdo con el capítulo 2, principio del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo –CIPD, toda persona tiene derecho a:

- Disfrutar del mas alto nivel posible de salud física y mental
- Tener acceso, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, a los servicios de atención que incluyan la Planificación Familiar y la Salud Reproductiva.
- A ser atendidos en Salud Reproductiva sin ningún tipo de coacción.

- A decidir libre y responsablemente el número y el intervalo de sus gestaciones y disponer de la información y los medios necesarios para poder hacerlo.
- A que las instituciones de salud, velen por que se cumplan estos principios en todas las fases de la atención

Competencia de los proveedores de servicios para la atención en planificación familiar

Médico General o Ginecólogo:

- Métodos Definitivos: Siempre que estén acreditados para ello según la norma de calificación para médicos en AQV.
- Atención en Métodos Temporales
- Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (incluye consejería en ETS-VIH/SIDA) al 100% de las pacientes consultantes

Obstetriz:

- Atención en Métodos Temporales .
- Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (Incluye consejería en ETS-VIH/SIDA) al 100% de las pacientes consultantes.

En caso de no existir médico u obstetriz, será realizado por personal capacitado.

A. Disposiciones para la atención en los servicios de planificación familiar

1. Disposiciones Generales

- a) Se asegurará la libre elección y acceso informado de la persona en la opción anticonceptiva que quiera tomar. Bajo ninguna circunstancia se aplicará algún método sea temporal o definitivo sin su consentimiento libre e informado.
- b) Para optar por un método anticonceptivo , incluso los definitivos , basta la Decisión informada y personal de la usuaria o usuario, luego de una orientación y consejería adecuada. No es necesaria la autorización de la pareja.
- c) Está prohibido todo trato discriminatorio por razón de sexo, edad, raza, estado civil, credo, grado de instrucción, condición económica o cultural de cualquier índole.
- d) Las personas serán tratadas con dignidad, es decir, con respeto a sus derechos. Se respetará la privacidad y confidencialidad
- e) Se prestará especial atención al respeto de los derechos de las personas iletradas.
- f) Por ningún motivo se ofrecerá o entregará algún bien o servicio que preste el Establecimiento, como estímulo para persuadirlo/a a usar algún método anticonceptivo, sea este temporal o definitivo. Tampoco se negará o retendrá algún bien o servicio que preste el establecimiento como forma de disuasión, persuasión o presión para el uso de métodos anticonceptivos.
- g) Está prohibido inducir la aceptación de cualquier método anticonceptivo valiéndose de engaños u ocultando información.
- h) Está prohibida toda forma de presión , coacción, violencia o manipulación sobre las personas, sus familiares o su representante legal.
- i) Ninguna autoridad, en ningún nivel administrativo o de servicio impondrá metas obligatorias o cuotas de personas o métodos anticonceptivos en los establecimientos o por el personal de salud. Tampoco se dispondrán de

- incentivos, gratificaciones o sanciones relacionados al número de personas usuarias/os de métodos anticonceptivos.
- j) De acuerdo con el marco legal vigente el aborto no es considerado como método de Planificación Familiar
 - k) La atención y provisión de información y/o de insumos de métodos anticonceptivos son gratuitas en la seguridad social, cada persona puede asistir cuantas veces considere necesario a los servicios de Planificación Familiar para su atención, aclarar dudas asociadas al método y cambio o cese de opción anticonceptiva.
 - l) En los casos comprobados de incapacidad mental, certificada por el profesional de salud mental competente, su representante legal o jurado podrá solicitar el uso de métodos anticonceptivos para la persona incapacitada que representa. La elección del método anticonceptivo será tomada por este último.
 - m) Para los casos de personas con incapacidad mental, las condiciones a considerar Para la realización de AQV, la determinará una junta médica, conformada por un médico psiquiatra y con el consentimiento del familiar más cercano o tutor legal, quienes firmarán la solicitud de intervención. El familiar o tutor se responsabilizará de llevar a la persona usuaria al establecimiento de salud para los controles y seguimiento post-quirúrgico.
 - n) Los establecimientos deben adecuar sus horarios de atención a las necesidades de la población, aunque estos no sean necesariamente los horarios regulares.
 - o) La usuaria/o deberá esperar el menor tiempo posible antes de ser atendida/o.
 - p) Los establecimientos deben buscar estrategias para atender necesidades de su población de varones, adolescentes, población migrante e indígena, previos estudios antropológicos o de conocimientos, actitudes y prácticas de la población.
 - q) La población adolescente, en riesgo de embarazo no deseado o de contraer una ETS, deberá recibir información completa y orientación en el área de la salud reproductiva, en coordinación con otras instituciones.
- Los servicios de Planificación Familiar podrán suministrar métodos anticonceptivos temporales a adolescentes que lo soliciten o que sean referidos en las siguientes circunstancias:
- Presentar riesgo de embarazo no deseado o de contraer una ETS o SIDA.
 - Haber recibido consejería
 - Tener una edad mayor de 16 años
 - Ser sexualmente activo/a.
- r) Toda complicación atribuible y comprobada, debida al uso de un método anticonceptivo provisto por los establecimientos de la seguridad social, deberá ser reportada y derivada al nivel de atención correspondiente.
 - s) Se investigarán todas las defunciones y problemas médicos graves atribuibles directamente al uso de métodos anticonceptivos, con la comunicación respectiva a las instancias competentes, y la ejecución paralela de la auditoría médica correspondiente.
 - t) Las historias clínicas, prescripciones, indicaciones escritas, registros y reportes e informes deben ser hechos con letra clara, legible y debidamente firmados por los responsables.
 - u) Si la persona usuaria decide optar por la anticoncepción quirúrgica voluntaria:
 - Se le debe informar que la AQV es un procedimiento electivo, bajo ninguna circunstancia puede ser considerado procedimiento de emergencia.
 - Se ha establecido un Plazo de Reflexión que rige desde la toma de decisión informada, posterior a las sesiones de consejería y orientación y la intervención misma, el cual **no será menor de 72 horas** (verificado mediante las fechas de las dos firmas que deben consignarse en la Solicitud de Intervención para AQV). Este plazo permitirá la reflexión y el ejercicio

consciente de la libre elección. El documento de Solicitud de Intervención para AQV se llenará por duplicado, debiendo entregarse la copia a la persona usuaria/o luego de la primera firma, y el original, quedará en la Historia Clínica

- El Documento de Solicitud de Intervención para AQV necesita la firma de las siguientes personas.
 - De la persona usuaria/o (firma y huella digital). En caso que la persona usuaria/o sea invidente o analfabeta solo deberá colocar su huella digital
 - Del testigo (firma y huella digital). En caso que la persona usuaria/o sea invidente o analfabeta. El testigo bajo ninguna circunstancia será personal de salud.
 - Del profesional que brindó la consejería (firma y número de registro profesional si corresponde)
 - Del médico que realiza la intervención , (firma y sello con número de registro del Colegio Médico del Perú).

Antes de tomar una decisión informada la persona usuaria debe conocer y comprender los siguientes elementos:

- Los métodos anticonceptivos temporales están disponibles para las personas usuarias y su pareja, quienes tienen la libertad de elegir entre los métodos temporales y el permanente.
- La AQV es un procedimiento quirúrgico.
- El procedimiento implica riesgos así como beneficios.
- La persona usuaria no podrá tener más hijos, terminará la fertilidad.
- El efecto del procedimiento es permanente.
- El procedimiento puede fallar y puede producirse un embarazo.
- Luego de la intervención la persona usuaria tiene que observar un periodo mínimo de reposo de **7 días en AQV femenino y de 5 días en AQV masculino**.
- La persona usuaria requiere de dos visitas al servicio de salud para verificar su estado post-operatorio.
- Después de la decisión informada, la persona usuaria puede desistir de la intervención en cualquier momento antes de practicar el procedimiento.
- Después de la decisión informada, la persona usuaria deberá traer la solicitud de intervención firmada, el día de la intervención quirúrgica donde ratificará su libre elección de AQV a través de su firma. Bajo ningún motivo o circunstancia se intervendrá a una persona usuaria sin la respectiva Solicitud de Intervención.

2. Acciones de los servicios.

Los servicios de Planificación Familiar deberán cumplir las siguientes acciones:

- Promoción y difusión.
- Información y educación
- Consejería / orientación (toma de decisión)
- Evaluación clínica de la persona usuaria, selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.
- Control y seguimiento de la persona usuaria

a) Promoción y Difusión.

- Los establecimientos deben buscar estrategias para promover actividades de salud reproductiva con la participación de la comunidad.
- Los establecimientos deben promover y difundir las actividades que realizan para satisfacer las necesidades de su población de varones, adolescentes y población migrante.

b) Información y Educación.

- El personal de los establecimientos realizarán acciones de información y educación a la comunidad mediante talleres, medios de comunicación y otras acciones de información grupal que favorezcan las acciones preventivas en salud reproductiva.

c) Consejería/Orientación

- A toda persona interesada en espaciar o limitar su fecundidad, se le proporcionará orientación y consejería individual sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles en el programa a fin que elija el de su preferencia, si así lo deseara en caso de que la persona usuaria opte por algún método, desde la primera consulta, excepto AQV, ésta podrá ser prescrito luego de la evaluación profesional y siempre que se cuente con el/a proveedor/a capacitado/a para ello.
- Se debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a la persona usuaria para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a:
 - Características de los métodos femeninos y masculinos (efectividad anticonceptiva, beneficios y posibles limitaciones o efectos colaterales).
 - Lineamientos generales para la prescripción.
 - Indicaciones.
 - Forma de administración y uso.
- Se debe hacer énfasis en la relación entre las características de los métodos y los deseos de las personas usuarias y/o de la pareja. Se debe poner especial atención en la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos así como de sus características (efectividad anticonceptiva, indicaciones, beneficios y/o limitaciones, necesidades de seguimiento, etc.)
- Debe tomar en cuenta en todo momento que la decisión y consentimiento informado de la persona usuaria debe ser respetada en forma absoluta y bajo ninguna circunstancia o momento se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial.
- Se debe proporcionar información completa sobre los diferentes métodos anticonceptivos, a la persona usuaria nueva.
- Para confirmar el uso adecuado de los métodos anticonceptivos en las/os usuarias/os continuadoras/es se debe verificar el conocimiento del mismo (uso y características) y de ser necesario se deberá reforzar dichos conocimientos con el fin de esclarecer dudas.
- Se debe dar orientación y consejería diferenciada a los siguientes grupos e individuos: a) Adolescentes, b) personas usuarias que soliciten métodos de anticoncepción definitivos, c) personas usuarias que presenten limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión, d) a mujeres que se encuentren en el período

post-parto y post-aborto, e) personas analfabetas con el fin de garantizar una toma de decisión informada.

- Para facilitar la atención en orientación y consejería, se seguirá el Modelo de los Cinco Pasos (ver “Manual de Consejería” y Guía Nacional de Atención en Salud Reproductiva). Estos son:
 - Establecer relación cordial
 - Identificar necesidades de la/el usuaria/o
 - Responder a las necesidades de las/os usuarias/os
 - Verificar la comprensión
 - Mantener relación cordial

(1) Orientación y Consejería para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV)

La AQV es un método anticonceptivo permanente que se requiere de una consejería y orientación especial ; por tanto, quienes opten por este método deben tener por lo menos dos sesiones de consejería y orientación, de acuerdo a lo que a continuación se establece:

- Orientación y consejería general: Es la sesión de orientación que se ha descrito anteriormente y comprende las orientaciones sobre todos los métodos anticonceptivos. Si durante esta sesión, la persona desea AQV como opción, firmará la solicitud de aceptación y se le citará para una segunda sesión.
- Consejería y orientación específica para AQV: Que tratará aspectos relacionados a AQV como características de la intervención, tipo de anestesia, complicaciones, falla (embarazo posterior al procedimiento de AQV), irreversibilidad del método, riesgos de complicaciones y muerte, indicaciones para el pre y postoperatorio y citas para control. Terminada esta sesión se le podrá proporcionar un método anticonceptivo temporal que apoye su decisión hasta que se realice la intervención.

Al término de la sesión específica para AQV la persona usuaria que persiste en su decisión, ratificará la Solicitud de Intervención, **el cual se leerá analizándolo detenidamente y verificando su comprensión en cada uno de los puntos.**

La persona usuaria deberá ser informada que cuenta con un **período de reflexión de por lo menos 72 horas para confirmar su decisión, así como que puede desistir de esta opción en cualquier momento o elegir otra opción anticonceptiva. Una vez que ha firmado la Solicitud de Intervención, se le entregará una copia y el original quedará en la Historia Clínica.**

Al término de la sesión y en forma obligatoria se proporcionará a la persona usuaria un folleto que contenga la información sobre la intervención y los cuidados pre y post-operatorios.

- d) Evaluación clínica de la persona, selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.

Los establecimientos deberán ofrecer todos los métodos anticonceptivos con los que cuenta el Programa de Planificación Familiar.

De acuerdo al nivel de complejidad o calificación del establecimiento, se derivará a la persona usuaria a otro nivel de atención dentro de la red de servicios, cuando no exista capacidad resolutive de proporcionar el método elegido (en los casos de AQV en establecimientos no acreditados, o la imposibilidad de colocar DIU por no contar con personal capacitado para ello)

Los métodos con los que cuenta el programa de Planificación Familiar son:

Temporales:

- Métodos de Abstinencia:
 - Billings o del moco cervical
 - Del ritmo o de la "Regla"
- Método de la Lactancia Amenorrea (MELA)
- Métodos de Barrera
 - Preservativo o condón
 - Espermicidas: Tabletas vaginales
- Hormonales Combinados:
 - Píldoras
- Hormonales de sólo progestágenos
 - Píldoras
 - Inyectables de 3 meses
- Dispositivos Intrauterinos

Permanentes

- Bloqueo Tubárico Bilateral (Ligadura de Trompas)
- Vasectomía

Para asistir en la selección del método, se debe tener en cuenta:

- Las personas en el postparto, deben recibir orientación y consejería sobre las opciones anticonceptivas y el cuidado de salud reproductiva. Si optan por algún método anticonceptivo, éste se les deberá proveer antes del alta del establecimiento si así lo deseara. Si estas usuarias optan por el AQV, considerar que el consentimiento informado debe haberse tenido con anterioridad, de manera voluntaria. La Solicitud de Intervención en ningún caso se firmará bajo efecto de sedantes o en situación de estrés relacionados al parto o aborto.
- Cuando la persona usuaria se encuentre en período de lactancia, se debe tomar especial atención para seleccionar el mejor método que no altere la lactancia o pueda ser inadecuado para el recién nacido.
- Las personas que estén en el período postaborto deben recibir especial atención para orientar sobre los riesgos del mismo y se brinde orientación y consejería en planificación familiar. Si la persona opta por un método, éste se le proporcionará antes del alta ..
- En el contexto de Salud Integral, las personas usuarias además de la anticoncepción, deben recibir información que les permita evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) y se promoverá el uso del

preservativo además del método seleccionado, sobre todo en usuarios con riesgo de contraer esta última.

La evaluación previa a la selección, prescripción y aplicación del método debe comprender:

- Anamnesis
- Examen físico por el profesional competente (médico u obstetriz).
- Las personas que optaron por la AQV, deberán ser examinadas por el médico que realiza la intervención.
- Evaluación de presencia de riesgo o maltrato familiar..
- Confirmación de información recibida, garantizando la elección libre e informada de un método específico por la persona usuaria. Señalando las características (efectividad, duración y protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicaciones sobre el uso) con información veraz y exhaustiva sobre el método anticonceptivo.
- Referencia a otro nivel de complejidad, dentro de la red de atención, cuando no exista la posibilidad de proporcionar el método anticonceptivo seleccionado por la persona usuaria.
- Planear el seguimiento del usuario , para detectar oportunamente embarazo, uso incorrecto del método y efectos colaterales; así como su localización en caso de su inasistencia a las citas de control periódico.
- Evaluación integral de la persona y derivación de acuerdo al caso a otros servicio para su atención de ser necesario. Se realizarán actividades de información , prevención y detección de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino y de mama
- En los casos en que se detecte violencia familiar el proveedor de salud: atenderá las lesiones si las hubiera, orientará a la usuaria en las medidas a tomar como el plan de emergencia , si esto volviera a ocurrir , informará sobre las alternativas de atención que tiene el establecimiento o en la red de servicios y hará la transferencia correspondiente, informará de las posibilidades de atención en otras instituciones abarcando el problema de manera integral.
- En los casos en que se detecte abuso sexual deberá hacerse examen físico completo, registrar los hallazgos detalladamente en la Historia Clínica (para mayor detalle ver "Guías Nacionales de Atención en Salud Reproductiva", capítulo Abuso Sexual). Si estos documentos son bien elaborados, obran como prueba, pudiendo hacer innecesaria la evaluación por el médico legista y la comparecencia del profesional de salud a debates periciales. En todo caso de violación o abuso sexual existe la obligación de poner el caso en conocimiento de la autoridad competente.

La evaluación clínica de la persona que acude al servicio de planificación familiar comprende:

- Asegurar que ha recibido orientación y consejería en salud reproductiva.
- Realizar la anamnesis: nombre, edad, número de hijos, lugar de residencia, tiempo de permanencia en esa residencia, ocupación, uso actual de métodos anticonceptivos, gravidez y paridad.
- Confirmar la razón de la consulta, averiguar si tiene alguna molestia, identificando cuándo y cómo comenzaron esas molestias y que tipo de tratamiento recibió.

- Si presenta síntomas de ETS atender o derivar de acuerdo a Protocolos /Guías de Atención en Salud Reproductiva”, capítulo de ETS.
- En usuarias: última menstruación, anormalidad de la última menstruación, sangrado genital anormal.
- Descartar presencia de violencia familiar . al encontrar::
 - Evidencia de ansiedad sobre lo que opina la pareja, refiere cambios de conducta,: evita reuniones sociales, temor al hablar.
 - Lesiones físicas múltiples, o no existe una coherencia entre las lesiones y el relato.
 - Refiere maltrato o violencia
 - Refiere dolor o rechazo a mantener relaciones coitales
 - Ante la presencia de cualquiera de estos hallazgos proceder de acuerdo a las Guías Nacionales de Atención en Salud Reproductiva (capítulo: Persona usuaria refiere violencia).
- Indagar si ha tenido evaluación para detección de cáncer de cuello uterino o de mama, en caso negativo y previo consentimiento, proceder a la toma de muestra de PAP y examen de mamas .
- Evaluar posibilidad de embarazo (si corresponde). Existen criterios para estar seguro que la usuaria no está embarazada.
 - No ha tenido relaciones coitales desde la última menstruación.
 - Está utilizando en forma correcta un método anticonceptivo.
 - Se encuentra dentro de las cuatro semanas de postparto (para mujeres que no estén amamantando).
 - Está amamantando en forma completa, tiene menos de seis meses posteriores al parto y no ha presentado sangrado menstrual.
 - Se encuentra dentro de los primeros siete días postaborto.
- Indagar sobre la historia sexual: edad de la primera relación sexual, última relación sexual, presencia de signos sospechosos de ETS en la pareja sexual.
- Indagar sobre antecedentes patológicos: alergia a alguna medicina, averiguar patologías para luego evaluar contraindicaciones de método anticonceptivo seleccionado.
- Evaluar riesgo reproductivo, con los siguientes criterios:
 - Ser menor de 20 años, mayor de 34
 - Tener 4 hijos o más
 - Antecedentes de más de 2 abortos.
 - Mala historia obstétrica (miomectomía, dos o más cesáreas previas)
 - Si es sujeto de violencia familiar.
 - Enfermedad mental : psicosis,oligofrenia
 - Enfermedad cardiovascular: hipertensión arterial severa o complicada, insuficiencia cardíaca,arritmias,prótesis valvular, algunas cardiopatías congénitas con incapacidad funcional de grado II o mayor,enfermedad tromboembólica.
 - Enfermedad neurológica incapacitante: accidente cerebro vascular reciente o recurrente, mielitis transversa, paraplejia espástica, miastenia gravis, etc.
 - Enfermedad renal: glomerulonefritis, pielonefritis crónica, insuficiencia renal.
 - Enfermedad hepática: insuficiencia hepática, cirrosis.
 - Enfermedad pulmonar limitante:bronquitis crónica, enfisema, estado post- neumonectomía, tuberculosis avanzada, neumoconiosis.
 - Portador de VIH o SIDA.
 - Cualquier cáncer activo o enfermedad neoplásicas.

- Diabetes todos los casos
- Transtornos de la coagulación
- Examen físico: La evaluación o examen médico no limita el inicio de algunos métodos pero se debe promover la evaluación en cualquier otro control como una manera de mejorar el nivel de salud reproductiva.
- En el examen general , considerar maltrato si se observa: - Evidencias de hematomas, equimosis en región perineal, en nalgas, mamas, que puedan estar en diferentes estadios de evolución; presencia de quemaduras en pies, manos, mamas, periné o nalgas, hematomas periorbitales, fracturas múltiples, que puedan estar en diferentes estadios de evolución.
- Para personas que han optado por la AQV, se deberá realizar evaluación clínica completa por un médico (anamnesis y examen físico)
- Dar información sobre el estado de salud: información clara y concisa sobre los hallazgos encontrados en la evaluación de la persona usuaria.
- Registrar apropiadamente en la historia clínica, parte diario u otros
- Aquellos métodos que para su uso deben entregarse a la /el usuaria/o deberán proveer en forma reservada (dentro de la bolsa o paquete para respetar el derecho de privacidad).

1. Método del ritmo, Ogino-Knaus, de la Regla o del Calendario

- a) Mecanismo de acción:
Al evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual, es más probable evitar la concepción.
- b) Tasa de falla
Método del ritmo (del calendario): de 9 a 20 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- c) Características
 - Incrementa la participación masculina en la planificación familiar. Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por razones religiosas o filosóficas no desean usar otros métodos. Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada. Los períodos de abstinencia pueden ser prolongados y su eficacia puede ser afectada por factores externos, que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viajes, etc.)
 - No previenen las enfermedades de transmisión sexual.
- d) Utilice con precaución en:
 - Mujeres que están amamantando y hayan reiniciado ciclo menstrual. Debe brindarse orientación sobre las dificultades para predecir el período fértil.
- e) No lo deben usar:
 - Mujeres con menstruaciones irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.
 - Mujeres que están dando de lactar y aún no menstrúan
 - En mujeres que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencias y exigencias sexuales de su pareja.
 - Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual, como por ejemplo personas con trastornos psiquiátricos.
- f) Forma de uso:
 - Para mujeres con ciclos entre 27 y 30 días .
Instruir a la paciente que debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el 9° y décimo noveno día del ciclo menstrual.
- g) Programación de seguimiento.
Aunque está claro que las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumos, es importante que las mujeres acudan al primer control a los treinta días de iniciar el método y luego cada cuatro meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método y luego cada año para una consulta de promoción de salud reproductiva integral. Es importante mencionar a la usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crea necesario.

2. Método Billings, de la ovulación o del moco cervical

- a) Mecanismo de acción
Al evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual, es más probable evitar la concepción
- b) Tasa de falla

- Es de 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso perfecto.

c) Características:

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por diferentes razones no deseen usar otros métodos. Requiere una capacitación, especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada. Depende de la pareja y requiere una motivación constante.
- Los períodos de abstinencia son variables, su eficacia no se afecta por factores externos que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viajes, etc.)
- Permite la percepción y detección precoz de anomalías hormonales, metabólicas, infecciosas y sus efectos secundarios sobre fertilidad y salud en general.
- No previenen las enfermedades de transmisión sexual.

d) Utilice con precaución en :

- Mujeres con flujo vaginal persistente o que estén dando de amamantar. Debe brindarse orientación sobre las dificultades para predecir el período fértil.

e) No lo deben usar:

- Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros signos y síntomas asociados al ciclo menstrual, como por ejemplo mujeres con trastornos psiquiátricos.
- En mujeres que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencias y exigencias sexuales de su pareja .

f) Forma de uso:

Forma de identificar el período fértil de acuerdo al metodo del moco cervical

La mujer debe observar diariamente la presencia de mucosidad en sus genitales externos, siendo lo más importante, el percibir sensación de humedad o lubricación en dicha zona cuando desarrolla sus actividades cotidianas. Secundariamente puede ayudar el uso de papel higiénico antes o después de orinar, observando la presencia del moco cervical allí o en el fundillo de la traza, si se desea, puede tomarse de los anteriores el moco y observar su elasticidad entre los dedos.

El período fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical hasta 3 días después de la brusca desaparición de la sensación de humedad, lubricación o de la observación de la mucosidad. Para poder determinar con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, los de humedad o lubricación (si se desea los de mucosidad pegajosa o turbia y los de moco claro y elástico), de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.

Si hay dudas, para diferenciar el moco de descenso o restos de semen puede dejar caer la secreción dentro de un vaso de agua fría, si la secreción se disuelve, ésta no era moco cervical.

b) Tasa de falla

- De 0.1 a 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso

c) Características

- Método dependiente de la usuaria (requiere una motivación continua y uso diario).
- -No requiere examen pélvico de rutina para el inicio del método (sólo en caso de existir algún síntoma que sugiera patología ginecológica subyacente)
- Retorno inmediato a la fertilidad al discontinuar el método.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad.
- Disminuye el flujo menstrea y los cólicos menstruales.
- Regulariza los ciclos menstruales.
- Protege contra el cáncer de ovario y de endometrio.
- Disminuye la patología benigna de mamas.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria(EPI).
- La eficacia puede disminuir cuando se utilizan ciertos fármacos como la rifampicina en la tuberculosis, griseofulvina para micosis y los antiepilépticos, excepto el ácido valproico.
- Es posible que en mujeres con riesgo de problemas tromboembólicos causen efectos secundarios graves (infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, tromboembolias).
- En mujeres con enfermedades crónicas preexistentes se requiere una evaluación médica por personal calificado.
- No previene ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual)

d) Modo de uso

- Toma diaria
- Inicio del método
 - Lo ideal es empezar en el primer día del ciclo menstrual, pero puede iniciarse entre el primero y quinto día. En caso de iniciarse la toma, después del quinto día y debido a que la acción anticonceptiva se alcanza a los 7 días de uso continuo de las pastillas, se debe dar un método de respaldo como los de barrera.
 - La puerpera que no está amamantando, puede empezar a partir de la tercera semana.
 - En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses.
 - En el postaborto se puede iniciar entre el primero y quinto día post-intervención. En caso de iniciarse la toma, después del quinto día, como la acción anticonceptiva alcanza a los 7 días de uso continuo de las pastillas, se debe dar un método alternativo.
- En los siguientes ciclos:
 - Reinicia la toma inmediatamente luego de terminar el paquete anterior.
- Debe ser administrado por personal capacitado
- Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada (ej. Fractura de alguna

g) Programación de seguimiento:

Aunque está claro que las parejas que usan este método no requieren de ningún tipo de insumos (sólo la hoja de seguimiento para registro), es importante que las mujeres acudan al primer control a los treinta días después de iniciar el método y luego cada cuatro meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método y luego cada año para una consulta de promoción de salud reproductiva integral. Es importante mencionar a la usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crea necesario.

3. Método de Lactancia Materna y Amenorrea (MELA).

Unico método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia.

a) Mecanismo de acción

Supresión de la ovulación ocasionada por el incremento de la hormona prolactina como consecuencia del amamantamiento.

b) Tasa de falla

- 2 embarazos por cada 100 mujeres, en los primeros seis meses postparto

c) Criterios básicos

La usuaria de este método debe cumplir necesariamente estas 3 condiciones:

- Lactancia exclusiva (a libre demanda, o sea un período de amamantamiento 10 a 12 veces durante el día y la noche, con un intervalo no mayor de 4 horas durante el día y de 6 horas durante la noche)
- Que la usuaria se mantenga en amenorrea
- Que la usuaria se encuentre dentro de los 6 meses postparto

d) Características

fácil de usar, muy eficaz si se cumple con los criterios básicos; no interfiere con el coito; no requiere supervisión por personal de salud; no requiere insumos anticonceptivos, no tiene efectos secundarios: reduce el sangrado postparto.

e) Limitaciones

- Depende de la usuaria: circunstancias sociales, laborales, voluntad o costumbres que limiten el uso del método.
- La madre VIH(+) puede infectar al neonato a través de la lactancia
 - No previene ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual)

f) Programación de seguimiento:

Aunque está claro que las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumos, es importante que las mujeres acudan al primer control a los cuarenticinco días para su control puerperal y posteriormente al cumplir los seis meses para orientarla en la elección de un método alternativo: Reforzar que al momento que deje de cumplir algunos de los criterios debe acudir inmediatamente al establecimiento.

METODOS DE BARRERA

1. CONDON

Funda delgada de caucho (látex). Pueden estar lubricados con sustancias que contienen espermicidas (por lo general nonoxinol-9)

- a) Mecanismo de acción
Impiden que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino
- b) Tasa de falla
De 3 a 12 embarazos por cada 100 mujeres , en el primer año de uso.
- c) Características
Es un método eficaz, si se usa correctamente; pocos efectos negativos (alergia al látex o al lubricante) de fácil obtención y bajo costo, no requiere examen ni prescripción médica, fomenta la responsabilidad del varón en la anticoncepción reduce la transmisión de las ETS y VIH/SIDA, depende del usuario, requiere una motivación constante, está relacionado con el coito, puede mejorar la relación sexual cuando su colocación es parte del juego sexual.
- d) Condiciones de almacenaje
El ambiente debe ser seco, evitar fuentes directas de calor o luz solar, descartar los que se encuentran más allá de los cinco años de la fecha de fabricación o manufactura (MFD), antes de distribuirlos revise si el sobre mantiene la sensación de “almohadilla de aire”.
- e) Quién no puede usarlo
- Alergia o hipersensibilidad al látex o espermicida
- f) Modo de uso
 - Asegurarse de la integridad del envase (ver si está deteriorado o roto o con pérdida de turgencia del mismo).Ver instrucciones para usuarios de condón en Guías Nacionales en la Atención a la Salud Reproductiva .
 - Usar un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y colocarlo antes de la penetración (coito)
 - Cada condón se usa una sola vez
 - Verificar la fecha de manufactura en el sobre, la cual no deberá ser mayor a cinco años.
- f) Programa de seguimiento

En la primera visita se entregará 10 condones. Es necesario citar al usuario/a al primer mes de iniciado el uso, para evaluar el adecuado uso del método, así como para la provisión de los condones. Posteriormente deberá acudir al establecimiento proveedor cada tres meses para la entrega de 30 condones . Es importante que las parejas o personas usuarias acudan cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral. Se debe mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

2. ESPERMICIDAS

Productos químicos que se presentan en forma de óvulos o tabletas vaginales, Crema, jalea, gel y espuma.

- a) **Mecanismo de acción**
Inactivan o destruyen los espermatozoides
- b) **Tasa de falla**
De 6 a 21 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso
- c) **Características**
Eficacia inmediata si se usa correctamente, no tiene efectos secundarios sistémicos, no requiere examen médico previo, no prescripción médica; algunos aumentan la lubricación durante el coito, en algunos casos puede producir irritación del pene y vagina, no protege contra las ETS y VIH/SIDA, y no debe recomendarse su uso en mujeres expuestas al riesgo.
- d) **Quien no puede usarlo**
Personas que presenten hipersensibilidad a algunos de los componentes de los espermicidas.
- e) **Modo de uso**
 - Colocar el óvulo o tableta vaginal en la vagina lo mas profundo posible, 15 minutos antes de cada penetración o relación sexual. Debe quedarse acostada durante estos 15 primeros minutos para que el óvulo o tableta vaginal se disuelva.
 - El óvulo o tableta vaginal dura sólo hasta 1 hora después de colocado. Si ha pasado más de 1 hora y no se ha tenido una relación sexual, debe colocarse otro.
 - La usuaria no debe hacerse duchas vaginales o lavados internos luego de tener la relación sexual.
 - Para cada relación sexual debe colocarse un óvulo o tableta vaginal.
 - No usar después de su fecha de vencimiento y guardarse en un lugar fresco y seco.
- f) **Programación del seguimiento**
En la primera visita debe entregarse 10 tabletas, es necesario citar a la usuaria para evaluar el uso adecuado del método al primer mes, así como para la provisión de los insumos.
Posteriormente deberá acudir al establecimiento proveedor cada tres meses para la entrega de 30 tabletas vaginales u óvulos. Es importante que las parejas o personas usuarias acudan cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral. Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

ANTICONCEPTIVOS ORALES

1. Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)

Son aquellos que contienen estrógenos y progestágenos. Conteniendo 30 microgramos de etinilestradiol y 150 microgramos de levonorgestrel.

- a) **Mecanismo principal de acción**
 - Supresión de la ovulación
 - Espesamiento del moco cervical

extremidad y reiniciarse dos semanas después, por el riesgo de tromboembolia)

e) Instrucciones en caso de olvido en la toma del anticonceptivo.

- En caso de olvidarse una pastilla de las 21 que tienen efecto anticonceptivo se recomienda que la usuaria tome inmediatamente (ej. a la mañana siguiente) la pastilla olvidada para luego continuar con las pastillas que siguen.
- Si se olvida dos o más pastillas, es preferible esperar el sangrado por privación e iniciar inmediatamente un nuevo paquete usando un método de respaldo por 7 días.

f) Quien no lo debe usar

Mujeres que estén embarazadas (embarazo posible o confirmado)

Mujeres con sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe)

Mujeres que están dando de lactar antes de los seis meses del parto

Mujeres con una hepatopatía activa (ej. Hepatitis viral aguda, tumor hepático)

- Mujeres fumadoras (más de 15 cigarrillos por día) y de más de 35 años.
- Mujeres con antecedentes de cardiopatía, hipertensión arterial (mayor de 160/100) o accidente cerebro vascular, coagulopatía o diabetes con compromiso vascular y/o cualquier enfermedad con evidencia de daño vascular.
- Mujeres con cáncer de mama o de endometrio.
- Mujeres programadas para cirugía electiva en el siguiente mes o inmediatamente después del evento que la obligue a estar postrada en cama.

g) Uso según condiciones especiales de los Anticonceptivos Orales Combinados (ver Guía Nacional)

g) Posibles efectos secundarios más frecuentes de los Anticonceptivos Hormonales Combinados – manejo (Ver Guía Nacional)

h) Programación de seguimiento

En la primera visita se le debe entregar 1 ciclo a la usuaria y es necesario citarla al primer mes de iniciado el uso, para evaluar el adecuado uso del método como para la provisión de los mismos, posteriormente deberá acudir al establecimiento proveedor cada 4 meses para la entrega de los 4 ciclos. Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

Se debe orientar a la usuaria que debe acudir a un establecimiento de salud si presenta las siguientes situaciones :

- Sospecha de embarazo
- Cefalea intensa
- Alteraciones visuales
- Dolor torácico intenso
- Disnea
- Dolor de miembros inferiores
- Ictericia
- Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de 6 meses.

2. Anticonceptivos Orales de sólo progestágenos

Son aquellos que poseen sólo progestágenos. El Ministerio de Salud distribuye el producto Ovrette de 5 microgramos de norgestrel.

- a) Mecanismo de acción
Los principales son:
 - Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
 - Supresión de la ovulación
- b) Tasa de falla
De 0.3 a 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- c) Características
 - Eficaz y de efecto rápido
 - Método dependiente de la usuaria (requiere una motivación continua y uso diario).
 - Rápido retorno a la fecundidad al suspenderse.
 - No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
 - Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
 - Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
 - Provoca cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (sangrado/goteo irregular)
 - Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución)
- d) Modo de uso
 - Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluidas las nulíparas)
 - Inicio:
 - ° Idealmente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual, si se inicia en otro día del ciclo menstrual o en el postparto, se debe estar razonablemente seguro de que no existe una gestación. En caso de iniciarse después del quinto día, debe usarse un método de respaldo durante las primeras 48 horas de uso.
 - ° En mujeres que dan de lactar, iniciar **después de las seis semanas postparto.**
 - ° En mujeres que dan de lactar, podría ser utilizado inmediatamente postparto en caso de:
 - ° No tener otra opción anticonceptiva
 - ° Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.
 - ° En algunos establecimientos se está promoviendo su empleo desde el postparto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo.
 - ° En los primeros cinco días postaborto.
 - ° Recuerde que la usuaria no debe suspender la toma de pastillas en ningún momento (se debe tomar todos los días sin suspender) incluso durante la menstruación. **La toma debe ser de todos los días a la misma hora; con un retraso de 3 o más horas, se pierde la acción anticonceptiva.**
 - ° La eficacia se presenta a las 24 horas de inicio de la toma.
- e) Quien no lo debe usar

- Las mujeres que están embarazadas
- Las mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación (hasta que se evalúe)
- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo
- Las mujeres que estén tomando o vayan a recibir, medicamentos como rifampicina para la tuberculosis o antiepilépticos, excepto ácido valproico.

f) Manejo según condiciones especiales
(Ver Guía Nacional)

g) Programación de Seguimiento

En la primera visita debe entregarse 1 ciclo a la usuaria, siendo necesario citarla al primer mes de iniciado el uso para evaluar el adecuado uso del método así como para la provisión de los insumos, posteriormente deberá acudir al establecimiento o proveedor cada cuatro meses para la entrega de los cuatro ciclos que son entregados en forma gratuita. Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

Se debe orientar a la usuaria que debe acudir a un establecimiento de salud si presenta las siguientes situaciones:

- Sospecha de embarazo
- Cefalea intensa
- Alteraciones visuales
- Dolor torácico intenso
- Disnea
- Dolor de miembros inferiores
- Ictericia
- Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.

INYECTABLES DE PROGESTAGENOS

Son aquellos que poseen sólo progestágenos. Se distribuye el acetato de medroxiprogesterona de 150 miligramos.

a) Mecanismo de acción

- Supresión de la ovulación
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Reducción del transporte de los óvulos en las trompas de falopio
- Cambios en el endometrio

b) Tasa de falla

De 0.3 a 0.4 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso

c) Características

- Eficaz y de efecto rápido
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas)
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, con el objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.

- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (amenorrea, sangrado/goteo irregulares).
- Puede producir aumento de peso
- El retorno a la fecundidad puede demorar entre seis meses a un año, en el caso de usuarias por tiempo prolongado. No se ha demostrado esterilidad luego de su uso.
- Puede mejorar la anemia
- No es aconsejable su uso durante los 2 primeros años después de la menarquia.

d) Modo de uso

Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masajes post aplicación.

- Primera dosis:

- ° Entre el primer o quinto día del ciclo menstrual o cualquier día del ciclo menstrual o en el postparto, siempre que se esté razonablemente seguro que no exista gestación. En caso de iniciarse en cualquier otro momento, diferente a los cinco primeros días del ciclo, debe usarse un método de respaldo durante los primeros dos días.
- ° En mujeres que dan de lactar, después de las seis semanas postparto.
- ° En mujeres que dan de lactar, podría ser utilizado inmediatamente post parto, en caso de:::

- ° No tener otra opción anticonceptiva.
- ° Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea
- ° En algunos establecimientos se está promoviendo su empleo desde el postparto inmediato, a todas las mujeres que así lo desean, sin haber observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo.

- ° En los primeros cinco días post aborto.

- Siguiendo dosis:

- ° Administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas.

e) Quién no lo debe usar

- Las mujeres que estén embarazadas.
- Las mujeres con sangrado genital anormal (hasta que se evalúe)
- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo
- Las mujeres con hepatopatía activa (ej. hepatitis)

f) Programación de seguimiento

Es necesario citar a la usuaria cada 3 meses, para evaluar el adecuado uso del método así como para la provisión de los mismos. Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina. Se dispone de la T de cobre 380-A que tiene una duración de 10 años.

a) Principales mecanismos de acción (dispositivo liberador de cobre)

- Afectan la capacidad de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina ya sea inmovilizándolos o destruyéndolos.

- Interfieren en el proceso reproductor antes que ocurra la fertilización.

b) Tasa de falla

De 0.6 a 0.8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso

c) Características.

- Eficacia elevada e inmediata
- No interfiere en el coito
- Retorno inmediato a la fecundidad al retirarse
- Requiere examen pélvico previo, recomendándose el despistaje clínico de infecciones del tracto genital (ITG) antes de la inserción.
- En algunas mujeres puede incrementar los espasmos y el sangrado menstrual sobre todo durante los primeros meses de uso.
- Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea .

d) Modo de uso

Se puede insertar

- En los primeros 5 días del ciclo menstrual o en cualquier momento del ciclo siempre que se esté seguro que no existe una gestación.
- En el postparto inmediato hasta las 48 horas.
- Durante la operación cesárea
- En el puerperio tardío a partir de la sexta semana .
- En el postaborto inmediato o los primeros 7 días postaborto no complicado.

Siempre debe ser insertado y extraído por personal adecuadamente capacitado (Médico u obstetrix)

e) Quién no lo debe usar

- Mujeres con embarazo (embarazo posible o confirmado)
- Mujeres con sangrado genital anormal no investigado
- Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usen condón
- Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales que no usen condón.
- Mujeres con infección activa del tracto genital , ejemplo: cervicitis aguda muco purulenta o vaginitis severa.
- Si la mujer o su pareja tienen un alto riesgo para ETS, se les debe orientar sobre otra alternativa anticonceptiva.
- Mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o reciente (dentro de los 3 meses)
- Mujeres con anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina
- Mujeres con cáncer genital.

f) Manejo según condiciones especiales

(Ver Guía Nacional de Salud Reproductiva)

g) Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes .

(Ver Guía Nacional de Salud Reproductiva)

h) Programación de seguimiento

Es importante que las mujeres acudan al primer control entre las cuatro o seis semanas luego de la inserción, para su control y posteriormente cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral. Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA FEMENINA

Es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de falopio.

- a) Mecanismo de acción
Impedir la unión del espermatozoide con el óvulo a nivel de la trompa, con el fin de evitar la fertilización.
- b) Tasa de falla
De 0.2 a 0.4 embarazos de cada 100 mujeres intervenidas.
- c) características
 - Puede ser realizada en forma ambulatoria
 - No interfiere con el deseo sexual ni con la producción hormonal por parte de los ovarios.
 - Requiere previamente, consejería especializada y evaluación médica.
 - Es definitiva, debe ser considerada irreversible.
 - El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado y/o entrenado.
- d) Modo de uso
La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, con anestesia regional : epidural y/o general.
- e) Momento de la intervención
 - Postparto hasta las 48 horas
 - Luego de la atención del aborto no complicado
 - De intervalo, en cualquier momento, siempre que se esté seguro de que no existe una gestación
 - Transcesárea
- f) Consideraciones previas a la intervención
 - Este procedimiento puede ser realizado en aquellas usuaria que deseen un método permanente, por lo que en particular requiere que se cumplan los siguientes requisitos.
 - Que la usuaria solicite el método
 - Que la usuaria sea mayor de edad (sin embargo no se recomienda operar a usuarias menores de 25 años, a menos que presenten algún factor de riesgo reproductivo, por el riesgo alto de arrepentimiento).
 - Que haya completado el número de hijos deseados.
 - Que la usuaria haya recibido las dos sesiones de consejería previa.
 - Que haya entendido el significado de consentimiento informado y firmado la solicitud para intervención.
 - Que haya entendido a que tipo de intervención será sometida.
 - Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico
 - El Bloqueo Tubario debe efectuarse por personal calificado en el procedimiento.
 - El Bloqueo Tubario debe efectuarse en PES acreditados
 - El procedimiento puede realizarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se está seguro que no hay embarazo.
 - El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de bioseguridad establecidas en el Manual de Procedimientos Quirúrgicos correspondientes.

- g) Utilícese con precaución en:
- Usuaria joven (menor de 25 años)
 - Usuaria sin hijos vivos
 - Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada
 - Unión de parejas inestables
 - Usuaris solteras o viudas
 - Mujeres en el postaborto y postparto que no hayan tomado la decisión con anterioridad.
- h) Contraindicaciones
- Usuaris presionadas por el cónyuge o por alguna persona
 - Usuaris que han tomado su decisión bajo presión desusada.
 - Usuaris con conflictos no resueltos de índole religioso o cultural.
 - Usuaris con expectativas no resueltas acerca de las irreversibilidad
 - Para identificar otras situaciones, para tomar precauciones. Ver tabla "Lista de verificación para bloqueo tubario bilateral - BTB de las Guías Nacionales de Atención a la Salud Reproductiva"
- i) Efectos posibles
- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
 - Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección).
- j) Disposiciones para el postoperatorio
- Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación, por lo menos 24 horas. Si procede de zona rural o lejana, deberá permanecer como mínimo 48 horas en el PES donde se realizó la intervención.
 - Entregar información por escrito, de cuidados a tener en cuanto a actividad física, curación de la herida operatoria y presentación de signos de alarma que ameritan acudir al establecimiento de salud.
 - Provisión de analgésico e indicaciones de uso.
 - Luego de la intervención la usuaria deberá observar reposo por 7 días.
- k) Programación de seguimiento
- Las usuarias serán citadas para su primer control entre el 3er y 7mo. Día y para el segundo control a los 30 días. Posteriormente serán citadas cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral. Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
 - Se debe instruir a la usuaria que acuda al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:
 - Sintomatología urinaria
 - Dolor pélvico o abdominal severo.
 - Hemorragia en la herida operatoria
 - Mareos o dolor de cabeza
- l) Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes.
(Ver Guías Nacionales de Salud Reproductiva)

ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA MASCULINA

Método anticonceptivo permanente. Es una intervención quirúrgica electiva, considerada cirugía menor, destinada a ligar y seccionar los conductos

- a) Mecanismo de acción
 - La oclusión de los conductos deferentes impide la salida de los espermatozoides, evitando la unión con el óvulo.
- b) Tasa de falla
 - De 0.1 a 0.2 embarazos por cada 100 parejas durante el primer año de uso.
- c) Características
 - Eficacia alta y permanente
 - No interfiere con el coito
 - Puede ser realizada en forma ambulatoria
 - No interfiere con el deseo, la potencia sexual, ni con la producción hormonal por los testículos
 - Requiere previamente consejería especializada y evaluación médica
 - La eficacia es garantizada después de 3 meses de la cirugía, por lo que debe indicársele un método adicional a la pareja. Se debe proveer de métodos de barrera (30 condones) para 3 meses al usuario.
 - Se puede solicitar un espermatograma de control (o por lo menos la evaluación simple al microscopio de una muestra de semen), para objetivizar la ausencia de espermatozoides al tercer mes postoperatorio.
 - El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado. Requiere material instrumental especial.
- d) Modo de uso
 - La vasectomía puede ser realizada, en cualquier momento, mediante dos técnicas: la **convencional**, en la que se realiza una o dos incisiones en el escroto y la **sin bisturí**, en la que se punza con una pinza especial la piel del escroto, para aislar el conducto deferente. La más recomendada es la técnica sin bisturí.
- e) Quién no lo puede usar

No existe ninguna contraindicación absoluta pero se debe diferir la intervención hasta que se corrijan las siguientes condiciones:

 - Hidrocele grande
 - Hernia inguino-escrotal
 - Anemia severa sintomática
 - Cardiopatía sintomática
 - Diabetes mellitus descompensada
 - Transtornos hemorrágicos
 - Infecciones cutáneas en la región inguino-escrotal
 - Infecciones del aparato genital
- f) Consideraciones previas a la intervención

Este procedimiento puede ser realizado en aquellos usuarios que deseen un método permanente por lo que en particular requiere que se cumplan los siguientes requisitos.

 - Que el usuario utilice el método
 - Que el usuario sea mayor de edad. (Sin embargo, no se recomienda operar a usuarios menores de 25 años, por el riesgo alto de arrepentimiento)
 - Que haya completado el número de hijos deseados

- Que el usuario haya recibido las dos sesiones de consejería previa.
- Que haya entendido el significado del consentimiento informado y firmado la solicitud para la intervención.
- Que haya entendido el tipo de intervención a que será sometido
- El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas en el Manual de Procedimientos Quirúrgicos de AQV.

g) Utilícese con precaución en:

- Usuario joven (menor de 25 años)
- Usuario sin hijos vivos
- Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
- Unión de pareja inestable
- Usuarios solteros o viudos

h) Contraindicaciones

- Usuarios presionados por la cónyuge o por alguna persona
- Usuarios que han tomado su decisión bajo presión
- Usuarios con conflictos no resueltos de índole religioso o cultural
- Usuarios con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.

i) Efectos posibles

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.

Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al

procedimiento quirúrgico:

- Inflamación severa
- Equimosis
- Hematoma
- Infección de la herida operatoria
- Granuloma

j) Disposiciones para el período postoperatorio

- Después del procedimiento el usuario debe mantenerse en observación por lo menos una hora. Si procede de zona rural o lejana deberá permanecer en observación como mínimo 6 horas en el PES donde se realizó la intervención.
- Entregar información por escrito de cuidados a tener en cuanto a actividad física, curación de la herida operatoria y presentación de los signos de alarma que ameritan acudir al establecimiento de salud. Indicarle que deberá guardar reposo por 5 días.
- Provisión de analgésico e indicaciones de uso: Asegurarse que el hombre comprenda que el método no es efectivo de inmediato, pueden encontrarse espermatozoides hasta 3 meses después del procedimiento por lo que se debe recomendar el uso del preservativo u otro método temporal, para evitar el embarazo hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

k) Programación de seguimiento

Los usuarios serán citados para su primer control entre el 3er y 7mo día y para el segundo control a los 30 días. Posteriormente serán citados cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral. Es importante mencionar al usuario que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que él o su pareja crean necesario. Se debe instruir al usuario que acuda al establecimiento si presenta

cualquiera de los siguientes síntomas:

- Sintomatología urinaria
- Dolor escrotal o perineal severo.
- Hemorragia o hematoma en la herida operatoria
- Fiebre y dolor local en la herida operatoria

- l) Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes.
(Ver Guías Nacionales de Salud Reproductiva)

1.5 DETECCIÓN DE CANCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA:

Las mujeres deben ser hábiles en el cuidado de su salud actuando en la disminución del riesgo y daño por cáncer ginecológico contando con acceso a servicios de salud para ello se debe promover en ellas el desarrollo de sus habilidades en la prevención del Cáncer Ginecológico y motivar su participación en las acciones de prevención, promoción, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las lesiones premalignas del cuello uterino y mamas.

Objetivos :

- Promover la adopción de hábitos y prácticas saludables en la población femenina, en especial, adolescentes y adultas jóvenes.
- Incrementar las coberturas de detección, diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas en el cuello uterino y mamas.
- Organizar un sistema de información gerencial

Población objetivo

- Para las acciones preventivas educativas y promocionales, la población de mujeres con énfasis en adolescentes, y adultas jóvenes de 15 a 24 años
- Para actividades de detección, diagnóstico y tratamiento mujeres que han tenido relaciones sexuales, con mayor énfasis en el grupo etáreo de 30 a 49 años, de bajo nivel socio económico.

Prestación de servicios :

1. Consejería sobre la magnitud del problema del cáncer ginecológico, riesgos y beneficios del PAP y el autoexamen de mamas.
2. Toma de muestra para PAP en todos los establecimiento de salud a toda mujer que haya tenido relaciones sexuales y con especial énfasis las comprendidas en el grupo etáreo de 30 a 49 años evitando las oportunidades perdidas de brindar este servicio.
3. Examen anual de mamas por profesional y promoción del autoexamen de mamas en el 100% de mujeres que acuden a los servicios de salud reproductiva del sistema de salud
4. Red organizada de asistencia social para seguimiento de casos, contando con el apoyo de la red de promotores de salud y de las organizaciones de la comunidad.
5. Sistema de información gerencial.
6. Sistema de referencia y contrarreferencias de pacientes con diagnóstico de lesiones pre malignas de cancer de cuello uterino y mamas.

Prevención del Cáncer Ginecológico

El Plan Nacional de Prevención del Cáncer Ginecológico (RM N° 103-99-SA/DM) contempla las siguientes consideraciones para la prevención de cáncer de cuello uterino y mama.

(1) Prevención Primaria:

Dirigido a todo grupo poblacional, donde se realizarán principalmente actividades educativas, preventivas y promocionales para prevenir el cáncer de cuello uterino y mama.

(2) Prevención Secundaria del Cáncer de Cuello Uterino.

Contempla actividades de detección, diagnóstico y tratamiento de lesiones premalignas del cuello uterino en las mujeres con vida sexual activa comprendidas en el grupo etáreo de 30 a 49 años. El examen de papanicolaou (PAP) deberá tomarse cada 3 años (sugerimos 1 año por falta de educación de la población).

(3) Prevención Secundaria del Cáncer de Mamas

Para la detección, diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas de mamas, el grupo prioritario está constituido por la mujeres mayores de 30 años con énfasis en mujeres nulíparas y/o con antecedentes familiares de cáncer de mamas.

La glándula mamaria y el cuello uterino son los órganos donde con mayor frecuencia se localiza el cáncer y otras patologías en la mujer. Por ello es necesario su examen rutinario para la detección precoz y tratamiento oportuno.

Preguntar:

- ¿Cuándo fue su último Papanicolaou? ¿Fue hace más de 1 año?
- ¿Cuándo fue su último examen de mamas? ¿Fue hace más de 1 año?
- ¿Sale secreciones por los pezones sin estar lactando?

Examen de mamas:

Observar, palpar y descartar la presencia de tumores o de secreciones. Para ello es necesario su examen rutinario para una detección precoz y tratamiento oportuno de la patología a determinar.

Observar la mama en las posiciones siguientes:

- ✓ Sentada con las manos en la cintura
- ✓ Sentada con las manos detrás de la nuca.

Observar si:

- Hay cambios en la forma o tamaño de las mamas
- Existe cambios en la piel
- Hay presencia de tumoraciones
- Tiene grietas en los pezones
- Está hundido o torcido el pezón
- Cambios de color en la piel de las mamas (amarillento o rojizo)
- Hay salida de secreciones por el pezon(sanguinea, purulenta, otros.)

- ✓ Examen en posición decúbito dorsal y con las manos detrás de la nuca:
 - Poner tres dedos juntos (índice, medio y anular) palpando la mama hasta llegar al pezón, presionando el tejido mamario contra la parrilla costal,

siguiendo el sentido de las agujas del reloj. Examinar buscando ganglios axilares, supra e infraclaviculares .

- Se debe tratar de detectar alguna masa, describiendo su tamaño, consistencia, movilidad, forma, dolorabilidad de la misma. Describiendo la ubicación de la tumoración en la mama, cuadrante, radio y distancia del pezón (DIBUJO ADJUNTO)
- Evaluar el tamaño del pezón y si es apropiado para la lactancia, si no lo es, aconsejar a la gestante ejercicios de estiramiento que le permitan prepararse para ello.
- Finalmente explorar si hay secreción por los pezones al exprimir la mama, yendo desde el perímetro exterior hacia los pezones.
- Después repetir el examen en la otra mama.

Examen de Papanicolaou:

Es un examen citológico del cuello uterino para detectar precozmente la presencia de lesiones premalignas o malignas del cérvix.

El examen de Papanicolaou debe hacerse en todas las mujeres con vida sexual activa; existen varios esquemas en cuanto a la frecuencia con que debe hacerse el examen, pero en términos generales es cada año, pudiendo extenderse hasta cada tres años a las usuarias a quienes se les encuentra el examen normal. Aquellas usuarias a quienes se les encuentre Papanicolaou con displasia deben ser referidas.

La mujer debe acudir al establecimiento de Salud en las siguientes condiciones:

- No debe haberse hecho lavados vaginales
- Ausencia de menstruación.
- No debe haberse colocado óvulos, tabletas vaginales, etc.
- No debe haber tenido relaciones sexuales 48 horas antes del examen.
- No debe existir secreción vaginal patológica.

Debe interrogarse a la paciente sobre:

- a. Si ha sido sometida a exploración bimanual, ha mantenido relaciones sexuales, o ha utilizado ducha vaginal en las 24 horas antes del examen, lo que constituye un invalidante para tomar la muestra.
- b. Si ha utilizado medicamentos por vía vaginal durante la semana anterior, tampoco debe tomarse la muestra
- c. Si ha sido sometida a manipulación sobre el cuello uterino (legrado), colocación o retiro de DIU, etc. debe esperar al menos dos semanas.

Toma de Muestra:

- a. Todo el material debe estar limpio, seco y estéril
- b. Colocar a la paciente en posición ginecológica y exponer correctamente el cuello utilizando un espéculo. Retirar el exceso de secreción o mucus si fuera necesario sin tocar la superficie del cuello. Cuando se coloque el espéculo no se debe utilizar lubricante.
- c. Tomar muestras, una del exocervix y del endocervix. Utilizar espátula de Ayre. Introduciendo bien el extremo saliente en el orificio cervical (**no en gestantes**) y haciendo girar la espátula en el sentido de las manecillas del reloj , con cierta presión. Rotando 360°

El raspado debe hacerse en la línea escamo columnar (donde se encuentran los dos epitelios, espacio de transición). Si se considera necesario pudiera tomarse una muestra adicional en el fondo del saco posterior de la vagina con la espátula

de madera por el extremo redondo para recoger el material depositado en el mismo. Cuando se toma esta muestra, la misma debe ser la primera.

Nota. En la gestante la muestra de endocérnix no debe realizarse. No debe introducirse el cito cepillo o torunda de algodón, no tomar exudados del endocérnix durante la gestación.

Extendido de la muestra :

- El extendido en la lámina deberá ser lo más uniforme y delgado posible, evitando grumos.
- La muestra del endocérnix se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina
- La muestra del exocérnix se extiende longitudinalmente en la otra mitad de la lámina

(Gráfico) _Gráf. N. 4, pag 21. Manual de normas y procedimiento.

Cáncer cervico uterino.

Fijación de la muestra :

- Es muy importante que el tiempo transcurrido entre la toma de la muestra y su fijación sea de 20 a 30 segundos, a fin de evitar que se seque el material objeto de estudio.
- La fijación se hace utilizando Citospray. También puede hacerse con una mezcla de alcohol éter a partes iguales o alcohol de 95 grados sólo, si no se dispone de éter.
- La sustancia fijadora debe cubrir toda la preparación
- Si se utiliza Citospray, debe colocarse el frasco a 15 a 20 cm. de distancia de la lámina, moviendo la mano en ambos sentidos.
- El envío de la lámina al laboratorio de citología se hará en un tiempo no mayor de una semana.

Inspección Visual por Acido Acético (IVAA) :

Este procedimiento será realizado en los establecimientos de salud que cuenten con profesionales (médico, obstetrix, enfermera) que hayan sido capacitados en esta técnica. Consiste en la observación del cuello uterino luego de haberse aplicado ácido acético al 5% (vinagre blanco) y esperado por un minuto. Gráfico 1 y 2. La aparición de epitelio blanco (acetoblanco) es indicativo probable de lesión intraepitelial. En su realización se cumplirá con las instrucciones para la realización de este procedimiento .

Esta prueba debe ser aplicada a toda mujer que ha tenido relaciones coitales. Durante el embarazo, el control post parto, o post aborto.

Instrucciones para la Inspección Visual por Acido Acetico

Paso 1: Explicar el procedimiento a la paciente

Paso 2: Lleve a la mujer al área de examen. Pídale que evacúe la vejiga y que se desnude de la cintura para abajo

Paso 3: Ayude a la paciente a colocarse sobre la mesa de examen para proceder al examen con espéculo y visualizar el cérvix. Cúbrala apropiadamente para el examen con espéculo.

Paso 4: Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón y séquelas con una toalla limpia o al aire. Colóquese guantes nuevos o sometido a desinfección de alto nivel en ambas manos. Acomode los instrumentos o los suministros sobre bandejas o recipientes sometidos a desinfección de alto nivel. (Gráfico 1).

Paso 5: Inspeccione los genitales externos y la uretra. Palpe las glándulas de Skene y Bartolino buscando sensibilidad o descarga.

Paso 6: Inserte suavemente el espejo y acomode la fuente de luz de manera que se pueda visualizar el cérvix

Paso 7: Visualice el cérvix buscando signos de inflamación o evidencias de infección, presencia de cualquier lesión con apariencia de úlcera o tumor, quistes de Naboth

Paso 8: Utilice una torunda para remover cualquier secreción. Elimine la torunda. Identifique la zona de transformación (zona – T), el orificio cervical y la unión escamo conlumbar

Paso 9: Remoje una torunda limpia en ácido acético al 5% y aplique al cérvix por 30 segundos. Use torundas limpias para repetir aplicaciones de ácido acético hasta formar un “lago” de ácido en el cual esté sumergido el cérvix.

Paso 10: Espere un minuto para que el ácido acético sea absorbido y aparezca cualquier área blanca en el cérvix por reacción al ácido. (reacción aceto blanca)

Paso 11: Inspeccione la zona – T cuidadosamente buscando áreas blancas por reacción con el ácido. Anote el hallazgo de cualquier reacción aceto blanca. Anote si la zona –T puede verse adecuadamente.

Paso 12: Si es necesario aplique nuevamente el ácido acético con una torunda limpia para remover cualquier moco, sangre o detritus que se produzca durante la inspección y pueda oscurecer la visión.

Paso 13: Cuando la observación del cérvix haya sido completada use una torunda nueva para remover cualquier remanente de AA del cérvix o la vagina.

Paso 14: La fuente de luz deberá ser limpiada con una solución de cloro al 0.5% después de cada uso para evitar su contaminación

Paso 15: Sumerja ambas manos enguantadas en una solución de cloro al 0.5% Quítese los guantes volteándolos de dentro hacia fuera. Si descarta los guantes, póngalos en un recipiente hermético o en una bolsa de plástico. Si los guantes son reutilizados, sumérjalos en una solución de cloro al 0.5% por 10 minutos. Lávese las manos

Paso 16: Registre la prueba IVAA y anote otros hallazgos.

Paso 17: Discuta los resultados del examen con la paciente. Si el examen fue normal, asegúrele que la prueba fue negativa y póngase de acuerdo para futuros exámenes de prevención.

Paso 18: Si el cervix fue anormal, díglele a la mujer cuales son los siguientes pasos recomendados. Si el tratamiento está disponible inmediatamente, discuta esta posibilidad con ella. Si se requiera transferirla antes que el tratamiento pueda ser brindado, haga los arreglos para la transferencia y provea a la paciente con los formularios necesarios antes que deje el establecimiento. Si es posible hacer una cita en el momento.

Paso 19: Si la zona-T no puede ser vista adecuadamente para poder determinar si el cérvix es normal o anormal, o no ha sido posible tomar muestra para PAP o cuando exista sospecha de invasión, transfiera a la paciente a los niveles respectivos.

1.6 PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE LAS ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y OTRAS ENFERMEDADES FRECUENTES, PROPIAS DE LA MUJER:

Detección de Enfermedades Ginecológicas y Urinarias:

Las infecciones de los aparatos urinario y genital son las más frecuentes entre las mujeres y deben ser combatidos activamente.

Preguntar:

Por infecciones urinarias:

- ¿Tiene ardor o molestias para orinar?
- ¿Orina frecuentemente o con molestias?
- ¿Al terminar de orinar queda satisfecha o sigue con ganas de orinar y ya no puede? (Tenesmo y/o Pujo vesical)

Por Flujo vaginal o "descensos":

- ¿Tiene secreción vaginal o "descensos" abundantes o con mal olor? ¿tiene escozor en los genitales?

Por enfermedad Inflamatoria Pélvica:

- ¿Tiene dolor abdominal debajo del ombligo? ¿Tiene dolor en el "bajo vientre" durante las relaciones sexuales?. Antecedentes de aborto, usuaria de DIU, cirugía pélvica anterior, período menstrual irregular.(espacio y volumen)

Examinar:

- Puntos renoureterales dolorosos, puño percusión lumbar.
- Las secreciones vaginales, consistencia, color, olor. Examinar la pelvis y buscar dolor al lateralizar el cuello uterino, dolor o masas a la palpación de anexos.

Solicitar:

- Exámenes de orina o de secreción vaginal, necesarios para confirmar el diagnóstico si fuera necesario.

Tratar:

- Dar tratamiento antibiótico si fuera pertinente.
- Brindar la consejería encaminada a la prevención, detección y manejo de éstas complicaciones.
- Ver protocolos de tratamiento.

Detección de Enfermedades de Transmisión Sexual:

Las enfermedades de Transmisión Sexual son un problema de Salud que deben ser prevenidas con la consejería para no contraerlas y tratar eficientemente a los portadores para evitar su diseminación.

Preguntar:

- ¿Tiene Flujo Vaginal ?, características
- ¿Tiene alguna lesión en sus genitales?
- ¿Ha tenido alguna enfermedad de trasmisión sexual?
- Preguntar conductas de riesgo

Examinar:

- Al examen se determinará el tipo de lesiones; si es pertinente pedir examen de serología y Elisa, previa consejería.y otros analisis de laboratorio que se crea conveniente.

Tratar:

- Indicar el tratamiento adecuado a la mujer enferma y a su pareja
- Controlar la erradicación completa de la enfermedad.
- Hacer el registro y seguimiento epidemiológico.

1.7 PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE SIGNOS DE ALARMA:

El primer paso en la atención de la mujer es detectar signos de alarma que no hayan sido detectados hasta ese momento y que requieran una inmediata atención de emergencia. En caso de encontrar algún signo de alarma la conducta a seguir es la siguiente: iniciar el manejo de la emergencia si es posible, derivar inmediatamente a la paciente al nivel que corresponda, para que la mujer reciba atención por el profesional médico.

A continuación se presenta una lista de los signos de alarma que son más frecuentes:

DETECCION Y MANEJO INMEDIATO DE LOS SIGNOS DE ALARMA EN LA MUJER		
Causas	Preguntas	Observaciones y manejo inicial
Sangrado vaginal	¿Tiene sangrado vaginal? ¿Está gestando? ¿Es el doble o más que su menstruación? ¿Llena o moja un paño o una toalla higiénica más rápido que durante su menstruación?	- Tomar la presión arterial y el pulso - Tiene presión arterial sistólica menor que 90 o diastólica menor que 60 mmHg o pulso mayor de 100 latidos por minuto. - Instalar Vía Endovenosa. (Ver protocolo de Atención) * Si las funciones vitales están normales, derivarla al Consultorio Médico.
Mujer Gestante NO ENCAJA	¿Tiene secreción vaginal con mal olor? ¿Tiene	En la Gestante: - Debe recibir inmediata atención de emergencia, si la temperatura axilar es mayor que 37.5° C o la orales mayor que 38° C.
Hipertensión arterial y convulsiones asociadas	¿Tiene dolor de cabeza intenso? ¿Ve lucitas o estrellitas, (escotomas), ve borroso? ¿Ha convulsionado? ¿Tiene dolor intenso en la "boca del estómago"? ¿Se le han hinchado las manos y/o la cara?	* Tomar la presión arterial * Debe recibir inmediata atención de emergencia si: - P.A. sistólica es mayor de 140 mmHg o la P.A. diastólica es mayor de 90 mmHg. - Si ha convulsionado - Los demás pacientes deben ir al Consultorio Médico. Ver Presión arterial media
Ausencia de movimientos fetales	En gestantes de más de 7 meses de embarazo: ¿Se mueve su bebito? ¿Desde cuando no se mueve? ¿Tiene fiebre o está perdiendo líquido?	* Tomar la presión arterial y la temperatura. * Debe recibir inmediata atención de emergencia si: - La ausencia de movimientos en 10 horas. - P.A. sistólica es mayor de 140 mmHg o la P.A. diastólica es mayor que 90 mmHg o la temperatura mayor que 38° C. - Las demás pacientes deben ir al Consultorio Médico.
Ruptura de membranas y tiempo	¿Pierde liquido por la vagina? ¿Resbala por las piernas? ¿Desde cuándo pierde líquido,	* Tomar la temperatura y el pulso -Las respuestas son afirmativas, y el examen clínico lo confirma, se dará la

de ruptura	hace cuánto tiempo? ¿El líquido huele a lejía?	atención de emergencia . - Las demás pacientes deben ir al Consultorio Médico.
Trabajo de parto pretermino o aborto	¿Tiene dolores o contracciones ? ¿Ha perdido moco o sangrado por la vagina?	• Tomar la presión arterial y la temperatura • Si al examen clinico se evidencia contracciones uterinas o sangrado. Dar atención de emergencia • De lo contrario manejo por Consultorio.
Taquicardia Fetal Bridicardia Fetal	Se detecta examinando los latidos fetales. Considerar: La frecuencia cardiaca fetal es menor de 120 o mayor de 160 latidos por minuto.	* Tomar la frecuencia cardiaca fetal * Debe recibir inmediata atención de emergencia

1.8 DETECCIÓN Y CONTROL DEL RIESGO PRECONCEPCIONAL

EL embarazo en las edades extremas de la vida y la concurrencia de enfermedades crónicas degenerativas, alteraciones físicas, así como factores sociales y psicológicos en la mujer gestante, contribuyen a incrementar la mortalidad materna y perinatal, es por esto que una estrategia importante para disminuir la mortalidad materna por complicaciones durante el embarazo es a través de la detección y reconocimientos oportuno de los signos y síntomas de cualquiera de estas condiciones para poder postergar el momento de la concepción hasta que estos factores se eliminen o sean adecuadamente controlados.

Factores de riesgo preconcepcional a tener en cuenta en la mujer en edad fértil.

- Menor de 20 años
- Mayores de 35 años
- Multigravidez
- Período intergenésico corto
- Peso corporal (Obesas o desnutridas)
- Antecedentes de aborto
- Antecedentes de nacidos muertos anteriores
- Antecedentes de recién nacidos de bajo peso
- Cesareadas anteriores
- Antecedentes de enfermedad hipertensiva gravídica
- Diabética
- Cardiópata
- Afecciones psiquiátricas
- Nefrópatas
- Aspectos sociales y económicos de la pareja
- Otras enfermedades(anemia etc.).

Estas pacientes deben ser identificadas , controladas y seguidas a fin de lograr un mejor control de su proceso reproductivo. El personal de salud debe indicar a la paciente y a la pareja la importancia de controlar y superar los riesgos preconcepcionales antes de programar un embarazo . El esquema propuesto para el manejo de los riesgos preconcepcionales es el siguiente, el cual debe estar consignado en la historia.

[illegible]

(En proceso de revisión)

1.9 DETECCIÓN PRECOZ DE LA GESTANTE, CONTROL PRENATAL Y PROMOCIÓN DEL CUIDADO PRENATAL.

(Ver en mujer gestante)

1.10 CONTROL DE LA SALUD ORAL

Las enfermedades de la cavidad oral tienen una alta incidencia entre nuestra población.

Preguntar:

- ¿Cuándo fue su último control con el Odontólogo? ¿fue hace menos de 1 año?
- ¿Tiene molestias en la dentadura?

Examen de la Cavidad Oral:

Buscando la presencia de caries y de abscesos, si se encontraran se derivará al servicio de salud oral. Observar el número de piezas dentarias, el color de las superficies de los dientes, la presencia de residuos alimentarios entre ellos, presencia de sarro abundante, retracción de encías, movilidad de piezas dentarias. Explorar buscando la presencia de dolor a la palpación de las encías o a la percusión de los dientes.

1.11 PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y RECUPERACIÓN DE DEFICIENCIAS NUTRICIONALES

Detección de Anemia:

Con frecuencia la mujer presenta anemia debido a una ingesta deficiente en hierro, al sangrado menstrual y a la concurrencia en ocasiones de parasitosis intestinal. Si la mujer portadora de anemia se embaraza, quedará expuesta a riesgos como: poca tolerancia a un sangrado abundante durante el embarazo, parto o puerperio, facilidad para desarrollar infecciones, etc.

Para detectarla, preguntar:

- ¿Se cansa Ud. con facilidad?
- ¿Se siente decaída?
- ¿Tiene sensación de ahogos?

Examinar el grado de palidez de la mujer:

- Evaluar palidez de las manos

Solicitar:

- Dosaje de Hemoglobina o Hematocrito
- Descarte de parasitosis intestinal

Tratar:

- Indicar tratamiento con Sulfato Ferroso 1 tableta 300 mg. Con ácido fólico dos veces al día, todos los días, por lo menos media hora antes de los alimentos, controlando periódicamente el Hematocrito o la Hemoglobina. La administración de hierro puede ir seguida de algunos efectos colaterales como: gastritis, náuseas, vómitos, heces oscuras o negras.

Existe evidencia, en evaluación, que el esquema de administración de hierro dos veces por semana a la misma dosis por día, es igualmente efectivo que el esquema diario; éste sería una opción para los pacientes que presentan efectos colaterales con la ingesta de hierro.

- Orientar a la paciente en el consumo de alimentos de origen animal, ricos en hierro; carnes rojas, hígado, corazón, bazo, sangresita, etc. El hierro de éstos alimentos se absorbe 2 ó 3 veces más que el de los medicamentos.
- Dar tratamiento antiparasitario familiar si se le detecta la parasitosis intestinal.

Evaluación del Estado Nutricional de la Mujer:

La alimentación adecuada de la mujer desde su nacimiento es de capital importancia para su salud y sano crecimiento, y para la prevención de patologías futuras de la mujer. Una forma sencilla de evaluar el estado nutricional, es el uso de la información antropométrica. Para determinar el estado nutricional e identificar los estados deficientes de la mujer se evaluarán los siguientes parámetros:

Para la mujer no gestante	Para la mujer gestante
• Índice de masa corporal • Talla • Perímetro braquial	• Talla • Ganancia de peso (Ver cuidado pre natal) • Perímetro braquial

Índice de Masa corporal:

Es el parámetro más fidedigno para determinar el estado nutricional de una mujer; su valor se obtiene de dividir el peso de la mujer entre la talla elevada al cuadrado.

$$IMC = (\text{Peso} / \text{Talla})^2$$

* Peso en Kg. / Talla en mtros

O se puede encontrar gráficamente utilizando el nomograma del índice de masa corporal.

**NOMOGRAMA PARA OBTENER EL INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)
A PARTIR DE LA TALLA (cm) Y EL PESO (kg) DE LA PERSONA**

FALTA GRAFICA DE LA PAGINA 64 Salud de la Mujer

Instrucciones:

- 1- Ubicar las tres columnas, de izquierda a derecha: la correspondiente a la talla, al índice de masa corporal y al peso de la persona.
- 2- En la columna a la izquierda, ubicar la talla en centímetros de la persona. Fijarse que los números en ésta columna aumentan de arriba hacia debajo de la columna.
- 3- En la columna de la derecha, ubicar el peso de la persona en Kilogramos. Fijarse que los números en ésta columna aumentan de abajo hacia arriba.
- 4- Colocar una regla y con un lápiz trazar una línea que una los dos puntos del peso y la talla, de tal manera que cruce la columna del centro.
- 5- Fijarse en el valor que cruza la columna del centro. Este valor corresponde al índice de masa corporal de la persona (IMC)
- 6- Registrar el valor del índice de Masa Corporal de la persona en la historia clínica.

Los valores normales para el índice de masa corporal varía según la edad de la mujer. A continuación se presenta 2 tablas con los valores normales y anormales según la edad de la mujer.

MUJERES 10 – 24 AÑOS DE EDAD

	EDAD (AÑOS)										
Clasificación	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20 a 24
Adelgazada IMC menor de	14.2	14.6	15	15.4	15.7	16	16.4	16.6	16.7	16.9	17.4
Normal	14.2 a 20.1	14.6 a 21.1	15 a 22.1	15.4 a 23.0	15.7 a 23.8	16 a 24.2	16.4 a 24.6	16.6 a 25.1	16.7 a 25.5	16.9 a 25.8	17.4 a 26.0
En riesgo de IMC mayor	20.2	21.2	22.2	23.1	23.9	24.3	24.7	25.2	25.6	25.9	26.1
Sobrepeso o igual a											

MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS DE EDAD

CLASIFICACION		IMC
Adelgazada	Severo	Menor de 16
	Moderado	16 – 16.9
	Leve	17 – 18.4
Normal		18.5 – 24.99

Sobrepeso	Grado I	25 – 29.99
	Grado II	30 – 30.99
	Grado III	Igual o mayor que 40

Talla:

Se realiza de la siguiente manera:

- Con la mujer descalza
- Parada dando la espalda al tallímetro
- Evitar posiciones lateralizadas

Los valores anormales o de importancia para la salud reproductiva son los siguientes:

- Si la talla es menor que 1.45 mt, en caso de estar embarazada tiene mayor riesgo de tener un hijo de bajo peso al nacer.
- Si la talla es menor de 1.40 mt, en caso de estar embarazada, tiene un mayor riesgo de tener una desproporción feto – pélvica al momento del parto.

Perímetro Braquial:

Se mide la distancia que existe entre el extremo distal de la clavícula y el codo.

- A nivel de la mitad de la distancia, determinada en el paso anterior, se mide el perímetro del brazo (derecho o izquierdo)
- Se considera desnutrición si el perímetro es menor de 23 cm.

Tratar:

- Si se detecta desnutrición brindar consejería en alimentación
- Dar tratamiento antiparasitario familiar si se le detecta parasitosis intestinal.

Detección de Deficiencia de Yodo:

La deficiencia de Yodo en la alimentación de la mujer embarazada y de la madre que lacta puede traer consecuencias como: abortos, desarrollo de bocio en la madre y en el recién nacido, nacimiento de niños muertos, nacimiento de niños cretinos o con retardo mental o con menor peso o con menor talla; esto se manifiesta en áreas de la sierra o de la selva, entre la población que no consume sal yodada o alimentos ricos en yodo.

El diagnóstico se hace por la presencia de bocio, talla baja, retardo mental, depresión en las zonas endémicas.

Para prevenir la deficiencia de Yodo se debe orientar a la mujer a que consuma sal yodada o alimentos ricos en yodo (productos marinos), en especial durante la gestación y la lactancia.

Orientación Nutricional:

Tan importante como la detección de los problemas nutricionales es prevenir su aparición y manejarlos cuando estén presentes en base a la orientación nutricional.

1.12 ATENCION A LA MUJER CLIMATERICA

Situacion del problema

La edad media se operacionaliza entre los 40 y los 59 años. En esa edad de la vida femenina, se producen eventos que caracterizan el tránsito a la fase no reproductiva del ciclo biológico (climaterio – menopausia) el grupo de mujeres en esta edad debe representar mas o menos un 10% de la población, el cual debe incrementarse dadas las características de la transición demográfica. Hasta el momento resulta insuficiente la información acerca de la edad de la menopausia, las características y criticidad del síndrome climatérico de sus modificaciones según condiciones de vida y espacio geográfico así como la repercusión en la morbilidad de ese grupo de edad. El alto costo de los tratamientos hormonales y otros complementarios que se requieren para garantizar la calidad de vida de la mujer de edad mediana, exige el conocimiento básico para trazar sobre adecuadas bases científicas estrategias de planificación eficaces y correspondientes a la situación económica actual.

Propósito

Elevar la eficiencia y calidad en la atención integral a la mujer climatérica o con menopausia quirúrgica en todos los niveles del sistema nacional de ESSALUD.

Objetivos

Generales

Mejorar la calidad de vida de la mujer en la etapa del climaterio

- ✓ Disminuir la morbimortalidad de la persona en la etapa de climaterio

Específicos

- ✓ Adiestrar y capacitar al personal de la salud en el manejo integral, biológico, psicológico y socio cultural de la mujer en la etapa del climaterio
- Lograr una eficaz, eficiente y efectiva ejecución de las actividades de climaterio a fin de detectar en forma oportuna los riesgos.
- ✓ Lograr la identificación de las características y criticidad del síndrome climatérico según espacios geográficos y condiciones de vida de la mujer.
- ✓ Establecer un adecuado uso de los recursos para satisfacer demandas de atención.

Acciones y metodología

- ✓ Generar actividades preventivas a las mujeres en este grupo de edad.
- ✓ Establecer como requisito indispensable que previo a la indicación del tratamiento hormonal de reemplazo (THR) en mujeres postmenopáusicas se realice un examen clínico integral que incluye: Examen ginecológico, examen de mamas, determinación de glicemia y lípidos, realización de citología vaginal, evaluación del endometrio y evaluación de factores de riesgo de cáncer de mamas y endometrio.
- ✓ Introducir como vía terapéutica para el síndrome climatérico la medicina tradicional.
- ✓ Establecer relaciones con otros sectores e instituciones que permitan desarrollar acciones de promoción de salud para la mujer de edad mediana, por ejemplo psicoprofilaxis, ejercicios físicos, actividades culturales y otras formas de recreación.

Controles establecidos

Consulta médica (Primera)

Como requisito indispensable a la indicación del tratamiento hormonal de reemplazo, se debe realizar un examen clínico integral que incluye:

- Examen de mamas.

- Examen ginecológico.
- Determinación de glicemia , lípidos, calcio TGO-TGP, urea creatinina , ácido urico.
- Realización de citología cervico-vaginal .(Papanicolaou)
- Evaluación del endometrio mediante ecografía
- Evaluación de factores de riesgo de cáncer de mama y endometrio
- Mamografía
- Densitometría ósea
- Referir a nutrición y psicología.
- Derivar a control obstetriz
- Citar para el siguiente mes

Los exámenes sugeridos y otros que se considere necesarios serán indicados según criterio médico , si se va a aplicar la Terapia Hormonal de Reemplazo

Control Obstetriz (4 veces al año)

- Detección precoz de cáncer ginecológico
- Consejería en Salud Sexual y Reproductiva incluye ETS-VIH/SIDA
- Inmunizaciones
- Atención en Planificación Familiar (si fuera el caso)
- Psicoprofilaxis en Salud Sexual y Reproductiva
- Control del peso y tensión arterial
- Detección de riesgos y daños

Consulta medica (Segunda)

- Al mes de la primera
- Analizar resultados de complementarios indicados y establecer el tratamiento hormonal.
- Orientación sobre la dieta, nutrición y psicología.
- Derivar a psicoprofilaxis en salud reproductiva.
- Medicación coadyuvante.
- Control de peso y tensión arterial.
- Consulta de seguimiento a los 3 meses.

Consulta Médica de seguimiento (Tercera)

- 1.- Establecer el bienestar del paciente luego de aplicar lo orientado.
- 2.- Continuar las indicaciones de medidas anteriores.
- 3.- Detectar presencia de complicaciones
- 4.- Control de peso y presión arterial
- 5.- Citar a los 6 meses para continuar consultas de seguimiento donde se establecerá el bienestar del paciente, detectar posibles complicaciones (metrorragia, mastalgia, etc.) control de peso y presión arterial, perfil de lípidos, pruebas hepáticas y glicemia. Continuar medidas anteriores como dietas, psicoprofilaxis, etc. Luego estas consultas serán cada 6 meses o anuales, según evolución del paciente, donde se determinarán peso, presión arterial, examen ginecológico, perfil de lípidos, pruebas hepáticas, glucosa, mamografía (en caso de necesidad extrema), ecografía transvaginal para endometrio, densiometría ósea o en su defecto, radiografía de muñeca, detectar riesgos o daños. Continuar medidas anteriores (dieta, psicoprofilaxis, sexología).

Orientaciones generales

a) Diagnóstico de la Menopausia.

- Ausencia de reglas por mas de 12 meses.

- Prueba de progesterona negativa.
- FSH > 40mvl/ml. Medición de estrógeno.

b) Indicación de la TRH (fundamentales)

- Sintomatología perimenopáusica.
- Disminución del riesgo cardiovascular.
- Prevención de osteoporosis.
- Prevención de la atrofia urogenital.
- Menopausia iatrogénica.
- Menopausia antes de los 45 años.

c) Factores Importantes.

Disminución del riesgo coronario en la terapéutica de reemplazo estrogénico.Efecto sobre:

- lípidos sanguíneos.
- metabolismo de carbohidratos.
- Pared vascular.

d) Terapia de reemplazo hormonal (TRH)

¿Desde Cuándo?

- apenas se manifieste déficit estrogénico.
- en cualquier momento del periodo postmenopáusico.

¿Hasta Cuándo?

- tanto tiempo como sea necesario, si fuera posible de por vida.

e) Principales Causas de Abandono de la TRH

- Temor de riesgo de cáncer.
- Rechazo a los efectos secundarios.
- costo.
- agotamiento de la motivación.

f) Contraindicaciones para la TRH (fundamentales)

- Cáncer de Mamas.
- Enfermedad Hepática Activa.
- Trombosis Vascular Aguda
- Sangrado Vaginal no aclarado
- Otras con antecedentes de enfermedad tromboembólica
- Síndrome varicoso severo
- Algunas relativas como la paciente diabética e hipertensa severa

g) Aspectos cruciales para el cuidado preventivo de la salud climatérica.

- Suspender el tabaco, disminuir los excitantes como :café, té y alcohol.
- Control de peso.
- Combatir el sedentarismo.
- Prevención de enfermedades del corazón y vasos sanguíneos y de la osteoporosis.
- Promover el bienestar mental incluyendo atención a la sexualidad.
- Detención oportuna de los tipos de cáncer frecuentes en esa época.
- Cuidado del aparato genitourinario que sufre atrofia con el hipoestrogenismo.

h) Ecuación para el éxito.

Empatía + Educación + Estímulo = Aceptación

- i) Nada puede prevenir la menopausia funcional (es decir no hay medio alguno de prolongar la función ovárica indefinidamente) y nada puede hacerse para posponer su aparición o retardar su proceso, es una situación fisiológica que afecta a todas las mujeres alrededor de los 50 años. Siendo una situación fisiológica, frecuentemente comporta una serie de alteraciones acompañantes, que pueden ser evitadas o aliviadas con un control adecuado.

Sexología en climaterio

Actividad sexual con el paso de los años

El sistema vaginal sufre cambios involutivos que pueden reducirse mediante la producción de estrógenos, por lo tanto, las mujeres pueden tener una vida sexual razonablemente activa en la edad media y en la senectud. La intensidad reducida de las respuestas, ocurre en todas las fases del ciclo de la respuesta sexual, un grado menor de sexo y de excitación sexual, menos lubricación, respuesta retardada a la estimulación clitoridea y acortamiento en la Duración del orgasmo. A pesar de esto persiste la capacidad para el gozo de la actividad sexual, según Masters y Johnson "La mujer que esté envejeciendo, está totalmente capacitada para la ejecución sexual a nivel de respuestas del orgasmo, en particular si está expuesta a la regularidad de las estimulaciones sexuales efectivas".

Es de responsabilidad del personal de salud que da la consejería, asegurarse que no haya desinterés, aburrimiento sexual e inhibición en especial en las relaciones duraderas en las que se ha fomentado la actividad sexual.

Para muchas mujeres, el período de mayor recompensa de su vida sexual, puede llegar años después de haber tenido hijos y haberlos educado, y de que la menopausia ya ha pasado cuando la libertad de la menstruación y la responsabilidad familiar (y del temor al embarazo) por primera vez puede favorecer el desarrollo de una vida sexual experimental y llena de placer.

Existen muchos factores que influyen en la sexualidad en el climaterio, desde biológicos, hormonales y mentales.

Lo importante es que nuestra labor será entonces hacer notar que el climaterio no debe ser percibido como el término de la sexualidad, sino ayudar a descubrir nuevas formas de disfrutarla.

Psicoprofilaxis en la mujer climatérica

La psicoprofilaxis en la mujer climatérica debe estar orientada a su preparación física, psíquica y educativa y es así también tarea del equipo profesional que la atenderá, preparar y mejorar su estado de salud, su autoestima, enfoque de género y por ende su calidad de vida.

Sabemos que con el transcurrir de los años y a medida que la mujer envejece, su salud se ve afectada por muchos factores: condiciones de vida, historia reproductiva, el trabajo y las exigencias de la vida familiar. Es por ello que los servicios de salud deben estar preparados para esta atención.

El apoyo educativo y emocional es importante para ayudar a las mujeres para enfrentarse con los síntomas y compartir sus preocupaciones, por lo que se debe

orientar una nutrición adecuada, hacer ejercicios regularmente, no fumar, evitar los excitantes, apoyo y asesoramiento psicosocial, medicación hormonal, medicación coadyuvante, ingerir el calcio necesario para evitar la osteoporosis de 1 a 1.5 gramos por día. Hacer que tome conciencia sobre su salud reproductiva y sexual en esta etapa de la vida y en fin, hacerlas concientizar que nada puede prevenir la menopausia funcional, y nada puede hacerse para posponer su aparición o retrasar su proceso, es una situación fisiológica, que afecta a todas las mujeres alrededor de los 47 años. Siendo una situación fisiológica frecuentemente comporta una serie de alteraciones acompañantes que pueden ser evitadas o aliviadas con un control adecuado.

Se pueden dar clases a la mujer climatérica según **manual de Climaterio: Educación para mujeres de mediana edad. (en proceso de revisión)**

2. ATENCION DE LA MUJER ENFERMA

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS)

Las enfermedades de transmisión sexual son aquellas cuyo contagio ocurre por un contacto sexual no protegido. Existe un gran número de infecciones y enfermedades causadas por el virus, bacterias, hongos o parásitos. Las más importantes y conocidas son la sífilis, la gonorrea, el chancroide, el herpes genital, la clamidiasis, el HIV, el linfogranuloma venéreo, la hepatitis B, la tricomoniasis, condiloma, SIDA y otras.

Incidencia, etiología y factores de riesgo asociados.

Las ETS son en la actualidad un importante problema de salud pública; se estima que a nivel mundial se infectan diariamente 685,000 personas con cualquiera de las ETS y anualmente se registran 6,250 millones de casos nuevos. Las tasas de incidencia y prevalencia de las ETS son mucho mayores en los países en desarrollo debido a las condiciones socioeconómicas y a factores relacionados al bajo nivel educativo de la población. Es así que la tasa de prevalencia de sífilis puede ser 10 a 100 veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados, por ejemplo en Estados Unidos la tasa de sífilis es de 22 X 100,000 habitantes mientras que en Latinoamérica es de 40 x 100,000 habitantes y la tasa anual de enfermos gonorreicos en las grandes ciudades de Africa es de 3,000 a 10,000 por 100,00 habitantes mientras que en los Estados Unidos es de 233 por 100,00 habitantes. En el Perú no hay estadísticas fidedignas de las ETS más frecuentes.

Enfermedad y agente etiológico	Primeros síntomas	Período de incubación
Chancro blando : <i>Haemophilus ducreli</i>	Mujeres: úlceras dolorosas de forma irregular a la entrada de la vagina y alrededor del ano. Causa dolor al defecar u orinar, flujo vaginal. Puede no haber síntomas Hombres: úlceras dolorosas de forma irregular en el pene o sensibilidad dolorosa en la ingle.	3 a 7 días; hasta 10 días
Infección por clamidia: Chlamydia trachomatis	Mujeres: flujo vaginal, dolor al orinar, dolor en la parte inferior del abdomen. Hombres: secreción uretral, dolor al orinar. Puede no haber síntomas	7 a 21 días
Granuloma inguinal: Chlamydia granulomatis	Nódulos subcutáneos que se abren y forman una lesión carnososa. Mujeres: Las lesiones suelen formarse en los labios de la vulva; o puede no haber síntomas Hombres: en el prepucio o en el glande del pene	8 a 80 días
Gonorrea: <i>Neisseria gonorrhoeae</i> .	Mujeres : flujo vaginal con frecuencia purulenta, dolor al orinar, dolor en la parte inferior del abdomen. Puede no haber síntomas Hombres: secreción de pus por la uretra, dolor al orinar	1 a 14 días
Herpes genital Virus Herpes simplex 1 y 2	Lesiones vesiculares dolorosas en genitales. Puede causar fiebre, dolor de cabeza y malestar Mujeres: lesiones en la vagina a su alrededor, alrededor del ano o en los muslos. Dolor al orinar y/o flujo vaginal Hombres : lesiones en el pene, puede causar secreción uretral o dolor al orinar	1 a 26 años
Linfogranuloma venéreo: Chlamydia trachomatis	Mujeres: no tienen síntomas, un 20% tienen bubón Hombres : bubón inguinal que puede estar precedido de una pequeña lesión genital.	3 a 12 días
Sífilis: Treponema pallidum	Lesión indolora de la vulva, cuello uterino, pene, nariz, boca o ano. Mujeres: las lesiones internas pueden pasar desapercibidas y el primer síntoma puede ser una lesión secundaria	10 a 90 días

Tricomoniasis: Trichomona vaginalis	Hombres: lesión indolora en el pene Mujeres: flujo vaginal verde o amarillo, abundantes, espumoso con olor fétido, escozor, dolor al orinar, dolor durante la relación sexual. Hombres: por lo común no presentan síntomas, aunque puede haber secreción uretral, dolor al orinar o escozor.	3 a 28 días
---	---	-------------

Factores de riesgo asociados:

- Antecedentes de enfermedad de transmisión sexual
- Cambio frecuente de parejas (promiscuidad sexual)
- Trabajadoras sexuales
- Tener parejas promiscuas (comportamiento de riesgo)
- Enfermedades de transmisión sexual, que incrementan de 2 a 10 veces la posibilidad de adquirir el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Prevención y promoción

Las estrategias de salud pública para la prevención de la infección por las ETS, incluyen:

- Prevención de transmisión sexual.
- Prevención de la infección por vía parenteral por medio de transfusiones de sangre contaminada y a través del uso de drogas endovenosas
- Prevención de la transmisión de las ETS de la madre al niño (por ejemplo sífilis y HIV).

Debido a que la transmisión sexual es la ruta más común de transmisión de las ETS en el Perú, las estrategias para su prevención han sido consideradas de prioridad. Por lo tanto, se ha promovido tres estrategias prioritarias de salud pública para su prevención:

- Información, educación y comunicación social, para el cambio de conductas
- Promoción y soporte logístico para el uso del preservativo (condón)
- El diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades transmitidas sexualmente

Diagnóstico

Las ETS se diagnostican por visualización del germen por microscopia, pruebas de aglutinación y/o cultivos. Los requisitos que deben reunir las pruebas diagnósticas son: bajo costo, fácil uso, toma de muestra sin dificultad, rapidez en el resultado deben ser reactivos estables, con funcionalidad y validez, de comprobada calidad.

Por otra parte, la aproximación sindrómica para el manejo de casos de ETS, ha sido propuesta por la OPS/OMS como una manera efectiva de diagnóstico y tratamiento de las ETS en los países en desarrollo, habiéndoselas clasificado en cuatro grandes grupos

Síndrome	Diagnóstico	Germen causante
1. Secreción vaginal	- Uretritis gonocócica - Uretritis no gonocócica	- <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - <i>Chlamydia trachomatis</i> - <i>Ureaplasma urealyctum</i> - <i>Trichomona vaginalis</i>
2. Úlcera genital	- Sífilis - Chancroide - Herpes genital - Granuloma inguinal - Linfogranuloma venéreo	- <i>Treponema pallidum</i> - <i>Haemophilus ducreli</i> - <i>Herpes virus</i> - <i>Chlamydia granulomatis</i> - <i>Chlamydia trachomatis</i>
3. Flujo vaginal	Infecciones vaginales : ▪ Candidiasis	- <i>Cándida albicans</i>

	▪ Trichomoniasis ▪ Vaginosis bacteriana ▪ Infecciones de cuello uterino ▪ Gonorrea ▪ Clamidiasis - Infecciones mixtas de vagina y cuello uterino	- <i>Trichomonas vaginalis</i> - <i>Gardenerella vaginalis</i> - <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - <i>Chlamydia trachomatis</i>
4. Dolor de abdomen inferior	- Gonorrea - Clamidiasis	- <i>Neisseria gonorrhoeae</i> - <i>Chlamydia trachomatis</i>

Evaluación

Secreción uretral :

Preguntar	Examinar	Procedimiento auxiliar
- ¿Tiene dolor al orinar? - ¿Tiene escozor en la uretra con frecuencia? - ¿Mancha la ropa interior al levantarse?	Realizar expresión de la uretra ▪ ¿la secreción es clara o mucosa? ▪ ¿es amarilla o verdosa? ▪ ¿es escasa o abundante?	- Colocar la secreción en un porta-objeto y realizar tinción de Gram - Cultivo para gonococo

Úlcera genital :

Preguntar	Examinar	Procedimiento auxiliar
¿Cómo se inició la úlcera, fue precedida por un nódulo, mancha o vagina? • <i>Nódulo</i> : granuloma inguinal • <i>mancha</i> : sífilis • <i>vesícula</i>: herpes ¿Es dolorosa la úlcera? • <i>Sí</i> : chancroide, herpes • <i>No</i>: granuloma inguinal, sífilis ¿Es único o múltiple? • <i>única</i>: granuloma inguinal, sífilis, chancroide • <i>Múltiple</i>: chancroide, sífilis	Observar características de la úlcera - <i>Número</i> - <i>Bordes</i> : *regular : sífilis * <i>irregular</i> : chancroide - <i>base</i>: • limpia : sífilis • con exudado : chancroide • si se acompaña de bubón inguinal: granuloma inguinal Buscar la presencia de úlceras alrededor del ano o en la boca (sífilis, herpes)	• VDRL (sífilis) • Secreción de la úlcera Colocar en lámina porta-objeto y colorear con Gram o Giemsa, observar cuerpos de Donovan (Granuloma inguinal)

Preguntar	Examinar	Procedimiento auxiliar
¿De qué color es su descenso? - Normal blanquecino o mucoso después del acto sexual, el embarazo y lactancia - Tricomoniasis: verde amarillento - Candidiasis: Blanco abundante ¿Se acompaña de dolor, ardor o picazón?	Características del flujo vaginal visualizada con espéculo en caso de existir o a simple vista, tratando de encontrar signos de irritación, hinchazón o pequeñas hemorragias	- Trichomonas: examen directo con solución al 9% y se observará al germen - Candidiasis: examen directo con hidróxido de potasio, se visualizan los hongos.

- Si: Tricomoniasis, candidiasis		
- No : vaginosis		

Clasificación y tratamiento

Toda paciente cuyo cuadro sindrómico sea uno de los cuadros mencionados, deberá ser manejada y recibir consejería según se especifica en el flujograma correspondiente.

a) Secreción uretral

Cuando el paciente se queja de secreción uretral, ardor al orinar, examinar cuidadosamente haciendo expresión en la uretra

- Si no se comprueba la salida de secreción
 - Buscar otros signos para usar el flujograma adecuado.
 - Promover el uso de condones y proveer de ellos al paciente.
- Si se comprueba la salida de secreción:
 - Si no se puede hacer microscopía iniciar tratamiento para gonorrea y chlamydia
 - Si se puede hacer microscopía, buscar la presencia de diplococos Gram negativos intracelulares:
 - i) Si hay diplococos intracelulares, dar tratamiento par gonorrea y chalmydia
 - ii) Si no hay diplococos intracelulares, dar tratamiento para chlamydias

Todos los pacientes deben recibir:

- Educación para cumplir con el tratamiento
- Indicación de abstinencia sexual hasta terminar con el tratamiento
- Indicación de traer a sus parejas sexuales
- Consejería en ETS/SIDA
- Provisión de condones
- Cita para control en 7 días

En el control a los siete días: si persisten los síntomas, preguntar por el cumplimiento del tratamiento indicado

- Si ha habido un buen cumplimiento y la reinfección es improbable, derivar al paciente en el hospital
- Si ha habido un mal cumplimiento o si es probable una reinfección, reiniciar un nuevo curso de tratamiento.

Tratamiento para gonorrea:

Escoger uno de los esquemas siguientes:

- Ciprofloxacina, 500mg. VO, dosis única, no dar a gestantes
- Ceftriaxona, 250 mg, IM, dosis única
- Espectinomicina, 2 gr. IM, dosis única

Tratamiento alternativo:

- Penicilina clemizol, 4 millones IM, dosis única.
- Tetraciclina, 500 mg. VO cada 6 horas por 7 días, no dar a gestantes.

Tratamiento para clamidia:

Escoger uno de los esquemas siguientes:

- Doxiciclina, 100 mg. vía oral dos veces al día por 7 días, no dar a gestantes
- Tetraciclina, 500 mg. VO cada 6 horas por 7 días, no dar a gestantes

Tratamientos alternativos:

- Eritromicina, 500 mg. VO cada 6 horas por siete días, se puede administrar a gestantes, evitando el estolato de eritromicina
- Azitromicina, 1 gr. VO, dosis única, se puede dar a gestantes.

b) Úlcera genital

Se debe examinar y observar las características de las lesiones. Si no hay lesiones: dar consejería en ETS, promover el uso de condones y proveer de ellos al paciente. Si en el examen se detecta vesículas pequeñas, dolorosas, se trata de herpes genital; administrar:

- Analgésicos: Paracetamol, pomadas antibióticos, si es necesario.
- Aciclovir: en el primer episodio, 200 mg. VO, 5 veces al día por 7 días; en los episodios recidivantes, 200 mg. VO, 5 veces al día por 5 días. No dar aciclovir a las gestantes.
- Educación para que cumpla con el tratamiento, explicarle que se trata de herpes y que estará mejor en 7 días.
- Tomar RPR o VDRL para descartar sífilis.
- Indicación de traer a sus parejas sexuales
- Consejería en ETS y SIDA
- Provisión de condones
- Cita para el control en 7 días.

Si no hay úlcera y hay otros signos, use el algoritmo apropiado

Si hay úlcera presente :

- Tratar sífilis y chancroide
- Educación para que cumpla con el tratamiento, explicarle que se trata de herpes y que estará mejor en 7 días
- Tomar RPR o VDRL para descartar sífilis
- Indicación de abstinencia sexual hasta terminar con el tratamiento
- Indicación de traer a sus parejas sexuales
- Consejería en ETS y SIDA
- Provisión de condones
- Cita para el control en 7 días. En el control :
 - Si no hay mejoría, transferir al paciente al hospital.
 - Si hay mejoría, completar el tratamiento indicado

- Si el RPR o VDRL son positivos:
 - Tratar a los compañeros sexuales contra sífilis
 - Si es gestante, control del recién nacido en el hospital, en los siete primeros días de vida.

Tratamiento por sífilis :

Penicilina G benzatínica, 2.4 millones de unidades IM (dosis única)

Para mujeres embarazadas alérgicas a la penicilina:

- Administrar eritromicina, 500 mg VO cada 6 horas por 15 días, evitar dar Estolato de Eritromicina
- Control del recién nacido en el hospital, dentro de los 7 primeros días del nacimiento.

Para hombres y mujeres no embarazadas, alérgicas a la Penicilina:

- Doxiciclina, 100 mg. vía oral dos veces al día por 15 días
- Tetraciclina, 500 mg. VO cada 6 horas por 15 días.

Tratamiento para chancroide

- Ciprofloxacina, 500 mg. VO, dosis única, no dar en gestantes
- Ceftriaxona, 250 mg. IM, dosis única

Tratamientos alternativos :

- Eritromicina, 500 mg. vía oral cada 8 horas por 7 días, no dar Estolato de Eritromicina a las gestantes
- Trimetoprim, 160 mg. Sulfametoxazol, 800 mg. cada 12 horas por 7 días-

c) Flujo Vaginal

Cuando la consulta es por descensos o flujo vaginal, lo primero que hay que establecer es el riesgo de adquirir una enfermedad de transmisión sexual con las siguientes preguntas:

- ¿Tiene su pareja sexual secreción uretral o úlcera en sus genitales en los dos últimos meses?
- ¿Tiene menos de 21 años? ¿Es soltera?
- ¿Ha tenido más de una pareja sexual nueva en los tres últimos meses?

Si las respuestas son afirmativas, a la primera pregunta o a dos o más de las siguientes, se le considerará como paciente de riesgo y se iniciará tratamiento para gonorrea y clamidia, según los esquemas anteriormente planteados.

Luego determinar si se puede realizar un examen ginecológico:

- Si no se puede hacer dar a la paciente tratamiento para tricomona, candida y para gardnerella
- Si se puede hacer un examen ginecológico, determinar si se puede hacer examen microscópico de la secreción:

✧ Si no se puede hacer examen microscópico, determinar si sale pus por el cuello uterino:

- Si sale pus: dar tratamiento para gonorrea y clamidia; y para trichomona, candida y gardnerella.
- Si no sale pus, dar tratamiento para trichomona, candida y gardnerella.

- ✧ Si se puede hacer el examen microscópico, determinar si se trata de trichomona, candida o gardnerella y dar el tratamiento correspondiente; determinar también si hay más de 10 leucocitos polimorfo-nucleares por campo de inmersión de aceite o la presencia de diplococos Gram negativos intracelulares (de los polimorfos nucleares), si los hay, dar tratamiento para gonorrea y clamidia, según esquema anteriormente propuesto.

Si no se encuentra ninguno de ellos, dar consejería en ETS, SIDA, promover el uso de condones y proveer de ellos a la usuaria.

Tratamiento específico

- Trichomona : * Metronidazol, 2 gr. Por vía oral (dosis única), no dar en gestantes en el primer trimestre
- Cándida : * Clotrimazol, 500 mg intra vaginal (dosis única) o 200 mg. intravaginal diario por 3 días.
* Nistatina 100,000 U, diario por catorce días
- Gardnerella: * Metronidazol, 2 gr. Vía oral (dosis única), no dar a gestantes en el primer trimestre.

Todas las pacientes deben tener el siguiente tratamiento complementario

- Educación para que cumpla con el tratamiento
- Indicación de traer a sus parejas sexuales
- Consejería en ETS y SIDA
- Provisión de condones
- Cita para control en 7 días.

d) Dolor abdominal bajo

Si la paciente presenta: retraso en la menstruación, aborto o parto recientes, si tiene menstruación abundante o con dolor, dolor a la palpación del abdomen, rebote (dolor al comprimir y soltar rápidamente el abdomen), o contractura muscular abdominal, debe ser derivada a un establecimiento que tenga sala de operaciones disponibles las 24 horas, que tenga la posibilidad de transfundir sangre, que pueda brindar la posibilidad de anestesia general, pues se puede estar frente a una patología que requiera tratamiento quirúrgico.

Si no se puede hacer el examen ginecológico, transferir a la paciente al Centro de Salud de Referencia.

Si al examinar se ve que sale pus por el cuello uterino o hay dolor al mover lateralmente el cuello uterino o al palpar los anexos, dar tratamiento para la enfermedad inflamatoria pélvica, examinar y tratar a los contactos sexuales y dar:

- Educación para que cumpla con el tratamiento
- Indicación de abstinencia sexual mientras dure el tratamiento
- Indicación de traer a consulta a sus propias parejas sexuales
- Consejería en ETS y SIDA
- Provisión de condones
- Cita par control en 3 a 7 días. En ese control :
 - Si no hay mejoría, transferir al paciente al Centro de Salud de Referencia o al hospital
 - Si hay mejoría, completar el tratamiento indicado.

Si al examinar no se ve salida de pus por el cuello uterino y no hay dolor al mover lateralmente el cuello uterino, ni al palpar los anexos, se debe determinar si hay masas en los anexos :

- Si hay masas en los anexos, se debe transferir a la paciente al Centro de Salud de Referencia o al Hospital
- Si no hay masas en los anexos, recomendar a la paciente que regrese para nueva evaluación si vuelve a presentar el dolor.

Tratamiento de enfermedad inflamatoria pélvica

Escoger un de los esquemas :

- Ciprofloxacina, 500 mg. VO + Doxiciclina, 100mg, VO, cada 12 horas por 7 días.
- Ceftriaxona, 250 mg. IM, dosis única + Doxiciclina, 100 mg. VO, cada 12 horas por 7 días
- Espectinomicina, 2gr. IM, dosis única + Doxiciclina, 100 mg. VO cada 12 horas por 7 días.

Recordar que no es tratamiento para gestantes.

Consejería:

La consejería constituye uno de los medios más efectivos y prácticas para promover la adopción de comportamientos de bajo riesgo a mediano y largo plazo, además de proveer el apoyo psicológico requerido por las personas infectadas con ETS y sobretodo con SIDA.

El consejero debe ser amable y respetuoso, disponer de una información correcta y consistente sobre la infección y la historia del proceso de la infección, debe saber escuchar reflexivamente, permitir que el paciente exprese sus sentimientos, debe usar un vocabulario claro y sencillo tratando de hablar con palabras comprensibles para el paciente.

Componentes de una sesión de consejería

1. Ambientación :

El ambiente debe ser cálido y no amenazador, el paciente debe expresar su motivo de consulta, sus sentimientos y expectativas frente a la sesión. Saludar cortésmente, presentarse y expresar el motivo de su presencia : "buenos días, mi nombre es, estoy aquí para contestar cualquier duda que tenga acerca de su enfermedad y para que juntos busquemos una solución integral a su problema. ¿Quisiera contarme cómo se siente?". Debe buscarse el diálogo y no el interrogatorio donde sólo se obtenga como respuestas un SI o un NO.

2. Desenlace: En esta fase, el consejero :

- Dará educación y tratará de conocer los factores que puedan llevar a una reinfección o al incumplimiento del tratamiento, "La enfermedad que Ud. tiene es una enfermedad de transmisión sexual, que se adquiere mediante las relaciones sexuales sin protección". Muchas veces, esto hace que el/la paciente reaccione con vergüenza o con ira frente a su pareja. Se le debe explicar que esa reacción es normal. Recordarle que la entrevista es confidencial y que lo que se diga en ese momento no será comentado con nadie. Lo importante es que se diga en ese momento no será comentado con nadie. Lo importante es que ambos reciban el tratamiento completo y disminuir al mínimo la posibilidad de volver a infectarse. Dejar que hable, el silencio ayuda al paciente a reflexionar e integrar sus sentimientos.
- Se indagará sobre las actitudes de riesgo: "Es usted una persona muy agradable", posiblemente esto hace que muchas personas se fijen en Ud. ¿ha tenido muchos enamorados? ¿actualmente tiene mas de uno? ¿ha tenido relaciones íntimas con

otra persona aparte de su pareja sexual actual en los últimos tres meses?..." ,etc.

- Sabrá aprovechar el momento para ilustrar sobre las ETS. "Sabe Ud. que si no cambia su comportamiento sexual puede adquirir enfermedades tan graves como el SIDA?, las enfermedades que se transmiten sexualmente favorecen la infección por el virus del SIDA hasta 10 veces más que aquellos que no lo poseen...",etc.
- Explicará las formas de prevenir los contagios." ¿ha utilizado el condón alguna vez? ¿qué opina de su uso? ¿sabe cómo previene algunas enfermedades?". Explicar que no quita la sensibilidad del acto sexual y que es muy seguro si es bien utilizado, darle algunos e indicarle que durante el tratamiento debe utilizarlo para evitar la reinfección.
- Explicará la importancia del tratamiento completo: "Ud. y su pareja deben cumplir el tratamiento completo, deben observar que los síntomas hayan desaparecido "

3 Cierre: El consejero debe volver a incidir en los aspectos más importantes de la entrevista:

- La prevención e identificación de las actitudes de riesgo y su relación con enfermedades de mayor gravedad como el SIDA.
- Verificar el cumplimiento del tratamiento completo de la pareja.
- La comprensión del uso adecuado del condón.

Criterios de alta y de control:

El paciente será dado de alta, una vez que haya desaparecido el cuadro sintomático que o aquejaba y el tratamiento haya sido completado. El control se realizará a la semana, con excepción del dolor abdominal bajo, que debe ser evaluado dentro de las 72 horas. Se realizará otro control al mes de haber recibido el tratamiento la pareja.

Nivel de complejidad, referencia y contra referencia:

Las ETS deben ser tratadas en el establecimiento donde se haga el diagnóstico. Cuando existen complicaciones debe ser derivado al Centro de Salud correspondiente.

SINDROME	COMPLICACIONES	DERIVACION
Secreción Uretral	- Estenosis uretral	- Urología. Hospital de la red
Úlcera Genital	- No respuesta al tratamiento	- Urología, otras especialidades. Hospital
Flujo vaginal	- No respuesta al tratamiento	- Centro de Salud de referencia
Dolor abdominal bajo	- Signo del rebote - Aborto, menorragia, metrorragia. - Presencia de tumores	- Cirugía. Hospital regional - Centro de Salud de Referencia - Centro de Salud de Referencia

BIBLIOGRAFIA (ETS)

1. Instituto Dermatológico de Santo Domingo: Entrenamiento en el manejo Sintomático de las enfermedades de transmisión sexual. Dirigido a tratantes. AID, Santo Domingo.
2. OMS: Lucha contra las enfermedades de transmisión sexual. Ginebra, 1985
3. Velásquez Gloria: SIDA enfoque integral. Fundamentos de Medicina. Segunda Edición. Corporación para investigaciones biológicas. Colombia, 1996.

PAPILOMA VIRUS GENITAL HUMANO:

- El Papiloma Virus Humano (PGH) es una infección viral de transmisión sexual. Existen más de 50 subtipos diferentes de PGH y algunos de los más comunes producen verrugas genitales.
- Las verrugas pueden aparecer en el cuello del útero, dentro de la vagina, en el pene, en el interior de la uretra y alrededor del ano. El tratamiento para las verrugas puede ser la aplicación local de sustancias químicas o la crioterapia. Sin embargo, no se pueden curar y pueden reaparecer.
- El PGH también puede ser asintomático. No todas las personas infectadas presentan verrugas genitales, pero aún en la ausencia de síntomas, es posible hallar evidencia de excreción viral y de la transmisión por contacto sexual a la pareja.
- Los subtipos 16, 18 y 31, 33 y 35 de PGH, son comúnmente asociados al desarrollo de cánceres anogenitales en hombres y mujeres; incluyendo cáncer cervical y cáncer anal.

SIDA:

- La sospecha clínica de infección por VIH se basa en ciertos signos y síntomas, así como en un adecuado interrogatorio. Esta es una manera práctica de reconocer por medio del manejo clínico a los pacientes que pueden tener dicha infección.
- Los signos principales son:
 - Neumonía (especialmente *Pneumocystis carini*)
 - Candidiasis orofaríngea
 - Sarcoma de Kaposi
 - Neumonitis intersticial
- Los hallazgos característicos son:
 - Infecciones virales y/o bacterianas recurrentes
 - TBC miliar, TBC extrapulmonar, TBC no cavitaria
 - Herpes Zoster, presente o como antecedente, posteriormente severo (erupciones en zonas múltiples)
 - Infecciones por citomegalovirus (sistemática)
 - Enfermedad neurológica progresiva.
- Los hallazgos asociados son:
 - Lesiones orales (que continúan y/o persisten en ausencia del tratamiento)
 - Temblores musculares
 - Fiebre continua o intermitente que dura más de 14 días.
 - Linfadenopatías generalizadas
 - Lesiones dermatológicas generalizadas
- Los factores de riesgo epidemiológico son:
 - Contactos con personas VIH seropositivos.
 - Historia de transfusiones de sangre y/o derivados en poblaciones de alto riesgo de prevalencia de infecciones por VIH.
 - Abuso sexual
 - Drogadicción
 - Promiscuidad sexual: homosexualidad, prostitución
 - Uso de contaminantes; jeringas y/o agujas, manipulación con material infectado por VIH
- Estos pacientes tienen alta sospecha clínica de infección por VIH. Solicitar la prueba de laboratorio de Western-Blot que tiene un alto grado de confiabilidad. Realizar el manejo de soporte básico (compensación hemodinámica) y el

tratamiento adecuado de las complicaciones. Dar tratamiento y manejar éstos pacientes en centros especializados. El reporte y registro epidemiológico así como la consejería son pruebas fundamentales que deben quedar anotadas.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS GINECOLÓGICAS COMUNES

A) Vulvo vaginitis

Es el problema ginecológico más común en las mujeres y se presenta como una inflamación en la vagina ocasionada generalmente por una infección.

Incidencia, etiología y factores de riesgo asociado:

Es la causa más frecuente de consulta por infecciones del tracto ginecológico. Los microorganismos más frecuentemente involucrados en estas infecciones son: *Gardnerella vaginalis* (bacterias), *Cándida albicans* (hongos), *Trichomonas Vaginalis* (protozoarios); que se encuentran presentes en diferente orden de incidencia dependiendo del área geográfica donde se hace el estudio.

Durante la gestación:

- La moniliasis o *cándidas albicans* vaginal está presente en el 25-30% de las gestantes asintomáticas^{8,9} y hasta en el 55% de las que presentan síntomas y signos vaginales⁶.
Las infecciones por *Cándida* son de 10 a 20 veces más comunes durante el embarazo⁸.
- La trichomoniasis vaginal: se encuentra en el 25% de las mujeres no embarazadas y en el 27% de las embarazadas. Lo que evidencia que el embarazo no altera su frecuencia⁶.
- La *Gardnerella vaginalis* puede encontrarse en aproximadamente 20% de las embarazadas⁸.

Etiología:

Aproximadamente el 95% de las infecciones, vaginales (vaginitis) son causadas por *cándida albicans*, *Trichomonas vaginalis* y *Gardnerella vaginalis*¹

- a) *Cándida albicans*: la mayoría de las vaginitis micóticas son causadas por el género *cándida*. Siendo la *Cándida albicans* aislada en el 67 a 95% de las pacientes¹. Es la enfermedad más benigna del tracto genital inferior⁷. La *cándida albicans* frecuentemente es habitante de la boca, faringe, intestino delgado y vagina. La mayor frecuencia de vaginitis por *cándida* durante el embarazo se debe a los cambios hormonales que originan un epitelio vaginal rico en glucógeno, que provee los azúcares necesarios para el crecimiento de los hongos⁸.
- b) *Trichomonas vaginalis*: es un protozoo anaerobio, su único huésped conocido es el ser humano, se trasmite por vía sexual y parece estar asociado con las parejas sexuales múltiples. Suele coexistir con otras enfermedades de transmisión sexual⁸. La trichomoniasis se desarrolla en una de cada cinco mujeres.
- c) *Gardnerella vaginalis*: es el agente etiológico de la vaginosis bacteriana. Es un bacilo Gram negativo, pequeño e inmóvil^{5,8}. En la vaginosis Bacteriana existe una proporción anormal de las especies bacterianas, básicamente una disminución de los lactobacilos y un aumento de los microorganismos anaeróbicos¹., especialmente bacteroides, peptococos y mobiluncus.

Factores de riesgo

Para la vaginitis moniliásica:

- Utilización reciente de antibióticos (en especial antibióticos de amplio espectro)¹².
- Diabetes mellitus ¹²
- Agentes inmunosupresores (corticoides)¹²
- Embarazo¹²
- Uso de anticonceptivos orales(eleva la tasa de levaduras aisladas sin aumento los síntomas)¹²
- Prendas interiores muy ajustadas (causan mayor temperatura, humedad y /o irritación directa)¹²
- Obesidad ².

Para vaginitis trichomoniásica y vaginosis bacteriana:

- Múltiples parejas sexuales
- Presencia de enfermedad de transmisión sexual.
- Técnicas de higiene genital deficientes.

Prevención y promoción

Se debe realizar de la siguiente manera:

- Educar a las pacientes y aconsejar las relaciones sexuales con una sola pareja.
- Evitar la promiscuidad sexual.
- Aconsejar el uso de métodos de barrera (espuma, condones) para disminuir el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual.
- Realizar higiene diaria de los genitales externos.
- Instruir a las pacientes para que acudan precozmente a los establecimientos de salud ante la presencia de "flujo vaginal" "descenso", para realizarles un diagnóstico y tratamiento adecuados.
- Promocionar el control prenatal de las gestantes, en ellas aumenta la incidencia de vaginitis micóticas y vaginosis bacteriana.

Criterios de diagnóstico y diagnóstico diferencial:

Todo paciente con secreción vaginal debe ser evaluada adecuadamente para determinar si presenta una secreción vaginal normal o un flujo vaginal por infección vaginal. La secreción vaginal normal se caracteriza por ser una secreción blanca o pizarrosa, de volumen normal (no es abundante), con consistencia de coágulo y carece de olor (no es maloliente). La vaginitis moniliásica, tricomoniásica y la vaginosis bacteriana tienen características clínicas diferentes que permitirían al examinador realizar un diagnóstico adecuado.

Vaginitis moniliásica:

Es una infección micótica común de la vagina causada por *Candida albicans* (más frecuente), *Candida tropicalis* y *Torulopsis glabrata*. Estos organismos son parte de la flora vaginal en más del 50% de mujeres asintomáticas. La infección resulta cuando se producen cambios en la vagina que incluyen a su flora vaginal normal ².

Hallazgos clínicos característicos:

- Flujo vaginal: de color blanco, espeso, como "leche cuajada" o "leche cortada", sin olor.
- Prurito: en pacientes con infección importante, el prurito o " picazón" es intenso y obliga rascarse, lo cual puede ocasionar escoriaciones o fisuras en la piel.
- Irritación y eritema de la zona vulvar: la Paciente refiere " quemazón" en los genitales externos. En casos severos hay edema ("hinchazón") de esta zona.

- La disuria (" ardor al orinar ") es un síntoma común en la infección moniliásica de la uretra y se debe distinguir de la infección del tracto urinario por otros gérmenes.
- Dispareunia ("dolor durante las relaciones sexuales ")

Vaginitis trichomoniásica:

Producida por la *Trichomona vaginalis*, que infecta no sólo la vagina sino también la uretra, el endocervix y la vejiga, causando una gran variedad de síntomas¹

Características clínicas:

- Flujo vaginal: abundante y mal oliente. En el 20% de los casos, es descrito como espumoso y en el 10% como verdoso. Puede variar de aspecto de acuerdo con la gravedad de la infección, desde blanco-grisáceo y acuoso, hasta verde y espeso⁸.
En la mayoría de pacientes tiene un ph de 5 a 5.5
- Prurito ("picazón"): es intenso en la zona vulvar y perineal.
- Enrojecimiento (eritema) e hinchazón (edema) en la vulva , vagina y cervix; dependiendo de la severidad de la infección²
- Ardor al orinar (disuria) o dolor en las relaciones sexuales (dispareunia).
- Sangrado post-coital, si el cervix está extensamente comprometido con cervicitis tricomoniasica.

Vaginosis bacteriana:

Es la mas frecuente y una de las mas contagiosas³ y es producida por la *Gardnerella vaginalis* (anteriormente llamada *Corynebacterium vaginalis* y *Haemophilus vaginalis*)³

Los síntomas característicos son:

- 1) Flujo vaginal: homogéneo, fluido y adherente, maloliente (olor semejante al pescado descompuesto) y se incrementa en intensidad despues de las relaciones sexuales². De color gris o blanco grisáceo .
- 2) Hay poca inflamación vulvovaginal en esta infección y los síntomas irritativos ("quemazón", "escozor", "fisuras") pueden estar ausentes a diferencia de la candidiasis o trichomoniasis)

Evaluación:

Interrogatorio:

- ¿Desde cuando tiene flujo vaginal?
- ¿Tiene flujo con mal olor?
- ¿Tiene prurito ("picazón")?
- ¿Hay dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia)?
- ¿Hay ardor al orinar (disuria)?

Características clínicas de la secreción vaginal normal y del flujo Vaginal infeccioso

Síntomas	Normal	Vaginitis Moniliásica	Vaginitis Trichomoniásica	Vaginosis bacteriana
Prurito	No	Si	Sí intenso	Raro
Disuria	No	Si	Si	No
Dispareunia	No	Si	Si	No

Examen físico:

Los hallazgos varían de acuerdo al tipo de vaginitis y a la gravedad de la infección.

Vaginitis Moniliásica :

- Eritema ("enrojecimiento") vulvar y vaginal
- Edema vulvar y grietas en la piel de esta zona en casos severos.
- Flujo como "leche cuajada", la superficie vaginal presenta áreas blanquecinas o grisáceas de depósitos de la secreción.

Vaginitis Trichomoniásica :

- Al examinar la vagina y cuello, se puede encontrar las lesiones rojas, puntiformes características conocidas como petequias que se deben a hemorragias subepiteliales.
- La vulva, vagina y cérvix pueden estar hinchados y rojos, dependiendo de la severidad de la infección.
- Sangrado desde el endocérnix, cuando se realiza contacto directo (con espátula torunda, espéculo)
- Flujo vaginal blanco grisáceo o verdoso (sólo en 10% de pacientes) con mal olor.

Vaginitis Bacteriana:

La vaginosis bacteriana a diferencia de la vaginitis moniliásica o trichomoniásica, da poca o ninguna evidencia de irritación vulvovaginal (eritema o edema). El Examen físico mostrará el flujo vaginal blanco- grisáceo homogéneo, con mal olor, que cubre las paredes de la vagina

Hallazgos clínicos al examen físico

	Vaginitis Moniliásica	Vaginitis trichomoniásica	Vaginosis bacteriana
Vagina	Si (++)	Si (+++)	No
- Eritema	No	Si	No
- Petequisas			
Vulva			
- Eritema	Si(++++)	Si(++)	No
- Edema	Si(++++)	Si(++)	No
- Escoriaciones grietas	Si/No	Si/No	No

Características del flujo vaginal

Características	Vaginitis Moniliásica	Vaginitis trichomoniásica	Vaginosis bacteriana
Cantidad	Regular	Abundante	Regular
Consistencia	Grumosa	Homogéneo	Homogéneo
Color	Blanco o pizarroso	Gris o verdoso	Gris o blanco grisáceo
Olor	Sin olor	Mal olor	Olor a pescado o "rancio"
Espuma	No	20%	7%
PH	4 - 5	5.5	5 a 5.5

Procedimientos auxiliares

- 1) Examen directo con solución salina : al microscopio .

- Se coloca una muestra de secreción vaginal en una lámina porta-objetos, se le agrega una gota de solución salina, se cubre con una lámina cubre objeto y se observa.
 - Permite identificar con facilidad a la trichomona vaginalis, en el 80% a 90% de las pacientes infectadas¹, muestra las células epiteliales espiculadas, "punteadas" con cocobacilos (apariencia granular), denominadas células clave en pacientes con vaginosis bacteriana. Sin embargo, 40% de las pacientes con vaginosis bacteriana no tendrán estas células. Muestra la ausencia de lactobacilos en casos de vaginosis bacteriana.
- 2) Examen con hidróxido de potasio al 10%; luego de colocar la muestra de secreción vaginal en una lámina portaobjetos, se agrega una gota de hidróxido de potasio al 10% y posteriormente se cubre con una lámina cubreobjetos para poder observar al microscopio. En la vaginitis moniliásica, demostrará las pseudohifas y las esporas de las candidas. En la vaginosis bacteriana, cuando se agrega una gota de hidróxido de potasio a una muestra de secreción vaginal, se libera a (veces) olor a pescado ("prueba del olfato u olor positivo")²
 - 3) Coloración de Gram: en la vaginosis bacteriana, confirma la presencia de la Gardnerella vaginalis, pequeño bacilo Gram negativo.
 - 4) Medios de cultivo: (pocas veces usados y solo en lugares donde se tiene disponible): los cultivos en medio Sabouraud o de Nickerson, son confiables para identificar las cepas de candida^{1,4}. El medio de cultivo para gardnerella vaginalis no es necesario².

Tratamiento

Vaginitis Moniliásica :

a) Tratamiento farmacológico:

- Tratamiento local: con cremas vaginales u óvulos. Teniendo ventajas las primeras por que pueden aplicarse directamente a la vulva² los ovulos de Miconazol se aplican a dosis de 100 mg por 7 noches, y los de Clotrimazol 500 mg por una sola vez). La Nistatina se aplica 100,000 U Cada día por 14 días. El Miconazol y el Clotrimazol en cremas tiene un efecto rápido(se deben colocar al acostarse durante 3 a 7 días en los casos moderados y durante 10 a 14 días en los casos severos).El uso de Nistatina es por 14 días.
- Tratamiento sistémico (usados en los casos muy severos) :Ketoconazol 200 mg/tableta, administrar 2 tabletas juntas en el almuerzo por 5 días. Las recaídas pueden prevenirse efizcamente administrando dosis bajas durante 6 meses.

b) Tratamiento no farmacológico (puede funcionar en casos muy leves y al inicio de la enfermedad): Se debe realizar lavados (no duchas a presión) con agua de vinagre; se diluye 1 a 2 cucharadas de vinagre blanco en 250 ml de agua, 4 veces al día por 5 días.

Vaginitis trichomoniasica:

El tratamiento con Metronidazol es eficaz y se puede administrar tanto por via oral como por via vaginal. El Metronidazol tiene actividad selectiva contra las bacterias anaerobias y contra los protozoarios y algunos autores refieren que puede ser teratogénico. Sin embargo una comunicación reciente no encontró aumento de la frecuencia de alteraciones cromosómicas al cabo de 4 meses de tratamiento⁹. El Metronidazol se puede administrar de la siguiente manera:

- 2 gr via oral como dosis única⁸
- 250 mg vía oral 3 veces /día por 7 días^{7,8}

- 500 mg vía oral 3 veces /día por 7 días^{4,10}

Estas dosis son eficaces en el 90 a 95% casos. La pareja debe ser tratada según recomendación del CDC (1989)¹. Se debe evitar la ingesta de alcohol durante el tratamiento². Como medidas locales realizar lavados con yodo povidona.

Durante el embarazo el metronidazol debe evitarse en el primer trimestre. Tampoco se recomienda su uso durante la lactancia por que se excreta en la leche. Se puede administrar el Miconazol y el Clotrimazol intravaginalmente: 100 mg/ día y 500 mg/día respectivamente por 7 días durante el embarazo.

Vaginosis bacteriana:

El tratamiento está dirigido contra la *Gardnerella vaginalis* y las bacterias anaerobias

a) Tratamiento farmacológico: por orden de eficacia tenemos :

Metronidazol:

- 2 gr. Vía oral, dosis única.
- 500 mg vía oral, 2 veces/día por 7 días (90% de curación^{1,3,10})
- 250 mg vía oral, 3 veces/día por 7 días, en los casos leves^{1,3}

Clindamicina:

- 300 mg vía oral, 2 veces/día por 7 días¹⁰.

Cefalexina:

- 500 mg vía oral, 4 veces/día por 7 días³

Ampicilina :

- 500 mg vía oral, 4 veces/día por 7 días³

Tetraciclina

- 500 mg via oral, 4 veces/día por 7 días³

Existe controversia en cuanto al tratamiento de la pareja. Cuando la paciente tiene recurrencias, el tratamiento de la pareja debe ser usado.

b) Tratamiento local :

- Metronidazol gel vaginal : administrar 2 veces al día por 5 días (se recomienda en gestantes).
- Clindamicina crema vaginal: administración igual a la anterior.
- Lavados con soluciones ácidas(vinagre, limón), pueden disminuir la secreción y el olor temporalmente (raramente erradican la infección).

Criterios de alta y control:

La paciente está dada de alta en el consultorio externo, luego de desaparecer los síntomas y signos de vaginitis moniliásica, tricomoniasis o de vaginosis bacteriana.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Copeland, M.: Ginecología. Editorial Médica Panamericana S.A. México, 1994.
- 2- Havens, C.S.; Sullivan, N.D.; Tilton, P.: Manual of Outpatient Gynecology. Editorial Little, Brown and Company. USA 1991. II Edición.
- 3- Monif G.R. et al.: Enfermedades Infecciosas en Obstetricia y Ginecología. Salvat Editores S.A..Barcelona- España, 1988.
- 4- Jones, H.W.; Jones G.S.: Tratado de Ginecología de Novak. Editorial Interamericana. México, 1988. XI Edición.
- 5- Benson, R.C.; Pernoll, M.L.: Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétricos. Editorial El Manual moderno. México, 1989.

- 6- Schwarcz, R.; Duverges, C.: Obstetricia. Editorial El Ateneo. Argentina. 1990. IV Edición.
- 7- Niswander, K.R.: Manual de Obstetricia, Editorial little, Brown and Company. USA, 1988. III Edición.
- 8- Gleicher, N. Medicina Clínica en Obstetricia. Editorial Medica Panamericana S.A. USA, 1992. I Edición.
- 9- Pritchard, J.; Mac Donald, P.: Williams Obstetricia. Salvat Editores. España, 1986. III Edición.
- 10- Rivlin, M.; Martin, R.: Manual of Clinical problems in obstetrics and gynecology, Editorial Little Brown and Company, Missisipi-USA, 1994. IV Edición.
- 11- Ministerio de Salud: Manual de Salud Reproductiva. Métodos y Procedimientos. Lima, Perú.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es un síndrome clínico agudo, que resulta de la propagación ascendente de microorganismos desde la vulva, vagina y endocérvix hacia el endometrio (endometritis), las trompas de Falopio (salpingitis), los ovarios (ooforitis), la pared uterina (miometritis), el ligamento ancho del útero (parametritis), y a veces el peritoneo pélvico (pelvi-peritonitis). En la mayoría de casos las trompas son las más afectadas, por lo que la salpingitis es el componente más característico y común de las EIP.

Incidencia, etiología y factores de riesgo asociados:

En éste país no se ha elaborado estadísticas sobre su incidencia. En otros países se encuentra que en mujeres entre los 15 y 24 años de edad, de 18 a 20 por cada mil adquirirá EIP cada año. Se ha estimado que 1 de cada 8 adolescentes con vida sexual activa puede desarrollar EIP aguda.

Casi la totalidad (99%) de los casos de EIP aguda resultan de la migración ascendente de los organismos de la vagina y del cérvix. La infección se propaga a lo largo de la superficie de la mucosa endometrial a las trompas de falopio. Aproximadamente el 10% de éstas infecciones ascendentes son iatrogénicas. Ocurren como una complicación del aborto, el curetaje uterino y de otros procedimientos invasivos como la histerosalpingografía y la inserción de DIU.

Microbiología: Las bacterias comúnmente involucradas incluyen:

- Aerobias:
 - Escherichia coli, Klebsiella, Proteus y otros coliformes.
 - Streptococcus grupo B
 - Staphylococcus Coagulasa negativa
- Anaerobias:
 - Peptostreptococcus
 - Peptococcus
 - Bacteroides bivius
 - Bacteroides
- Neisseria gonorrhoeae
- Chlamydia Trachomatis

- Haemophilus influenzae
- Mycoplasma hominis
- Ureaplasma urealyticum

Factores de riesgo asociados:

- Actividad sexual: La EIP es muy rara en mujeres que no son sexualmente activas. El tener múltiples parejas sexuales incrementa de 3 a 4 veces la posibilidad de desarrollar EIP. El inicio temprano de la actividad sexual, las relaciones sexuales riesgosas como las anales u orales, practicadas antes de las vaginales y las relaciones sexuales durante la menstruación incrementan el riesgo de EIP.
- Aborto: el riesgo de EIP luego de un aborto espontáneo es de 1%. Los abortos provocados son un riesgo mucho mayor para desarrollar EIP.
- Procedimientos invasivos o instrumentación reciente del tracto genital: pueden provocar una EIP; la histerosalpingografía, la colocación de DIU y los legrados uterinos. La historia de instrumentación se encuentra en más del 12% de los casos de EIP.
- Historia de enfermedades de Transmisión Sexual: las pacientes portadoras de gonorrea, clamidias o de vaginosis bacteriana tienen mayor riesgo de desarrollar EIP.
- Historia de EIP: las mujeres que han tenido un episodio de EIP son 2 a 3 veces más susceptibles a tener un nuevo episodio.
- Contracepción: los métodos anticonceptivos pueden influir en el riesgo de desarrollar EIP.
 - a) El DIU incrementa el riesgo relativo de las mujeres para EIP en 2 a 3 veces, si no se sigue adecuadamente las técnicas de asepsia durante la inserción. El riesgo es mayor en los tres primeros meses posteriores a la inserción. El DIU está contraindicado en mujeres con historia de EIP o en quienes tienen múltiples parejas sexuales.
 - b) Anticonceptivos orales; parecen disminuir el riesgo de tener EIP secundario a gonorrea.
 - c) Contraceptivos de barrera; tales como condones y geles espermaticidas parecen tener un efecto protector significativo para EIP. El nonoxinol-9, que se encuentra en algunos espermicidas es bactericida y viricida.
- Edad: la prevalencia de la EIP aguda es más alta en mujeres jóvenes menores de 30 años.
- Prácticas de la paciente: Uso de las duchas vaginales.

Prevención y promoción:

- Detectar tempranamente y tratar adecuadamente a las mujeres con infección del tracto genital inferior (ver vaginitis y cervicitis), así como a sus compañeros sexuales.
- Enseñar técnicas de higiene genital, la limpieza debe efectuarse de adelante hacia atrás, para no arrastrar las bacterias que están alrededor del ano hacia el introito vaginal.
- Educar a los pacientes en la actividad sexual; debe aconsejarse la relación sexual con una sola pareja, realizar higiene precoital en la pareja, no tocarse los genitales con las manos sucias y no tener relaciones sexuales durante la menstruación.
- Aconsejar el uso de métodos de barrera (condones, espumas) para disminuir el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual que lleven a la enfermedad inflamatoria pélvica.
- Promocionar los métodos anticonceptivos para evitar los embarazos no deseados y así disminuir los casos de aborto inducido.

- Realizar una asepsia adecuada en vagina y genitales externos si se han de realizar procedimientos invasivos e instrumentación del tracto genital femenino (inserción de DIU, legrados uterinos, histerosalpingografía)

Criterios de diagnostico y diagnostico diferencial:

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) aguda puede ser difícil de diagnosticar. En muchos casos los síntomas agudos aparecen durante el período menstrual o inmediatamente después, debido a la mayor vulnerabilidad que tiene la cavidad uterina o la invasión de bacterias en éste período. Igualmente en el período ovulatorio cuando el moco cervical es permeable para favorecer el paso de los espermatozoides. Los **síntomas** de EIP son los siguientes:

- Dolor abdominal inferior (sobre el pubis): se encuentra en el 90% de las pacientes con EIP, generalmente es bilateral y no necesariamente severo, aumenta con los movimientos o con las relaciones sexuales (dispareunia), hay marcado dolor abdominal inferior a la descompresión (peritonitis pélvica)
- Flujo vaginal anormal: leucorrea y/o pus. Presente en el 55% de los pacientes con EIP.
- Fiebre o escalofríos: sólo en el 40% de los pacientes.
- Síntomas de uretritis: dolor al orinar (disuria), orinar frecuentemente (polaquiuria), por infección uretral concomitante. El urocultivo servirá para diferenciar entre cistitis bacteriana verdadera y una uretritis gonocócica o por chlamydia.
- Náuseas con o sin vómitos: si van asociados pueden indicar un problema más grave. Los **signos** de EIP son los siguientes:

- Flujo vaginal (leucorrea) y secreción purulenta a través del orificio cervical interno. La tinción de Gram del extendido (frotis) de éste material evidencia más de 30 leucocitos polimorfonucleares por campo y permite demostrar la presencia de bacterias en la secreción.
- Sensibilidad o dolor uterino y cervical a la movilización durante el tacto vaginal.
- Hipersensibilidad bilateral de los anexos a la exploración ginecológica. En algunas pacientes "engrosamiento" anexial palpable.
- Dolor abdominal inferior a la palpación.
- Temperatura mayor que 38° C

Para el diagnóstico deben estar presentes 3 criterios mayores y 1 o más de los menores.

Criterios para el diagnostico clinico de la enfermedad inflamatoria pelvica

CRITERIOS MAYORES	CRITERIOS MENORES
- Dolor abdominal inferior con o sin rebote unilateral o bilateral - Dolor a la movilización del cuello uterino - Dolor a la palpación anexial bilateral.	- Fiebre (38° C o más) - Engrosamiento o masa anexial palpable, unilateral o bilateral - Leucocitos (más de 10,000 por mm³) - Elevación de proteína C reactiva - Prueba positiva para gonococo (diplococos gram negativos intraleucocitarios) o para Chlamydia en secreción cervical - Pus libre en cavidad peritoneal.

Diagnóstico Diferencial:

El Diagnóstico Diferencial se debe hacer con:

- Embarazo ectópico: el dolor puede ser muy similar al de EIP, pero la paciente con embarazo ectópico no tiene fiebre ni leucocitos elevada. La exploración física puede ser confusa, porque en ambos casos hay una gran hipersensibilidad y es imposible a veces identificar los anexos. Si existe retraso menstrual, sospechar de embarazo ectópico. Si se sospecha que está roto el embarazo ectópico, hacer culdocentesis (es positiva cuando se obtiene "sangre que no coagula") y pruebas de embarazo (en orina o en sangre, dosaje de la subunidad B HCG).
- Apendicitis aguda: en su forma típica el dolor de la apendicitis aguda se inicia en epigastrio y se localiza posteriormente en el cuadrante inferior derecho, en el punto de Mc Burney. Contrasta con la EIP porque en ésta el dolor se inicia en el abdomen inferior y posteriormente se hace difuso si se acompaña de peritonitis generalizada. La diferenciación se dificulta cuando hay apendicitis perforada y peritonitis; se sospechará si no se encuentran leucocitos en el frotis de secreción del cérvix.
- Quiste aneal a pedículo torcido: el dolor es sumamente intenso, localizado en uno de los anexos en el cual se palpa una tumoración quística bien delimitada. No va acompañada de fiebre a menos que haya necrosis del ovario.
- Pielonefritis aguda: el dolor se localiza en la región lumbar, es muy intenso a nivel del ángulo costovertebral y se irradia a los flancos abdominales. La paciente presenta además "ardor al orinar" (disuria), "orina frecuentemente" (polaquiuria) y tiene sensación de "querer seguir orinando luego de terminar de evacuar la vejiga" (tenesmo vesical). El diagnóstico se confirma con el examen microscópico de la orina.

Evaluación:

Interrogatorio:

- ¿Tiene dolor abdominal inferior (suprapúbico)?
- ¿Tiene flujo vaginal o "descensos"?
- ¿El dolor apareció durante o inmediatamente después de la menstruación?
- ¿El dolor aumenta al caminar, correr, saltar o con las relaciones sexuales?
- ¿Ha presentado fiebre?
- ¿Ha tenido náuseas y/o vómitos?
- ¿Ha tenido antes dolor abdominal inferior, dolor con las relaciones sexuales (dispareunia)?
- ¿Usa algún método anticonceptivo?
- ¿Tiene DIU? ¿Cuánto tiempo?
- ¿Usa condones o espermicidas?

Preguntar con discreción:

- ¿Cuántas parejas sexuales tiene?
- ¿Tiene relaciones sexuales anales u orales?

Examen Físico:

- Dolor abdominal inferior a la palpación. El cual puede estar acompañado de dolor a la descompresión del abdomen "rebote", sugestivo de peritonitis pélvica.
- Leucorrea y/o pus cervical.
- Hipersensibilidad o dolor a la movilización del cérvix o del útero. Es un signo importante de la EIP.

- Engrosamiento anexial o masa anexial, encontrada en 50% de pacientes con EIP.
- Temperatura mayor de 38° C o a veces afebril.
- Culdocentesis: se realizará si el fondo de saco de Douglas está libre de masas o órganos pélvicos sólidos. El líquido peritoneal purulento no garantiza el diagnóstico de EIP; cualquier trastorno que origine inflamación en espacios peritoneales (como la apendicitis aguda), produce líquido turbio en la culdocentesis.

Procedimientos auxiliares:

El diagnóstico de la EIP es eminentemente clínico, se llega a través del interrogatorio y el examen físico. Ocasionalmente es necesario hacer algunos procedimientos auxiliares, siempre que estén disponibles, para corroborar la sospecha diagnóstica:

- Examen directo de secreción endocervical: la presencia de más de 30 leucocitos polimorfonucleares por campo de inmersión en aceite, se correlaciona con cervicitis purulenta y con una infección por gonococos y chlamydia. Si un frotis muestra muy poca o ninguna célula, es probable que la paciente no sufra de ninguna EIP aguda.
- Cultivos de muestras cervicales y uretrales: De ser posible se realizarán cultivos para *Neisseria Gonorrhoeae* y *Chlamydia Trachomatis* en todos los casos que se sospecha de EIP.
- Flúidos o secreciones de Culdocentesis. A todos los flúidos "secreciones" obtenidas por culdocentesis, se les debe realizar una coloración Gram y de ser posible cultivarlos. La aspiración de sangre no coagulable sugiere el embarazo ectópico roto.
- Test de embarazo o B HCG: Toda mujer con sospecha de EIP debería someterse inmediatamente a un test de embarazo en orina o suero. Aproximadamente 4% de las mujeres que fueron hospitalizadas con EIP aguda tuvieron un embarazo ectópico.
- Proteína C reactiva: aumenta más de 2 mm/dl. Es predictor de la respuesta a los antibióticos.
- Evaluación ecográfica: Tiene valor limitado y no es indispensable para el diagnóstico de EIP. Se debe realizar sólo si se encuentra disponible. Tiene una sensibilidad del 95% para diagnosticar abscesos pélvicos y puede ser de ayuda en el seguimiento de la respuesta al tratamiento médico.
- Laparoscopia: Da el diagnóstico inmediato y exacto de EIP. Se puede obtener cultivos confiables del tracto genital superior en todas las pacientes que presentan diagnóstico clínico de EIP. Se debe considerar la laparoscopia diagnóstica en las pacientes con diagnóstico dudoso, en especial si existe la posibilidad de embarazo ectópico.

Clasificación y tratamiento:

La clasificación de la EIP (de Gainesville) se realiza según las fases de la salpingitis aguda. El manejo terapéutico varía en cada fase. En el tratamiento debe considerarse que ésta infección es frecuentemente de origen polimicrobiano y que el espectro antimicrobiano del esquema de tratamiento seleccionado debe incluir Gram positivas, Gram negativas, aerobias, anaerobias, gonorrea y chlamydia; los esquemas a continuación propuestos cumplen con éste requisito. La sensibilidad de los gérmenes a los antibióticos puede variar de un lugar a otro.

Fase I: salpingitis aguda sin peritonitis:

La paciente presenta inflamación en las trompas de Falopio, dolor abdominal inferior pero no habrá dolor a la descompresión abdominal, por no tener peritonitis. El

tratamiento es ambulatorio y existen los siguientes esquemas de tratamiento propuestos:

Esquema 1:

Cefoxitina 1 gr IM o Ceftriaxona 250 mg IM + Doxiciclina 100 mg VO c/12 horas o Tetraciclina 500 mg VO C/ 6 horas por 10 – 14 días. La alternativa para los pacientes que no toleran la Doxiciclina es la Eritromicina 500 mg VO c/6 horas por 10 – 14 días.

Esquema 2:

Combinación de tratamiento para anaerobios, gonorrea y chlamydia:

- a. Para Gonorrea: (escoger una de las alternativas)
 - Ceftriaxona, 250 mg IM, dosis única
 - Ciprofloxacina, 500 mg VO, dosis única o
 - Espectinomicina, 2 gr IM, dosis única o
 - Si no se dispone de fármacos para dosis única: Cotrimoxazol (Trimetoprim 80 mg/ Sulfametoxazol 400 mg) 10 tabletas por día durante 3 días. Debe usarse en las zonas donde ha demostrado ser efectivo contra la gonorrea, pues puede haber resistencia bacteriana.
- b. Para Chlamydia: (escoger una de las alternativas)
 - Doxiciclina 100 mg VO c/ 12 horas por 7 días o
 - Tetraciclina 500 mg VO c/ 6 horas por 7 días.
 - La alternativa para los pacientes que no toleran la Doxiciclina es la Eritromicina 500 mg VO c/ 6 horas por 10 – 14 días.
- c. Para anaerobios:
 - Metronidazol 500 mg VO 2 veces al día durante 10 días.

Fase II: Salpingitis Aguda Con Peritonitis:

La paciente presenta inflamación en las trompas de Falopio y compromiso peritoneal, por o que se debe indicar el internamiento hospitalario.

Fase III: Sospecha De Oclusion Tubarica o Absceso Tubo ovarico:

En el exámen ginecológico se encuentra una masa anexial y debe ser de tratamiento hospitalario.

Fase IV: rotura de absceso tubo ovarico:

El cuadro suele iniciarse por dolor brusco e intenso en el abdomen seguido a menudo de vómitos, escalofríos y signos de peritonitis generalizada, el tratamiento debe ser quirúrgico hospitalario.

Criterios de alta en la paciente con eip y tratamiento ambulatorio:

Las pacientes con EIP, en fase I serán dadas de alta cuando hayan cumplido su tratamiento antibiótico (10- 14 días) y haya remitido la sintomatología, existiendo controles posteriores según la evolución clínica de la paciente.

BIBLIOGRAFIA:

1. Rivlin, M.; Martin, .: Manual of clinical problems in Obstetrics and Ginecology. Editorial little, Brown and Company. Mississipi-USA 1994. IV Edición. Pags. 302-305.

2. Havens, C.S.; Tilton, P.: Manual of Outpatient Gynecology. Editorial Little, Brown and Company. USA 1991. II Edición. Pags. 30- 37.
3. Jones; H.W.; Jones, G.S.: Tratado de Ginecología de Novak. Editorial Interamericana. México 1988. XI Edición. Pag. 465- 484.
4. Faro, S. Et al. Infecciones obstétricas y Ginecológicas. En: Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Editorial Interamericana. México. Junio 1989, Vol 16 (2): Pags. 335- 347.

3. CONTROL PRE NATAL Y PROMOCIÓN DEL CUIDADO PRE NATAL

Control prenatal

3.1 Definición:

Es el conjunto de actividades programadas a la gestante a fin de contribuir a la salud de la madre y el feto. El control prenatal nos permite vigilar la evolución de la gestación en forma precoz, oportuna, continua, periódica, completa e integral, determinando el riesgo Obstétrico y perinatal, adoptando las medidas necesarias para mejorar el estado de salud de la madre y el producto de la gestación.

El cuidado pre-natal es una responsabilidad compartida entre:

- la gestante – la pareja
- la familia – la comunidad
- los trabajadores de establecimiento de salud

3.2 Finalidad

Prevenir, detectar y tratar complicaciones del embarazo para evitar daños materno-perinatales, atendiendo a las pacientes según riesgo obstétrico, esto implica analizar e interpretar los factores sociales, económicos, culturales y ambientales que influyen en la evolución psíquica y física de la paciente.

3.3 Objetivos

Objetivos Generales

- Promover y mantener la salud Integral de la gestante asegurada a través de acciones integradas, para que el embarazo se desarrolle dentro de los parámetros normales y lograr al final de la gestación, una madre y un recién nacido física, psíquica y socialmente sanos.
- Contribuir a disminuir los índices de morbi-mortalidad materno-perinatal mediante una atención prenatal precoz, oportuna, eficiente y de calidad

Objetivos Específicos

- Detectar los factores de riesgo de la gestante en forma precoz para una referencia y contrareferencia de acuerdo al nivel de atención.
- Vigilancia de la evolución de la gestación en base a un cronograma que permita una evaluación adecuada, así como la preparación física y mental para el parto, lactancia materna y crianza del niño y la readaptación puerperal.
- Prevenir las complicaciones evitables de la gestación.
- Detectar y tratar tempranamente las complicaciones que se presenten durante el embarazo, evaluando el bienestar materno y fetal
- Lograr actitudes saludables en la gestante, puérpera, familia y comunidad a través de una educación efectiva
- Brindar a la gestante control nutricional, psicológico, social y cuidado de la salud bucal.
- Brindar atención Integral a la gestante a través de un equipo multidisciplinario : Médico Gineco-Obstetra, Obstetriz, Enfermera, Nutricionista, Trabajadora Social, Psicóloga, Odontólogo.

3.4 Niveles de Atención

El nivel de atención dependerá del Riesgo Obstétrico de la paciente, los cuales son:
Bajo Riesgo Obstétrico: Estas pacientes serán controladas en los establecimientos de atención primaria

Alto Riesgo Obstétrico: Estas pacientes serán controladas en el nivel requerido y por el personal especializado debiendo ser interconsultadas según demande su patología.

3.5 Criterios generales para el control prenatal

1. **Precoz o Temprana :** deberá iniciarse siempre que sea posible en el primer trimestre del embarazo antes de las 14 semanas
2. **Periódico y continuo :** deberán registrarse por lo menos **seis (6) controles** durante el embarazo. Un control en el primer trimestre, dos controles en el segundo trimestre y tres controles en el tercer trimestre
3. **Completo e integral :** según se describe en los rubros siguientes.
4. **Extenso o universal :** El objetivo es llegar al 100% de las gestantes.
5. **Humano :** con calidad y calidez

3.6 Procesos básicos para el control prenatal

1. Apertura de Historia Clínica Perinatal Base Completa (CLAP)
2. Llenado del carné perinatal (CP)
3. Anamnesis y examen físico completo.
4. Exámenes de ayuda al diagnóstico
5. Detección precoz de cáncer ginecológico
6. Evaluación nutricional.
7. Examen odontológico*.
8. Evaluación psicológica y social
9. Educación/ orientación y consejería en Salud Sexual y Reproductiva que incluye ETS-VIH/SIDA
10. Inmunizaciones.
11. Detección de signos de alarma obstétrica
12. Psicoprofilaxis.

3.6.1 Historia clínica perinatal base (HCPB)

Toda gestante debe ser atendida con la Historia Clínica Perinatal Base, para lo cual debe llenarse el Carné Perinatal, en cada control, ya que es el único nexo entre todos los establecimientos y servicios.

3.6.2 Llenado del carné perinatal (CP)

Ver Carné perinatal del CLAP

3.6.3 Anamnesis y Examen Físico Completo

□ **Anamnesis:**

▪ Filiación:

Durante la primo consulta identificar propiamente a la gestante anotando sus nombres y apellidos, domicilio, estado civil, grado de instrucción, procedencia, teléfono, centro de trabajo, y datos de cómo llamarla en caso de alguna emergencia .

▪ Antecedentes personales:

a. Fisiológicos: consignar los siguiente datos :

- Menarquia (M)
- Regimen catamenial (RC)
- Inicio de relaciones sexuales (IRS)
- Uso de métodos anticonceptivos(MAC)
- Papanicolaou (PAP)

b. Gineco-obstétricos:

La paridad y su fórmula. G: P:(a.b.c.d.)

G: número de gestaciones

P: a : número de partos a término

b : número de partos prematuros

c : número de abortos

d : número de hijos vivos

Descripción de la culminación de los partos anteriores, sexo, peso, año de nacimiento, lugar, etc

c. Patológicos :

- Antecedentes alérgicos
- Antecedentes quirúrgicos (cesáreas)
- Antecedentes de enfermedades importantes
- Hemotransfusión

d. Familiares

Antecedentes de enfermedades importantes como : tuberculosis, hipertensión arterial, diabetes mellitus, brucelosis y otros

▪ Datos del embarazo actual

Consignar:

- Fecha de la ultima regla (FUR)
- Fecha probable del parto (FPP)
- Edad gestacional (EG)
- Fecha del último parto(FUP)
- Ponderado del peso fetal (PF)

Para calcular la edad gestacional a través del cálculo del tiempo de amenorrea se procede de cualquiera de las siguientes opciones en orden de prioridad:

- a) Sumar los días transcurridos entre el primer día de la última regla y la fecha actual; la suma obtenida dividirla entre 7. El tiempo de gestación

en semanas completas sin considerar decimales.

- b) Para calcular la fecha probable de parto (FPP) : al primer día de la última regla se le suma 7 días y al mes se le resta 03 meses
- c) Según calendario obstétrico

Obtener datos acerca:

- molestias comunes de la gestación(náuseas, vómitos, etc)
- molestias anormales y signos de alarma de la gestación (sangrado, pérdida de L.A, cefalea, dolor abdominal, fiebre ,etc)
- vacunación antitetánica previa

□ Examen físico

■ Talla de la gestante

La talla se medirá en el primer control; sin zapatos con los pies juntos y lo más cerca posible al tallímetro

Si la talla es menor de 1.40 tiene mayor riesgo de Incompatibilidad Céfalopélvica

■ Peso de la gestante

Pesar a la gestante en todos los controles, con ropa liviana y descalza, evaluando la variación del peso entre los controles

El peso ganado debe compararse con la gráfica de incremento de peso materno que existe en el carné perinatal

La ganancia escasa de peso (menos de 200gr / semana) o el aumento exagerado de peso (más de 500gr / semana), deben evaluarse para descartar complicaciones .

■ Control de la Presión Arterial

- ✓ Hacer reposar sentada a la gestante por 20 minutos.
- ✓ Colocar el antebrazo derecho recostado sobre una mesa a la altura del corazón, aplicar el brazalete del tensiómetro alrededor del antebrazo quedando su borde inferior a 2cm sobre la flexura del codo.
- ✓ Buscar por palpación el latido arterial en el lado interno de la flexura del codo, donde se va aplicar el estetoscopio, sin aprisionarlo con el brazalet.
- ✓ Inflar el brazalete hasta 200 mm Hg de mercurio o hasta 20 mm Hg sobre la presión máxima (sistólica) y luego abrir lentamente la válvula haciendo descender suavemente la presión en el brazalete.
- ✓ Anotar la presión a la que se comienza a escuchar los latidos (presión arterial sistólica o máxima) y anotar la presión a la que se dejan de escuchar o atenúan los latidos (presión arterial diastólica o mínima).

$$\text{Anotar : } \text{TAM}^* = \frac{\text{PS} + 2 \text{PD}}{3}$$

*TAM = Tensión arterial media

■ Medición de la temperatura

- ✓ Se considera fiebre a temperatura mayor de 37° (axilar) y 37.5° (oral)
- ✓ La temperatura elevada debe ser bajada inmediatamente por el riesgo de muerte fetal, por esta razón si se detecta fiebre, se debe:
 - Administrar un antipirético como paracetamol a la dosis de 500 a 1000 mg por via oral, en seguida debe bajar la temperatura por

medios físicos (baños con agua, compresas frías, compresas con agua y alcohol).

- Si la temperatura no cede en una hora y la gestante no es alérgica, dar antipirético.
- Evaluar a la gestante y tomarle los análisis necesarios para determinar la causa de la fiebre, y establecer tratamiento. Si la capacidad resolutive del centro asistencial no permite dicha atención, derivar a la gestante a otro establecimiento de mayor nivel

▪ Inspección general:

Observar las mucosas, el grado de hidratación, color de la piel, buscar palidez, cianosis, ictericia y equimosis

▪ Examen de la cavidad oral

Buscar la presencia de caries, abscesos y otra patología. A toda gestante se le derivará al servicio de odontología.

▪ Examen pulmonar y cardiovascular:

▪ Examen de Miembros Inferiores

Observación y palpación, búsqueda de várices, signo de fovea.

▪ Examen Gineco-Obstétrico

✓ Examen de mamas (Ver prevención de Cáncer de mama en el Paquete de Atención Básica de la mujer)

✓ Abdomen

Para esta evaluación es necesario realizarlo en decúbito dorsal.

✓ Medición de altura uterina

- La medición se realizará colocando el CERO del centímetro sobre el borde superior del hueso del pubis y el otro extremo de la cinta se desliza hasta el fondo del útero (la parte más alta del útero).
- Registrar la medida y comprobar si el crecimiento del feto esta dentro del rango normal, del percentil 10 (P10) al percentil 90 (P90)
- El fondo del útero no siempre coincide con la línea media, puede estar lateralizado.
- Usar una cinta métrica inestensible, la cinta diseñada por el CLAP tiene además de la marca del centímetro, información valiosa para la evaluación de este parámetro.

Tan importante como que la altura uterina esté dentro del rango normal es que la curva de crecimiento de la altura uterina de la gestante, siga la misma tendencia que la curva normal, si la curva tiende a " aplanarse" es posible que se esté presentando un retardo de crecimiento intrauterino (RCIU)

✓ Auscultación de latidos fetales y constatar los movimientos fetales (a partir de las 22 semanas) para determinar el bienestar fetal

- Colocar a la paciente en decúbito dorsal, usar el fetoscopio de Pinard o el detector electrónico de latidos fetales
- Contar los latidos fetales en un minuto y comparar con los valores normales
- La frecuencia cardiaca fetal oscila entre 120 – 160 latidos por minuto

- Las frecuencias anormales son indicadores de riesgo fetal.
- Si hay anomalías en la FCF, debe ponerse a la gestante en reposo en posición decúbito lateral preferentemente de lado izquierdo y seguir controlando la FCF, si persiste por más de una hora, debe ser referida con urgencia al nivel pertinente
- Observar los movimientos a partir de las 22 semanas
- Preguntar y evaluar por los movimientos fetales, percibidos por la madre y por el examinador, en todos los controles.

Técnica e interpretación de los movimientos fetales :

En cuanto al número de movimientos fetales no indica compromiso fetal. La reducción del N° de movimientos fetales debe considerarse signo de alarma

Se aconseja a la embarazada, realizar un control diario de los movimientos fetales durante 30 minutos 3 veces por día. De percibir menos de 3 movimientos fetales en cada período, controlarlos en 12 horas: deben producirse mas de 10 movimientos fetales en ese tiempo. También se acepta como normal 4 movimientos fetales en 1 hora

✓ Evaluación de la presentación, situación y posición fetal

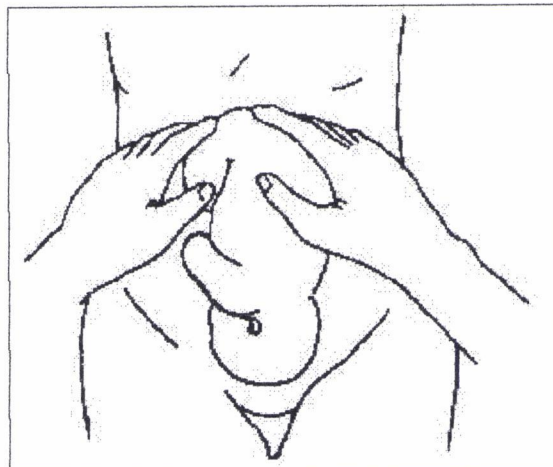
Y se puede determinar con las cuatro maniobras de Leopold.

Maniobras del LEOPOLD

Realizar las maniobras de Leopold a partir de las 28 semanas

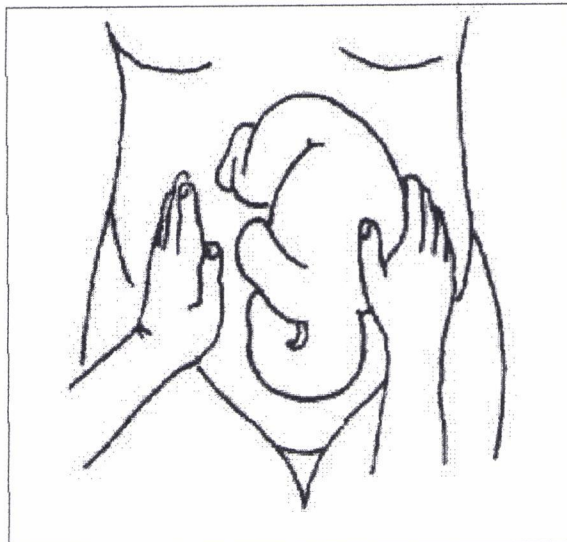
Primera Maniobra

Palpar el fondo uterino para identificar el polo fetal que lo ocupa, generalmente se encuentra las nalgas, si se detecta la cabeza (polo cefálico), el feto está en presentación podálica.



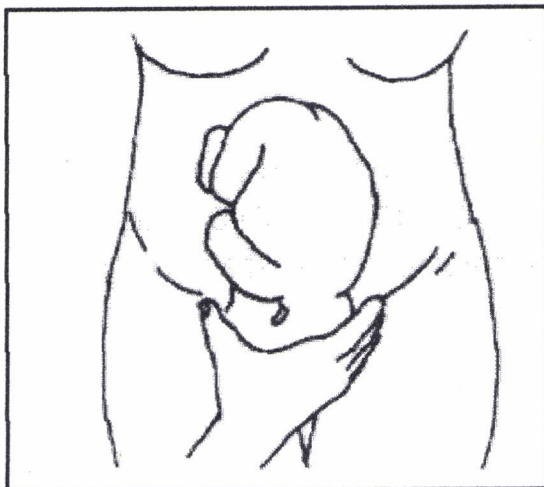
Segunda Maniobra

Palpar los flancos del abdomen materno y ubicar el dorso fetal, si el feto está en transversa se palpa tanto el polo cefálico como las nalgas en los flancos



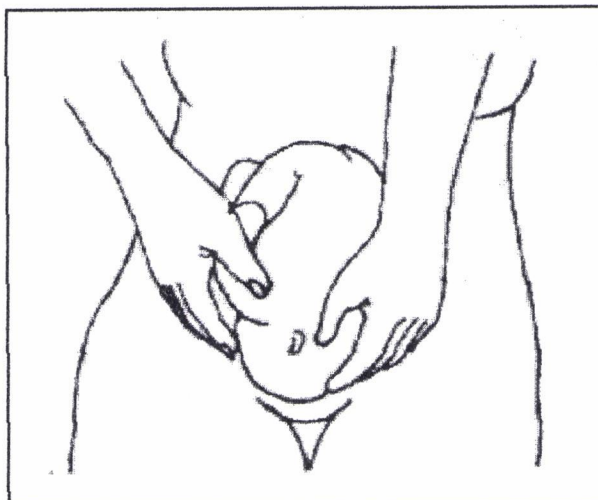
Tercera Maniobra

Palpar con la mano más hábil, por encima de la sínfisis del pubis, al polo fetal que allí se encuentra y hacer que se desplace en vaivén natural para determinar de cuál se trata. Si es el polo cefálico, el vaivén evidencia una formación de consistencia dura que "golpea" suavemente la mano, si el polo es podálico se siente el desplazamiento de una estructura blanda que no "golpea"



Cuarta Maniobra

Permite evaluar el encajamiento del polo de presentación. Partiendo de los flancos del abdomen materno y siguiendo el contorno fetal acercarse hacia el pubis . Si las Manos llegan a juntarse, el polo de presentación aún no está encajado en la pelvis, si las manos son rechazadas por dicho polo, ya se produjo el encajamiento en la pelvis. Se llama encajamiento cuando la parte más baja del polo de presentación se encuentra a nivel de las espinas ciáticas de la pelvis.



- Examen Ginecológico
Realizar este examen pélvico en :
 - La primera consulta.
 - Cuando la gestante refiere molestias ginecológicas.
 - Cuando presente dinámica uterina.

3.6.4 Examen ayuda al diagnóstico

(Ver en Cronología de la Atención prenatal).

3.6.5 Detección precoz de cáncer ginecológico y de mamas

(Ver en Detección precoz de Cáncer Ginecológico y de mamas, en atención básica de la mujer)

3.6.6 Evaluación y Manejo Nutricional

Promoción de la nutrición de la mujer embarazada

Propósito :

Lograr condiciones óptimas de nutrición para la mujer gestante y desarrollo fetal

Objetivos :

Promover y mantener un adecuado nivel nutricional en la gestante a través de una intervención oportuna, desarrollando acciones de evaluación, control y seguimiento.

Evaluación nutricional

Se realizará con los siguientes parámetros:

- 1. Datos de la madre: Talla, edad, peso inicial al embarazo, peso actual, edad gestacional.**

Con los datos de peso actual y talla, se obtendrá el Índice de Masa corporal que se hace de la siguiente forma:

$$\text{Peso Kg/talla}^2 \text{ en metros} = \text{IMC en m}^2$$

Se hace esta distribución :

< 18.70	→	Bajo peso	: Referir al nutricionista
18.70 – 23.90	→	Normo peso	
24.0 – 27.0	→	Sobrepeso	: Referir al nutricionista
> 27	→	Obeso	: Referir al nutricionista

Dieta de la embarazada

El estado nutricional de la paciente antes de la gestación es tan importante como la nutrición durante el embarazo. Se puede influir en el estado nutricional de la embarazada al mejorar sus hábitos alimenticios desde el inicio temprano del embarazo en beneficio del binomio madre-feto.

La dieta de la embarazada debe fraccionarse de la forma siguiente : **3 comidas principales:** desayuno, almuerzo, cena y **3 adicionales: media mañana, media tarde, antes de acostarse.**

Debe tenerse en cuenta que en la gestación tan peligroso es quedar por debajo de las cifras como sobrepasarlas.

Un aumento de **peso en promedio de 8 a 12 kg.** Durante el embarazo puede ser aceptado y recomendado como guía.

Las recomendaciones nutricionales se hacen acorde al peso pregestacional de la embarazada normal y deben cubrir necesidades en calorías, vitaminas, minerales, oligoelementos, proteínas, grasas y carbohidratos.

Necesidades energéticas (calorías)

Se aconseja suplementar la dieta de la embarazada de la forma siguiente :

<u>Cal/día</u>	<u>Trimestre</u>
100	Primero
200	Segundo
300	Tercer

En el puerperio, debe ofrecerse **400 cal/día** para cubrir las necesidades de la lactancia

Para calcular las necesidades de nutrientes de la embarazada es necesario calcular su peso y si está en normo peso.

Las cal/día deben calcularse de la siguiente manera :

	<u>Cal/Kg. de peso</u>
Bajo peso	35 – 45
Normo peso	30 – 35
Sobre peso	25 – 30
Obeso	20 – 25

Nunca ofrecer dietas de un valor inferior a 1500 cal/día pues puede producir cetosis y traer consecuencias adversas al feto.

Necesidades de Proteínas, grasas y carbohidratos

Proteínas :

1.5 g /día/Kg. de peso corporal (15-20% del total de cal.) a **predominio de proteínas de alto valor biológico.**

Adolescentes : 1.8 g/día/Kg.

Grasas :

1.1 g /día/Kg. de peso corporal (20-25% del total de cal.)

Carbohidratos:

El resto de las calorías hasta 2800 g. serán de carbohidratos

Del 55% al 60% del total de la dieta será provista por carbohidratos

Las necesidades de calorías se elevarán si la embarazada realiza un trabajo activo fuerte

Ejemplo de una mujer gestante con normo peso de 60 Kg. cruzando el primer trimestre de embarazo :

90g. proteínas	->	360 cal
65g. grasas	->	585 cal
314g. carbohidratos	->	1,255 cal.
		2,200 cal

A continuación se adjunta un menú cuya composición debe ser adecuada con alimentos propios de cada región.

Ejemplo : **Menú para gestante con peso normal, en I Trimestre de gestación**

Desayuno :	1 taza de leche 2 panes integral con queso
Media mañana :	Jugo de frutas
Almuerzo:	Ensalada natural (combinar c/verduras verdes) Arroz (1 porción) Menestra con huevo duro escabechado Refresco de maracuyá
Media tarde :	1 fruta
Comida:	Arroz (1 porción) Hígado al jugo c/ ensalada de verduras Refresco de maracuyá
Antes de acostarse	1 taza de leche

Necesidades de minerales y vitaminas

- Calcio:** Se recomienda que la ingesta de calcio sea de 1,200 mg/día a lo largo del embarazo
- Hierro:** Para satisfacer las necesidades de hierro, debe incrementarse 15 mg/día sobre los valores recomendados para no embarazadas, haciendo una ingesta total de 30 mg/día. Puesto que este incremento no puede ser satisfecho de forma regular por la dieta, se recomienda suplementos de hierro oral.
- Acido fólico :** Se recomienda 400 ug/día
- Vitamina A:** La recomendación es aumentar 200 ug a la recomendación de la mujer no embarazada que es de 800 ug, haciendo un total de 1,000/día
- Tiamina y riboflavina:** 1.5 mg/día

- Niacina:** Se estima que la necesidad en la gestante es de 18 mg/día
- Vitamina B12:** Se recomienda 3 ug/día
- Vitamina C:** Se recomienda 50 mg/día
- Vitamina D:** Se recomienda 10 ug/día, siendo recomendable en los dos últimos trimestres aumentar el consumo de leche fortificada con dicha vitamina
- Sodio:** No se recomienda la restricción de sodio durante el embarazo, puesto que no existe asociación entre la ingesta de sodio con mayor incidencia de toxemia, ni la restricción de sodio contribuye a prevenir su aparición o lograr su control en caso de que aquella aparezca.

Recomendaciones generales para una alimentación adecuada en la gestante

- Incluir en la alimentación de la gestante, las frutas, verduras, jugo de frutas y/o verduras y cereales integrales que permitan cubrir las necesidades de vitaminas
- Combinar los alimentos ricos en hierro con vitamina C para ayudar a la absorción del hierro no hemínico, así mismo evitar consumir junto con las comidas principales, alimentos que contengan factores inhibidores de su absorción: fitatos, carbonatos (aguas carbonatadas), oxalatos (chocola y cocoa), fosfatos (lácteos), fibra (salvado) y tanatos (té, cafeína, infusiones)
- Recomendar que el consumo de hierro se tome de preferencia con jugo de fruta rico en vitamina C.
- Aumentar la ingesta de líquidos hasta dos litros y medio al día, consumir frutas secas, yogurt y productos integrales, para evitar el estreñimiento.
- Consumir el salvado mezclado con jugos y como adicionales, dos horas después de las comidas principales para evitar la inhibición de la absorción de calcio y de hierro.
- Preparar las verduras de preferencia al natural o al vapor para evitar la disminución de su valor nutritivo.
- Evitar el consumo de alimentos refinados y procesados, especialmente aquellos que tienen alto contenido de azúcar y grasas.
- Evitar la supresión de una de las comidas principales en el día, ya que dificultan cubrir sus necesidades nutricionales y las correspondientes consecuencias que conllevan un ayuno prolongado.
- Evitar la disminución de peso durante el embarazo, a pesar de la obesidad materna, a través de dietas hipocalóricas o suspender una de las comidas principales, debido a que la disminución de la ingesta calórica puede producir déficit de nutrientes y llevar a un empleo de proteínas como fuente de energía, en lugar de dirigirlas a la síntesis tisular y llevar a la producción de cetonas que pueden alterar el desarrollo neurológico fetal.

Identificación del riesgo nutricional

La identificación de la gestante en riesgo nutricional se realizará a través de la aplicación de la siguiente Ficha de Riesgo, debiendo derivarse a la Unidad de Prevención para el manejo del riesgo por el especialista en Nutrición.

Ficha de Riesgo Nutricional en la Gestante

1	Período internatal corto	2
2	Talla menor de 1.45 cm.	2
3	Índice de masa corporal menor a 18.5, mayor o igual a 25	2
4	Peso pre-gestacional bajo	2
5	Ganancia inadecuada de peso durante el embarazo (escasa o excesiva)	3
6	Crecimiento uterino menor que el décimo percentil	3
7	Curva de crecimiento de la altura uterina plana	3
8	Embarazo doble o múltiple	2
9	Gestante añosa 35 años o más	3
10	Actividad física excesiva	2
11	Parto anterior de un niño que pesó menos de 2 kilos	4
12	Primigesta	1
13	Gestante adolescente	3

Total

Si el total del puntaje está entre:

- 0-1 ¡Bueno! Brindar orientación nutricional
- 2-3 Está en riesgo nutricional bajo. Brind
- 4-5 Está en riesgo nutricional moderado. Debe ser manejado por el especialista en Nutrición
- 6 a + Está en riesgo nutricional alto. Debe ser manejado por el especialista en nutrición

Acciones a tomar

- Gestante en riesgo nutricional
 - Recomendaciones nutricionales para una alimentación adecuada
 - Educación para la salud
 - Control según clasificación de riesgo:
 - Riesgo nutricional bajo 2 veces durante la gestación
 - Riesgo moderado 2 veces durante la gestación
 - Riesgo nutricional alto 3 veces durante la gestación
- Gestante con Malnutrición o con otras Patologías
 - Evaluar alimentación de la gestante
 - Tratamiento específico de acuerdo a Guía de manejo nutricional
 - Educación para la salud
 - Control mensual hasta un número de 3 veces al término de la gestación

Manejo nutricional en la gestante adolescente

Considerando que la mortalidad materna y neonatal se incrementa en las adolescentes, se hace necesario estimar las necesidades nutricionales de los niñas debidas al embarazo, además de sus necesidades debidas al crecimiento, por ello la valoración y educación nutricional precisa un constante asesoramiento individual

Calorías: Las necesidades calóricas dependerán del sexo, edad, tiempo de gestación y diagnóstico nutricional; y la adición de las calorías por trimestre de gestación se consideran las mismas que para la gestante adulta

- | | |
|-----------------|---------------|
| De 11 a 14 años | 47 cal/kg/día |
| De 15 a 18 años | 40 cal/kg/día |

A partir de los 17 años las necesidades calóricas se darán igual que para la gestante adulta

Proteínas:

Menores de 15 años 1.7 gr/kg/día

De 15 a 18 años 1.5 gr/kg/día. A predominio de proteínas de alto valor biológico

Calcio: 1,600 mg/día para los adolescentes en crecimiento. Debe emplearse suplementos cuando la dieta no satisface sus necesidades

Hierro : 30 mg/día

Manejo nutricional en la gestante con diabetes:

La terapia nutricional debe estar dirigida a obtener un incremento de peso adecuado y la ausencia de cuerpos cetónicos en la orina.

Las calorías y proteínas de la gestante diabética son:

	<u>Kcals</u>	<u>Proteínas</u>
Primer Trimestre	25-30 kcal/kg/día	1.5-2.5 gr/kg/día
Segundo Triemstre	35 kcal/kg/día	Requerimientos según edad, sexo, actividad + 13 grs.

Prohibir los alimentos de alto índice glicémico e incidir en los que son fuente de fibra soluble llegando a un total de fibra de 30 grs.

3.6.7 Examen Odontológico

Definición

Es la atención odontológica integral en la gestante proporcionándole tratamiento preventivo, recuperativo mejorando la calidad de vida de la madre y el producto de la gestación.

Finalidad.

Prevenir, detectar y tratar oportunamente las enfermedades de la cavidad oral, disminuyendo los factores de riesgo

Objetivos:

- Captación precoz de la gestante en el primer trimestre.
- Elevar el nivel de salud general y oral de la madre gestante
- Disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades de la cavidad oral
- Tratamiento integral en el menor número de citas
- Controles periódicos y protección a la gestante

Niveles de atención.

Las actividades odontológicas se desarrollan en los Centros Asistenciales según riesgo (alto riesgo, bajo riesgo). Las gestantes recibirán una atención multidisciplinaria.

El responsable de la atención odontológica es el cirujano dentista, quien deberá realizar las siguientes actividades:

- Examen odontológico.
- Eliminación de focos sépticos
- Destartraje
- Profilaxis y fluorización
- Tratamiento restaurativo ojo—(pendiente)

Criterio de diagnóstico.

El cirujano dentista realizará el examen odontológico según la historia clínica que le permitirá determinar el riesgo estomatológico y orientar un adecuado plan de tratamiento.

Manejo.

Tratamiento integral a la gestante en el servicio de odontología.

Criterio de Alta.

Se dará el alta concluido el período de gestación.

Recursos:

a) Recurso Humano.

Responsable : Cirujano dentista

Apoyo : Asistente / técnico de enfermería capacitado.

b) Equipos.

- Unidad dental
- Equipo ultrasonido (destartraje)
- amalgamador
- Lámpara de luz halógena
- Autoclave

c) Instrumental.

- Set de examen
- Set de limpieza dental (destartrizador)
- Set de cirugía
- Set de sutura
- Set de operatorio

d) Insumos (falta transparencia)

II. EXAMEN ODONTOLOGICO EN LA MUJER GESTANTE

PROTOCOLO

Código CIE. Z01.2

1. Definición.- El examen oral es un procedimiento clínico que se realiza con el objeto de

evaluar y orientar las condiciones actuales del sistema estomatológico de la madre gestante.

2. Objetivos.

- Diagnosticar las enfermedades prevalentes y no prevalentes de la cavidad oral.
- Instaurar un diagnóstico y plan de tratamiento según riesgo en el menor número de citas.
- Alta odontológica debe realizarse antes de concluir la gestación.

3. Niveles de Atención.

Se realizará en los centros de asistenciales, nivel I, II, III, IV, centros y postas médicas.

El responsable del examen odontológico es el Cirujano Dentista

4. Criterios de diagnóstico.

Filiación . Anamnesis

- Examen clínico extra e intra oral
- Odontograma (sondaje)
- Determinar el índice de caries (C.P.O) e I.H.O
- Diagnóstico definitivo
- Plan de tratamiento

5. Manejo.

Registro de la historia clínica odontológica.

6. Criterio de control Referencia y Contrarreferencia.

Control. Se establecerá de acuerdo al riesgo estomatológico de la gestante.

Referencia . Se podrá referir al nivel de menor o mayor complejidad según el caso.

Contrarreferencia. Una vez resuelto el caso en los niveles de mayor complejidad, La gestante podrá retornar a su clínica de origen, para continuar con sus controles.

7. Recursos:

a) Recurso Humano

Responsable : Cirujano Dentista

Apoyo : Asistente dental /técnico de enfermería capacitado

b) Equipo

- Unidad dental

c) Instrumental

- Set de examen

d) Insumos:

- Historia clínica odontológica (impresas)
- Lapicero azul, rojo.
- Vasos descartables
- Servilleta y campo para el paciente
- Tabletas reveladoras de placa bacteriana

- Mascarillas
- Guantes

8. Definición de Términos:

- **Índice de caries.** Indicador utilizado para cuantificar el estado de las piezas dentarias. Sirve para realizar el perfil epidemiológico de la caries dental.
- **Índice C.P.O.** Indicador para medir el estado de salud de las piezas permanentes.
 - C = Diente cariado - rojo
 - P = Diente extraído x azul
 - Diente por extraer x rojo
 - O = Diente obturado - azul
- **Índice de higiene oral (I.H.O).** Es un indicador para cuantificar los depósitos blandos presentes en la superficie de las piezas dentarias.
- **I.H.O.S.** Índice de Higiene Oral Simplificado. Se obtiene evaluando la superficie de las piezas dentarias.
 - 16 - 11 - 26 - 31 (vestibular)
 - 36 y 46 (lingual)

En caso de ausencia se utilizará la pieza vecina, de no existir ésta se colocará un guión (-) en el casillero.

Después de teñir se procederá a la lectura anotando el puntaje según sea el caso, como se indica:

0. Si la lectura no se ha teñido
1. Si se colorea el 1/3 gingival
2. Si se colorea hasta 2/3 gingivales
3. Si se colorea más de 2/3 gingivales

Se suman los valores de todas las piezas dentarias y se divide entre el mismo de piezas examinadas, obteniendo el nivel de riesgo.

PROTOCOLO DE DESFOCALIZACION

Código CIE:

- | | |
|---------|---------|
| - K08.3 | - K04.6 |
| - K04.1 | - K04.7 |
| - K05.3 | - K05.4 |
| - K04.5 | - K08.3 |

1. **Definición.** Es la eliminación brusca de reservorios de microorganismos patógenos constituyen potentes focos de infección.

2. Objetivos:

- Disminuir la cantidad de agentes patógenos existentes en la boca.
- Disminuir el riesgo estomatológico de la gestante.
- Mejorar la calidad de vida de la madre y el niño.

3. Niveles de atención.

Las actividades de desfocalización se realizarán en todos los niveles y según el riesgo. El responsable es el Cirujano Dentista

4. Criterio de Diagnóstico.

- Eliminación de aquellas piezas o radiculares que no pueden recibir tratamiento conservador
- Eliminación de nichos ecológicos en cavidades abiertas o cerradas. (
- Eliminación de bolsas – abscesos periodontales

5. Manejo

- Exodoncia (siguiendo la técnica indicada de acuerdo a la pieza a tratar)
- Eliminar los nichos ecológicos de lesiones cariosas utilizando biomateriales.
- Eliminación de bolsas periodontales (destartraje, curetaje subgingival, alizado radicular y otros)

6. Recursos:

a) Recurso Humano

- Responsable : Cirujano Dentista
- Apoyo : Asistente dental
Técnica capacitada

b) Equipos

- Unidad dental completa

c) Instrumental

- Set de cirugía
- Set de limpieza dental (destartarizadores)
- Set de operatorio
- Set de sutura

d) Insumos de examen odontológico

- Agujas descartables
- Gasa, algodón
- Anestesia C. Coock.
- Oxido de zinc + engenol
- Ionómero de vidrio
- Cemento quirúrgico
- Material para sutura
- Eyectores de saliva

PROTOCOLO DE DESTARTRAJE

Código CIE : K03.6

1. Definición.- Es un procedimiento que se realiza para eliminar por medios mecánicos los depósitos duros y blandos (curaciones – placa bacteriana) adherida a la superficie de los dientes.

2. Objetivos:

- Controlar el crecimiento de la placa bacteriana mediante métodos físicos y químicos (destartraje- clorexidina).
- Disminuir la morbilidad de las enfermedades prevalentes de la cavidad oral

3. Niveles de atención:

- Esta actividad se realizará en todos los niveles de atención.
- El responsable es el Cirujano Dentista

4. Criterio de Diagnóstico.

Detectar la presencia de las formaciones cálcicas () adheridas a la superficie de los dientes. (supra y subgingival).

5. Manejo

a) Métodos mecánicos

Eliminación de las formaciones cálcicas (sarro), utilizando .

- Destartarizadores: ° manejo fijo
 ° manejo intercambiable
- Equipo ultrasonido
- Curetas periodontales

b) Métodos terapéuticos

- Utilizando sustancias antimicrobianos para el control químico de la placa bacteriana mediante enjuagatorios 2 a 3 veces al día en una concentración de 0.2% (clorexidina).
- Uso de crema dental medicada (si el caso lo requiere)
- Toques.

6. Recursos

a) Recurso Humano

Responsable : Cirujano Dentista

Apoyo : Asistente dental

PROTOCOLO DE PROFILAXIA Y FLUORIZACIÓN

Código CIE : K05

1. Definición:

Profilaxia. Procedimiento de pulir y alisar las superficies de los dientes

Fluorización. Procedimiento preventivo que consiste en la aplicación de fluor sobre la superficie de los dientes.

2. Objetivos:

- Eliminar las rugosidades para evitar la adherencia y acumulación de placa bacteriana.
- Evitar la presencia de las enfermedades gingivales.
- La fluorización compensa la descalcificación de los dientes
- Disminuir el índice de caries.

3. Niveles de atención

Todos los niveles. El responsable es el Cirujano Dentista.

4. Criterio de Diagnóstico.

Detectar la presencia de placa bacteriana sobre la superficie dentaria.

5. Manejo :

Profilaxia

- Para alisar la superficie se hace uso de contrángulo de baja velocidad y pasta de profilaxia
- Realizar la fisioterapia y motivar el uso del hilo dental

Fluorización

Se realizará previa profilaxia .

- El fluor gel se aplicará utilizando la técnica con isopo
- La frecuencia de las topicaciones es cada 3 meses

6. Recursos:

a) Recurso humano

Responsable : Cirujano Dentista

Apoyo : Asistente dental

b) Equipos

- Unidad dental completa
- Micromotor

c) Instrumental

- Set de examen.

d) Insumos

- Contrángulos descartables
- Eyector de saliva
- Pasta para profilaxia
- Vasos descartables
- Servilleta
- Fluor gel
- Hisopos

3.6.8 Evaluación psicológica y social (agregar lo actualizado)

Atención Psicológica

Definición

Conjunto de actividades de salud finales y/o complementarias a la consulta médica, realizadas por el profesional de psicología, que se brindan en forma personalizada para la detección, evaluación y seguimiento psicológico permanente de la población sana, con factores de riesgo y/o daños. Además realizará actividades de promoción y educación en salud. Incluye las realizadas en Medicina Complementaria y Salud Ocupacional.

La atención psicológica se realizará conforme a los criterios que contempla los protocolos de atención establecidos.

Dentro de las actividades psicológicas se consideran:

- Detección y Seguimiento en Psicología: Tamizaje, Entrevista, Evaluación Psicológica y Control
- Apoyo Psicológico
- Terapia Psicológica

2. Propósito

La Atención Psicológica busca intervenir tempranamente ante la presencia de riesgos en Salud Mental, así como, ante la presencia de cualquier trastorno psicológico, priorizando el componente educativo con la finalidad de contribuir al fortalecimiento de las competencias personales para el enfrentamiento de situaciones emocionales críticas.

3. Objetivo

Brindar atención integral oportuna a la mujer y gestante, garantizando el bienestar psicológico y el reforzamiento de las habilidades personales para enfrentar los riesgos en Salud Mental

4. Descripción de los Procedimientos

4.1 Detección Control y Seguimiento del Riesgo

Tamizaje

- Definición: Actividad orientada a detectar tempranamente trastornos de la Salud Mental en la mujer y gestante. Se realiza a través de cuestionarios de evaluación rápida.
- Concentración: 1
- Rendimiento: 4
- Procedimiento:
 - Paso 1: Recepción de la Usuaría
 - Paso 2: Clarificación de los Motivos de la intervención
 - Paso 3: Aplicación de la Ficha de Tamizaje
 - Paso 4: Corrección de la Ficha de Tamizaje
 - Paso 5: Devolución de los Resultados
 - Paso 6: Recita y/o despedida della usuaria
- Criterio de Inclusión:
 - Mujer o Gestante aparentemente sana
- Criterio de Exclusión:
 - Mujer o gestante con trastorno emocional agudo
 - Mujer o gestante en situación de crisis emocional

Control en Salud Mental

- Definición: Actividad dirigida al usuario con factores de riesgo identificados, para determinar el avance en la recuperación del equilibrio psicológico. Se realiza a través del seguimiento periódico del usuario.
- Concentración: 3
- Rendimiento: 3
- Procedimiento:
 - Paso 1: Recepción de la Usuaría
 - Paso 2: Revisión de riesgos identificados en el tamizaje
 - Paso 3: Identificación de los recursos personales del usuaria
 - Paso 4: Determinación del Plan de seguimiento
 - Paso 5: Recita y/o despedida de la usuaria
- Criterio de Inclusión:
 - Mujer o Gestante con riesgo identificado
- Criterio de Exclusión:
 - Mujer o Gestante con trastorno emocional agudo
 - Mujer o Gestante con riesgo controlado

Psicoprofilaxis en Salud Mental

- Definición: Actividad de entrenamiento y optimización de los recursos emocionales y habilidades de la mujer o gestante con la finalidad de lograr el ajuste emocional y comportamental. Incluye Sesiones grupales con metodología participativa para la disminución de riesgos en : Autoestima, Violencia familiar, Ansiedad, Depresión, Estrés, Dificultades en la Pareja, Trastornos del Comportamiento Sexual, Crisis Vitales (Climaterio, Separaciones, Divorcios, etc.) y otros trastornos del comportamiento propios de este grupo.
- Concentración: 6 sesiones
- Rendimiento: 0.5
- Procedimiento:
 - Paso 1: 1º Sesión: Recepción de la Usuaría, Evaluación de entrada, Presentación de los objetivos del taller, presentación del grupo, clarificación de conceptos, ejercicio vivencial, recita, despedida
 - Paso 2: 2º Sesión: Clarificación de conceptos, ejercicios vivenciales, Evaluación grupal, recita, despedida
 - Paso 3: 3º Sesión: Exposición de conceptos según finalidad del taller, ejercicios vivenciales, evaluación grupal, recita, despedida
 - Paso 4: 4º Sesión: Aplicación práctica de los conceptos expuestos, ejercicios vivenciales, evaluación grupal, recita, despedida.
 - Paso 5: 5º Sesión: Ejercicios Vivenciales, evaluación del grupo, recita, despedida.
 - Paso 6: 6º Sesión: Ejercicio de repaso, evaluación grupal, prueba de salida, recita y/o despedida de la usuaria
- Criterio de Inclusión:
 - Usuaría con riesgo identificado
- Criterio de Exclusión:
 - Usuaría con trastorno emocional agudo
 - Usuaría con Riesgo controlado

4.2 Detección, Control y Seguimiento del Daño

Entrevista Psicológica

- Definición: Actividad dirigida a la usuaria nueva con el propósito de recopilar información, para la elaboración de la Historia Clínica Psicológica.
- Concentración: 1
- Rendimiento: 2
- Procedimiento:
 - Paso 1: Recepción del Usuaría
 - Paso 2: Se aplica protocolo diferenciado de entrevista
 - Paso 3: Recita y/o despedida de la usuaria

- Criterio de Inclusión:
Usuaría con sospecha de daño Psicológico
- Criterio de Exclusión:
Usuaría con sospecha de riesgo en Salud Mental

Evaluación Psicológica

- Definición: Actividad de aplicación de métodos, instrumentos o baterías de medición de forma grupal o individual con la finalidad de llegar al diagnóstico psicológico.
- Concentración: 3
- Rendimiento: 3
- Procedimiento:
 - Paso 1: Sesión 1º: Recepción de la Usuaría, aplicación de batería diferenciada, recita, despedida, corrección de la prueba
 - Paso 2: Sesión 2º: Continuación con aplicación de Batería de Pruebas diferenciada, recita, despedida, corrección de la prueba
 - Paso 3: Sesión 3º: Continuación de aplicación de Batería de pruebas, corrección de las pruebas.
 - Paso 4: Elaboración del borrador del Informe psicológica
- Criterio de Inclusión:
Usuaría con sospecha de daño
- Criterio de Exclusión:
Usuaría con sospecha de riesgo
Usuaría con trastorno emocional agudo

Terapia Psicológica Individual

- Definición: Procedimiento dirigido a la reducción y/o eliminación de los signos y síntomas identificados en la evaluación psicológica. Se realiza a través de técnicas psicoterapéuticas y por profesional entrenado para tal fin.
- Concentración: 8
- Rendimiento: 2
- Procedimiento:
 - Paso 1: Sesión 1º: recepción de la usuaria, explicación de los resultados de la evaluación psicológica, identificación de los puntos críticos a tratar en la terapia. Elaboración del plan de tratamiento, establecimiento de los compromisos terapéuticos, recita, despedida.
 - Paso 2: Sesión 2º a la 7º: Tratamiento de los temas con técnicas que propicien la introspección y análisis respectivo de los comportamientos nocivos, técnicas catárticas o de expresión de emociones, resolución de la crisis, recita, despedida.
 - Paso 3: Sesión 8º: Evaluación de la evolución de la terapia, elaboración del plan de seguimiento, recita, despedida
- Criterio de Inclusión:
Usuaría con diagnóstico psicológico
- Criterio de Exclusión:
Usuaría con necesidad de tratamiento especializado

Terapia de Grupo

- Definición: Actividad orientada a reducir y/o eliminar los signos de trastornos emocionales de diversa severidad y duración, así como potenciar los recursos y habilidades de la persona buscando su ajuste emocional y comportamental. Se realiza especialmente a grupos de 15 a 20 usuarios que previamente han sido evaluados.
- Concentración: 15
- Rendimiento: 0.5
- Procedimiento:
 - Paso 1: Sesión 1º: Recepción de las usuarias, aplicación de prueba de entrada, presentación de los objetivos de la intervención, presentación de participantes, dinámicas de integración, recita, despedida de usuarias

- Paso 2: Sesión 2º: Presentación de la metodología de tratamiento de los temas, exposición de contenidos afines, análisis de los contenidos, adecuación a pautas concretas de comportamiento, recita, despedida de usuarias
- Paso 3: Sesión 3º a la 14º: Exposición de contenidos afines, análisis de los contenidos, adecuación a pautas concretas de comportamiento, recita, despedida de usuarias
- Paso 4: Sesión 15º: Repaso de los contenidos más significativos, evaluación de la evolución del grupo, recita, despedida de usuarias.

- Criterio de Inclusión:
Usuaría con diagnóstico Psicológico
- Criterio de Exclusión:
Usuaría con crisis emocional
Usuaría con complicaciones orgánicas o psicológicas que impidan su autonomía

Apoyo Psicológico

- Definición: Actividad de afronte terapéutico del paciente con síntomas emocionales agudos, de carácter breve, orientación del paciente y su entorno mediante la explicación racional de los síntomas y el uso de técnicas catárticas que promuevan el restablecimiento de su equilibrio psicológico.
Concentración: 3
Rendimiento: 2
- Procedimiento:
Paso 1: Recepción del Usuario
Paso 2: Identificación del factor crítico
Paso 3: Aplicación de técnicas racionales y catárticas
Paso 4: Recita y/o despedida del usuario
- Criterio de Inclusión:
Usuario con síntomas emocionales agudos
- Criterio de Exclusión:
Usuaría con daño identificado
Usuaría con riesgo identificado y controlado

4.3 Cultura de la Salud

Educación Grupal

- Definición: Actividad educativa dirigida al usuario con factores de riesgo identificado y su familia para reforzar y motivar la adopción de estilos de vida saludables. Se realiza en forma grupal, aplicando técnicas que garanticen la participación activa del asegurado
- Rendimiento: 2
- Procedimiento: 1
Paso 1: Preparación de los contenidos y del Material de ayuda audio visual
Paso 2: Recepción de los usuarios
Paso 3: Aplicación de prueba de entrada
Paso 4: Exposición de contenidos
Paso 5: Aplicación de prueba de salida y despedida de usuarios
- Criterio de Inclusión:
Usuaría con riesgo o daño identificado
- Criterio de Exclusión:
Usuario con afectación de procesos cognoscitivos básicos

Formación de Promotores

- Definición: actividad de capacitación con la finalidad de formar un grupo de usuarios en Promoción y Difusión de las actividades de salud que se ofrecen, para que puedan ejercer función de monitores ante otros grupos y sean responsables indirectos de los mismos.
- Concentración: 6
- Rendimiento: 0.5
- Procedimiento:
Paso 1: Sesión 1º: Recepción de las usuarias, aplicación prueba de

- entrada, desarrollo de contenidos de capacitación
- Paso 2: Sesión 2° a Sesión 5°: Desarrollo de los contenidos de capacitación seleccionados
- Paso 3: Sesión 6°. Continuación del desarrollo de los contenidos de capacitación, aplicación prueba de salida, despedida de las usuarias
- Paso 4: Programación del seguimiento de recurso humano capacitado
- Paso 5: Devolución de los Resultados
- Paso 6: Recita y/o despedida del usuario

- Criterio de Inclusión:
Usuarias sanas o con riesgo controlado
- Criterio de Exclusión:
Usuarias con daños invalidantes identificados

Formación de grupos de auto ayuda

- Definición: actividad de capacitación con la finalidad de formar un grupo de usuarios en Promoción y Difusión de las actividades de salud que se ofrecen, para que puedan ejercer función de monitores ante otros grupos y sean responsables indirectos de los mismos.
- Concentración: 24
- Rendimiento: 0.5
- Procedimiento:
 - Paso 1: Sesión 1°: Inicio de la reunión, presentación del líder inicial, garantía de la confidencialidad, presentación de las asistentes, determinar la organización de grupo, recita, despedida de los usuarios.
 - Paso 2: Sesión 2° a la 23°: Desarrollo del componente educativo programado y de la reunión de análisis
 - Paso 3: Sesión 24°: planteamiento de los nuevos objetivos del grupo y determinación de cambios en la organización del mismo.
- Criterio de Inclusión:
Usuarios con daños y riesgos detectados
- Criterio de Exclusión:
Usuario con complicaciones orgánicas o psicológicas que impidan su autonomía

ACTIVIDADES DE ATENCION PSICOLOGICA Y SALUD MENTAL EN ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER

Actividad	Sub Actividad	Objetivo	Pob. Objetivo	Conc.
Identificación del riesgo	Tamizaje en Salud Mental	Identificar tipo y magnitud de riesgo en Salud Mental	Con sospecha de Riesgo	1
Control del Riesgo	Control en Salud Mental	Recuperar el equilibrio psicológico afectado por el impacto del riesgo en Salud Mental	Con Riesgo identificado	3
	Consejería	Explicar racionalmente la naturaleza e impacto del riesgo para modificar hábitos no saludables	Con Riesgo identificado	3
	Psicoprofilaxis en Salud Mental	Lograr el ajuste emocional y comportamental a partir del Entrenamiento y optimización de los recursos emocionales y habilidades de la persona en riesgo	Con Riesgo identificado	6
Identificación del Daño	Entrevista psicológica	Recopilar información para elaborar la historia clínica psicológica	Con sospecha de Daño	1
	Evaluación Psicológica	Aplicar instrumentos o baterías de medición con la finalidad de llegar al diagnóstico psicológico	Con sospecha de Daño	3
Control del Daño	Consejería Psicológica	Explicar racionalmente la naturaleza e impacto del daño para modificar comportamientos no saludables	Con Daño identificado	2
	Terapia Psicológica	Reducir y/o eliminar los signos y síntomas identificados en la evaluación psicológica	Con Daño identificado	6

ACTIVIDADES DE ATENCION PSICOLOGICA Y SALUD MENTAL EN ATENCIÓN INTEGRAL A LA GESTANTE

Actividad	Sub Actividad	Objetivo	Pob. Objetivo	Conc.
Identificación del riesgo	Tamizaje en Salud Mental	Identificar tipo y magnitud de riesgo en Salud Mental	Con sospecha de Riesgo	1
Control del Riesgo	Control en Salud Mental	Recuperar el equilibrio psicológico afectado por el impacto del riesgo en Salud Mental	Con Riesgo identificado	2
	Consejería	Explicar racionalmente la naturaleza e impacto del riesgo para modificar hábitos no saludables	Con Riesgo identificado	1

	Psicoprofilaxis en Salud Mental	Lograr el ajuste emocional y comportamental a partir del Entrenamiento y optimización de los recursos emocionales y habilidades de la persona en riesgo	Con Riesgo identificado	6
Identificación del Daño	Entrevista psicológica	Recopilar información para elaborar la historia clínica psicológica	Con sospecha de Daño	1
	Evaluación Psicológica	Aplicar instrumentos o baterías de medición con la finalidad de llegar al diagnóstico psicológico	Con sospecha de Daño	2
Control del Daño	Consejería Psicológica	Explicar racionalmente la naturaleza e impacto del daño para modificar comportamientos no saludables	Con Daño identificado	2
	Terapia Psicológica	Reducir y/o eliminar los signos y síntomas identificados en la evaluación psicológica	Con Daño identificado	6

ATENCION SOCIAL EN LA MUJER - GESTANTE

PROPOSITO :

La atención social permitira intervenir tempranamente frente a la aparición de riesgos sociales que presenta la madre gestante e identifica los soportes sociales de su entorno familiar a fin de lograr el bienestar y el normal desarrollo del embarazo.

OBJETIVO

Brindar atención oportuna a la gestante garantizando su bienestar Socio- familiar a fin de contribuir al normal desarrollo del embarazo

OBJETIVO ESPECIFICO

1. Identificar y diagnosticar en forma precoz a la gestante que presenta factores de riesgo Social que pudieran interferir en el normal desarrollo del embarazo, o constituirse en riesgo para el recién nacido.
2. Sensibilizar y educar para el automanejo del riesgo social
3. Promover el desarrollo armonico del entorno familiar, laboral y ambiental de la gestante.
4. Facilitar el acceso de la gestante en situación de riesgo o daño a las redes de apoyo existente.
5. Seguimiento y monitorizar a las familias en riesgo / o daño.

ACTIVIDADES

1. Detección del riesgo social en la Gestante

- ✧ Evaluación e identificación del riesgo(Utiliza tecnicas e instrumentos tecnicos)
- ✧ Plan de intervención y seguimiento del riesgo
- ✧ Consejería Social
- ✧ Asesoría y Promoción Familiar :- Fortalecimiento del nucleo familiar
 - Conciliación Familiar
 - Articular redes sociales de apoyo

2. Identificación, evaluación y seguimiento de la gestante que presenta problema social.

- ✧ Evaluación y diagnostico Social
- ✧ Plan de Intervención y seguimiento
- ✧ Visita domiciliaria
- ✧ Gestión de redes sociales de apoyo que permitan establecer un mayor soporte social a la gestante.

3. CULTURA DE LA SALUD

- ✧ Educación Grupal
- ✧ Asesoría y seguimiento de organizaciones (Promotores, Circulos de apoyo a la salud, GAM y otros)
- ✧ Intervención Comunitaria
 - Formación de promotores y GAM
 - Talleres de animación socio-cultural
 - Campañas de salud

FICHA DE IDENTIFICACION DE FACTORES RIESGOS SOCIALES EN LA GESTANTE

NOMBRE Y APELLIDOS:

EDAD:..... SEXO : M () F ()

INDICADORES DE RIESGO SOCIAL

1. Bajos ingresos economicos (ingreso minimo vital) ()
2. Problemas relacionados al hacinamiento ()
3. Problemas relacionados con la multiparidad (mas de 3 hijos) ()
4. Elevada carga familiar(mas de 5 miembros) ()
5. Gestante con falta de apoyo de su entorno familiar ()
6. Gestante con unidad familiar en riesgo (Sida, TBC, Farmacode.) ()
7. Problemas entre esposos o pareja ()
8. Problemas relacionados a la ruptura familiar por separación o divorcio ()
9. Problemas con embarazo no deseado ()
10. Problemas de maltrato a la gestante (violencia intra familiar) ()
11. Amenaza de perdida del empleo por gestación ()
12. Problemas por trabajo incompatible que afecta a la gestante ()
13. Problemas de inaccesibilidad a los servicios de salud por falta de derecho ()
14. Madres adolescentes con problemas familiares ()
15. Gestantes con carencias informacionales ()
16. Problemas con el ambiente social.

Marcar con x los factores detectados en recuadro indicado, referir a Trabajo Social

Fecha:

Firma

3.6.9 Motivación, Educación, orientación/consejería.

Motivación :

Es estimular a grupos o personas a considerar la adopción de un

Es un proceso de doble vía basado en una información específica, datos o hechos objetivos. Aumenta el conocimiento. Se provee educación a

Se debe educar en :

- ✓ Lactancia materna
- ✓ la maternidad y paternidad consciente
- ✓ Planificación familiar, riesgo reproductivo, obstétrico y preconcepcional
- ✓ Leyes de protección a la mujer embarazada. Derechos.
- ✓ Prevención de infecciones cervicovaginales
- ✓ Detección precoz de cáncer de cuello uterino y de mama
- ✓ Inmunización por toxoide tetánico
- ✓ Nutrición y alimentación complementaria
- ✓ Detección temprana de alteraciones obstétricas y de otras afecciones
- ✓ Conducta adecuada ante el embarazo de riesgo.

Orientaciones sobre lactancia materna

Propósito :

Lograr condiciones óptimas de nutrición para el lactante y la mejor protección contra infecciones a las que es vulnerable en la primera edad.

Objetivo :

Incremento de la lactancia natural durante los 6 primeros meses por lo menos y que éste beneficie a todos los recién nacidos con la única excepción de aquellas circunstancias en que esté contraindicado.

Orientaciones para incrementar la lactancia materna en atención prenatal

Es el mejor período para motivar y alentar a las madres a que amamenten a sus hijos

- ✓ Interrogar a la futura madre acerca de sus deseos de amamantar, el tiempo que desea hacerlo, experiencias previas y sus expectativas en relación con el trabajo y la lactancia.
- ✓ Educarlas acerca de las ventajas de la alimentación con lactancia materna
- ✓ Erradicar conceptos erróneos (modificaciones estéticas, pérdida de peso, y diarrea del recién nacido)
- ✓ Dar preparación psicológica
- ✓ Examinar las mamas
- ✓ Enseñarles cómo realizar la preparación e higiene de los pezones y mamas para la lactancia.

Sexualidad durante el embarazo:

La embarazada normal puede mantener su vida sexual habitual durante el embarazo (siempre que no exista infección genital), ni temor a que se produzca algún daño fetal. Aunque la distensión uterina puede dificultar algunas posiciones para el coito.

La actividad sexual debe evitarse, cuando existe amenaza de aborto o de parto pretérmino. La opinión más generalizada es que el coito no suele ocasionar daño antes de las últimas 4 semanas del embarazo.

Los riesgos o los posibles beneficios de las relaciones sexuales al final del embarazo no se han establecido con claridad. No se ha logrado demostrar que influyen como causa de parto pretérmino, rotura de las membranas, hemorragia o infección.

La turgencia de los senos, la sensibilidad, la hiperalgia aumentan en la medida en que avanza la gestación y se ha comunicado orgasmo durante el embarazo en mujeres previamente anorgásmicas.

Los genitales externos sufren cambios anatómicos, funcionales durante el embarazo, que favorecen la relación sexual, de manera que el pene es comprimido más estrechamente que lo habitual, las contracciones rítmicas de la plataforma perineal son más pronunciadas; excepto para las mujeres que habitualmente abortan. Al parecer no hay razón alguna para suspender el coito en los tres primeros meses del embarazo; no obstante debido a que la masturbación hasta llegar al orgasmo puede desencadenar contracciones uterinas más intensas que las resultantes del coito por vía vaginal. La mujer con aborto habitual debe recibir instrucciones respecto a la prohibición de la masturbación durante el primer trimestre del embarazo, pues constituye un período crítico para ella.

Para la mujer promedio, parece no haber razón alguna para que se abstenga de la actividad sexual en el segundo trimestre del embarazo.

Recomendaciones :

En el tercer trimestre, en la medida que se acerca la fecha probable del parto, son necesarias algunas precauciones.

1. Es posible la aparición de infección.
2. Para las nulíparas en las cuales al final del embarazo se encaja la presentación, el coito podría causar traumatismo cervical y sangrado. En éstas circunstancias el coito debe prohibirse.
3. El orgasmo que ocurre en el último trimestre del embarazo puede desencadenar el trabajo de parto; las Prostaglandinas existentes en el semen pueden iniciar las contracciones uterinas.

La posición durante el coito no plantea problema alguno en el primer trimestre del embarazo, pero el continuo crecimiento del útero grávido, hace la posición latero lateral es más manejable y agradable para la mujer según progresa el embarazo.

En el primer trimestre algunas mujeres aumentan la libido, mientras otras con náuseas y vómitos no tienen interés sexual. Sin embargo éstas mismas mujeres durante el segundo trimestre del embarazo, en una gran mayoría presentan un aumento de la sexualidad, tanto en la libido como en la respuesta física.

En el tercer trimestre hay disminución de la libido; algunas mujeres consideran que se pierde interés sexual por ellas, por su apariencia física o por el temor de causar daños al embarazo.

Resumen:

En ausencia de contraindicaciones como; amenaza de aborto o de parto pretérmino, rotura prematura de membranas, infección cervico vaginal y/o del varón, las relaciones sexuales MODERADAS pueden permitirse antes de las últimas semanas del embarazo.

Maternidad y paternidad consciente:

En los indicadores que valoran la eficiencia del Programa de Salud Reproductiva, no cabe duda que se evidencia que se ha puesto a disposición de los asegurados y su familia, los más modernos adelantos tecnológicos. Sin embargo se hace cada vez más necesario impregnar a todo el personal vinculado la calidad en éste proceso.

Nuestro objetivo es que la mujer esté consciente de los procesos que está viviendo y participe en forma activa y reciba el apoyo de su pareja y familiares. Creemos que debemos y podemos lograr que todo el proceso que envuelve el embarazo, el parto, el puerperio, la lactancia y el desarrollo del niño; se desenvuelva en un marco de seguridad y confianza para contribuir a que todas éstas etapas se conviertan en ocasiones de placer y felicidad para la madre y su familia.

Es común escuchar que la mujer sólo se realiza plenamente a través de la maternidad, esto se asocia con el deber de aceptar todo sufrimiento como valor, o de pensar que sólo debe sentir felicidad y bienestar; esto consiste en preparar a la mujer para éste momento y prepararla para vivirlo de manera plena y responsable.

En éste proceso debe participar el nivel primario y secundario de salud, con la participación indispensable de la familia y la comunidad.

Esto se complementa con la atención Psicoprofiláctica de la mujer.

Consejería

Es asistir (ayudar) a individuos o grupos a tomar decisiones informadas , reflexionadas y voluntarias, fundamentadas para el cambio de comportamiento de acuerdo a sus circunstancias particulares

- ✓ **No es** solamente dar información
- ✓ **No es** dar consejos y/o sugerencias
- ✓ **No es** influenciar en los demás
- ✓ **No es** dar soluciones o tomar decisiones por el consultante
- ✓ **No es** exponer nuestro punto de vista ú opinión sobre un tema o problema

Se debe educar sobre las bondades de las vacunas y las reacciones adversas que pudieran presentarse

**VACUNA TOXOIDE TETANICO EN GESTANTES
MUJERES EN EDAD FERTIL**

EDAD	DOSIS	PROTECCION
14 años o al primer contacto con el establecimiento	DT ₀	Ninguna
A las 4 semanas de DT ₀	DT ₂	Por 3 años
A los 6 meses de la DT ₂	DT ₃	Por 5 años
Al año de la DT ₃	DT ₄	Por 10 años
Al año de la DT ₄	DT ₅	Toda la vida fértil

Si hubiera registros (carné CLAP o historia clínica) que acredite que la gestante ha recibido dosis previas de vacuna DT, se complementará las 5 dosis siguiendo los tiempos propuestos por el esquema. Si tuviera una sola dosis previa que exceda el tiempo de protección señalado en el esquema anterior, se debe de reiniciar todo el esquema de vacunación, debiendo recibir, por lo menos 2 dosis en la presente gestación y después continuar hasta completar el esquema. La vacunación se efectuará en el mismo consultorio donde se controla la gestante para evitar que, por alguna razón, no reciba el toxoide antitetánico.

3.6.11 Detección de signos de alarma obstétrica :

- Contracciones uterinas por encima del patrón contráctil normal
- Aumento escaso o exagerado del peso materno
- Disminución de los movimientos fetales
- Signo de más, o sea altura uterina con 4 cm o más de lo normal
- Alteraciones de la presentación o situación fetal al final del embarazo
- Fiebre
- Infección urinaria
- Retardo del crecimiento fetal clínico o ecográfico
- Rotura de membranas ovulares
- Sangrado vaginal
- Alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal
- Hipertensión arterial o tensión arterial media por encima de 105
- Edemas
- Proteinuria
- Dolor de cabeza intenso (cefalea)
- Dolor en la boca del estómago (epigastrio)
- Convulsión
- Hemoglobina inferior a 10 g/l
- Aparición de algún signo o síntoma que sugiera una patología clínica preexistente como soplo cardíaco, disnea, cifras alteradas de glicemia.

3.6.12 Psicoprofilaxis.

Es el método adoptado para la preparación psico-física de la mujer para la gestación, parto y post parto. Se basa en la demostración científica de que la gestación y el parto son un fenómeno natural. El método no utiliza drogas, anestésicos ni hipnóticos.

Propósito

Lograr en la mujer gestante y puérpera, habilidades mínimas necesarias para su participación activa en el parto y reincorporación precóz a su vida cotidiana post parto, así como motivarla, sensibilizarla e informarle sobre los beneficios de un parto fisiológico. Para lograrlo requiere su participación activa, confiada e inteligente, y por consiguiente respete y estimule su estado de vigilia y atención.

Durante el curso, se informa a la mujer sobre el embarazo, el parto, el post parto y recién nacido, y frente a la ignorancia que engendra el temor y el miedo y por lo tanto, la reacción de dolor, el método aporta el conocimiento de lo que ocurre y cómo va a suceder, resaltando los beneficios de un parto normal.

Con este procedimiento se sustituye a la mujer pasiva y entregada al dolor (que dificulta con sus reacciones negativas el proceso normal del parto) , por una mujer activa, perseverante, tranquila y entregada a la tarea de cooperar con su mente, sus músculos y su respiración al mejor y más rápido nacimiento de su hijo. Al igual que sus conocimientos esenciales sobre el post parto y recién nacido.

En esencia, el método consiste en informar e instruir sobre la conducta que la mujer debe seguir durante el embarazo, parto y post parto.

Objetivos :

1. Capacitar a la gestante, teórica, física y psicológicamente, brindándole orientación y entrenamiento que lograr disminuir conceptos y conocimientos equívocos acerca de la gestación, parto y post parto.
2. Estimular la participación activa de la gestante hacia una actitud positiva trabajo de parto, disminuyendo así los casos de complicaciones.
3. Fomentar y comprometer la participación de la pareja y familiares más allegados durante la gestación, parto y puerperio.
4. Desarrollar sesiones de gimnasia obstétrica, acorde a los factores de riesgo.
5. Capacitar a las gestantes para el cuidado adecuado en la atención del recién nacido.
6. Educar a la mujer gestante, puérpera, pareja y familia en aspectos de salud sexual y reproductiva (que incluye ETS/VIH-SIDA)

Puntos basicos para tener en cuenta la exposicion de una clase.

1. Preparar el tema con la debida anticipación.
2. Antes de iniciar la clase trate de ganar la simpatía de su Auditorio con una introducción cordial.
3. Hable en tono familiar.
4. Mire a los oyentes a los ojos, así adquiere confianza en Usted mismo y a la vez, inspira confianza a los demás.
5. Mantenga la secuencia de la clase, no cambie de tema.
6. Utilice términos claros y palabras sencillas.
7. No recargue en la pizarra con imágenes, no se aglomere, vaya borrando.
8. Escriba los términos técnicos. Los nombres y las palabras que no sean familiares para su Auditorium y que Usted quisiera grabar en la memoria de éste.
9. Escriba con letras de tamaño apropiado, una letra de 3 cm. de alto se puede ver sin dificultad desde unos 10 metros de distancia.
10. Pregunte al participante más lejano si distingue claramente lo escrito.
11. Escriba en letras de imprenta, son más claras que las manuscritas.
12. Si quiere recalcar un concepto, subraye la palabra, enciérrela en cuadros o círculos.
13. Para indicar movimiento o dirección utilice flechas.
14. Ilustre sus presentaciones
15. No hable mientras escriba o dibuje.
16. No se ponga delante de la pizarra, colóquese a un lado de ella.
17. Recuerde que la capacidad de captación del Auditorium es de sólo 5%.
18. La metodología taller tiene mayor efecto en los participantes

Normas y Procedimientos para la Psicoprofilaxis Obstétrica **Componente Técnico:**

Las normas de Psicoprofilaxis obstétrica tienen como finalidad unificar criterios:

- Las actividades de Psicoprofilaxis estan incluídas en toda atención integral de salud de la mujer
- Las actividades de Psicoprofilaxis obstétrica serán ofrecidas a todas las gestantes aseguradas y esposas de asegurados, sin necesidad de transferencia, ni indicación médica.
- En la primera entrevista que se realice las acciones a cumplir serán:
 - a) Información de las actividades a realizar
 - b) Inscripción en el libro de registro
 - c) Elaboración de la tarjeta de asistencia
 - d) Formación de grupos según FPP
 - e) Las gestantes elegirán el horario más conveniente para ellas.
- Toda gestante que sigue el método de Psicoprofilaxis deberá ser evaluada en el trabajo de parto.
- Todos los centros asistenciales deberán ofrecer la Psicoprofilaxis obstétrica.
- Todo el personal de la Institución deberá estar informado de la existencia y de los beneficios de la Psicoprofilaxis obstétrica
- El método de Psicoprofilaxis deberá ser conocido por el personal de Obstetrces del Centro asistencial y debe estar entrenado para realizarlo.

Responsabilidad:

La Psicoprofilaxis obstétrica, estará a cargo del profesional Obstetrix capacitado.

Metodo psicoprofilactico:

Comprende aspectos teórico-prácticos, que permitan a la gestante y puérpera lograr aprendizajes y habilidades para participar activa y positivamente en la evolución del embarazo, parto y puerperio.

Componente I

Psicoprofilaxis obstetrica:

Concepto :

Preparación física y psíquica de la gestante y puérpera para el embarazo, parto y puerperio, con la finalidad de obtener un niño sano y útil a la sociedad y una familia feliz.

Tipos de grupo

Esta actividad se realizará en un curso que constará de clases teórico-prácticas, de acuerdo al grupo clasificado:

- ✓ Regular
 - 2 meses (8 clases 1 vez por semana), o
 - 1 mes (8 clases 2 veces por semana) , lo que antes se consideraba como grupo acelerado
- ✓ Intensivo :
 - 15 días (3 clases en total)

Uniforme

Ropa cómoda y de acuerdo a la estación.

La obstetrix deberá realizar la actividad con ropa de gimnasia:

- polo, short, pantaloneta/malla, medias (color blanco).
- El cabello debidamente recogido

Recomendaciones a la gestante y/o puerpera

- Asistencia y Puntualidad.
- Presentarse a clase 10 minutos antes de la hora de clase
- Usar la ropa adecuada
- Presentación de la Tarjeta de Asistencia (Fotografía).
- Traer lapicero y cuaderno de clases.
- Solicitar constancia de asistencia al inicio de clases.
- No traer alhajas ,ni dinero .
- Mantener las uñas cortas y limpias para cualquier emergencia
- Control de peso al final de cada clase y talla el primer día de clases.
- Conservar el orden y limpieza de las aulas de clase
- Mayor información solicitar a su facilitadora

Actividades durante la sesión de psicoprofilaxis

- ✓ Registro peso y talla
- ✓ Pre test (en la primera clase)
- ✓ Contenido Teórico.
 - 1ª. clase : Anatomía y Fisiología de los órganos Reproductores
 - 2ª. clase : Contracción Uterina
 - 3ª. clase : Fisiología del trabajo de parto

- 4ª clase : Causas reales o fisiológicas del dolor en el parto
- 5ª clase : Causas virtuales o psicológicas del dolores en el parto
- 6ª clase : Respiración- relajación
- 7ª clase : Interrelación de los elementos de fijación
- 8ª clase : Recorrido o adaptación al medio hospitalario

- ✓ Práctica:
 - 1. Gimnasia conservadora
 - 2. Ejercicios de relajación
 - 3. Ejercicios de respiración
 - 4. Creación de reflejos condicionados
- ✓ Preguntas y Respuestas
- ✓ Post test (en la última clase)

Desarrollo del Contenido Teórico

Programa de 3 Clases (Grupo Intensivo)

1. Aparato Genital Femenino externo e interno.
 - Trabajo de Parto.
 - Contracción Uterina – Concepto – Características.
2. Factores que intervienen en el Dolor del Trabajo de Parto.
 - Causas reales.
 - Causas virtuales.
3. Relajación y Respiración
 - Concepto – Clases – Importancia.
 - Enseñar a interrelacionar los elementos condicionantes.

Programa de 8 Clases (Grupo Regular)

1. Anatomía y Fisiología de la Reproducción
 - Aparato Genital Femenino externo e interno – Pelvis Osea
 - Ovulación y Fecundación – Menstruación –
 - Desarrollo fetal
2. Contracción Uterina
 - Concepto – Características – Clases : En el embarazo y en el parto
 - Ingreso oportuno al hospital
 - Recomendaciones
3. Fisiología del Trabajo de Parto.
 - Concepto - Mecanismos activos y pasivos que intervienen en el Trabajo de Parto.
 - Períodos del Trabajo de Parto
 - Puerperio inmediato
4. Factores que intervienen en el Dolor del Trabajo de Parto
 - Causas fisiológicas o reales :
 - Dilatación
 - Movilización de las articulaciones sacro-ilíacas – Tironamiento de ligamentos - Maniobras en el trabajo de parto : Palpación, Auscultación de Latidos Fetales – Enema evacuante

5. Factores que intervienen en el Dolor del Trabajo de Parto

- Causas virtuales o psicológicas :
 - Temor, tensión, dolor
 - Reflejo condicionado, Mitos y creencias
 - Fatigo psicofísica

6. Relajación y Relajación

- Relajación – Concepto – Clases – Importancia
- Respiración – Concepto – Clases – Respiración durante la contracción regular y respiración en el período expulsivo.

7. Interrelación de los Elementos de Fijación.

- Retroalimentación de la relación entre las características de la contracción (intensidad, duración y frecuencia), el tiempo promedio del trabajo de parto, la relajación y Respiración

8. Adaptación de la Gestante al medio donde va a realizar su Trabajo de Parto.

Recorrido por los ambientes de emergencia, maternidad, hospitalización, sala de dilatación, sala de partos y sala de recién nacidos.

Desarrollo del contenido de las clases

PRIMERA CLASE

Anatomía y Fisiología de la Reproducción

Objetivos

- Establecer relaciones interpersonales profesora- alumna
- Integración del grupo y motivación
- Dar recomendaciones generales
- Informar sobre la anatomía y fisiología del aparato reproductor
- Determinar el nivel de conocimientos y expectativas de la participante (Pre Test)

Teoría:

Anatomía y fisiología de órganos genitales femeninos internos, externos. Pelvis ósea. Menstruación, ovulación, fecundación, nidación, placentación y desarrollo fetal

Gimnasia:

1. En posición de pie:

- Movilización de cuello y cabeza (3 veces)
- Movilización de hombros (3 veces)
- Movilización de cadera (3 veces)
- Movilización de pie (3 veces)
- Unir el A. B, C, y D

2. En posición sentadas:

- a) Posición de campesina, planta con planta y manos en la planta de los pies, movilizar las dos piernas a la vez (3 veces)
- b) Posición de campesina, manos en las rodillas, tratar de separarlas (3 veces)

3. En posición de cúbito dorsal

- a) Movilización de pierna hacia arriba haciendo círculos con el pie, hacia adentro y hacia fuera
- b) Rotación de piernas y pie ejercitando la concentración mental

4. Relajación den PIR:

- a) Decúbito lateral izquierdo (para poder relajar; primero conocer su opuesto o sea estado de tensión de cada grupo muscular)
- b) Relajación total (muscular y mental)

SEGUNDA CLASE

Contracción Uterina

Objetivos:

- Identificación de las clases y características de la contracción uterina
- Entrenar a la gestante para identificar signos y síntomas que le permitan detectar el momento oportuno de ingreso al hospital.

Teoría:

- Concepto de contracción uterina
- Características de la contracción uterina
- Clases de contracción uterina
- Ingreso oportuno al hospital
- Baño, útiles de aseo, y documentos para la hospitalización

Gimnasia

1. En posición de pie
 - a) Repaso del ejercicio N° 1 (3 veces)
 - b) Balanceo de cuerpo (10 veces)
2. En posición sentada:
 - a) Posición de campesina; manos en la nuca, rotar la columna hacia el lado izquierdo, centro y derecho contando hasta 12 (3 veces)
 - b) Variedad de rotación de columna vertebral, llevando el codo hacia la rodilla opuesta y viceversa (3 veces)
3. Posición de gato
4. Adoración
5. Relajación sentada sin apoyo
6. En posición Decúbito Dorsal:
 - a) Movilización de miembros inferiores; en cuatro tiempos (levantar, abrir a un costado, regresar al centro y abajo). En 16 tiempos (3 veces)
7. PIR (Posición ideal de relajación), con simulacro de contracción uterina

TERCERA CLASE

Fisiología del Trabajo de Parto.

Objetivos

- Informar y educar sobre el proceso y beneficios del trabajo de parto fisiológico
- Aceptación del trabajo de parto como fenómeno natural
- Favorecer la buena circulación
- Continuar con el entrenamiento y fortalecimiento de los músculos y articulaciones comprometidas en el trabajo de parto.

Teoría:

Fisiología del trabajo de parto- períodos- puerperio, beneficios del parto vaginal.

1. En posición de pie:
 - a) Balanceo de pelvis
 - b) Dos alumnas separadas de la mano y paradas frente a frente, flexionar las piernas, intercambiándose en cada ejercicio (10 veces)
2. En posición sentadas:
 - a) Piernas estiradas, manos atrás como apoyo; movilizar las rodillas hacia arriba y hacia abajo (16 tiempos) (3 veces)
3. En posición de perro: En 16 tiempos (3 veces)
4. Posición de adoración (12 veces)
5. Relajación sentadas con apoyo
6. En posición decúbito dorsal:
 - a) Movilización de piernas cruzadas (3 veces)
 - b) Ejercicios de piernas y pies uniéndolo con punta y talón – 12 tiempos (2 veces)
7. PIR con simulacro de contracción uterina

CUARTA CLASE

Causas fisiológicas o reales :

Objetivo:

- Entrenar músculos y articulaciones para el trabajo de parto
- Dar a conocer las causas reales del dolor a fin de disminuir ansiedad en la gestante.

Teoría:

- Causas reales del dolor durante el trabajo de parto
 - Dilatación
 - Movilización de las articulaciones sacro-ilíacas – Tironamiento de ligamentos - Maniobras en el trabajo de parto : Palpación, Auscultación de Latidos Fetales – Enema evacuante

Gimnasia.

1. Posición de pie:
 - a) Agarradas de la mano, separar las piernas y flexionar (las dos al mismo tiempo) (6 veces)
 - b) Realizar la flexión en forma individual (6 veces)
 - c) Movilización de pelvis. Izquierda, centro, derecho; centro, adelante, atrás sosteniendo abdomen y sacro con las manos (3 veces)
 - d) Movilización de cadera en círculos a derecha e izquierda (3 veces)
 - e) Separar las piernas y flexionarlas en 6 tiempos (3 veces)
2. Posición sentada:
 - a) Piernas estiradas, manos atrás como apoyo. Flexionar una por una las piernas y abrirlas hacia un costado (12 tiempos) (3 veces)

b) El mismo ejercicio empleando las dos piernas (12 tiempos) (3 veces)

3. Relajación decúbito dorsal:
(Con utilización del rodillo) con simulacro de la contracción uterina
4. Llenar la hoja de evaluación: Formato N° 09-155

QUINTA CLASE

Factores que intervienen en el Dolor del Trabajo de Parto

Objetivo:

- Descondicionamiento de los reflejos negativos adquiridos por la gestante con relación al parto.
- Crear reflejos positivos

Teoría:

- Causas virtuales o psicológicas :
 - Temor, tensión, dolor
 - Reflejo condicionado, Mitos y creencias
 - Fatigo psicofísica

Gimnasia:

1. En posición de pie:
 - a) Repetir balanceo de pelvis (10 veces)
 - b) Combinar respiración con movilización de brazos hacia arriba, luego hacia abajo, hacia el hombro y luego retracción de manos en puño.
2. En posición sentadas:
 - a) Posición de campesina, planta con planta, manos en la punta de los pies, tratar de llegar con los codos hacia la colchoneta (3 veces)
 - b) En la misma posición hacer ejercicios respiratorios combinados con control mental y llevando las piernas hacia abajo.
3. Posición decúbito dorsal:
 - a) Movilización de pierna izquierda doblada hacia un costado y estirla (3 veces)
 - b) Ejercicio de la araña (10 veces)
4. Arqueamiento de la columna vertebral (6 veces)
5. Flexión de las dos extremidades juntas hacia el lado derecho e izquierdo hasta tocar con las rodillas en la colchoneta (4 veces)
6. PIR: con simulacro de contracción uterina

SEXTA CLASE

Relajación y Respiración

Objetivo

- Lograr que la gestante esté capacitada para una respiración y relajación adecuadas en las diferentes etapas del trabajo de parto
- Indicar sobre el reflejo condicionado- concentración- relajación y respiración.

Teoría:

- Relajación – Concepto – Clases – Importancia
- Respiración – Concepto – Clases – Respiración durante la contracción regular y respiración en el período expulsivo.

Gimnasia:

1. Relajación de pie, simulacro de contracción uterina, aplicación de respiración superficial
2. Relajación sentadas con y sin apoyo, combinados con simulacro de contracción uterina y respiración superficial
3. Relajación decúbito dorsal, simulacro de contracción uterina, respiración superficial y profunda.
4. Indicar posición para recibir el enema evacuante, simulacro de contracción uterina, aplicación de respiración jadeante
5. Relajación en PIR, simulacro de contracción uterina, aplicación de respiración superficial, profunda y jadeante.
6. En decúbito Dorsal:
 - a) Con una sola pierna intercalando derecha e izquierda, doblar pierna izquierda, ponerla encima del abdomen, abrazar la pierna hasta hacer llegar el codo a la colchoneta (2 veces)
 - b) El mismo ejercicio pero con las dos piernas (3 veces)
 - c) Combinar éste ejercicio pero con la respiración de pujo (3 veces)

SETIMA CLASE

Interrelación de los Elementos de Fijación.

Objetivos:

- Simulacro del trabajo de parto
- Lograr el perfeccionamiento del ejercicio del pujo
- Retroalimentación de los conceptos básicos de la psicoprofilaxis

Teoría:

- Retroalimentación de la relación entre las características de la contracción (intensidad, duración y frecuencia), el tiempo promedio del trabajo de parto, la relajación y Respiración

Gimnasia:

1. Posición decúbito dorsal, simulando el trabajo de parto con su contracción, relajación y respiración
2. Cada una de las alumnas realizará el ejercicio en forma individual para corregir errores al efectuar el ejercicio del pujo

Recomendaciones (para la octava clase)

- Cuidado de las uñas (cortas y limpias de esmalte)
- Presentarse con la cara sin maquillaje
- Mantener el orden y permanecer junto a su profesora en todo momento
- Recibir y entregar conforme la ropa que le proporcionen

OCTAVA CLASE

Adaptación de la Gestante al medio donde va a realizar su Trabajo de Parto.

Recorrido por los ambientes de emergencia, maternidad, hospitalización, sala de dilatación, sala de partos y sala de recién nacidos.

Objetivos:

1. Lograr familiarizar con los ambientes hospitalarios y personal que trabaja
1. Observar un parto eutócico en centro obstétrico, si las condiciones lo permiten.

II Teoría:

1. Recorrido por los ambientes de maternidad junto con su profesora:
 - a) Revisión de tarjetas para verificar asistencia
 - b) Recibir y cuidar el equipo de ropa
 - c) Insistir sobre dejar su nombre, seguro, día y hora de ingreso en el ánfora de emergencia
2. Explicar los diferentes ambientes y su finalidad durante el recorrido

Componente II

Educación en Psicoprofilaxis obstétrica

La psicoprofilaxis debe estar complementada por una educación dirigida no sólo a la gestante o puerpera sino debe involucrar a la pareja y entorno familiar. Se considera necesario los siguientes temas educativos para complementar lo recibido durante las clases teórico-prácticas. En el componente educativo, se hace indispensable la participación del equipo multidisciplinario.

Conferencia inaugural

Presentacion e introduccion a la psicoprofilaxis obstétrica

Objetivo:	:	Dar a conocer el propósito de la psicoprofilaxis sensibilizar a la mujer gestante y a su núcleo familiar sobre los beneficios de la psicoprofilaxis Informar sobre las bases científicas de la psicoprofilaxis obstétrica
Responsable	:	Obstetriz encargada de psicoprofilaxis.
Duración	:	15 minutos.
Contenido	:	Propósito y objetivos de la Psicoprofilaxis Bases científicas sobre psicoprofilaxis obstétrica Informar sobre las actividades, horarios, implementos, uso de la tarjeta Dar el temario de las charlas según cromograma.

Módulo 1 .

Importancia del control prenatal

Objetivo : Informar a las gestantes acerca de la importancia de un adecuado control prenatal

Responsable : Obstetriz

Duración : 30 minutos a 1 hora.

Contenido : Propósito y Objetivos
Actividades de un control prenatal
Exámenes de ayuda al diagnóstico
Cambios fisiológicos durante el embarazo.
Signos de alarma

Estimulación temprana

Objetivo : Capacitar a la gestantes a fin de estimular tempranamente al feto o recién nacido l

Responsable : Obstetriz, psicólogo

Duración : 30 minutos a 1 hora.

Módulo 2 Lactancia materna

Objetivo : Crear actitudes positivas en la madre gestante y la puerpera que permitan la difusión y puesta en marcha de los beneficios y ventajas de la alimentación del bebé con lactancia materna exclusiva hasta los 6 primeros meses de vida extrauterina.
Concientizar a la madre en la práctica de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y evitar el inicio temprano de la alimetación complementaria

Responsable : Equipo (Médico, obstetrices, nutricionistas, enfermeras)

Duración : 30 minutos a 1 hora.

Contenido : Anatomía y Fisiología mamaria.
Composición y beneficios del calostro y la leche materna.
Técnicas para una buena lactación (amamantamiento).
Enemigos de la lactancia materna.
Nutrición para una buena lactación.

Módulo 3. Nutrición de la gestante

Objetivo : Brindar la atención precisa sobre la nutrición en el Embarazo, su importancia tanto para el bienestar de la madre como para el adecuado crecimiento y desarrollo del feto, para prevenir el retardo del crecimiento

intrauterino, infecciones y disminuir la morbilidad perinatal.

Responsable : Nutricionista.

Duración : 30 minutos a 1 hora.

Contenido : Defenición de alimentos-clasificación.
Necesidades nutricionales en el embarazo y la lactancia.
Influencia de la nutrición materna sobre el feto.
Incremento de peso durante el embarazo
Esquemas nutricionales.
Recomendaciones dietéticas en complicaciones en el embarazo.
Estrategias para el amamantamkento en mujeres que trabajan
Alimentación del niño durante el primer año de vida

Módulo 4. Prevencion del cancer ginecologico

Objetivo : Informar a la mujer sobre la importancia de la detección precoz del cáncer cérvico uterino y mamario, así como de la sencillez de las técnicas y procedimientos para ello.

Responsable: Obstetriz

Duración : 30 minutos a 1 hora

Contenido : Detección precoz PAP, examen de mamas.

ETS-VIH/SIDA y Embarazo

Objetivo : Prevenir la diseminación de la enfermedad.
Educar a la pareja para evitar situaciones de riesgo.

Responsable: Equipo (Médico, obstetriz, psicólogo, enfermera)

Duración : 30 minutos a 1 hora

Contenido : Concepto de SIDA.
Agentes causales.
Diseminación.
Prevención.
SIDA durante la gestación.

Módulo 5. Sexualidad

Objetivo : Brindar conocimientos generales sobre la sexualidad en la mujer específicamente sobre la sexualidad en el embarazo.

Responsable : Obstetriz

Duración : 30 minutos a 1 hora.

Contenido : Concepto, componentes, roles, funciones y etapas
Sexualidad en el embarazo y en el puerperio
Sexualidad y métodos anticonceptivos

Relación de pareja

Objetivo : Contribuir a mejorar la relación de pareja e informarle sobre sus derechos, ciudadanos, sexuales y reproductivos

Responsable : Obstetriz.

Duración : 30 minutos a 1 hora.

Contenido : Derechos ciudadanos, sexuales y reproductivos
Comunicación

Módulo 6

Cuidados y baños del recién nacido

Objetivo : Proporcionar a las madres las indicaciones necesarias para el efectivo cuidado de su bebé en lo referente a su higiene, abrigo, alimentación e identificación de los signos de alarma.

Responsable : Equipo (Médico pediatra, enfermera)

Duración : 30 minutos a 1 hora.

Contenido : APGAR, valoración
Desinfección de los ojos
Higiene o aseo del bebé
Cuidados y protección del ombligo
Temperatura a la que debe mantenerse un bebé
Identificación de signos de peligro, infección del ombligo
Cambio de pañales.

Baño del bebé

Objetivo : Que la pareja tenga conocimiento y dominio de la técnica, considerando que el baño del bebé permitirá la comodidad, limpieza, relajación, activación de la circulación y observación del recién nacido.

Responsable : Enfermera.

Duración : 30 minutos a 1 hora.

Contenido : Recomendaciones.
Materiales necesarios.
Técnicas para el baño de esponja.
Técnicas para el baño de tina.
Consejos útiles.

Módulo 7.

Crecimiento y desarrollo e inmunizaciones

Objetivo : Informar a los padres acerca del normal crecimiento y desarrollo del niño sano y el control de sus inmunizaciones

Responsable : Enfermera

Duración : 30 minutos a 1 hora.

Contenido : Cartilla de crecimiento y desarrollo.
Parámetros del crecimiento y desarrollo (peso, talla, osificación, dentición).
Factores que influyen en el crecimiento y desarrollo (raza, herencia, medio ambiente, glándulas de secreción interna, enfermedades maternas).
Constantes vitales (temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial).
Estimulación del crecimiento y desarrollo del niño.
Inmunizaciones

Salud bucal

Objetivo : Reconocer la importancia de una adecuada salud bucal y la conservación de esta.

Responsable : Odontólogo.

Duración : 30 minutos a 1 hora.

Contenido : Los dientes – Desarrollo anátomo – fisiológico.
Higiene dental
Alimentación balanceada.
Consulta odontológica.
Uso de cepillo dental.
Técnica del cepillado.
Enfermedades – prevención.

Módulo 8.

Paternidad responsable

Objetivo : Promover el ejercicio de una paternidad y maternidad responsable

Responsable : Obstetriz.

Duración : 30 minutos a 1 hora.

Contenido : Paternidad responsable.
Como ser mejores padres.
Como tener buenos hijos.
Métodos anticonceptivos, uso, importancia ,
precauciones, importancia

Puerperio

Objetivo : Dar orientación a la mujer en su nueva responsabilidad como madre.
A evitar las infecciones puerperales.
Gimnasia y deambulación precoz.

Responsable : Obstetriz.

Duración : 1 Hora.

Contenido : Concepto de puerperio, cuidados inmediatos al puerperio, involución uterina, control de loquios, cuidado de la episiorrafia, cuidado de la herida operatoria, higiene personal, reposo.
Aspecto emocional de la lactancia materna, mastitis.
Recomendaciones para el día del alta.
Alimentación de la puérpera.
Organización de las actividades en el hogar, descanso, quehaceres domésticos, atención del lactante.
Relaciones sexuales, menstruación, planificación familiar.
Control post partum.

Actividades de recreacion

Día de la Madre – Día del Padre – Navidad y otros según calendario de loa salud

Objetivo : Incorporar a la mujer gestante en las diferentes actividades del calendario de la salud
Hacer partícipe directa a la mujer para que tome su situación de embarazada de la forma más natural.

Responsable : Obstetriz.

Duración : 2 Horas.

Contenido : Bienvenida, Himno Nacional.
Números Musicales (canciones – coros).
Números Artísticos (fonomímicos, mimos, sketches, dramas, etc.)

**Componente III :
Psicoprofilaxis Post Parto**

Preparacion Post Natal

Temario

Módulo I

1. El cuerpo despues del nacimiento:
 - a) La pelvis
 - b) Los ligamentos
 - c) El útero
 - d) Involución
 - e) Suelo pélvico
 - f) Tres problemas comunes:
 - Sentarse
 - Toser
 - Estornudar
 - Deposiciones
 - g) Incontinencia
 - h) Hemorroides
 - i) Músculos Abdominales
 - j) Variaciones de peso
2. Postura y cuidados:
 - a) La postura
 - b) ¿Como influye el embarazo en la postura?
 - c) Formas de mejorarla
 - d) Cuidados de la espalda
 - e) ¿Cómo aliviar el dolor lumbar?

Modulo II

1. Sentimientos y afectividad:
 - a) Cambios emocionales
 - b) Sentimientos inmediatos después del parto
 - c) Depresión post parto
 - d) Los primeros días en casa
 - e) Recuperando el sueño perdido
 - f) Ansiedad y estrés
 - g) Relación de pareja
 - h) El niño mayor
 - i) Evitar la soledad
 - j) Depresión post natal severa
 - k) De regreso a nueva vida normal
2. Importancia de la relajacion:
 - a) Los efectos del estrés
 - b) Relación recíproca
 - c) Ejercicios fáciles de relajación

Módulo III

1. Lactancia materna:
 - a) Anatomía y Fisiología de la glándula mamaria

- b) Composición
 - c) Importancia
 - d) Ventajas (madre- niño)
 - e) Técnicas de amamantamiento
 - f) Mitos y creencias
 - g) Contraindicaciones
2. Estimulación temprana:
- a) Desarrollo psicoemocional
 - b) Desarrollo físico y control motor
 - c) Crecimiento y desarrollo
 - d) Técnicas de estimulación

Módulo IV

1. Sexualidad en el post parto:
- a) Concepto
 - b) Funciones
 - c) Roles
 - d) Componentes
 - e) Etapas
 - f) Respuesta Sexual
 - g) Sexualidad y embarazo
 - h) Sexualidad y puerperio :
 - Respuesta sexual post parto
 - i) Disfunciones sexuales
2. Planificación familiar:
- a) Metodología anticonceptiva
 - b) Ventajas
 - c) Inconvenientes
 - d) Método de Lactancia Materna Exclusiva
 - e) Accesibilidad a los métodos

Práctica

- A) Ejercicios de 0 a 6 semanas:
- Las primeras 48 horas
 - Nacimiento mediante cesárea
 - Ejercicios en casa
 - Programa diario
 - Necesidades físicas del bebé
- B) Ejercicios de 6 semanas a 3 meses:
- Acostada en el piso
 - Sentada
 - A 4 patas
 - De pie
 - Programa diario
 - Estimulación del control muscular
- C) Ejercicios de 3 meses a 6 meses:
- Control del piso pélvico

- Acostada en el piso
- Sentada
- De rodillas
- Examen final
- Indicaciones para ejercicios en agua
- Programa diario
- Aprendiendo a través del juego
- Regreso a los ejercicios normales.

Cronología de la Atención Prenatal durante el Embarazo

Cada gestante normal, recibirá un mínimo de seis consultas hasta las 40 semanas de gestación.

CONSULTAS	TRIMESTRE
Primera consulta	I Trimestre, antes de los 14 semanas
Segunda consulta	II Trimestre, alrededor de las 20 semanas
Tercer consulta	II Trimestre, alrededor de 24 semanas
Cuarta consulta	III trimestre, alrededor de 30 a 32 semanas
Quinta consulta	III Trimestre, alrededor de 37 semanas
Sexta consulta	III Trimestre, alrededor de 40 semanas

Actividades Del Control Prenatal

Primo consulta (antes de las 14 semanas/ 1er Trimestre).

En la primera consulta se realizará una evaluación médica sistémica y se hará la calificación de riesgo de la gestante, estará a cargo del médico Gineco-obstetra. En los lugares donde no exista un especialista, ésta la realizará el médico general o la obstetriz.

La duración de la primera consulta, no deberá ser menor de 20 minutos para permitir al profesional realizar una buena anamnesis, examen médico sistémico y gineco-obstétrico, **llenado de la Historia Clínica Perinatal Base y el Carné perinatal**, brindar educación, orientación y otras indicaciones pertinentes.

Actividades en la primo consulta

- ❑ Anamnesis general y obstétrica.
- ❑ Examen físico completo. Si tiene afecciones asociadas se debe interconsultar con el clínico de la especialidad y/o referir a otro nivel.
- ❑ Examen obstétrico que incluye:
 - Examen con espéculo para ver las características del cuello, así como para tomar muestra citológica, si corresponde, y toma de exudado vaginal con cultivo, si es posible, en caso de observar flujo vaginal anormal, el cual se repetirá si se considera necesario.
 - Tacto vaginal sin introducir el dedo en el canal cervical para determinar edad gestacional, características del cuello uterino y en general las características del canal blando del parto.
 - Examen de mama para detectar posibles anomalías o enfermedades que pudieran afectar la lactancia materna.
- ❑ Examen ecográfico
- ❑ Control de Peso, Talla, temperatura y presión arterial.
También tomar la Presión Arterial Media (PAM), la cual es :

$$PAM = \frac{\text{Presión arterial sistólica} + 2 \text{ diastólica}}{3}$$

3

- ❑ Exámenes de laboratorio.

- Determinar el grupo sanguíneo y factor RH
 - VDRL para descartar sífilis
 - VIH (Elisa), con consentimiento
 - Orina Completa
 - Hemoglobina
 - Glicemia
 - Examen de Heces (Parasitología)
-
- Determinar riesgos : nutricionales, psicológicos y sociales y derivar si fuera pertinente
 - Establecer el riesgo y llenar instrumentos técnicos. (carnet perinatal, historia clínica, parte diario)
 - Indicar antianémicos orales (hierro, ácido fólico, vitamina C) y recomendaciones nutricionales: alimentos ricos en sangre animal, hígado, bazo, carnes rojas en general. Ver Recomendaciones Nutricionales en la embarazada.
Antianémicos : Fumarato ferroso o sulfato ferroso 200-300 mg.: 1 tableta al día, ácido fólico: 0.5 mg., más Vitamina C 100mg. una vez al día o media hora antes de la comida.
 - Derivar al odontólogo
 - Citar a las 2 semanas

Controles prenatales (4 usuarias por hora)

Segundo control (Segundo Trimestre)

- Evaluación de los resultados de los exámenes de ayuda al diagnóstico.
- Orientaciones generales sobre la dieta, higiene del embarazo, lactancia materna, sexualidad
- Interrogatorio básico y examen físico general que incluye peso, presencia de edema, mucosas, entre otros
- Toma de la presión arterial, altura uterina
- Indagar sobre síntomas asociados: urinarios, estreñimiento, flujo vaginal.
- Continuar la indicación de antianémicos por vía oral, sulfato ferroso 300 mg., ácido fólico : 1mg., más Vitamina C 100mg. 1 tableta; cada una de ellas a las 9:00am y a las 4 pm.
- Vacunación antitetánica según esquema
- Identificación de riesgos o daños
- Verificar lo establecido en la primera consulta, sino proceder a realizarlo
- Citar a las 4 semanas

Tercer Control (alrededor de las 24 semanas – 2º. Trimestre)

- Interrogatorio básico y examen físico que incluya peso, mucosas, buscar presencia de edema, entre otros.
- Toma de la presión arterial y de la presión arterial media
- Altura uterina, palpación de partes fetales así como existencia de movimientos fetales.
- Explicar a la gestante cómo seguir el patrón contráctil normal (contracciones no frecuentes, irregulares, por lo general no dolorosos)

Semana de embarazo	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
Contracción por hora	1	3	5	7	8	8	8	9	9	9	9

- ❑ Continuar indicaciones de antianémicos y recomendaciones nutricionales
- ❑ Verificar asistencia al odontólogo, nutricionista, y psicólogo si fuera necesario
- ❑ Identificación de riesgos o daños
- ❑ Verificar lo establecido en anteriores controles, si no proceder a realizarlo
- ❑ Direccionar a psicoprofilaxis
- ❑ Interconsulta especializada próxima cita o médico adaptado a la realidad del lugar

Cuarta Control (alrededor de 30-32 semanas –3 °. Trimestre)

- ❑ Se evaluará el estado general de salud, peso, presión arterial, pulso, altura uterina, situación, presentación y posición fetal, frecuencia cardíaca fetal, presencia de edemas, y otros específicos si la paciente lo requiere.
- ❑ Revalorar la curva de peso, la ganancia de peso desde la primera consulta, y valorar la curva de presión arterial. Considerar la presión basal de la paciente.
- ❑ Indagar sobre movimientos fetales, sangrado vaginal, contracciones uterinas anormales, pérdida de líquido
- ❑ Repetir orina (sedimento urinario)
- ❑ Si fuera necesario por la historia clínica, evolución o síntoma, se realizará tacto vaginal sin introducir el dedo en el canal cervical que busque características del cuello (posición y longitud) y de la pelvis (ángulo subpúbico, espina ciática, promontorio y partes blandas). También si es necesario debe visualizarse el cuello con espéculo.
- ❑ Indicar hemoglobina, VDRL, y glicemia
- ❑ Continuar tratamiento antianémico y orientaciones generales
- ❑ Identificación de riesgos o daños
- ❑ Verificar lo establecido en consultas precedentes sino proceder a realizarlo
- ❑ Se citará al 5to. control en la semana 37 (próxima consulta)

Quinto Control (alrededor de las 37 semanas)

- ❑ Valorar resultados de análisis complementarios indicados en la consulta anterior e indicar ecografía para ponderados fetales, evaluación placentaria, cantidad de líquido amniótico, o sea evaluación feto placentaria
- ❑ Interrogatorio básico y examen físico que incluye peso, buscar edemas
- ❑ Toma de presión arterial
- ❑ Examen obstétrico que incluye medición de altura uterina, situación, presentación, movimiento fetal, frecuencia cardíaca fetal y tono uterino
- ❑ Indicar examen parcial de orina
- ❑ Instruir sobre prodromos y síntomas de parto, así como los cuidados del puerperio, del recién nacido y la lactancia materna.
- ❑ Continuar el tratamiento antianémico y dar orientaciones generales
- ❑ Identificación del riesgo o daño
- ❑ Verificar lo establecido en consultas precedentes sino proceder a realizarlo
- ❑ Efectuar la referencia a un nivel que cuente con centro obstétrico

Sexto Control (a las 40 semanas)

- ❑ Valorar los resultados de los exámenes/análisis complementarios, solicitados en el control anterior.
- ❑ Interrogatorio básico y examen físico que incluye presencia de edemas
- ❑ Toma de presión arterial
- ❑ Examen obstétrico: Altura uterina, situación, presentación, posición y movimientos fetales, frecuencia cardíaca fetal, presencia de líquido amniótico
- ❑ Indagar y orientar sobre los prodromos del parto, pérdida de líquido amniótico, sangrado vaginal
- ❑ Verificar hemoglobina
- ❑ Identificación de riesgos o daños
- ❑ Continuar antianémicos y dar orientaciones generales
- ❑ Referir a las 40 semanas a otro nivel superior para : Ultra sonido obstétrico buscando cantidad de líquido amniótico, madurez placentaria, y bienestar fetal, mediante la biometría fetal, el estudio de flujo vascular (donde haya condiciones) y perfil biofísico Indicar CTG (cardiotocografía simple). Si es normal, cada semana hasta las 41 semanas, que debe hospitalizarse para manejo más adecuado.
- ❑ Ingresar a las 41 semanas para un manejo obstétrico más adecuado.

Este esquema puede ser modificado a criterio médico y depende de la edad gestacional en que se capta a la gestante.

4. Atención del puerperio

Puerperio normal

Conceptos : Se denomina puerperio al período comprendido desde que termina el alumbramiento hasta el retorno del organismo femenino a su estado normal, pregravídico. Para ello se necesita como mínimo 6 semanas.

Se divide en :

Inmediato : Que comprende las primeras 24 horas

Mediato : Que dura 10 días

Tardío : Que va desde el 11vo. día hasta el día 42

Las primeras 4 horas del puerperio se consideran también del cuarto período del parto, la involución total que ocurre en el organismo después del parto, se describe sobre la base de fenómenos locales y generales

Atención del Puerperio normal :

Objetivo : Mejorar la calidad de la atención durante el puerperio

1ª. Consulta : Puerperio mediano

- Atender adecuadamente a las puerperas haciendo énfasis en la vigilancia de los signos vitales, las pérdidas sanguíneas y la involución uterina
- Lograr diagnóstico precoz de la sepsis puerperal
- Verificar hemoglobina post parto
- Verificar estado del recién nacido y direccionarla para el control del niño sano (Puericultura)
- Establecer medidas para mantener la lactancia materna, estado de las mamas
- Educación para la salud :
 - Orientación en nutrición y salud sexual y reproductiva
 - Orientación sobre posibles síntomas que la obliguen a volver a la consulta (fiebre, fetidez de loquios, palpitaciones, anorexia, decaimiento en general.
- Direccionar a la psicoprofilaxis post parto.
- Mantener tratamiento de antianémicos

2ª. Consulta : Puerperio tardío

- Atender los signos vitales y la involución puerperal en general
- Establecer medidas para mantener la lactancia materna , estado de las mamas
- Orientar en Salud sexual y reproductiva con énfasis en la planificación familiar para la elección del método anticonceptivo deseado.
- Educación para la salud: dando orientaciones acerca de ejercicios para establecer la tonicidad y estimulación temprana en el recién nacido.
- Verificar estado del recién nacido
- Direccionarla a psicoprofilaxis puerperal
- Retorno de la menstruación
- Atender aspectos psicológicos del puerperio
- Mantener tratamiento de antianémicos

Si la paciente no acude a consulta, programa visita domiciliaria donde se debe verificar lo planteado en consulta y verificar estado del recién nacido

Riesgos durante el puerperio

1. Hemorragia
2. Infecciones

Dieta de la mujer que lacta, anticoncepción y medicamentos

La madre que lacta necesita comer más de lo que usualmente consume. La madre utiliza alrededor de 400-500 cal. adicionales diariamente durante los primeros tres meses de la lactancia y un poco más después de este período.

Si una madre come lo suficiente para satisfacer su hambre, usualmente logrará satisfacer su necesidad de energía durante la lactancia. La Lactancia puede aumentar la sed de la madre; por ello deberá beber suficiente líquido para satisfacerla.

Las comidas sencillas y no costosas ricas en calorías son suficientes para cubrir los requerimientos nutricionales de la madre y su bebé. Se le podrá aconsejar que consuma alimentos ricos en calorías (aceite, azúcar, yuca, papas, avena, quinua, trigo y camote) y alimentos ricos en proteínas (haba seca, alverjita seca, menestras y pescado). Lo ideal es combinar estos alimentos para así consumir una dieta nutritiva. En zonas con deficiencias en yodo (sierra, selva), se debe promover alimentos ricos en yodo y sal yodada. Una pérdida de 1 kg. al mes es normal durante la lactancia, si pierde más deberá ser aconsejada para aumentar sus calorías.

No se debe dar anticonceptivos que contengan progestágenos, ya sea oral, inyectable o implante, antes de las 6 semanas post parto y píldora combinada. La mayoría de los medicamentos usado comúnmente son compatibles con la lactancia. Muy pocos medicamentos contraindican la lactancia tales como sustancias radioactivas, barbitúricos a dosis hipnóticas, antimetabolitos.

ACTIVIDADES

MUJER

OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSO HUMANO
Detección de riesgos y manejo de daños	• Consulta médica Detección de riesgos y manejo de daños de la mujer en edad fértil y la mujer gestante	Medico Ginecólogo Obstetriz
Prevención de enfermedades inmuno-prevenibles	• Control Obstetriz • Control de enfermería Inmunizaciones a las mujeres en edad fértil y a las gestantes	Obstetriz /enfermera
Captación precoz y seguimiento del bajo riesgo reproductivo	• Control obstetriz Detección de riesgos y referencia oportuna del alto riesgo o daño detectado Control pre natal y del puerperio de bajo riesgo Detección precoz del cáncer ginecológico (examen de mama y PAP) Atención en Planificación familiar Consejería.	Obstetriz
Manejo y seguimiento de riesgo y daño psicológico	• Atención psicológica Tamizaje Control Consejería Seguimiento del riesgo y del daño	Psicólogo
Manejo y seguimiento de riesgo y daño nutricional	• Control Nutricional	Nutricionista
Manejo y seguimiento de riesgo y daño social	• Control en trabajo social	Asistente social
Manejo y seguimiento de riesgo y daño en salud oral *	• Atención odontológica Fluorización Evaluación de la placa bacteriana Curación	Odontólogo
Evitar abandonos en el control adecuado de la gestante / puérpera ó MEF	• Visita Domiciliaria	Equipo
Entrenamiento de la gestante y la puérpera para su participación activa en el parto y su incorporación precoz a la vida cotidiana post parto Entrenamiento y educación para la prevención, control de riesgos del adolescente y de las mujeres en etapa perimenopáusica	• Psicoprofilaxis Obstétrica/ • Psicoprofilaxis Puerperal • Psicoprofilaxis en Salud Sexual y Reproductiva (adolescentes y climáticas) • Psicoprofilaxis en Salud Mental	Obstetriz Psicólogo
Educación a la gestante/ puérpera, MEF y su familia	• Educación grupal Entrenamiento, GAM, etc.	Equipo

CARACTERISTICAS DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

Los criterios considerados para la prestación de servicios, son los siguientes:

- ❑ Atención Integral
- ❑ Oportunidad de atención
- ❑ Eficiencia
- ❑ Calidad de atención
- ❑ Organización de la atención en función de las redes de servicios
- ❑ Enfoque de riesgo

REQUISITOS PARA ASEGURAR UN EFICAZ FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS

(describir)

- ❑ Infraestructura : que garantice la privacidad y confidencialidad
- ❑ Capacitación y supervisión continua de los proveedores de salud
- ❑ Instrumentos técnicos que permitan el seguimiento, referencia y evaluación
- ❑ Materiales de información, educación y comunicación

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCION

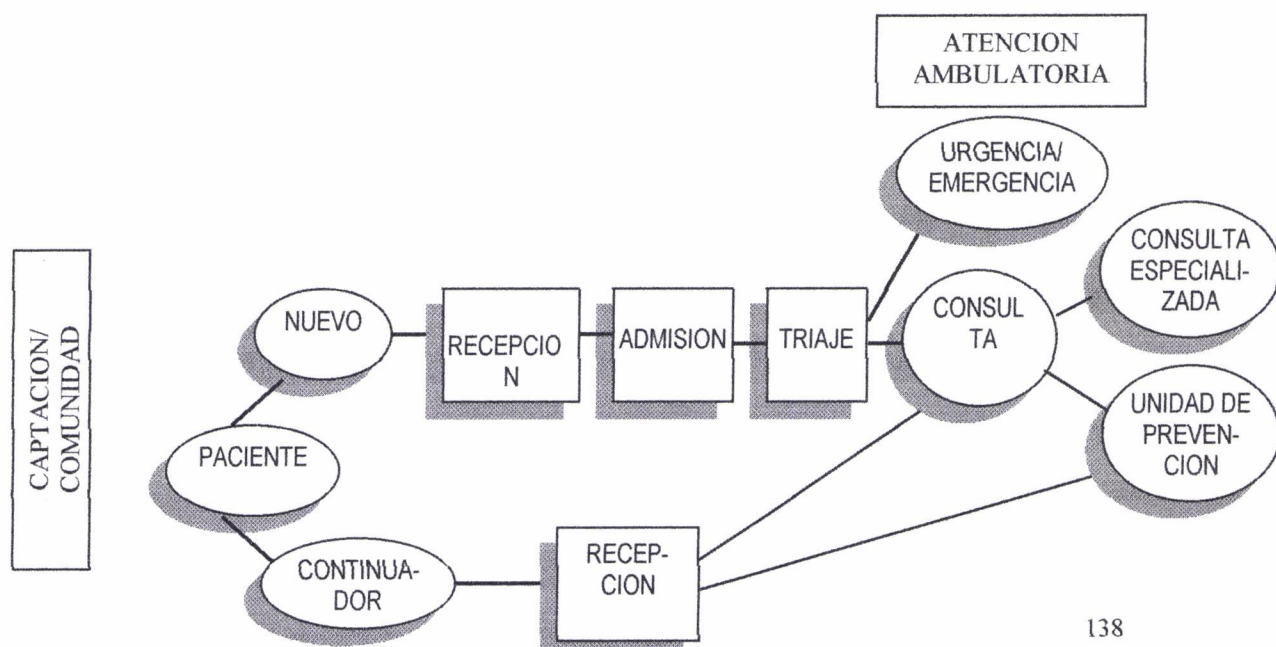
En función del nivel de complejidad, de los recursos y los materiales disponibles.

a) Organización de la atención en un centro de salud

- ✓ Consultorio de salud de la mujer
- ✓ Servicio dental
- ✓ Tópico/emergencia
- ✓ Unidad de Admisión
- ✓ Sala de espera
- ✓ Farmacia
- ✓ Laboratorio

b) Organización de la atención del puesto de salud

- ✓ Consulta ambulatoria
- ✓ Tópico – Emergencia
- ✓ Unidad administrativa / Botiquín



PROCESO DE LA ATENCION DE BAJO RIESGO

- Fase de captación
- Fase de admisión
- Fase de triaje
 - Objetivos :*
 - Detectar signos de gravedad o emergencia
 - Definir el tipo de atención que requiere.
- Fase de atención
 - ✓ Atención de la mujer con morbilidad no grave
 - ✓ Atención integral básica de la mujer
 - Objetivos:*
 - Evaluar integralmente a la mujer
 - Clasificar su estado de salud
 - Brindar la terapia requerida
 - Aplicar la atención integral básica de la mujer
- Fase de salida
 - Objetivos:*
 - Transferencia
 - Alta
 - Control y seguimiento

TRIAJE :

- Detectar signos de gravedad o emergencia
- Definir el tipo de atención que requiere y direccionar

CONSULTORIO BASICO :

- Atención paciente nuevo al servicio
- Atención de alto riesgo Obstétrico
- Mujer mayor de 35 años o menor de 15
- Historia obstétrica de : aborto, embarazo ectópico, mayor a 4 hijos, muerte perinatal, primigesta, nulipara, cesárea anterior, infertilidad, período internatal corto
- Antecedentes personales : Hb < 9 g/dl. Cáncer, cardiopatías, convulsión, desnutrición, diabetes, HTA, Nefropatía, TBC, SIDA, sífilis
- Morbilidad ginecológica
- Climaterio

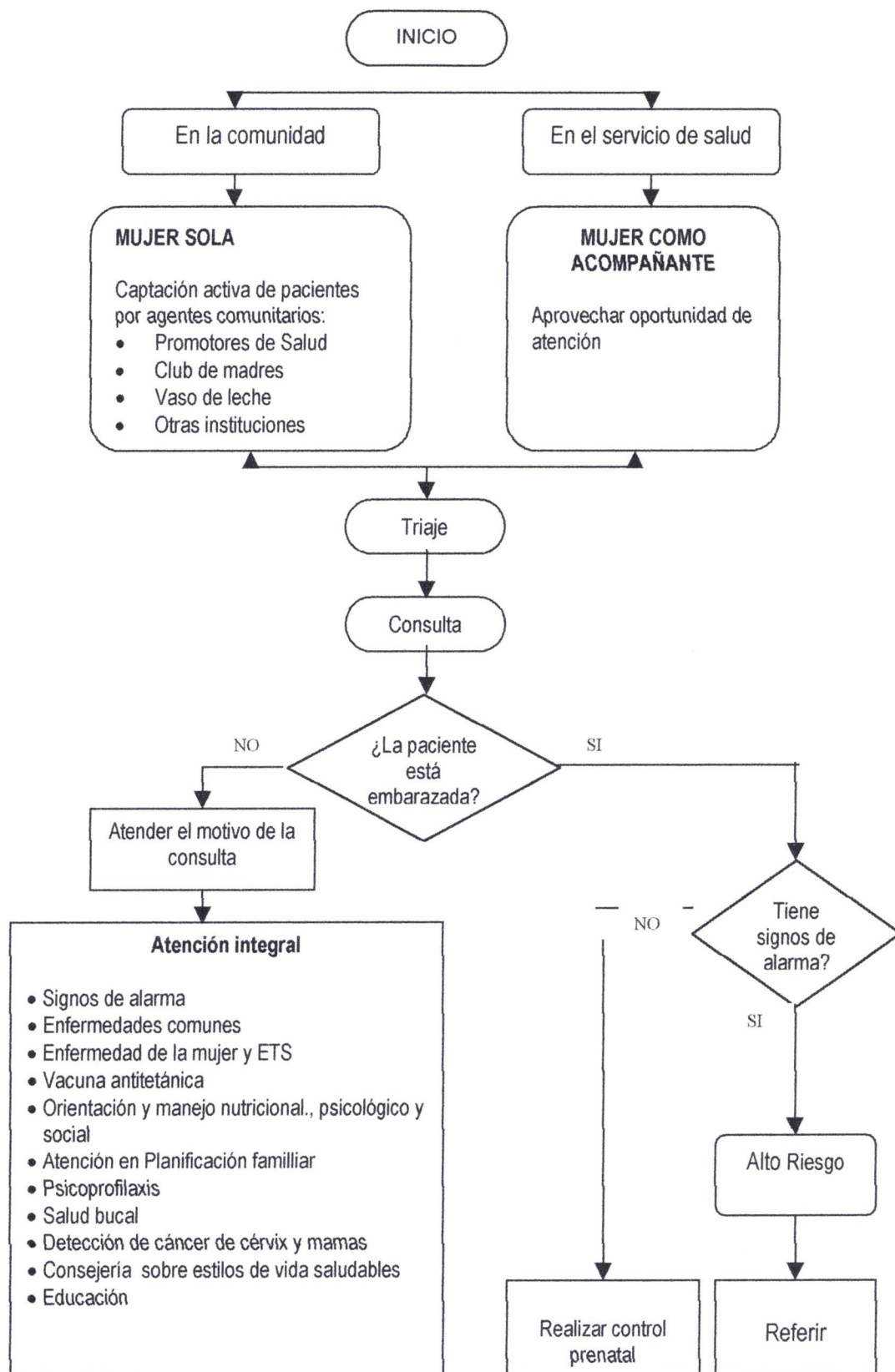
EMERGENCIA :

- Hemorragia
- Pérdida de líquido amniótico
- Ausencia de movimientos fetales
- Síndrome febril
- Abdomen agudo
- Gestación de 42 semanas o más
- Contracciones uterinas
- Pre-eclampsia, eclampsia
- Obito fetal
- Hiperemesis gravídica
- Trabajo de parto

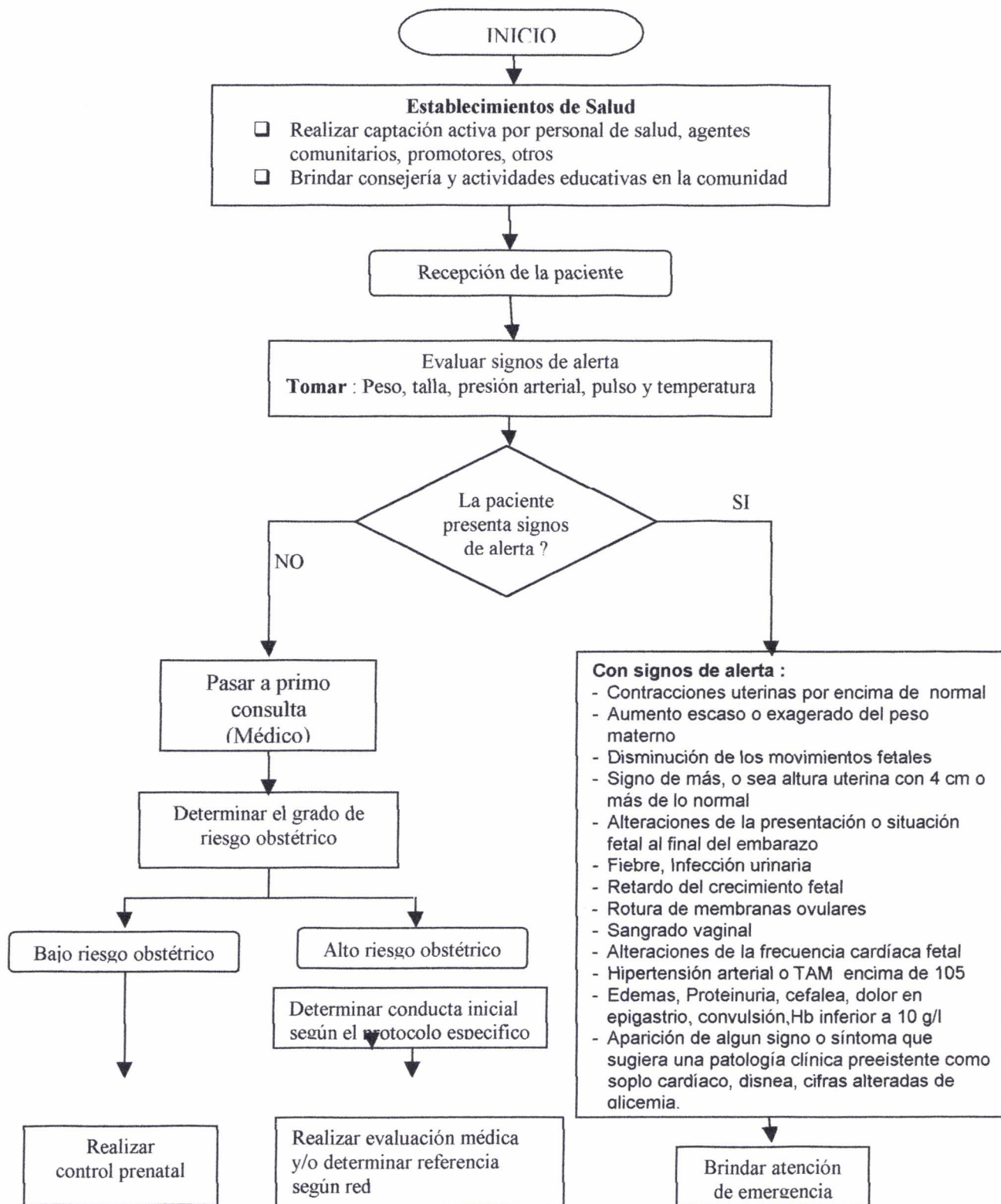
UNIDAD DE PREVENCION

- Control de gestante de bajo riesgo
- Control nutricional
- Salud oral
- Inmunización
- Psicoprofilaxis
- Consejería
- Planificación Familiar / Sexualidad Humana
- Detección precoz de cáncer ginecológico
- Educación
- Visita Domiiciliaria
- Atención psicológica

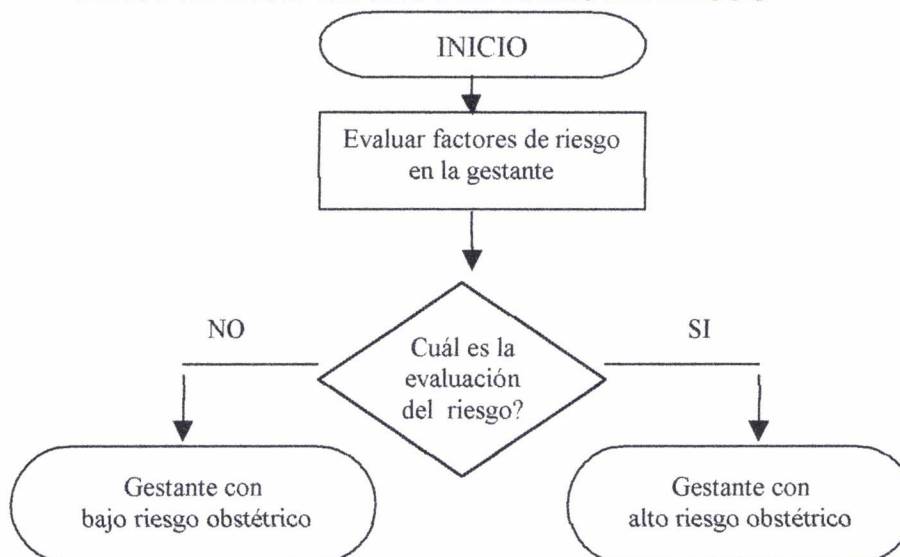
FLUJOGRAMA GENERAL DE ATENCION DE LA MUJER



FLUJOGRAMA DE ATENCION DE LA MUJER GESTANTE



CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO



La suma de 2 o más factores representa alto riesgo obstétrico

ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

- ☐ Edad mayor de 35 años
- ☐ Edad menor de 18 años

HISTORIA OBSTETRICA

- ☐ Abortos 2 ó menos
- ☐ Embarazo ectópico
- ☐ Multipara con más de 4 hijos
- ☐ Periodo internatal corto
- ☐ Primigesta nulípara
- ☐ Tratamiento de infertilidad

Cualquiera de los siguientes , por sí solo, representa alto riesgo obstétrico

ANTECEDENTES PERSONALES GENERALES

- ☐ Edad menor de 15 años
- ☐ Consumo de drogas, alcohol o tabaco
- ☐ Anemia Hb menor a 9g/dl
- ☐ Cáncer
- ☐ Cardiopatías
- ☐ Convulsiones
- ☐ Desnutrición
- ☐ Diabetes / Hipertensión arterial
- ☐ Hepatopatías / Nefropatías
- ☐ Tuberculosis (TBC)
- ☐ Sífilis
- ☐ Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

HISTORIA OBSTETRICA

- ☐ Cesárea anterior o histerotomía previa
- ☐ Hemorragia genital
- ☐ Madre Rh negativa
- ☐ Muerte perinatal
- ☐ Abortador habitual

EXAMEN CLINICO

- ☐ Aumento de peso materno escaso o exagerado
- ☐ Peso menor a 45 kilogramos
- ☐ Talla menor a 1.40 m.
- ☐ Signos de amenaza de parto prematuro
- ☐ Disminución de movimientos fetales
- ☐ Embarazo múltiple
- ☐ Feto en posición podálica
- ☐ Infección urinaria
- ☐ Macrosomía fetal
- ☐ Pelvis anormal
- ☐ Polihidramnios / oligohidranios
- ☐ Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU)
- ☐ Ruptura de membrana mayor a 24 horas
- ☐ Sangrado vaginal
- ☐ Sufrimiento fetal

FICHA – CONTROL DEL RIESGO PRECONCEPCIONAL

Establecimiento :

Consultorio :

Nombre:

Edad :

Domicilio

Historia Clínica

Factores de riesgo	Modificables		Tiempo para la modificación
	SI	NO	
Desea tener hijos	SI _____	NO _____	
Conducta para modificar el riesgo :			
Método anticonceptivo actual :			

Ficha de Riesgo Obstétrico

1. Establecimiento :	Fecha de la consulta : _____ (dd-mm-aa)	
2. Identificación del paciente		
Nº seguro : _____		
Nombre : _____		
Dirección : _____		
3. Riesgo obstétrico – Factores de riesgo en la gestante		
<i>La suma de 2 o más factores representa alto riesgo obstétrico . Marque con aspa (X) cuando la respuesta es positiva</i>		
- Antecedentes personales generales	SI	NO
• Edad mayor de 35 años	☐	☐
• Edad menor de 18 años	☐	☐
- Historia Obstétrica		
• Abortos (2 ó menos)	☐	☐
• Embarazo ectópico	☐	☐
• Multipara con más de 4 hijos	☐	☐
• Período internatal corto.....	☐	☐
• Primigesta nulípara.....	☐	☐
• Tratamiento de infertilidad.....	☐	☐
<i>Cualquiera de los siguientes por si sólo respuesta alto riesgo</i>		
- Antecedente personales generales		

• Edad menor de 15 años	☐	☐
• Anemia, Hb, menor de 9 g/l.....	☐	☐
• Cáncer.....	☐	☐
• Cardiopatías	☐	☐
• Convulsiones	☐	☐
• Desnutrición	☐	☐
• Diabetes	☐	☐
• Consumo de drogas, alcohol o tabaco	☐	☐
• Hepatopatía.....	☐	☐
• Hipertensión arterial.....	☐	☐
• Nefropatías.....	☐	☐
• Tuberculina.....	☐	☐
• Sífilis	☐	☐
• SIDA.....	☐	☐
- Historia Obstétrica		
• Cesárea anterior o histerotomía previa.....	☐	☐
• Hemorragia genital	☐	☐
• Madre Rh negativa	☐	☐
• Muerte perinatal.....	☐	☐
• Abortador habitual	☐	☐
- Examen clínico		
• Amenaza de parto prematuro.....	☐	☐
• Aumento de peso materno escaso o exagerado.....	☐	☐
• Disminución de movimientos fetales	☐	☐
• Embarazo múltiple	☐	☐
• Feto en posición podálica	☐	☐
• Infección urinaria	☐	☐
• Macrosomía fetal	☐	☐
• Pelvis anormal.....	☐	☐
• Peso menor a 45 kilogramos.....	☐	☐
• Polihidramnios / oligohidranios.....	☐	☐
• Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU)	☐	☐
• Ruptura de membrana mayor a 24 horas	☐	☐
• Sangrado vaginal.....	☐	☐
• Sufrimiento fetal.....	☐	☐
• Talla menor a 1.40 m.....	☐	☐

METAS A LOGRAR EN LOS PRÓXIMOS 5 AÑOS

- ☐ Contribuir a disminuir la tasa de mortalidad materna inferior a 60 por 10,000 nacidos vivos
- ☐ Brindar 6 consultas prenatales por embarazadas
- ☐ Controlar la inmunización con toxoide tetánico al 100% de las embarazadas captadas
- ☐ Brindar más de un 30% de consultas de puerperio
- ☐ Lograr una asistencia de embarazadas a consultas superior a un 70% y 10% de puérperas
- ☐ Lograr que el 30% de las gestantes reciban cursos de psicoprofilaxis
- ☐ Lograr que el 20% de las mujeres en edad climatérica reciban cursos de psicoprofilaxis
- ☐ Contribuir a disminuir el índice de cesáreas con un adecuado control prenatal
- ☐ Descartar riesgo obstétrico al 100% de las embarazadas .
- ☐ Remitir al 100% de las mujeres de alto riesgo obstétrico a las consultas especiales establecidas
- ☐ Control y tratamiento del 100% de las mujeres con citologías orgánicas sospechosas y positivas
- ☐ Disminuir las citologías no útiles a menos de un 5%
- ☐ Obtener más del 70% de mujeres en edad de riesgo bajo el control del programa
- ☐ Obtener un 70% de gestantes reevaluadas con el Especialista entre las 30-32 semanas de embarazo.
- ☐ Lograr no menos de un 60% de lactancia materna exclusiva hasta el tercer mes de vida.

Bioseguridad : Medidas que se realizan para minimizar los riesgos de infección, de las personas usuarias y servidores(as) de salud.

Consentimiento informado : Es la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.

CTAR : Consejos Transitorios y Administración Regional.

Curador : Es la persona, que la ley establece como responsable de guardar o cuidar de los mayores de edad incapaces o incapacitados.

Charla Educativa : Técnica educativa de carácter informativo, orientada a un propósito específico con respecto de un grupo determinado.

Derechos Reproductivos : Parte de los derechos humanos ya reconocidos que incluyen:

- Derecho de todas las parejas e individuos a decidir en forma libre y responsable, el número, espaciamiento y tiempo de nacimiento de sus hijos y de disponer de la información y los medios necesarios para lograrlo.
- Derecho a alcanzar los más altos niveles de salud sexual y reproductiva y de contar con los servicios e información que así lo permitan.
- Derecho a tomar decisiones respecto a la reproducción sin discriminación, coerción o violencia.

Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos : Posibilidad cierta de los usuarios para obtener los métodos anticonceptivos en las instituciones de salud.

Edad Fértil : Etapa en la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

Equidad de género : Procesos o acciones que se realizan para eliminar la desigualdad en las relaciones entre hombres y mujeres.

Factor de Riesgo : Característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño.

Fecha de Expiración o Fecha de Vencimiento : La fecha determinada por el fabricante, luego de la cual el anticonceptivo o cualquier otro producto no debe ser distribuido o utilizado por los usuarios.

Género : Relaciones sociales, usualmente desiguales, entre hombres y mujeres que se generan como resultado de una construcción social basada en las diferencias sexuales.

Imperito : persona falta de pericia o habilidad

Meses de Existencia Disponible (MED) : Este término se utiliza para expresar la cantidad de existencia disponible (de un anticonceptivo o artículo específico) en relación con el número de meses que duraría esta cantidad si se distribuye a la tasa (promedio) actual. Es la cantidad

disponible (del anticonceptivo o artículo específico) **Inventarios, existencias, stock** : La cantidad de existencias (anticonceptivos, bienes y otros elementos del establecimiento de salud) que se encuentran disponibles (para utilizarse por un establecimiento de salud o programa) en un momento determinado.

dividida por la tasa mensual de consumo promedio de dicho producto.

Período de Reabastecimiento : Número determinado y pre-establecido de meses que transcurre entre pedidos de suministros anticonceptivos. El período de reabastecimiento debería determinarse en forma individual para cada método anticonceptivo. Se usa conjuntamente el período de reabastecimiento, el nivel de existencias de seguridad (en meses) y el lapso de reabastecimiento para determinar los niveles de existencia máximo y mínimo esperados.

Personas Ilustradas : Persona falta de instrucción (no es sinónimo de analfabeto).

Plan Operativo : A diferencia del plan estratégico (el cual plantea las estrategias o iniciativas generales que utilizará un programa para lograr sus objetivos), un plan operativo plantea los proyectos o actividades específicas (de acuerdo con el plan estratégico), que se llevarán a cabo y el cronograma y los recursos necesarios para completar dichos proyectos o actividades.

Pregrado : Término que se aplica a la docencia y capacitación que realizan las universidades o instituciones educativas antes que los estudiantes obtengan su título (grado)

Prevalencia de Uso de Anticonceptivos : Porcentaje de todas las mujeres en edad fértil (MEF), (entre los 15 y 49 años) que usan un método anticonceptivo en un momento dado.

Prevención de la Violencia Familiar : Estrategia que busca la eliminación de la violencia física o psicológica, en ámbitos públicos o privados, de las personas, especialmente de mujeres o niños, ejercida por algún o algunos miembros del núcleo familiar. Es parte del proceso de eliminar la violencia contra la mujer.

Riesgo reproductivo : Probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil, como su producto, de experimentar enfermedad , lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

Salud Reproductiva : Un estado de bienestar físico, mental y social que no consiste sólo en la ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos referentes al sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Por consiguiente la salud reproductiva implica que la gente pueda llevar una vida sexual segura y satisfactoria, teniendo la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuando y cuan a menudo hacerlo. En esta última condición está implícito el derecho de los varones y mujeres a mantenerse informados con respecto a los métodos anticonceptivos seguros, aceptables y al alcance de sus posibilidades, a elección suya, y a tener acceso a los mismos así como otros métodos de Planificación Familiar para regular la fertilidad, que no sean contrarios a la ley, además del derecho de acceder a servicios apropiados de salud que permitan que las mujeres tengan un embarazo y un parto seguros, proporcionando a las parejas las mejores oportunidades de tener un bebe sano.

Tasa de Falla : Número de embarazos ocurridos en las /os usuarias/os de determinado método al cabo de un año continuo de uso.
(Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar)

□