



Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva

Dirección General de Salud de las Personas
Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud

2004

Catalogación hecha por la Biblioteca Central del Ministerio de Salud

Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva: Lima, Ministerio de Salud, 2004.
[350] p.; tab; ilus.

ATENCION INTEGRAL DE SALUD, normas / SEXUALIDAD / REPRODUCCION / PLANIFICACION FAMILIAR

ISBN 9972-851-13-3

Hecho en el Depósito Legal No. 1501332004-5410

Hecho en el Depósito Legal No. 1501332004-5410

© Copyright 2004
8000 unidades

Ministerio de Salud
Av. Salaverry Cdra. 8 s/n, Jesús María
<http://minsa.gob.pe>
webmaster@minsa.gob.pe
LIMA - PERU

Impreso en los Talleres de
GRAFICA NÁÑEZ S.A.
Jr. Manuel Barreto 314 - Lima 29
grafica.nanez@terra.com.pe



Ministerio de Salud
Personas que atendemos Personas

Sr. Dr. Alejandro Toledo Manrique
Presidente de la República

Srta. Dra. Pilar Mazzetti Soler
Ministra de Salud

Sr. Dr. Eduardo Henry Zorrilla Sakoda
Vice-Ministro de Salud

Sr. Dr. Luis Enrique Podestá Gavilano
Director General de Salud de las Personas

Sra. Dra. Doris Jhusey Schreiber
Directora Ejecutiva de Atención Integral de Salud

EDICION: Luis Távara Orozco

EQUIPO TECNICO:

Yuri Alegre Palomino

Antonio Ortiz Flores

Norma Bolarte Cerrate

Jorge Parra Vergara

Santiago Cabrera Ramos

Milagros Raffo Neyra

Fresia Carrasco Gutierrez

Edgar Ramírez Perez

Lucy Del Carpio Ancaya

Luisa Sacieta Carbajo

Enrique Guevara Rios

Marta Santillán Mercado

Miguel Gutierrez Ramos

Beatriz Ugaz Estrada

Jhony Juarez Montalván

Carlos Urbano Durand

Luis Miguel León García

Raúl Urquizo Aréstegui

Marco Ilanos Saldaña

Yolanda Valencia Medrano

Hugo Manrique Chicoma

Edgardo Vasquez Perez

Eduardo Maradiegue Mendez

Sarah María Vega Sanchez

Genny Martínez Uribe

Alfonso Villacorta Bazán

Luis Meza Santibañez

Ana María Villanueva Espinoza

Jbel Mota Rivera

Martín Yagui Moscoso

PRESENTACION

La Misión de la Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud es conducir las acciones de salud integral de las personas, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, satisfaciendo sus necesidades y requerimientos de salud mediante una oferta de servicios de calidad, con calidez, eficiencia y equidad, y propiciando la participación activa de la comunidad organizada. En esa perspectiva, se propone mejorar el estado de salud de todos (as) los (as) peruanos (as) dentro de un claro concepto de respeto al derecho de las personas, y en esa vía contribuir al desarrollo humano y como consecuencia, del País

El mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud es una necesidad sentida, y como tal se hace necesario mantener el nivel de competencia técnica por parte de los/as trabajadores/as de la salud. Este documento va precisamente dirigido a ellos/as para que les sirva como pauta en la conducta diaria de atención de los (as) usuarios (as) que concurren a los establecimientos en demanda de un servicio en cualquiera de las áreas de salud de la mujer y del recién nacido.

Esta segunda edición de las Guías ha sido cuidadosamente preparada durante mucho tiempo. Sus contenidos y aplicabilidad han sido revisados por un conjunto de profesionales competentes, del nivel central del MINSA, de las DISAS y de los niveles operativos y al ser presentadas reiteramos nuestro propósito de estandarizar conceptos y uniformizar prácticas en las redes funcionales de los servicios de atención a la salud de la mujer y del recién nacido.

En el contexto de que la calidad del servicio se basa en que los/as proveedores/as tengan una capacitación y competencia apropiada, el presente documento aspira a ser una pieza fundamental en la educación continua de los/as profesionales de la salud y de los futuros médicos/as, obstetrices y otros/as que se forman en las aulas universitarias. Los contenidos están orientados a mejorar la capacidad resolutoria de los servicios de salud de la mujer y del recién nacido y a contribuir a reducir la mortalidad materno perinatal.

Las Guías le dan al lector orientaciones para realizar el manejo en base a información científica basada en evidencias y tecnología actualizada para resolver problemas en la atención obstétrica en condiciones normales y de emergencia, atención neonatal en condiciones normales y de emergencia, ITSs, bioseguridad, cáncer ginecológico, planificación familiar y otros aspectos relevantes de la salud reproductiva. Cada uno de estos temas se ha desarrollado en su respectivo módulo que contiene la información suficiente para ser aplicada básicamente en los establecimientos de salud.

En los niveles de atención especializada que realizan actividades docente- asistenciales se debe tener en cuenta este documento para la formación de los/as nuevos/as profesionales de salud que deben trabajar en los distintos establecimientos del país.

La presente edición de estas Guías ha conservado la estructura de la anterior, está dividida en módulos. Luego de la presentación, el documento contiene el Índice en donde se puede evidenciar que cada módulo está identificado por un número romano y por el nombre que corresponde a su contenido. La temática contenida dentro de cada módulo está identificada y numerada como corresponde. La numeración de las páginas se inicia con el número 1 para cada módulo, con la intención de que si se desea actualizar cualquiera de ellos, su modificación no influya en la compaginación de todos los demás. Todos los aspectos tratados en estas Guías se encuentran sustentados en una amplia bibliografía que aparece al final del texto y que puede ser consultada para mayor información de los lectores

Para el mejor uso de este documento recomendamos al lector la siguiente sistemática:

- Comenzar la lectura por el primer módulo de atención integral de la salud reproductiva en donde podrá encontrar los motivos más frecuentes de consulta y a través de ellos identificar la temática específica que desea consultar
- Consultar el contenido general para identificar el módulo que corresponde y el tema en especial motivo de la preocupación del lector
- Abrir el módulo y el tema que corresponde

Siguiendo esta ruta crítica consideramos que el/la trabajador/a de la salud habrá podido hacer las precisiones que corresponde a la conducta de manejo diagnóstico y terapéutico de la entidad o tema consultado y ello podrá contribuir a afianzar las condiciones de calidad y eficacia de la atención integral de la mujer y del recién nacido.

Queremos dejar expresa constancia de nuestro agradecimiento a:

- Los profesionales del nivel central del MINSA, de las DISAS y de los niveles operativos que han contribuido desinteresadamente en prueba de campo de la presente edición
- A la Misión de USAID en el Perú por su aporte técnico y ayuda financiera en la primera edición de estas Guías
- A JHPIEGO CORPORATION, que tuvo a su cargo la elaboración de la propuesta preliminar para esta segunda edición
- A todas las instituciones académicas, científicas, y personas que igualmente han contribuido a optimizar la edición de este documento

Estamos seguros que la difusión y consulta de estas Guías hará más fácil y mejor la atención integral de la salud de la mujer y del recién nacido en el país y contribuirá finalmente a lograr el bienestar de quienes más lo necesitan y merecen.

Dirección General de Salud de las Personas
Ministerio de Salud

CONTENIDO

MODULO I

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD REPRODUCTIVA

	Pág.
Introducción	1
Derechos humanos	1
Derecho a la salud.....	2
Derechos sexuales y reproductivos.....	3
Género.....	4
Roles de género.....	5
Atención de la salud reproductiva	6
Atención a la Persona que acude a servicio de salud reproductiva	6
Manejo de las causas que motivan la consulta	10
Protocolo sobre violencia contra la mujer	12
Violencia sexual	13
Manejo de los casos de violencia contra la mujer	14
Plan de seguridad ante violencia familiar.....	20
Protocolo para la detección del cancer ginecológico y prostático	20
Sistema Bethesda. Anormalidades de las células epiteliales	23
Inspección visual con ácido acético	24
Manejo de acuerdo a resultado de detección	24
Protocolo de atención y tratamiento (ver y tratar)	25
Tratamiento de acuerdo a hallazgos coloposcópicos	26
Climaterio y menopausia	27
Diagnóstico y manejo de la Infertilidad	29
Problemas menstruales	35
Manejo de la HUD	37
Manejo de las disfunciones sexuales	38
Autoestima y Habilidades Sociales	44

MODULO II

ATENCIÓN OBSTÉTRICA

	Pág.
Atención Prenatal	1
Aspectos generales	1
Objetivos	1
Frecuencia con la que deben realizarse las atenciones.....	1
Instrumentos para la recolección de información y manejo en la atención materno perinatal	2
Esquema de vacunación antitetánica	4
Suplemento vitamínico	5

Principios básicos en relación con el uso de medicamentos durante la gestación.....	6
Manejo de las molestias propias de la gestación	6
Actividades durante la atención prenatal	7
Fig. 1 de patrones de ganancia ponderal	11
Fig 2 Medida de la altura uterina	11
Fig 3 Patrones normales de la altura uterina según edad gestacional	11
Fig 4 a 7 Maniobras de Leopold.....	12
Fig 8 Auscultación de los latidos fetales	12
Síntomas y/o signos de alarma	13
Preparación psicoprofiláctica de la gestante.....	15
Objetivos	15
Implementación básica para realizar la preparación psicoprofiláctica de la gestante	15
Sesiones propuestas	16
Atención del parto.....	18
Objetivos	18
Actividades	19
Consideraciones básicas para la atención del parto	20
Períodos del parto	21
Criterios de referencia.....	23
Manejo del período de dilatación	23
Manejo	23
Síntomas y/o signos de alarma durante la labor de parto-manejo	25
Segundo período o expulsivo	28
Manejo	28
Episiotomía	30
Procedimiento	30
Sutura de la episiotomía	32
Tercer período o alumbramiento.....	32
Manejo	32
Condicionantes de la hemorragia postparto	33
Instrumentos para la vigilancia del parto partograma con curvas de alerta.....	34
Partograma de OMS	37
Partograma de la parturienta que se menciona en el texto.....	38
Inducción o estimulación del parto.....	39
Inducción o estimulación con oxitocina	39
Procedimiento	39
Evaluación de bienestar fetal	40
Puerperio.....	40
Manejo de puerperio institucional	41

MODULO III

MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

	Pág
Manejo de la emergencia obstétrica	1
Medidas generales.....	1
Consideraciones para la referencia	2
Medidas preventivas para mejorar la atención y/o prevenir las emergencias obstétricas	2
Manejo de la hemorragia obstétrica	3

Etiología de la hemorragia obstétrica	5
Sospecha de embarazo ectópico	6
Sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG).....	7
Sospecha de aborto	8
Hemorragia obstétrica después de las 22 semanas	10
Sospecha de rotura de útero	11
Sospecha de placenta previa	11
Sospecha de desprendimiento prematuro de placenta	12
Hemorragia vaginal post parto	13
Revisión Manual de Cavidad Uterina.....	14
Extracción manual de placenta	14
Revisión del canal del parto	15
Enfermedad Hipertensiva Inducida por la Gestación	16
Clasificación de la hipertensión durante el embarazo	17
Manejo de la preeclampsia leve	18
Manejo de la preeclampsia severa y eclampsia	18
Manejo del síndrome de HELLP	20
Síndrome febril	20
Manejo	20
Causas del síndrome febril en gestantes o puérperas	20
Acciones para descartar infecciones intercurrentes	20
Evaluación del síndrome febril post parto	21
Manejo de la endometritis puerperal	22
Manejo de las infecciones del tracto urinario.....	23
Manejo de la infección del tracto respiratorio	23
Manejo de la gestante con malaria	24
Dolor abdominal	25
Amenaza de parto prematuro	26
Manejo	26
Sufrimiento fetal agudo	27
Parto obstruido o detenido	28
Medidas generales.....	28
Manejo de hipotonía o hiposistolia.....	29
Manejo de hipertonía o hipersistolia	29
Manejo de presentación podálica	29
Rotura Prematura de Membranas (RPM).....	29
Medidas generales.....	29
Gestación mayor de 40 semanas.....	30
Obito fetal	31
Inducción del parto de óbito fetal.....	32
Inducción con prostaglandinas	32
Sospecha de retardo del crecimiento intrauterino	32

MODULO IV

ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

Antes del parto	Pag. 1
Después del parto.....	3
Lactancia materna.....	6
Signos de alarma.....	9

MODULO V

MANEJO DE EMERGENCIAS NEONATALES

	Pág
Atención del recién nacido con líquido meconial	1
Atención del recién nacido deprimido	2
Manejo mínimo para estabilizar un recién nacido enfermo antes de la referencia	5
Atención del recién nacido potencialmente infectado	6
Atención del recién nacido con ictericia patológica.....	10
Apreciación clínica de la ictericia	13
Tratamiento de hiperbilirrubinemia de acuerdo a los valores y peso del recién nacido	14
Atención del recién nacido con trauma obstétrico	15
Atención del recién nacido con menos de 2500 gramos	16
Mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico.....	19
Sospecha de sífilis congénita	20
Criterios diagnósticos de sífilis congénita	20
Tratamiento de la sífilis congénita	20
Seguimiento de la sífilis congénita.....	20
Sospecha de oftalmía en el recién nacido.....	21
Oftalmía por <i>N. gonorrhoeae</i>	21
Tratamiento	21
Profilaxis	21
Oftalmía por <i>C. trachomatis</i>	22
Tratamiento	22
Profilaxis	22

MODULO VI

BIOSEGURIDAD

	Pag
Introducción	1
Concepto sobre control de infecciones	1
Objetivos.....	2
Formas en que se diseminan los microorganismos	2
Normas de bioseguridad	2
Prácticas para la prevención de infecciones	3
Lavado de manos	3
Uso de guantes	4
Preparación de la piel, membranas y mucosas antes de cualquier intervención	5
Manejo de agujas hipodérmicas, tijeras y otros artículos punzocortantes	7
Descontaminación.....	7
Desinfección de alto nivel y esterilización.....	8
Eliminación apropiada de los desechos	9
Limpieza del mobiliario y ambientes usados por las personas usuarias	9
Flujo de tráfico	10
Medidas preventivas a realizar durante las intervenciones quirúrgicas y/o atención de parto	10
Procedimientos para el manejo de instrumentos, guantes y otros equipos contaminados.....	12

MODULO VII

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

	Pág
Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).....	1
Introducción	1
Síndromes de infecciones de transmisión sexual (ITS)	1
Infecciones no incluidas en el manejo sintomático.....	2
Manejo de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS)	2
Evaluación de riesgo de la actividad sexual.....	4
Estrategias para controlar el SIDA	4
Varón con queja de descarga uretral.....	5
Consideraciones especiales en el tratamiento de la descarga uretral	6
Persona que refiere úlcera en región genital	6
Consideraciones en el tratamiento del síndrome de úlcera genital	7
Mujer que refiere flujo o descenso por la vagina.....	8
Esquemas de tratamiento a usar en el síndrome de flujo vaginal	9
Mujer que refiere dolor en el bajo vientre	11
Esquema de tratamiento de enfermedad inflamatoria pélvica	12
Consideraciones especiales	12
Persona refiere ganglio inguinal aumentado de tamaño y/o doloroso	13
Tratamiento del bubón inguinal	14
Consideraciones especiales.....	14
Persona que refiere lesiones proliferativas genitales o perianales	15
Tratamiento para condiloma	16
Persona refiere inquietud o sospecha por infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	17
Cuadros clínicos de la infección con VIH	19
Caso de SIDA para efectos de notificación oficial al Ministerio de Salud	20
Persona con serología para sífilis positiva o que acude con un cuadro inespecífico y tiene factores de riesgo para sospechar sífilis ..	21
Sífilis – consideraciones generales.....	22
Manejo de las personas con sífilis y con VIH (-) y VIH (+)	24
Sífilis en gestantes	27
Persona con diagnóstico de herpes genital.....	27
Persona alérgica a la penicilina que requiere tratamiento con penicilina	28
Persona con diagnóstico de ácaros (sarna) o piojos en la región perineal.....	29

MODULO VIII

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

	Pág
Planificación familiar	1
Métodos Anticonceptivos	2
Abstinencia periódica	2
Método Billings, de la ovulación o el moco cervical.....	3
Método del ritmo, Ogino-Knaus, de la regla o del calendario.....	4
Método de los días fijos o del collar	5
Método de lactancia materna y amenorrea (MELA)	6

Método de Barrera	7
Condón	7
Anticonceptivos hormonales.....	8
Anticonceptivos orales combinados (AOC).....	8
Uso según condiciones especiales de los anticonceptivos hormonales combinados	10
Manejo de los efectos secundarios más frecuentes de los anticonceptivos hormonales combinados (manejo)	11
Anticonceptivos inyectables combinados (AIC)	12
Píldoras de progestágenos.....	13
Uso según condiciones especiales de los anticonceptivos hormonales de progestágenos.....	15
Manejo de los posibles efectos secundarios más frecuentes de los anticonceptivos de solo progestágeno	15
Inyectables de progestágenos	16
Dispositivos intrauterinos (DIU)	18
Manejo según condiciones especiales	19
Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes.....	20
Instrucciones para inserción de la T de cobre	22
Técnica de inserción: DIU de intervalo	23
Anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV)	24
Bloqueo tubario bilateral (LTB)	25
Manejo de las complicaciones	27
Lista de verificación para bloqueo tubario bilateral.....	28
Vasectomía	29
Manejo de las complicaciones	31
Anticoncepción oral de emergencia	32
Bibliografía recomendada	1-20



Resolución Ministerial

Lima, 21 de JUNIO del 2004



Visto el Oficio N° 1622-2004-DGSP-MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:

Que conforme a lo establecido en el literal b) del artículo 3° de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud, una de las competencias de rectoría sectorial del Ministerio de Salud en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, es el desarrollo de métodos y procedimientos para la priorización de problemas, poblaciones e intervenciones;



Que de acuerdo a lo previsto en el artículo 50° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 014-2002-SA, la Dirección General de Salud de las Personas establece normas y propone las políticas, prioridades y estrategias de atención de salud de las personas, con alcance sectorial e institucional;



Que mediante Resolución Ministerial N° 465-99-SA/DM, se aprobaron las Normas de Planificación Familiar, que reglamentan, a partir de los enfoques desarrollados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), los aspectos que conciernen al Programa de Planificación Familiar, sistematizando los principios y prácticas dentro de un marco legal que incluye la misión, objetivos y estrategias de dicho Programa a nivel nacional;



Que en tal contexto, y en vía de fortalecimiento de la salud reproductiva, la Dirección General de Salud de las Personas, ha elaborado el documento denominado "GUÍAS NACIONALES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA", que contiene los métodos, técnicas y servicios que contribuyen con la salud y el bienestar reproductivo, así como también el tratamiento de la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales;



Con las visaciones de la Dirección General de Salud de las Personas y de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

Con la visación del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal 1) del artículo 8° de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el documento denominado "GUÍAS NACIONALES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA", el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud, se encargará de la difusión de las Guías Nacionales a los establecimientos de salud, a nivel nacional.

Artículo 3°.- Los establecimientos de salud, a nivel nacional, son responsables de la aplicación y cumplimiento de las guías aprobadas.

Artículo 4°.- La Oficina General de Comunicaciones, se encargará de la publicación de las Guías Nacionales en la página web del Ministerio de Salud.

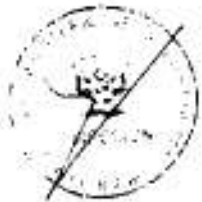
Artículo 5°.- Dejar sin efecto la Resolución Ministerial N° 495-97-SA/DM, de fecha 4 de noviembre de 1997.


Regístrese comuníquese y publíquese



Dr. Pilar MAZZETTI SOLER

Ministra de Salud





MODULO I

ATENCIÓN INTEGRAL

DE LA SALUD

REPRODUCTIVA

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida y la salud de las personas están en gran medida influenciadas por sus conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva, por lo tanto en el marco de la Atención Integral de Salud, la salud sexual y reproductiva constituyen un elemento clave para mejorar la calidad de vida de las personas.

La salud sexual y reproductiva están íntimamente ligadas y son interdependientes. Con esta perspectiva **la salud reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La Salud Reproductiva incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria y para reproducirse, y la libertad para decidir cuando y como y con que frecuencia hacerlo.** Este concepto implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir la responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual.

La salud sexual y reproductiva tiene un enfoque integral, que abarca todo el ciclo de vida de las personas (niño, adolescente, adulto y adulto mayor). Para alcanzarla y conservarla se requiere de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación específicas y diferenciadas durante cada una de las etapas del ciclo de vida de las personas, debido a que las necesidades en el área sexual y reproductiva son cambiantes durante todo el ciclo de vida. El concepto lleva implícito el derecho que tienen todas las personas de adoptar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva y a que sus decisiones sean respetadas sin discriminación alguna.

La sexualidad y la reproducción son parte intrínseca de la salud sexual y reproductiva. La sexualidad forma parte de la vida de las personas durante toda su existencia y se desarrolla a través de los años, sobre la base del conocimiento, valores, creencias y costumbres de su entorno social. La sexualidad es una realidad con la que viven a diario todas las personas, trasciende lo físico (relaciones sexuales); se traduce en las diferentes formas (conductas) que tienen las personas para expresarse y relacionarse con su entorno social y constituye una de las fuentes más importantes de comunicación, bienestar, amor y placer tanto físico como mental, pero también constituye uno de los ejes fundamentales sobre los que se construyen las desigualdades. Mientras que la sexualidad está presente y forma parte de toda la vida, la reproducción es la capacidad temporal de procrear que tienen hombres y mujeres. En la mujer esta capacidad está limitada a los días fértiles del ciclo menstrual, en el período comprendido entre la menarquia y la menopausia; en el hombre esta capacidad es más prolongada.

DERECHOS HUMANOS

Son un conjunto de principios, de aceptación universal, reconocidos constitucionalmente y garantizados jurídicamente, orientados a asegurar al ser humano su dignidad como persona, en su dimensión individual y social.

Características de Los DDHH	Significado
<i>Son innatos o inherentes</i>	La persona nace con derechos, que le pertenecen por su sola condición de ser humano. Su origen es la propia naturaleza humana.
<i>Son universales</i>	Toda persona: mujer, hombre, niño, adolescente y adulto mayor de ambos sexos tiene derechos, independientemente de raza, sexo, nacionalidad, cultura, situación económica, lugar donde viva o religión que se profese, los tiene. Todas las personas tienen la misma dignidad humana y nadie puede ser excluido del disfrute de sus derechos.
<i>Son inalienables e intransferibles</i>	La persona no puede, sin afectar su dignidad, renunciar a sus derechos o negociar-los. Tampoco puede un Estado disponer de los derechos de sus ciudadanos. En algunas situaciones extremas (razones de salud pública y seguridad nacional) algunos derechos pueden ser limitados o suspendidos, pero nunca alienados (eliminados, extinguidos).
<i>Son acumulativos e irreversibles</i>	Como la humanidad y sus necesidades son cambiantes, a través del tiempo se van conquistando nuevos derechos, que una vez reconocidos, pasan a formar parte del patrimonio de la dignidad humana y no caducan en el tiempo.
<i>Son inviolables</i>	Nadie puede atentar, lesionar o destruir los derechos humanos y las personas, instituciones y gobiernos deben respetarlos.
<i>Son obligatorios</i>	El ejercicio de los derechos humanos es obligatorio, por lo tanto las personas y el Estado están obligados a respetarlos.
<i>Son indivisibles, interdependientes, complementarios y no jerarquizables</i>	Los derechos humanos están íntimamente relacionados entre sí. No pueden separarse y no se les puede asignar un orden de importancia. La negación de algún derecho en particular pone en peligro el conjunto de la dignidad de la persona.
<i>Trascienden las fronteras nacionales</i>	La comunidad internacional puede y debe intervenir cuando considere que un Estado está violando los derechos humanos de su población, para requerir que una violación a los derechos humanos sea corregida

DERECHO A LA SALUD

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone al Estado la obligación de respetar, proteger y facilitar su ejercicio.

El derecho a la salud incluyendo la Salud Sexual y Reproductiva es un derecho inclusivo amplio que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores sociales, económicos y culturales determinantes de la salud. El derecho a la Salud está reconocido en los siguientes instrumentos de Derecho Internacional y Nacional.

- Declaración universal de Derechos Humanos de 1948, aprobada por el Perú en 1959
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1966. Aprobado por el Perú en 1978
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965. Aprobada por el Perú en 1971

- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1981. Aprobada por el Perú en 1982
- Convención sobre los Derechos Del Niño de 1990. Aprobada por el Perú en 1990
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador” de 1988. Aprobado por el Perú con Resolución Legislativa

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS


Son parte inseparable e indivisible del derecho a la salud y de los derechos humanos. Su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción. El Estado debe garantizar que toda persona pueda: decidir cuántos hijos va a tener, decidir el espaciamiento de los hijos, regular su comportamiento sexual según su propia forma de ser, sentir y pensar sin tener miedo o vergüenza, estar libre de enfermedades y deficiencias que interfieran con sus funciones sexuales y reproductivas. Las personas deben ejercer estos derechos en forma responsable, respetando la integridad, física, mental y social de las otras personas y asumir responsabilidad por las consecuencias de sus conductas sexual y reproductiva.

Estos derechos, como parte del Derecho a la Salud, están protegidos por la legislación internacional referente a Derechos Humanos (Pactos, Convenciones y Protocolos mencionados anteriormente) y por otros documentos de las Naciones Unidas.

Hasta la fecha ningún texto internacional de carácter vinculante, sobre derechos humanos, alude de forma explícita a los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, estos se fundamentan en algunos derechos humanos reconocidos internacional y nacionalmente, que reconocen muchas de las facultades relacionadas con la procreación humana tales como el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad; el derecho a la dignidad y al libre desarrollo de la personalidad; el derecho a la integridad física, a la libertad religiosa, ideológica y de conciencia; el derecho a la intimidad personal y familiar; el derecho al matrimonio y a fundar una familia; el derecho de la maternidad y la infancia a cuidados y asistencia especiales; el derecho a la educación, el derecho a decidir sobre el número de hijos, entre otros.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos han sido reconocidos en las siguientes Conferencias Internacionales:

- Primera Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos celebrada en Teherán, 1968
- Conferencia de Población de Bucarest, 1974
- Convención de la Mujer efectuada en México, 1979
- Conferencia Internacional sobre Población celebrada en México, 1984
- Conferencia de las NNUU sobre Medio Ambiente y Desarrollo celebrada en Río de Janeiro, 1992
- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, 1994
- Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing, 1995
- Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos celebrada en Viena, 1995
- Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (Tratado de Roma), 1998



Los derechos sexuales y reproductivos están relacionados con el libre ejercicio individual de la sexualidad y la reproducción, independientemente de la edad, condición social, raza y religión y sin estar sujeto a coerción, discriminación o violencia. El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos motiva que los hombres comprendan sus funciones y responsabilidades de respetar los derechos humanos de la mujer, proteger su salud y contribuir a que sus parejas ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos, así como a compartir la responsabilidad por los quehaceres del hogar y la crianza de los hijos, aspectos que influyen en la condición y calidad de salud de las mujeres. También garantiza la competencia técnica de los proveedores de servicios de salud para organizar estos, de tal manera que favorezcan la atención integral y todos los aspectos asociados a la salud sexual y reproductiva.

En resumen, los derechos sexuales y reproductivos garantizan la convivencia y la armonía sexual entre hombres y mujeres, entre adultos y menores, lográndo que la sexualidad y la reproducción se ejerzan con libertad y respetando la dignidad de las personas, permitiéndole al ser humano el disfrute de una sexualidad sana, responsable, segura y con el menor riesgo posible.

Los siguientes son algunos Derechos Sexuales y Reproductivos: Derecho a la Vida, Derecho a la integridad física psíquica y social y a la seguridad de la persona, Derecho a la igualdad y a la no discriminación, Derecho a la privacidad, Derecho a la libre información y a la educación, Derecho a decidir si contraer o no matrimonio y fundar una familia, Derecho a decidir si tener o no hijos y cuando tenerlos, Derecho a la atención y la protección de la salud, Derecho a los beneficios del progreso científico, Derecho a una vida libre de violencia., Derecho a la igualdad y equidad, Derecho a la atención a la salud reproductiva

GENERO

El Sexo se refiere a las diferencias biológicas que existen entre mujer y hombre. Las personas nacen con un sexo, el sexo es universal.

El Género se refiere a las construcciones sociales, psicológicas, culturales e históricas que se asignan a hombres y mujeres en una sociedad y en un tiempo determinado. Estas características también incluyen los prejuicios y estereotipos, que se tiene de hombres y mujeres. Como el género se construye a través del tiempo y se refuerza con la cultura, también puede modificarse con el tiempo y variar de una cultura a otra.

- La asignación del género se refiere a la rotulación como hombre o como mujer que realizan las primeras personas que tienen contacto con el/la recién nacido/a a partir de la apariencia externa de los genitales. Con este dato la familia y la sociedad se constituyen en emisoras y vigilantes de un discurso cultural en función del cual se definen los comportamientos, funciones y responsabilidades asociadas al ser hombre o ser mujer.
- Género se aprende desde el nacimiento, se reciben mensajes sobre cómo se debe comportar un hombrecito o una mujercita.
- La determinación del género tiene que ver con las representaciones sociales y culturales, sobre las características y los roles considerados como masculinos y femeninos.

- El concepto de género permite entender que las características consideradas femeninas y masculinas se adquieren mediante el proceso de socialización en sociedades y culturas específicas en vez de derivarse naturalmente del sexo.

ROLES DE GENERO

Son el resultado de comportamientos adquiridos en una sociedad dada que definen cuáles son las conductas, tareas y responsabilidades consideradas masculinas y femeninas. Dichos roles están condicionados por factores tales como la edad, clase social, religión, pertenencia a grupos étnicos, origen regional y las tradiciones, y también se ven afectados por cambios inducidos a través de los procesos de desarrollo.

Las características biológicas de hombres y mujeres generalmente no cambian; las personas son hombres o mujeres; sin embargo, las características percibidas por cada uno de los roles y responsabilidades que se les asigna, difieren entre sociedades, culturas y periodos históricos.

Rol de los hombres

Hoy en los países más industrializados, hay pocas líneas de demarcación entre las ocupaciones de hombres y mujeres. Sin embargo, en las sociedades menos industrializadas, los hombres tienen roles más visibles y reconocidos que los de las mujeres, en gran medida debido a que los hombres son remunerados por su trabajo productivo mientras que esto no ocurre siempre con las mujeres, y si ocurre, generalmente no es equitativo. En estas sociedades, el rol de los hombres se expresa en trabajos reconocidos y contados en los censos nacionales y sistemas de contabilidad. De ordinario, los hombres no realizan tareas domésticas o caseras. Si tienen papeles de gestión en la comunidad, estos tienden a incluir organización y liderazgo político, en cambio las mujeres se encargan de la organización de la comunidad y de las actividades prácticas o cotidianas

Rol de las mujeres

En la mayoría de las sociedades se ubica en dos categorías:

Productivo: Relacionado con la producción de bienes de consumo, o el ingreso mediante el trabajo fuera o dentro del hogar. Aparece como el rol principal del hombre, mientras que para la mujer se le considera secundario. Implica una valoración diferente en comparación con los hombres. El trabajo productivo realizado por las mujeres se lleva a cabo en peores condiciones laborales, tiene menos prestigio, otorga menos poder de decisión y autonomía.

Reproductivo: Relacionado con las tareas domésticas caseras vinculadas con la procreación, cuidado y protección de los hijos y la familia. También considera las tareas realizadas y responsabilidades asumidas en beneficio de la comunidad. Este rol refleja la división de trabajo por género. Las mujeres realizan estas actividades como extensión de su rol reproductivo, asegurando el mantenimiento y la provisión de recursos de consumo colectivo, como el agua, la educación y otros. Este trabajo voluntario realizado en tiempo libre es visto como una extensión del rol reproductivo y no se valora como trabajo ni sobrecarga adicional.

El enfoque de género en la salud reproductiva procura identificar y modificar las causas que estructuran las relaciones de poder-subordinación, que colocan a las mujeres en una posición asimétrica de desventaja para acceder y controlar los recursos de atención de la salud para su propio beneficio. Las situaciones, condiciones y problemas en salud son específicos para cada uno de los sexos, más prevalentes en uno de ellos, con características diferentes según género y además reciben respuestas diferentes del sistema, según se trate de hombres y mujeres. Por ello, el enfoque de género en los servicios de salud sexual y reproductiva contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad producto de la inequidad y a mejorar la calidad de vida y la armonía entre hombres y mujeres y dentro de las familias.

ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual.

ATENCIÓN A LA PERSONA QUE ACUDE A LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

Durante la atención el/la proveedor/a de salud deberá verificar en primer lugar si se trata de una emergencia que pone en peligro la vida de la persona

Descartar signos de alarma	Si la persona luce agudamente enferma verificar signos de alarma como fiebre elevada, cefalea intensa, hemorragia, convulsiones, dolor pélvico, entre otras. Derivar a la persona a emergencia para su atención inmediata. De ser necesario referir a otro establecimiento de mayor complejidad asegurar estabilización de signos vitales y una vía abierta (colocar Cloruro de sodio 9/000 con catéter endovenoso N° 18 o 16).
-----------------------------------	---

Si no se trata de una emergencia seguir los siguientes procedimientos:

1.- Tratar en forma cordial y respetuosa.	Mantener un ambiente acogedor y establecer una relación cordial con la persona . Respetar las creencias y costumbres de la zona.
--	---

Anotar toda la información que obtenga en la historia clínica o en los formularios oficiales de su institución.

2.- Realizar preguntas generales.	¿Por qué viene usted a la consulta? ¿Cómo se llama usted? ¿Cuántos años tiene usted? ¿Cuál es su dirección? ¿Desde cuándo vive ahí? ¿Viene usted de ese lugar? ¿Ha estado de viaje últimamente? ¿Hasta qué año estudió? ¿En qué trabaja?
--	---



3.- Averiguar antecedentes patológicos

- ¿Es alérgico/a a alguna medicina?
- ¿Alguna vez le dijeron que no debe tomar alguna medicina?
- Averiguar patologías:
- Enfermedad mental: psicosis, oligofrenia
- Enfermedad cardiovascular: hipertensión arterial severa, insuficiencia cardíaca, arritmias, prótesis valvular, algunas cardiopatías congénitas con incapacidad funcional grado II o mayor, enfermedad tromboembólica
- Enfermedad neurológica invalidante: 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 pulmonar, estado postneumonectomía, tuberculosis avanzada, neumoconiosis.
- Portador de VIH o SIDA (orientar e informar de la transmisión materno-perinatal)
- Cualquier cáncer activo o enfermedad neoplásica.
- Diabetes (todos los casos)
- Trastornos de la coagulación.

4.- Averiguar sobre relaciones sexuales

- ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?
- ¿Cuándo fue su última relación sexual?
- ¿Tiene pareja?
- ¿Usted o su pareja usan siempre condón en sus relaciones sexuales? (Si la persona refiere no usar condón tener presente la posibilidad de una ITS)

5.- Averiguar por la Historia Obstétrica.

- Hacer preguntas sobre gravidez y paridad (Numero de embarazos, hijos, abortos, partos, etc.)
- ¿Está usando algún método anticonceptivo?

6.- En mujeres: identificar con precisión los factores de riesgo

- Ser mayor de 35 años o menor de 15 años.
 - Tener 4 o más hijos/as.
 - Mala historia obstétrica: (histerotomía, miomectomía, cesáreas previas, natimuecos, embarazo ectópico, prematuros, abortos, legrados uterinos, mola).
 - Otras patologías preexistentes
- La presencia actual de cualquiera de las siguientes patologías implica riesgo reproductivo, por lo tanto se debe dar orientación sobre metodología anticonceptiva para prevenir un embarazo que podría significar un peligro para su salud o vida.

7.- Confirmar la razón de la consulta

- Identificar claramente el motivo de la consulta.
- Averiguar cuales son sus molestias, identificar cuándo y cómo comenzaron y que tipo de tratamiento recibió.

En mujeres:

- ¿Cuándo fue su última menstruación? ¿Le tocaba en esa fecha?
- ¿Notó alguna anomalía en su última menstruación? ¿Cuál?
- ¿Está sangrando por sus “partes”?

8.- En mujeres: Descartar embarazo

Criterios para estar razonablemente seguro/a que la usuaria no está embarazada

- No ha tenido relaciones sexuales desde la última menstruación
- Está utilizando en forma correcta un método anticonceptivo de alta eficacia
- Se encuentra dentro de los primeros siete días desde el inicio de la menstruación
- Se encuentra dentro de las cuatro semanas del postparto (para mujeres que no estén amamantando)
- Se encuentra dentro de los primeros siete días postaborto
- Está amamantando en forma completa, tiene menos de seis meses del postparto y no ha presentado sangrado menstrual

9.- En mujeres: Averiguar si ha tenido alguna detección de cáncer de cervix o de mamas

- Orientar sobre la importancia de la detección de cáncer de mamas y cervix
- De aceptar la evaluación, ver **Usuaría acude para detección de cáncer de mamas o cervix uterino en el presente módulo.**

10.- Descartar ITS, VIH/SIDA

- Averiguar por parejas sexuales
- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual
- Averiguar por lesiones en genitales (heridas, verrugas, granos, etc.)
- Tratamientos previos por ITS

11.- Descartar maltrato

- Sospechar si la persona usuaria:
- Solicita consulta con desconocimiento de su pareja
- Refiere mucha ansiedad sobre lo que opina la pareja, hay cambios de conducta (evita reuniones sociales, temor al hablar). Presenta lesiones físicas múltiples, o no existe una coherencia entre las lesiones y el relato
- Ella u otra persona refiere maltrato o violencia
- Refiere dolor con RS o rechazo a mantener relaciones sexuales.
- Completar lo descrito en pag. 15 y 16
- Ante la presencia de cualquiera de estos hallazgos proceder con manejo de **Persona que presenta signos o manifestaciones de violencia e acuerdo con el protocolo correspondiente.**

Anotar toda la información sobre el examen clínico en la historia clínica o en los formularios oficiales de su institución.

12.- Realizar examen físico general

Buscar una óptima relación proveedor/a-persona usuaria antes de proceder al examen; contar con las condiciones mínimas para asegurar la privacidad y comodidad del/de la persona que consulta. Explicar a la persona el procedimiento a seguir durante el examen y solicitar su autorización para realizarlo.

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 la salud reproductiva.

Examen general:

- Se debe tomar presión arterial, pulso y temperatura. Esta evaluación no debe limitar la atención en personas que no tienen antecedentes patológicos
- Peso, talla, IMC (peso en Kg/talla en metros al cuadrado)
- Piel: palidez, ictericia, exantemas (énfasis en palmas de las manos y plantas de los pies), acarosis, cambios inflamatorios y úlceras.
- Evidencia de hematomas, equímosis o heridas en región perineal, en nalgas, muslos, en mamas; pueden estar en diferentes estadios de evolución
- Presencia de quemaduras en pies, manos, mamas, periné, nalgas
- Hematomas periorbitarios, fracturas múltiples; pueden estar en diferentes estadios de evolución.
- Sistema linfático (énfasis en la región inguinal).
- Cavidad orofaríngea (chancro, candidiasis, sarcoma de Kaposi).
- Abdomen: buscando dolor, resistencia o rebote abdominal, masas.
- Hacer examen de tórax y sistema cardiovascular (si es que está acreditado, de lo contrario refiera el caso).
- Vello pubiano (buscar Phthirus pubis)

En varones:

- Genitales externos: Vello pubiano (buscar Phthirus pubis).
- Pene: exantemas, úlceras, secreción uretral (exprimir la uretra). En No circuncidados se debe retraer el prepucio, para observar glande, surco balano-prepucial, frenillo y meato uretral.
- Escroto: palpar, testículos, epidídimo y cordón espermático.
- Ano: lesiones de herpes, condiloma acuminado y otras como hemorroides.

En mujeres:

- Mamas: ver detección de cáncer de mamas
- Genitales externos y región inguinal: adenopatías o masas, eritemas, lesiones o secreciones en labios y uretra, determinar características del flujo vaginal, vello pubiano.
- Vagina y cervix (mediante un espéculo); eritema, flujo vaginal, lesiones o excrecencias, anormalidades en el cervix (friabilidad cervical, mucopus, etc.) ectopía cervical; de ser posible obtener muestras de ambas zonas.
- Realizar examen bimanual: Dolor en cervix y/o anexos al tacto y/o movilización (signos de enfermedad inflamatoria pélvica)

13.- Uso de protocolos

Luego de identificar la razón de la consulta siguiendo los 12 pasos descritos anteriormente utilizar el protocolo correspondiente para el manejo del caso.

14.- Dar información sobre el estado de salud, resultado del examen, tratamiento y sobre su próxima consulta

Información clara y concisa sobre los hallazgos del examen. Asegurar la comprensión, indicar exámenes auxiliares de ser necesarios y el tratamiento, y fijar la próxima cita. Se debe evitar hacer preguntas tendenciosas, por ejemplo: ¿Me ha entendido? ; es preferible solicitar que la persona nos repita que es lo que ha comprendido.

15.- Información sobre necesidad de orientación y consejería en salud reproductiva

Informar a la persona sobre la importancia de recibir educación y orientación sobre prevención de enfermedades y cuidado de la salud reproductiva, e indicarle donde recibirlas.

Registrar apropiadamente en la historia clínica u otro formulario oficial de su institución el diagnóstico, los exámenes auxiliares indicados, el tratamiento y la próxima cita.

MANEJO DE LAS CAUSAS QUE MOTIVAN LA CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA O HALLAZGO DURANTE LA ATENCIÓN	MANEJO
Mujeres	
1. Desea un método anticonceptivo o viene por alguna inquietud en relación al método que usan	Dar orientación sobre anticoncepción, y si la mujer lo desea proveer el anticonceptivo que elija y sea apropiado para ella. Orientar sobre prevención de ITS. Motivar a que haga participar a su pareja en aspectos relacionados a su salud reproductiva.
2. Tiene relaciones sexuales y tiene algún problema	Dar orientación sobre sexualidad y prevención de ITS, seguir protocolo sobre disfunciones sexuales y prevención de ITS. Motivar a que haga participar a su pareja en aspectos relacionados a su salud reproductiva.
3. Acude por cuadro clínico de aborto	No juzgarla, dar apoyo afectivo y psicosocial. Ver modulo de emergencias obstétricas.
4. Está gestando o desea confirmar gestación	Ver protocolo sobre atención obstétrica

MOTIVO DE CONSULTA O HALLAZGO DURANTE LA ATENCIÓN	MANEJO
5. Signos y síntomas de ITS: flujo vaginal, descarga uretral, dolor pélvico, ganglios o lesiones a nivel perineoinguinal	Ver modulo sobre ITS.
6. Trastornos menstruales	Ver protocolo sobre problemas menstruales.
7. Flujo vaginal	Ver Modulo de ITS.
8. Detección de cáncer de cervix o mamas, o sospecha del mismo.	Ver protocolo sobre detección de cáncer de mamas y cervix uterino
9. Molestias o inquietudes relacionadas al climaterio o menopausia	Ver protocolo sobre Climaterio y menopausia
10. No sale embarazada	Ver protocolo sobre infertilidad
11. Sospecha de maltrato físico, psicológico y/o sexual	Ver protocolo sobre violencia.
<i>Hombres</i>	
1. Si es adolescente y tiene relaciones sexuales	Dar orientación sobre anticoncepción y prevención de ITS. Motivar a que haga participar a su pareja en aspectos relacionados a su salud reproductiva.
2. Si es adolescente y tiene pareja	Además de la orientación, debemos identificar si la pareja está gestando o usa algún método anticonceptivo. De debe promover que participe activamente en todo el proceso del embarazo, parto y puerperio, y en el uso de anticonceptivos. Incentivar que traiga a su pareja para recibir orientación conjunta. Ver módulos de planificación familiar y/o atención obstétrica
3. Signos y síntomas de ITS en él o en su pareja.	Ver modulo de ITS.
4. Sospecha de maltrato físico, psicológico y/o sexual	Ver protocolo de violencia
5. Refiere inquietudes por molestias del climaterio	Ver protocolo de Climaterio
6. Refiere problemas de infertilidad	Ver protocolo de infertilidad.
7. Acude por problemas	Orgánicos no relacionados con salud reproductiva Referir a otros servicios según corresponda

PROTOCOLO SOBRE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Violencia: Es un acto, conducta o hecho que ocasiona daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico, o muerte. La violencia es un acto social y en la mayoría de los casos un comportamiento aprendido en un contexto de inequidades sociales, basadas en el género, la edad y la raza y con imágenes violentas y de fuerza física, como la manera prevalente de resolver conflictos.

Violencia contra la mujer, llamada también Violencia Basada en Género (VBG) es cualquier acto de fuerza física o verbal, coerción o privación que atente contra la vida de una mujer o niña, causando daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación de la mujer. En muchas oportunidades, la mujer también llega a ser agredida a través de los hijos e hijas, cuando el hombre los ataca físicamente, los usa sexualmente, los fuerza a observar el abuso y los hace partícipes del atropello. De esta manera, el hombre controla a la mujer negándole su papel como madre defensora del bienestar de su descendencia.

La Violencia Intrafamiliar: es el “uso de la fuerza física o moral, así como las omisiones graves que de manera reiterada ejerza un miembro de la familia en contra de otro integrante de la misma, que atente contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones; siempre y cuando el agresor y agredido habiten en el mismo domicilio y exista una relación de parentesco, matrimonio o concubinato”. La violencia intrafamiliar puede ser física, psico-emocional y sexual.

La violencia en general puede ser de 4 tipos: física, psicológica o emocional, económica y sexual.

Violencia Física: Cuando una persona se encuentra en situación de peligro físico y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física. La violencia física es generalmente recurrente y aumenta en frecuencia y severidad a medida que pasa el tiempo, pudiendo causar la muerte de una persona. Las manifestaciones de este tipo de violencia pueden incluir: empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, arrojar objetos, estrangulamiento, heridas por armas, sujetar, amarrar, paralizar, abandono en lugares peligrosos, negación de ayuda cuando la persona está enferma o herida

Violencia psicológica o emocional: Puede darse antes y después de la violencia física o acompañarla. Sin embargo, no siempre que hay violencia psicológica o emocional hay violencia física. Aunque la violencia verbal llega a usarse y/o aceptarse como algo natural, es parte de la violencia psicológica. La violencia psicológica puede incluir gritos, amenazas de daño, aislamiento social y físico (no poder salir, no hablar con otros, etc.), celos, posesividad extrema, intimidación, degradación y humillación, insultos y críticas constantes. Otras manifestaciones de la violencia psicológica son las acusaciones sin fundamento, la atribución de culpas por todo lo que pasa, ignorar o no dar importancia o ridiculizar las necesidades de la víctima, las mentiras, el rompimiento de promesas, manejar rápida y descuidadamente para asustar e intimidar, llevar a cabo acciones destructivas como romper muebles, platos y, en general, pertenencias de la persona y lastimar mascotas.

Violencia económica: Esta es otra forma de controlar a la persona, haciéndola dependiente. Incluye el control y manejo del dinero, propiedades y, en general, de todos los recursos de la familia por parte por una persona. Algunas manifestaciones de este tipo de violencia son: Hacer que la persona, mujer por lo general,

tenga que dar todo tipo de explicaciones cada vez que necesita dinero, ya sea para uso de la familia o del suyo propio. Dar menos dinero del que se necesita a pesar de tener solvencia económica. Inventar que no hay dinero para gastos que la persona considera importantes. Disponer del dinero de la persona (sueldo, herencia, etc.). Que las propiedades derivadas del matrimonio estén a nombre de una sola persona. Privar de vestimenta, comida, transporte o refugio.

Violencia sexual: Por lo general, a las personas les cuesta más hablar sobre este tipo de violencia. Incluye sexo forzado o degradación sexual como: intentar que la persona tenga relaciones sexuales o practique ciertos actos sexuales contra su voluntad, llevar a cabo actos sexuales cuando la persona no está conciente, o tiene miedo de negarse, lastimar físicamente a la persona durante el acto sexual o atacar sus genitales, incluyendo el uso de objetos penetrantes o armas, forzar a la persona a tener relaciones sexuales sin protección de un embarazo y/o de ITS y VIH/SDA, criticar e insultar a la persona con nombres sexualmente degradantes, acusar falsamente de actividades sexuales con otras personas, obligar a ver películas o revistas pornográficas, forzar a observar a la pareja mientras ésta tiene relaciones sexuales con otra persona.

Acoso Sexual: Es una persecución realizada a una mujer o a un hombre por el acosador o acosadora. Es nocivo para la salud de la persona sometida al acoso porque afecta la salud mental, comodidad y productividad de ésta en su centro de trabajo o medio social en el que se desenvuelve, ocasionando malestares físicos y psicológicos. Generalmente el acoso lo sufren las mujeres por parte de jefes o pares hombres.

Abuso sexual: Es un acto sexual intimidatorio que no cuenta con el consentimiento de la víctima que es sometida con amenazas, el uso de la fuerza o bajo el influjo de drogas u otros fármacos que disminuyen o anulan su capacidad de respuesta. Es una interacción entre un abusador y una víctima cuando ésta se utiliza para estimulación sexual del primero, o de otra persona. En el abuso el abusador/a está en posición de poder o de control, sobre el abusado/a y esto le permite cometer el abuso. La violación es una forma de abuso sexual.

Violación: Es un tipo de asalto sexual donde existe una víctima, falta de consentimiento o incapacidad para decidir (niño/a o incapacitados/as mentales), amenaza o uso real de fuerza y penetración. Se puede considerar a la violación como una penetración sexual ilegal de la víctima por el acusado/a, o del acusado/a por la víctima. También debe tener en cuenta que la penetración sexual es la introducción de cualquier parte del cuerpo de una persona u objeto, pues muchas veces se usan objetos punzo-cortantes en las aberturas genital o anal de la víctima, sin requerir la emisión de semen.

Incesto: Conducta sexual inadecuada en un contexto familiar en la que un miembro de la familia, generalmente uno de los padres, mantiene prácticas sexuales con un hijo o hija menor de edad. También se considera incesto en los casos de parientes tanto del padre como de la madre, diversos grados de relación y de parientes políticos, pero que conviven o acuden a la casa donde habita la víctima y por lo tanto esta casa se convierte en un medio inseguro para ella. Al inicio del incesto, se puede rescatar de las víctimas que, se empieza con exposiciones de las diferentes áreas corpóreas, luego se incluyen palpaciones y por último se agregan los ataques sexuales. Generalmente no se encuentran pruebas físicas de este asalto porque un familiar no usa fuerza física y por lo tanto no encontramos equímosis ni laceraciones. La penetración puede ser oral, anal o vaginal. La relación que se mantiene con un familiar generalmente es secreta y está encubierta por amenazas. El descubrimiento es por lo general accidental y por circunstancias externas que ni la víctima ni el abusador las previeron.

La ley peruana contra la violencia doméstica aprobada en 1993 establece claramente el rol que le corresponde al sector salud. La Violencia Contra la Mujer ó Violencia Basada en Género (VBG) es muy frecuente en nuestro medio y en las usuarias de los servicios de salud reproductiva ha sido encontrada con una frecuencia mayor al 50%, la que no discrimina si la mujer está o no gestando. La VBG puede ser: psicológica, física, sexual y económica

MANEJO

Asegúrese de completar todos los pasos descritos en “Persona que acude a servicio de salud reproductiva” antes de iniciar este protocolo.

Es necesario que se detecte la VBG en todas las usuarias de los servicios de salud reproductiva

1. Lineamientos generales

- Las intervenciones para detectar las situaciones de violencia se deben llevar a cabo en una atmósfera privada y exclusiva para la usuaria. Si ella concurre acompañada, buscar la mejor oportunidad para hacer preguntas específicas o pedir educadamente al/la acompañante que permanezca fuera del ambiente de consulta.
- Es indispensable que todo lo expresado por la usuaria y todas las verificaciones hechas durante el examen clínico tengan registro médico.
- La usuaria puede mostrar preferencia de hablar con profesionales mujeres, en cuyo caso se debe respetar su decisión.
- El personal que presta servicios de salud reproductiva debe tener en cuenta lo siguiente:
 - a) La VBG ocurre en todos los niveles de la sociedad;
 - b) No hay un perfil específico para las mujeres maltratadas ni para los agresores;
 - c) No hay ninguna justificación para la violencia;
 - d) La violencia es responsabilidad del agresor y no de la agredida;
 - e) La alta prevalencia de la VBG y sus consecuencias negativas son razones suficientes para la identificación rutinaria de casos;
 - f) La mayoría de las mujeres en situación de violencia, especialmente violencia doméstica, no la notifican espontáneamente.

2. Como llegan las usuarias a los servicios.

1. Para la identificación de los casos se debe tener en cuenta que las usuarias pueden concurrir por diversas causas a los servicios de consulta externa o al servicio de emergencia.
2. Las usuarias pueden ser referidas de otras instituciones, en cuyo caso el motivo de la consulta va a ser el tema de la VBG. Habrá que prestarles de inmediato el servicio especializado del manejo del caso.
3. Las usuarias pueden acudir por demanda espontánea notificando una situación de violencia. La concurrencia puede ser al servicio de emergencia o de consulta externa, en cuyo caso habrá que prestar servicio especializado de manejo del caso.

	<p>4. Las usuarias pueden acudir, generalmente, al consultorio externo, sin quejas relacionadas con la VBG. En este caso será necesario explorar con preguntas claves al final de la etapa de toma de antecedentes clínicos o durante la realización del examen clínico. El examen debe ser completo antes de tipificar el caso y de administrar medidas de tratamiento.</p>
<p>3. Identificación del caso en consultorio o en emergencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salude respetuosamente a la persona y llámela como ella desee. Identifíquese. ▪ Asegure privacidad durante la atención ▪ Muestre agrado por que la persona fue a consulta y mantenga una actitud respetuosa ▪ Pregunte el motivo de la consulta y haga una anamnesis ▪ Haga preguntas sobre el contexto familiar y sociodemográfico ▪ Concentre la atención en la persona y permítale expresarse sin interrupciones ▪ No critique, ni regañe, ni desautorice a la persona, no haga gestos, ni juicio de valor sobre lo que ella expresa. ▪ Pregunte cómo la afecta el problema o necesidad que la trae a consulta, utilizando un lenguaje fácil de entender. Igualmente use lenguaje no verbal amable ▪ No permita que haya dominio de ninguna de las partes y demuestre interés/compromiso de ayudarla a resolver el problema o necesidad ▪ En el caso que la usuaria no manifieste espontáneamente una situación de violencia: <ul style="list-style-type: none"> a) Observe el comportamiento, si es nerviosa, llora sin causa aparente, está ansiosa o a la defensiva; b) Observe si da información vaga que no corresponde con la lesión percibida. c) De estar presente el marido, observe si él es quien contesta las preguntas o la sobreprotege; d) Observe cuidadosamente si existen lesiones físicas y descríbalas; e) Revise todo el cuerpo durante el examen y describa claramente las lesiones. f) Revise la historia clínica en búsqueda de síntomas recurrentes como cefalea, desórdenes del sueño y del apetito, fatiga, mareos, palpitaciones, infecciones ginecológicas y del tracto urinario, infecciones de transmisión sexual, dolor pélvico crónico, asma, gastritis, hipertensión que no se controla fácilmente. g) Pregunte sobre el estado de salud en función de lo encontrado en la historia clínica. A estas alturas puede preguntar lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hable de situaciones de violencia sucedidas a terceras personas, observe y pida comentarios ▪ Puede decirle que la violencia y las agresiones, desafortunadamente, son muy frecuentes en la vida de las mujeres y que por esta razón se hacen algunas preguntas a todas las usuarias del servicio.

- A continuación puede preguntar :
 - a) ¿Se sintió alguna vez maltratada emocional o psicológicamente por su compañero u otra persona importante para Ud; por ejemplo recibió insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos importantes para Ud, amenazas, aislamiento, maldiciones, ridiculización?. Si la respuesta es positiva, preguntar quién fue el agresor, desde cuando la ofende y cuando ha sido la última vez.
 - b) Ha sido agredida físicamente alguna vez por su compañero o alguien cercano a Ud. Por ejemplo: empujones, golpes, puñetazos, cachetadas o fue golpeada con algún objeto, ha recibido quemaduras o amenazas con arma?. Si la respuesta es positiva, preguntar por el agresor, desde cuando la maltrata y cuando ha sido la última vez
 - c) Se ha sentido alguna vez forzada a tener contacto o relaciones sexuales?. Si la respuesta es positiva, pregunte por el agresor, desde cuando la violenta y cuando ha sido la última vez
- Ante el diagnóstico positivo de VBG, muestre preocupación por ayudar a la mujer a resolver el problema, deje que ella hable y muestre sus sentimientos. Menciones que el uso de la violencia no es normal y que nadie merece ser maltratada/o por ningún motivo.

4. Haga el tratamiento del caso

1. En el caso que la pesquisa sea negativa y no hay síntomas ni señales sospechosas, proceda a dar el tratamiento de rutina según sea el motivo de consulta
1. En el caso que la pesquisa sea negativa pero hay síntomas o señales de sospecha de VBG, como son: lesiones notificadas como accidentales, lesiones múltiples en diferentes etapas de cicatrización, retraso entre la ocurrencia de la lesión y fecha de la consulta, antecedentes de depresión, uso de sedantes, perturbaciones del apetito, consumo de alcohol o drogas, intento de suicidio, dolores crónicos sin motivos claros, dolor pélvico crónico, infecciones urinarias a repetición, leucorrea repetida, gastritis, colitis, asma, disfunciones sexuales (anorgasmia, vaginismo, dispareunia), visitas múltiples al médico por ansiedad o síntomas de depresión, el compañero es agresivo, alarmado o se niega a dejarla sola, compañero con lesiones en las manos, brazos o cara, lesiones durante el embarazo sobre todo en mamas y abdomen, ofrézcale la posibilidad de discutir el asunto en otra ocasión
1. En el caso de un diagnóstico positivo de VBG, siga la siguiente ruta crítica:
 - a) Propicie un diálogo que permita hacer saber que cualquier decisión que tome será apoyada por el/la proveedor/a y que respetará su autonomía
 - b) Dé mensajes positivos, como: “Nosotros/as nos preocupamos por su bienestar”, “Ud. no está sola, por eso buscamos apoyarla”, “La situación no es fácil y a veces toma tiempo resolverla, pero nosotros/as

	<p>podemos ayudarla”.</p> <p>c) Dele apoyo emocional y levante su autoestima</p> <p>d) Haga consejería y evalúe el riesgo en el que se encuentra ella y sus hijos/as. Identifique la necesidad de apoyo legal o psicológico</p> <p>e) Presente alternativas y un plan de emergencia para ella y sus hijos ; pregunte lo que ella quiere hacer y menciónale la necesidad de tener un lugar donde ir ella y sus hijos/as y de disponer de algún dinero o ropa</p> <p>f) Proporcione información sobre centros o instituciones de apoyo a las víctimas de violencia</p> <p>g) No aliente el divorcio, la separación inmediata o la denuncia policial, deje que ella tome sus propias decisiones</p> <p>h) De ser necesario refiérala a otro servicio (psicología, servicio social, otra especialidad médica) o a otra institución (comisaría de mujeres, médico legista, casas refugio u otras)</p> <p>i) Aliéntela a que regrese al servicio y póngala en relación con otros servicios de salud reproductiva.</p>
<p>5. En niños/as y adolescentes, coordinar con la DEMUNA de la localidad (Defensa Municipal del Niño y el Adolescente)</p>	<p>Si no la conoce, coordine con las autoridades de la localidad o de la policía para identificar dónde se puede solicitar apoyo para completar el tratamiento.</p> <p>La coordinación con las defensorías de menores o autoridades para acciones conjuntas, debe respetar las decisiones del adolescente.</p>
<p>6. EN CASOS DE CONSULTA POR VIOLACION SEXUAL Haga examen físico</p>	<p>Antes de hacer el examen físico proporcione apoyo emocional e informe lo que logrará en cada paso de la atención, así como la importancia de cada uno; respete su opinión o rechazo a cualquier procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El examen físico incluye examen general y ginecológico, así como la anotación rigurosa de todos los hallazgos ▪ Es preferible hacer los exámenes para el diagnóstico dentro de las 72 horas de ocurrida la agresión
<p>Identifique al agresor</p>	<p>Este paso es vital por que tiene importancia médico-legal. Antes de proceder a tomar muestras es necesario considerar lo siguiente:</p> <p>a) Use siempre un par de guantes para evitar alterar el material recolectado;</p> <p>b) Utilice guantes sin talco para no alterar los exámenes de laboratorio;</p> <p>c) El espéculo vaginal puede ser humedecido con agua tibia, pero no lubricante</p> <p>Para la identificación del agresor, el material puede ser obtenido:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- De la ropa de la persona. Déjela secar al aire y guárdela en una bolsa de papel. La ropa externa debe ser separada de la ropa interior 2.- Del vello pubiano. Si hubiese secreción, recoja una muestra y guárdela en una bolsa de papel, déjela secar al aire y póngala en un sobre común 3.- Tome una muestra de contenido vaginal y cervical haciendo uso del espéculo. Si se trata de una niña o adolescente muy joven, la muestra

deberá tomarse con hisopo de algodón. El material puede ser fijado en papel de filtro estéril, dejado secar al aire y guardado en un sobre común. El material recogido según los puntos 1 al 3 se debe identificar con el nombre de la persona, fecha de la agresión y la fecha de la recolección. No guarde las muestras en bolsas de plástico, por la transpiración que puede ocurrir, ni en lugar húmedo por la proliferación de bacterias y la posibilidad de destruir el ADN de las células. Todas las muestras deben ser guardadas para su posible uso a nivel judicial.

4.-En caso de existir microscopio investigue la presencia de espermatozoides en portaobjeto al fresco en solución salina.

Realice exámenes de laboratorio

Ofrezca los siguientes exámenes de laboratorio:

- Tipificación de la sangre
- Serológicas para sífilis, hepatitis B y VIH
- Prueba de embarazo
- Muestra de secreción vaginal y cervical para investigar gonococo.

Ofrezca y administre anticoncepción oral de emergencia (AOE)

1.- Informe a la usuaria sobre la posibilidad de embarazo y, si ella lo solicita, administre AOE en el caso de que no haya estado usando anticonceptivos hormonales orales, inyectable o DIU

2.- Administre la anticoncepción de emergencia dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el hecho violento

3.- Puede recomendar el método de Yuzpe ó el Levonorgestrel

4.- En caso de utilizar método de Yuzpe: si se dispone de píldoras anticonceptivas orales combinadas de 50 ug de etinil-estradiol + 250 ug de levonorgestrel administre 2 comprimidos, y 12 horas después repita 2 comprimidos. Si se dispone de píldoras anticonceptivas orales combinadas de 30 ug de etinil estradiol + 150 ug de levonorgestrel, administre 4 comprimidos y 12 horas después repita 4 comprimidos. De presentarse vómitos hasta 1 hora después de la ingestión de píldoras, repita la dosis con el uso de un antiemético

5.- Tenga en cuenta la ocurrencia de interacción medicamentosa entre el etinil estradiol con ciertos antirretrovirales, que llevan a una reducción de la eficacia anticonceptiva

6.- En caso que recomiende píldoras de levonorgestrel solo, administre 750 ug y 12 horas más tarde repita la misma dosis.

Proteja contra ITSs

1.- Para cubrir contra la gonorrea, sífilis y clamidia, en adultas y adolescentes administre: Ciprofloxacina 500 mg vía oral dosis única (tratamiento alterno Ceftriaxona 250 mg im dosis única) + Penicilina benzatínica 2.4 millones de UI im en dosis única, 1.2 millones en cada nalga (tratamiento alterno Eritromicina 500 mg oral cada 6 horas por 15 días) + Doxiciclina 100 mg oral cada 12 horas por 7 días (tratamiento alterno Azitromicina 2 g oral dosis única).

En gestantes, la Ciprofloxacina reemplazarla por Ceftriaxona 250 mg IM dosis única

En el caso de niñas y adolescentes menores de 45 Kg de peso no administrar Ciprofloxacina, en su lugar dar Ceftriaxona 125 mg im en dosis única



<p>Haga profilaxis de HIV/SIDA</p> <p>Otras medidas</p> <p>Promover que haga la denuncia</p>	<p>+ Penicilina benzatínica dosis única im de 50,000 UI por Kg de peso + Doxiciclina por 1 semana.</p> <p>2.- Para cubrir contra la hepatitis B:</p> <ul style="list-style-type: none">-En personas ya inmunizadas con esquema completo (3 dosis) no necesitan refuerzo ni uso de inmunoglobulina-En el caso de personas no inmunizadas o con esquema de vacunas incompleto, deben recibir una dosis im de vacuna en el deltoides y completar el esquema posteriormente (1 y 6 meses). Estas personas deben recibir además una dosis única im de inmunoglobulina humana contra la hepatitis B 0.6 mL por Kg de peso, de preferencia dentro de las primeras 48 horas de ocurrida la agresión sexual. <p>Informe a la usuaria sobre los riesgos de contraer la infección y los riesgos derivados de la profilaxis. Si la usuaria acepta la quimioprofilaxis, indique dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el hecho violento:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ En caso de adultas y adolescentes: Zidovudina (AZT) 300 mg oral c/8horas + Lamivudina 150 mg oral c/12 horas + Indinavir 400 mg oral c/8 horas, durante 4 semanas.▪ En el caso de niñas indique: AZT 90 a 180 mg por metro cuadrado c/8 horas (máximo 600 mg por día) + Lamivudina 4 mg por Kg de peso c/12 horas (máximo 150 mg c/12 horas) + Indinavir 400 mg c/8 horas si puede deglutir las cápsulas; de lo contrario administrar Nelfinavir en suspensión 30 mg por Kg de peso c/8 horas (máximo 750 mg c/8 horas). El tratamiento es para 4 semanas. <p>Proporcione protección contra el tétanos en los casos de heridas por objetos punzo cortantes o en contacto con tierra.</p> <p>De preferencia con ayuda del servicio social, explicándole lo que esto significa.</p>
<p>7. Registrar el caso</p>	<p>Registre en la historia clínica:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Antecedentes del caso▪ Describa cuidadosamente el lugar de ocurrencia, las lesiones físicas y las emocionales▪ El diagnóstico▪ El agresor identificado por la persona▪ Circunstancia, fecha y hora de la agresión <p>Además, llene la ficha epidemiológica del establecimiento así como los datos del HIS.</p>
<p>8. Seguimiento</p>	<p>Muestre agrado por haber atendido a la usuaria</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Promueva el retorno de la persona para precisar su evolución y para determinar si ha disminuido o desaparecido la situación de violencia▪ En los casos de violencia sexual haga seguimiento de la serología para sífilis a los 30 días, para hepatitis B a los 180 días y para VIH a los 90 y 180 días.

Plan de seguridad ante violencia intrafamiliar

Ante la evidencia o sospecha de violencia intrafamiliar se debe orientar a la persona para proteger su integridad física y la del resto de su familia.

Pasos a seguir:

1. Evaluar riesgo de la persona al regresar a su casa.
2. Si va a regresar a su casa, averiguar si tiene algún/a vecino/a o familiar (que viva cerca de ella) con quien se pueda coordinar para que esté pendiente de ella.
3. Averiguar si tiene alguna persona (familiar o vecina) donde se pueda quedar en caso de una emergencia.
4. Asegurarse que la persona sabe la dirección y llegar a la misma incluso si es de noche.
5. Recomendar que registre la casa para ver si hay armas y que esconda todos los objetos punzo cortantes.
6. Recomendar que esconda una bolsa con alguien de confianza con lo siguiente:
 - Ropa y zapatos para ella y sus hijos (por lo menos para un cambio o muda)
 - Artículos de aseo personal
 - Juego de llaves de la casa
 - Medicinas (sí son necesarias, especialmente sí ella o sus hijos/as tienen algún tratamiento que cumplir)
 - Juguetes para sus hijos/as
7. Recomendar tener siempre a la mano o con una persona de confianza:
 - Documentos importantes: identificación personal, partida de matrimonio y/o nacimiento, algún documento que demuestre su domicilio (recibo de electricidad o agua), carnet de seguro social (sí tiene) y número de cuentas bancarias
 - Números de teléfonos importantes
 - Algo de dinero
 - Una tarjeta telefónica o monedas para realizar llamadas de teléfono
 - Cosas de valor

PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER GINECOLÓGICO Y PROSTATICO

Asegúrese de completar todos los pasos descritos en “Persona que acude a servicio de salud reproductiva” antes de iniciar este protocolo.

1. Establecer una atención cordial	Mantener un ambiente cordial.
2. Identificar factores de riesgo	<i>En mujeres:</i> <ul style="list-style-type: none">■ Para cervix uterino:■ Inicio temprano de las relaciones sexuales■ Contactos con múltiples parejas o compañeros sexuales con múltiples parejas.■ Presencia de ITS, especialmente condiloma acuminado.■ Hábito de fumar.

	<p>Para Mamas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores hereditarios. ▪ Antecedente ó diagnóstico anatomopatológico de displasia de mamas o hiperplasia atípica. ▪ Factores endocrinos: menarquia antes de los 13, ciclos irregulares, menopausia después de los 50. ▪ Primera gestación después de los 30 años o nuligestas. ▪ Radioterapia en el tórax. ▪ Tumores malignos en ovario o endometrio. ▪ Cáncer de mamas previo. ▪ Mayor de 40 años. ▪ Obesidad. ▪ Hábitos nocivos, ingesta elevada de grasas, ingesta elevada de café <p>En hombres:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Antecedente familiar de cancer de próstata. ▸ La edad, mayor de 50 años. ▸ Es cuestionable el abuso del tabaco.
<p>3. Proceder a examen de mamas previa autorización de la mujer (Debe promoverse al menos una vez al año)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar la inspección visual de la forma, tamaño y características de la piel y el pezón, en posición sentada y echada. ▪ En posición sentada y con los brazos colocados detrás de la nuca, palpar las mamas. ▪ Solicitar a la mujer que se recueste colocando uno de los brazos debajo de la nuca. Asegúrese que esté cómoda. Evitar que esté con las piernas colgando de la mesa o que partes de su cuerpo estén descubiertas en forma innecesaria. ▪ Realizar la palpación de la mama, en forma delicada y minuciosa. ▪ De tener la mama abundante tejido graso, colocar la otra mano en la parte externa de la misma para fijar la glándula. ▪ Buscar ganglios axilares y supra-claviculares. ▪ Evaluar la presencia de secreciones por el pezón, presionando delicadamente la mama contra la pared torácica para luego presionar el pezón. De existir sospecha ante presencia de secreciones se puede solicitar examen citológico. ▪ Repetir procedimiento en la otra mama. <p>Durante el procedimiento aprovechar para orientar a la persona en el auto examen de mama.</p>
<p>4. Revisar hallazgos del examen general</p>	<p>Importante dentro del esquema de atención integral, pero se debe hacer énfasis en la búsqueda de metástasis.</p> <p>Descartar hipertensión arterial, glaucoma. Sí no está en capacidad se debe realizar la interconsulta apropiada.</p>

<p>5. Observar la presencia de lesiones a nivel del cervix y registrar en la historia clínica la presencia o no de las mismas (es muy importante señalar el dato negativo)</p>	<p>Es importante informar a la persona sobre lo que se está realizando y promover que haga preguntas si tiene alguna inquietud.</p> <p>NO SE DEBE USAR NINGÚN LUBRICANTE QUE PUEDA ALTERAR LA MUESTRA. De ser necesario se puede usar agua estéril.</p>
<p>6. Toma de Papanicolau² *</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar la parte de la espátula de Ayre con la que se va a tomar la muestra (extremo que termina en una pequeña punta). ▪ Tomar la muestra con la espátula de Ayre (exocérvix) y con un hisopo (endocérvix). Esta última muestra es muy importante en mujeres menopáusicas. ▪ En algunos establecimientos se puede realizar la toma de la muestra con escobillas endocervicales.
<p>7. Extendido de la secreción</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El extendido se realizará en la cara opuesta al papel de identificación de la lámina. ▪ El extendido en la lámina deberá ser lo más uniforme y delgado posible, evitando grumos. ▪ La muestra de endocérvix se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina y la muestra de ectocérvix se extiende longitudinalmente en la otra mitad de la lámina ▪ Colocar sobre la lámina la parte más ancha de la espátula de Ayre que tiene la muestra. ▪ Asegurar que la espátula esté en forma paralela a la lámina. ▪ Extender la muestra en toda la lámina, con movimientos suaves y distribuyéndola en una capa fina (evitar que se aglomeren secreciones). ▪ Girar la espátula de Ayre 180 grados y repetir el procedimiento con la otra cara de la misma. ▪ Si se realiza el extendido de la muestra del endocervix: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar el hisopo sobre la lámina de manera que esté paralelo a ella. ▪ Proceder a extender la muestra rodando el hisopo sobre la superficie de la lámina hasta completar un giro de 360 grados. ▪ Asegurarse de realizar el extendido en toda la lámina.
<p>8. Fijar inmediatamente la muestra con alcohol de no menos de 70 grados por 30 minutos y si es de 95 grados es suficiente 10 a 15'</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La muestra así procesada y adecuadamente almacenada puede durar hasta treinta días. ▪ El recambio del fijador debe ser diario. ▪ El envío de la lámina al laboratorio de citología se hará en un tiempo no mayor de una semana.

* En situaciones especiales donde es poca la posibilidad de realizar un PAP o existe una fuerte sospecha que la usuaria no va a regresar, es posible realizar una inspección visual con ácido acético al 5 %, (IVAA) buscando la presencia de lesiones de epitelio blanco al minuto de haberse aplicado. La ausencia de epitelio blanco en un cervix que no tenga ningún tipo de lesión, es un buen indicador de que no existen lesiones precancerosas. La presencia de cualquier lesión requiere una inmediata evaluación por un especialista

<p>9. Registrar apropiadamente en la historia clínica e informar a la persona usuaria sobre el resultado del examen y sobre su próxima consulta</p>	<p>Si el cervix uterino no presenta lesiones que ameriten tratamiento inmediato, citar para revisión de resultados (ver Manejo a seguir de acuerdo a resultados de los procedimientos de detección, presente protocolo). Si solo se ha realizado IVAA y el resultado es negativo con cervix sano, se puede citar para una próxima detección de cáncer de cervix a los tres años. El control para cáncer de mamas debe ser anual.</p>
<p>10. Evaluar el grado de comprensión de la usuaria respecto a los hallazgos y sobre las medidas preventivas, así como sobre el auto examen de mamas.</p>	<p>Es muy importante. Dar información gráfica (como folletos) de ser posible. Estas deben ser elaboradas de acuerdo a las características de la población</p>
<p>11. Asegurar la comprensión de la información sobre ITS y hábitos que reducen los riesgos.</p>	

Errores que deben evitarse al momento de realizar un PAP:

- Identificación inadecuada de la lámina.
- Uso de lapicero, esparadrapo para la identificación de la lámina.
- Toma de muestra de las paredes o fondos de saco vaginal.
- Utilización de portaobjeto sucio.
- Desecación por excesivo tiempo de exposición al ambiente antes de la fijación de la muestra.
- Insuficiente tiempo de fijación o uso de alcohol menor de 70°.
- Extendido hemorrágico.
- Extendido grueso con distribución irregular de la muestra.

SISTEMA BETHESDA. ANORMALIDADES DE CÉLULAS EPITELIALES: (*)

- | | |
|--|--|
| <p>1. Células atípicas escamosas de significado indeterminado (ASCUS: siglas en inglés)</p> <p>2. Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo grado (LIEB), incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Papiloma Virus Humano (PVH). - Displasia Leve. | <p>1. Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Alto grado (LIEA), incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Displasia Moderada. - Displasia Severa. - Carcinoma in situ. <p>4. Carcinoma de células escamosas.</p> <p>Muestra insatisfactoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indica que es inadecuada para la detección de anomalías epiteliales cervicales. |
|--|--|

Obstet.Gynecol:76:449,1990.

CUADRO DE EQUIVALENCIAS			
BETHESDA	OMS	NIC	PAPANICOLAOU
Negativo	Negativo		Clase I-II
Ascus-Asgus (1)			
Lesión intraepitelial Escamosa bajo grado	Displasia leve	I	Clase IIIA
Lesión intraepitelial escamosa de alto grado	Displasia moderada	II	Clase IIIB
	Displasia severa	III	Clase IIIC
	Carcinoma in situ		Clase IV
Carcinoma invasor	Carcinoma invasor		Clase VA-B

Ascus: lesión epitelial escamosa de comportamiento indeterminado

Asgus: lesión epitelial glandular de comportamiento indeterminado

INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)

Consiste en la observación del cuello uterino luego de haberse aplicado ácido acético al 5% (vinagre blanco) y esperado por un minuto. La aparición de epitelio blanco (lesión acetoblanca) es indicativa de probable lesión intraepitelial premaligna.

Este procedimiento será realizado en los establecimientos de salud que cuenten con profesional/es (médico, obstetrix, enfermera) que haya/n sido capacitados en esta técnica. Esta prueba puede ser realizada a toda mujer que ha tenido relaciones sexuales, durante el embarazo, en el control post-parto o post-aborto.

MANEJO DE ACUERDO A RESULTADOS DE DETECCIÓN

Papanicolaou:

Problemas en la toma y procesamiento de la muestra (Muestra insatisfactoria)	Toda muestra insatisfactoria debe ser repetida en un tiempo no menor de 6 semanas.
Muestra negativa para células neoplásicas	Control PAP/ IVAA cada 3 años
Muestra positiva (ASCUS, LIEB, LIEA, Carcinoma invasor)	Las personas deben ser notificadas y referidas para el manejo especializado correspondiente., de no estar capacitado el/la profesional deberá transferir al hospital referencial de la Dirección de Salud.

Acerca de la Inspección visual con ácido acético (IVAA):

- Si las lesiones acetoblancas detectadas por IVAA están bien localizadas y no hay sospecha de invasión, podrán ser tratadas con crioterapia, previo consentimiento de la usuaria, en los centros de salud y hospitales que cuenten con el equipo y personal médico capacitado en esta técnica. En la sesión del tratamiento, se tomará una biopsia dirigida de la lesión. La conducta a seguir post-tratamiento dependerá del resultado del estudio anatomopatológico.
- Si la lesión acetoblanca es extensa o existe sospecha de invasión, la paciente será referida.

PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO (VER Y TRATAR):

Como una estrategia para evitar que las pacientes se pierdan (no regresen), se está considerando que en una sesión se pueda realizar la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas. Esta actividad será realizada en centros de salud y hospitales que cuenten con equipo y personal profesional capacitado en las técnicas de IVAA y Crioterapia. Los hospitales referenciales mantendrán supervisión permanente de estos establecimientos.

1. Selección de pacientes

- Deben ser tratadas las mujeres con factores de alto riesgo para desarrollo de cáncer de cuello uterino: inicio de relaciones sexuales antes de los 19 años, multiparidad, deficiente estado nutricional, ITS, hábito de fumar.
- El examinador debe haber identificado en la IVAA, la presencia de una lesión acetoblanca bien localizada compatible con lesión intraepitelial.

2. Tratamiento con Crioterapia

- El personal médico asume la responsabilidad del tratamiento, debiendo descartar la presencia de las siguientes contraindicaciones:
 - Sospecha de invasión.
 - Gestación mayor de 20 semanas.
 - Lesión extensa (se extiende dentro del canal o a la pared vaginal).
 - Cervicitis severa.
 - Enfermedad inflamatoria pélvica.
 - Anomalías anatómicas.

Pasos a seguir:

- Se explicará el procedimiento a la paciente y se le hará firmar el formato de consentimiento.
- Para la realización del procedimiento se seguirán las instrucciones del **Manual de normas y procedimientos para la prevención de cáncer de cuello uterino**.

3. Seguimiento post crioterapia

- Control PAP/ IVAA cada 6 meses por 2 años.
- Si se evidencia persistencia de la lesión en el primer control PAP/IVAA, o en caso de recurrencia, la paciente será referida.

TRATAMIENTO DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS

Si existe lesión colposcópica compatible con NIC, se pueden adoptar las siguientes modalidades:

1. Manejo en una sesión:

- **Crioterapia** (se seguirán las pautas referidas en **Ver y Tratar**)
- **Resección de la zona de transformación y endocervix con asa electroquirúrgica**
 - Se explicará el procedimiento a la paciente y se le hará firmar el formato de consentimiento.
 - Se debe haber descartado previamente la presencia de las siguientes contraindicaciones:
 - Sospecha de invasión.
 - Gestación.
 - Lesión extensa (se extiende a la pared vaginal).
 - Cervicitis severa.
 - Enfermedad inflamatoria pélvica.
 - Anomalías anatómicas.
 - Hipersensibilidad a la xilocaina.
 - Para la realización del procedimiento se seguirán las instrucciones del **Manual de normas y procedimientos para la prevención de cáncer de cuello uterino**.
 - Se considera el procedimiento suficiente o exitoso si el resultado del estudio anatomopatológico del tejido resecado informa que los bordes de sección están libres de lesión.
 - Si los bordes de sección están comprometidos, se considera el procedimiento insuficiente.

La conducta a seguir en los casos con bordes comprometidos será de acuerdo al resultado del estudio anátomo-patológico

MANEJO DE LESIONES SEGÚN INFORME HISTOLÓGICO			
NEGATIVO CERVICITIS	NIC I	NIC II y NIC III	INVASIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Confraternidad a establecimiento de origen • Tratamiento de proceso infeccioso específico • PAP/VAA cada 3 años 	<p>Nulíparas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento PAP/IVAA/colposcopia cada 6 meses por 2 años. <p>Mujeres con alto riesgo para desarrollar CaCu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crioterapia: • PAP/IVAA/colposcopia cada 6 meses por 2 años. 	<p>Por Biopsia dirigida:</p> <p>1.- Resección Electroquirúrgica, Crioterapia o Cono frío:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres con expectativa de fertilidad. <p>2.- Histerectomía ampliada a vagina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres sin expectativa de fertilidad. • Lesión extensa. • Imposibilidad de seguimiento <p>Bordes de sección libres: Seguimiento PAP/IVAA/colposcopia cada 6 meses por 2 años</p> <p>Bordes de sección comprometidos, NIC III</p> <ul style="list-style-type: none"> • Re-Cono: Mujeres con expectativa de fertilidad y con cuello residual adecuado para el procedimiento. • Histerectomía ampliada a vagina: Mujeres sin expectativa de fertilidad o cuello residual pequeño. 	<p>Referencia a Instituto Macroregional de Cáncer</p> <p><u>Norte:</u> Hospital Belén de Trujillo.</p> <p><u>Centro:</u> Instituto de Enfermedades Neoplásicas de Lima.</p> <p><u>Sur:</u> Hospital Goyeneche de Arequipa</p>

2. Manejo en dos o tres sesiones: consiste en tomar biopsias dirigidas de las lesiones colposcópicas y realizar curetaje endocervical previo al tratamiento.

La conducta a seguir será de acuerdo al resultado del estudio anatómopatológico

2. NIC y GESTACION:

En las gestantes portadoras de NIC:

- Se realizará evaluación PAP/IVAA/colposcopia en cada trimestre de gestación.
- Se tomará biopsia dirigida solo en caso de sospecha de invasión.
- Están contraindicados procedimientos terapéuticos locales durante la gestación. Todo procedimiento terapéutico será diferido hasta seis semanas después del parto.
- La vía de parto dependerá de indicaciones obstétricas excepto en el cáncer invasor que se recomienda cesárea corporal.

CLIMATERIO MENOPAUSIA

ASPECTOS GENERALES ANTES DE INICIAR LA ATENCIÓN

- **Menopausia:** cese de la menstruación por un período mayor de seis meses, que ocurre al final del período reproductivo. En nuestro medio ocurre entre los 48 y 50 años, pudiendo presentarse a edades más tempranas en mujeres delgadas, o que viven en zonas de altura o son fumadoras. No hay correlación entre la edad de menarquia y la edad de la menopausia.
- **Menopausia temprana (antes de los 40 años):** en mujeres con falla ovárica prematura o en mujeres con ablación de ovarios post cirugía o radiación.
- **Perimenopausia:** período inmediatamente anterior y posterior a la menopausia. Esta etapa de transición dura alrededor de cuatro años.

Síntomas y/o signos:

- Alteraciones vasomotoras: sintomatología típica constituida principalmente por bochornos y sudoraciones intensas, más frecuentes de noche y que dificultan el sueño y el descanso nocturno.
- Alteraciones menstruales: anovulación, hipermenorrea o sangrado escaso, presencia de ciclos menstruales irregulares.
- Síntomas psicológicos: ansiedad, tensión, depresión, irritabilidad, cansancio, pérdida de memoria, que también pueden deberse a los problemas anteriormente descritos.
- Síntomas genito urinarios: sequedad vaginal, dispareunia, disminución de la libido

ACTIVIDADES QUE DEBE REALIZAR EL PERSONAL DE SALUD

Asegúrese de completar todos los pasos descritos en “Persona que acude a servicio de salud reproductiva” antes de iniciar este protocolo.

1. Establecer una relación cordial	Mantener un ambiente cordial, cumpliendo los cinco pasos de la orientación.
2. Orientación	<ul style="list-style-type: none">• La mujer debe ser informada de los cambios que experimentará en este período

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir sobre la importancia de hábitos adecuados para reducir efectos de osteoporosis y aterosclerosis <ul style="list-style-type: none"> - Educar en la ingesta de alimentos adecuados (bajos de grasa y que sean fuente de calcio) - Promover la ingesta de antioxidantes - Ejercicios (caminar entre tres y cinco kilómetros diarios tres veces a la semana) - Evitar o eliminar hábitos nocivos, tales como tabaco, alcohol, café, té, drogas <p>Prevenir alteraciones a largo plazo por deficiencia estrogénica (osteoporosis, enfermedad cardiovascular, alteraciones de la piel y mucosas, especialmente del aparato urogenital), con terapia hormonal de reemplazo</p>
<p>3. Identificación de mujeres con riesgo alto para el desarrollo de osteoporosis (descalcificación ósea)</p>	<p>Nulíparas, sedentarias, altas y delgadas (leptosómicas), fumadoras, consumidoras de dietas inapropiadas (con poco calcio), raza blanca o amarilla.</p> <p>Es recomendable solicitar una densitometría ósea para evaluar la severidad del cuadro.</p>
<p>4. Identificación de mujeres con riesgo alto para el desarrollo de enfermedad cardiovascular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Obesidad, sedentarismo, fumadoras, hipertensión arterial. ▪ Antecedentes familiares de enfermedad isquémica cardíaca o cerebral (infartos, accidentes cerebro vasculares), hipertensión arterial, aterosclerosis. ▪ Es recomendable una evaluación cardiológica para identificar hiper-tensión arterial, u otras patologías cardiovasculares en toda persona mayor de 35 años. Se pedirá perfil lipídico.
<p>5. Detección precoz de cáncer de mama y ginecológico</p>	<p>Examen de mamas, examen pélvico, papanicolaou, los cuales son muy importantes antes del inicio de la terapia hormonal de reemplazo.</p>
<p>6. Atención de problemas sociales, laborales o de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Importante dentro del esquema de atención integral. ▪ Descartar hipertensión arterial, glaucoma u otras patologías. Si no está en capacidad se debe realizar la interconsulta apropiada. ▪ Recuerde que las molestias del climaterio, incluyendo la labilidad emocional, influyen en las relaciones interpersonales y en el desarrollo de sus actividades cotidianas.
<p>7. Dar terapia hormonal de reemplazo (THR) de acuerdo a necesidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es recomendable, la evaluación médica de toda mujer perimenopáusica para decidir el inicio de TRH. ▪ Debe ser instituida y controlada por un/a médico/a adecuadamente capacitado/a. ▪ En mujeres con menopausia temprana, iniciar inmediatamente THR a dosis mayores. ▪ Recordar a la persona usuaria que como en cualquier tratamiento existen efectos colaterales por los cuales debe cumplir con los controles correspondientes.

Los efectos colaterales que pueden ocurrir son: incrementar la coagulación de la sangre, estimular el desarrollo de tejidos dependientes de las hormonas (endometrio, tejido glandular mamario, mucosa vaginal, piel) La TRH también reduce los riesgos de Enfermedad de Alzheimer (Demencia Senil).

8. Registrar apropiadamente en la historia clínica e informar a la persona usuaria sobre el resultado del examen y sobre su próxima consulta

Es muy importante evaluar el grado de comprensión de la persona usuaria respecto a los hallazgos y sobre las medidas preventivas, así como sobre el auto examen de mamas. Dar información gráfica (como folletos) de ser posible.

Si el cervix uterino no presenta lesiones que ameriten tratamiento inmediato, citar para revisión de resultados

DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA INFERTILIDAD

Infertilidad:

- Incapacidad de procrear o llevar a término una gestación (a pesar de desearlo) por un periodo mínimo de un año, con relaciones sexuales regulares y sin empleo de métodos anticonceptivos.
- Puede ser: *primaria*, sin gestación previa comprobada, y *secundaria*, cuando ha habido gestación previa.

Frecuencia:

- Se estima en 10-15% de la población
- Los factores pueden ser de origen femenino, masculino o de ambos. Existe una amplia variación en los índices y causas de infertilidad, tanto dentro de los países como entre ellos.

Factores asociados:

- Enfermedades crónicas, como tuberculosis
- Aborto
- Infecciones de transmisión sexual
- Complicaciones del parto y del puerperio
- Yatrogenia

ACTIVIDADES QUE DEBE REALIZAR EL PERSONAL DE SALUD

1. Establecer una relación cordial	Mantener un ambiente cordial, cumpliendo los pasos de la orientación/consejería.
2. Orientar a la pareja	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Sobre fisiología de la reproducción (cómo reconocer el periodo fértil) ▸ Que el estudio comprende a la pareja ▸ Que el estudio puede ser prolongado altamente especializado y costoso ▸ Que existan múltiples causas de infertilidad, algunas de las cuales son de manejo rápido y otras no.
3. Orientar en los problemas que repercuten en la infertilidad y sus medidas preventivas	<ul style="list-style-type: none"> ▸ De no estar capacitado referir al/a la especialista ▸ Utilizar adecuadamente el sistema de referencia y contrarreferencia

MANEJO DE LA PAREJA INFERTIL

<i>Evaluación del varón</i>	
a. Información General:	<p>Registrar el nombre del varón y de su pareja, edad, dirección, número de teléfono, ocupación, y nivel de educación.</p> <p>Anotar la fecha en que se realiza la historia, la fecha en que se hace el examen físico y cuándo se realizaron los exámenes seminales. Los exámenes seminales no deben tener más de dos meses de antigüedad, a la fecha de la evaluación clínica.</p>
b. Historia de Fertilidad:	<p>Establecer si se trata de <i>infertilidad primaria o secundaria</i>:</p> <p>Infertilidad Masculina Primaria: significa que el hombre nunca ha embarazado a una mujer.</p> <p>Infertilidad Masculina Secundaria: indica que el varón ha embarazado anteriormente a una mujer, sea o no su actual pareja. En el caso de infertilidad secundaria, se debe estimar el tiempo en meses desde la última fertilización. Anotar la duración de la infertilidad. Preguntar si el varón ha tenido evaluaciones y tratamientos previos por infertilidad. En caso afirmativo, solicitar detalles de los mismos incluyendo fecha en que han sido realizadas.</p>
c. Historia de enfermedades con posibles efectos adversos sobre la fertilidad	<p>Historia de enfermedades sistémicas:</p> <p>Historia de fiebre, diabetes, la tuberculosis, enfermedades crónicas del tracto respiratorio, enfermedades neurológicas, enfermedad fibroquística del páncreas, historia de tratamiento médico (estrógenos, progestágenos, antiandrógenos, corticoides, anabólicos, andrógenos), agentes antihipertensivos (alfametildopa), antiulcerosos (cimetidina), tranquilizantes, antimicóticos (ketoconazol) y otros.</p> <p>Historia de Cirugía:</p> <p>Preguntar acerca de cirugía previa que tenga una influencia sobre la fertilidad, tales como cirugía por estrechez uretral, por hipospadias, de cuello de vejiga, vasectomía, hidrocelectomía, hernia inguinal, orquiectomía, u otra.</p>

	<p>Historia de Infección Urinaria: Disuria, secreción uretral, piuria, hematuria, frecuencia de micción, etc.</p> <p>Historia de ITS: Gonorrea, Chlamydia</p> <p>Historia de Epididimo-orquitis</p> <p>Historia de Varicocele</p> <p>Historia de Criptorquidia.</p>
d. Otros factores con posibles efectos adversos sobre la fertilidad	Ciertos factores ambientales y ocupacionales pueden interferir con la espermatogénesis: radiaciones, sustancias químicas órgano-clorados, órgano fosforados (ej. exposición a insecticidas), carbamatos, disulfuro de carbono y plomo (ej. mineros, contacto con baterías), exposición a temperaturas extremas (ej. saunas), exposición a la altura, exposición a ambientes contaminados, uso excesivo de tabaco y alcohol, abuso de drogas alucinógenas como la marihuana.
e. Función sexual y eyaculatoria:	Solicitar detalles sobre la frecuencia de relaciones sexuales o coitos por mes, así como si hay problemas con la erección y la eyaculación. La eyaculación debe ocurrir intravaginalmente, y en ese caso es clasificada como adecuada. La eyaculación precoz que ocurre antes de la introducción, la eyaculación extravaginal debido a hipospadia extrema, y la eyaculación retrógrada deben ser catalogadas como eyaculación inadecuada.
f. Examen físico general	Talla, peso, presión arterial y pulso, nos puedan dar indicios de alguna enfermedad sistémica que puede interferir con la fertilidad. En el examen físico general se debe tratar de detectar anomalías en los sistemas endocrino, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, y neurológico. Evaluar signos de hipoandrogenismo.
g. Examen urogenital	<p>Este examen incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Inspección del pene (hipoplasia, cicatrices, placas, hipospadias, fimosis, etc) ■ Inspección y palpación del escroto (hidrocele, hernia, ectopía testicular, etc.) ■ Palpación de los testículos, que deben estar localizados en los escrotos. El volumen normal para cada testículo es de 15 ml (aprox. 4 x 2.5 cms.) a 30 ml (aprox. 5 x 3 cms.) . ■ El epidídimo normal es difícil de palpar, y tiene una superficie regular, una consistencia suave y no es doloroso. El epidídimo es considerado como anormal cuando está: engrosado, es doloroso, es quístico, o no es palpable. ■ Búsqueda de varicocele: El varicocele puede ser detectado cuando el paciente está de pie o en cuclillas, o haciendo la maniobra de Valsalva (aumentando la presión abdominal). ■ Examen inguinal, que se realiza en posición de pie o en decúbito. Registrar alguna anomalía visible o palpable, tal como linfadenopatías, escaras infecciosas o cicatrices quirúrgicas y hernia. ■ Examen rectal, que puede ser omitido si es que no hay evidencias de enfermedad de las glándulas sexuales accesorias.

<p>h. Análisis del semen</p>	<p>Los análisis de semen deben efectuarse en un laboratorio especializado, que recibe sistemáticamente gran número de muestras y tiene establecidos sus propios valores de referencia. Se recomienda abstenerse de toda eyaculación durante tres días antes de la toma de muestra. Teóricamente, lo ideal es obtener la muestra por masturbación en un cuarto privado cercano al laboratorio. Si se ha perdido parte de la muestra, debe advertirlo. La muestra también puede obtenerse en casa, en un recipiente estéril, si está protegido de temperaturas extremas y llega al laboratorio a menos de una hora de su emisión. El tiempo transcurrido afecta la motilidad de los espermatozoides y su progresión.</p> <p>Se ha sugerido la necesidad de analizar por lo menos tres muestras para confirmar un “mal resultado”, como la oligospermia. El ciclo espermatógeno requiere 70 días. Si durante ese plazo ha habido fiebre, o enfermedad, hay que repetir la toma de muestras dos o tres meses más tarde. Una muestra de semen con características normales, por lo general hace innecesario realizar otra prueba.</p> <p>En un análisis completo de semen se señala diversas características:</p> <p style="text-align: center;">Valores Normales para el Semen</p> <p>Volumen 2-5ml Recuento \geq 20 millones/ml Total \geq 40 millones Motilidad (1 hora) \geq 50% motilidad progresiva Morfología \geq 50% formas normales</p>
<p><i>Evaluación de la Mujer</i></p>	
<p>a. Historia de Enfermedades con posibles efectos adversos sobre la fertilidad</p>	<p>Diabetes, tuberculosis, brucelosis, enfermedades tiroideas.</p> <p>Algún tipo de tratamiento médico. Estos pueden causar daño temporal o permanente a los procesos ovulatorios. Entre los agentes que pueden causar daño tenemos: citotóxicos, irradiación abdominal, tranquilizantes o antidepresivos, antipsicóticos, antieméticos, antiulcerosos, alucinógenos, etc. Solicitar detalles sobre los medicamentos que recibe la paciente, su duración y cuándo fue utilizada por última vez.</p> <p>► Historia de cirugía: Apendicectomía, ginecológicas u otras relevantes y las complicaciones, particularmente peritonitis.</p> <p>► Historia de enfermedad inflamatoria pélvica y ITS: Anotar el tipo de enfermedad, el número de episodios, y el tiempo transcurrido desde el último episodio y el tratamiento recibido.</p> <p>► Historia de leucorrea: Puede sugerir un diagnóstico de vaginitis o cervicitis.</p> <p>► Historia de galactorrea: Secreción por uno o ambos pezones, así como las características de la misma y desde cuándo presenta dicho signo.</p>

b. Historia de factores con posibles efectos adversos en la fertilidad:	Averiguar sobre factores ambientales u ocupacionales y sobre el uso excesivo de alcohol o drogas.
c. Historia menstrual:	Edad de menarquia, la regularidad menstrual, la longitud del ciclo en promedio, duración del ciclo más corto, y la del más largo ocurridos en los últimos 6 meses. Evaluar el sangrado menstrual como normal o anormal; en caso de ser anormal detallar si hay hipomenorrea o hipermenorrea. Con respecto a la longitud de los ciclos precisar si existe oligomenorrea (ciclos largos o mayores de 35 días), polimenorrea (ciclos cortos o menores de 24 días) o amenorrea (ausencia de menstruación). Fecha del último periodo menstrual espontáneo, así como del penúltimo. Presencia de dismenorrea o dolor con la menstruación, precisando las características de la misma.
d. Historia de actividad sexual :	Conocimiento y uso del período fértil: preguntar a la paciente si sabe reconocer el moco cervical los días fértiles. Preguntar sobre el número de relaciones sexuales o coitos por mes. Dispareunia: es el dolor con las relaciones sexuales el cual puede ser superficial o profundo.
e. Examen Físico:	Talla (cm) y peso (kg). Con estos datos calcular el índice de masa corporal ($\text{peso}/\text{estatura}^2$). El límite de normalidad es de 19 a 24. Valores por debajo de lo normal, así como una obesidad excesiva pueden estar asociados con anovulación y pueden dar pobres respuestas a los agentes inductores de la ovulación. Cambios en el peso corporal ocurridos en un año. Presión arterial en decúbito en forma rutinaria. Examen físico general con el propósito de detectar anomalías en los sistemas endocrino, cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y urológico. Si el vello tiene una distribución masculina, hay hirsutismo, piel grasosa, acné o caída del cabello, puede estar indicando un hiperandrogenismo Evaluación de las mamas, así como la presencia de galactorrea.
f. Examen Pélvico:	Genitales externos, verificar vello pubiano y caracteres del clítoris. Genitales internos: las anomalías pueden ser congénitas o adquiridas. Las anomalías congénitas de los genitales internos incluyen duplicación o ausencia de partes del tracto genital. Las anomalías adquiridas incluyen miomas uterinos, quistes de ovarios, o una retroversión uterina por fijación, sugestiva de endometriosis o enfermedad inflamatoria pélvica.
g. Determinar la Temperatura Basal:	Pedirle a la mujer tomar la temperatura oral antes de levantarse de la cama. Permite estimar el momento aproximado de la ovulación y la duración de la fase lútea.

Cómo realizar la toma de la temperatura basal:

- A partir del primer día del ciclo menstrual, verificar diariamente la temperatura antes de levantarse usando el mismo termómetro.
- Registrar la temperatura observada cada día del ciclo menstrual en un papel milimetrado común. Unir los puntos que corresponden a cada día.
- Verificar la ocurrencia de un aumento persistente de la temperatura basal por 4 días en el periodo esperado después de la ovulación
- Reconocer que la diferencia de un mínimo de 0.2°C entre la última temperatura baja y las tres temperatura altas, indica el paso de la fase ovulatoria a la fase post ovulatoria del ciclo menstrual, durante la cual la temperatura se mantendrá alta, hasta el momento de la próxima menstruación.

Interpretación del gráfico:

- Constatar, por lo menos, seis días consecutivos de temperatura bajas durante la fase pre ovulatoria.
- Hacer una línea base, en sentido horizontal, 0.1°C encima de la más alta de esas seis temperaturas.

h. Examen de moco cervical:

Se realiza en el período pre-ovulatorio, generalmente a partir del día 9 - 11 del ciclo. El cérvix es expuesto con un espéculo y el orificio externo es limpiado con una torunda de algodón para remover los contaminantes vaginales. Se mide la cantidad, la elasticidad, aspecto, caracteres del orificio cervical, cristalización y celularidad

Puntaje para la evaluación del moco cervical

Puntaje	0	1	2	3
Volumen (ml)	0	0.1	0.2	≥0.3
Viscosidad	Espesa	Viscoso	Levemente Viscoso	Acuoso
Helecho	No cristalización	Helecho atípico	Helechos con tallos primarios y secundarios	Helechos con tallos terciarios y cuaternarios
Financia (cm)	<1	1-4	5-8	≥9
Celularidad a 400 x	≥ 11	6-10	1-5	0 células

El puntaje máximo es de 15. Un puntaje mayor de 10 indica usualmente un buen moco cervical. Un puntaje menor de 10 indica moco cervical desfavorable. Si el puntaje de moco cervical es desfavorable se repite el procedimiento en 24-48 horas. Recordar que la causa más común de un “mal moco” es un examen realizado en un día inadecuado del ciclo.

i. Biopsia de endometrio:

Con cureta de Novak. Permite evaluar la cavidad uterina y obtener una muestra de endometrio para estudio histopatológico, el mismo que permitirá descartar infección intrauterina y evaluar la respuesta endometrial al estímulo hormonal. La biopsia suele realizarse uno o dos días antes de la menstruación esperada. En ciclos ovulatorios se encontrará un endometrio secretor.

j. Realizar el test de Sims Hubner	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se realizara entre los día 9 y 13 del ciclo. <ul style="list-style-type: none"> - Colocación de muestra de moco cervical del endocérnix - Evolución del volumen, viscosidad y factor - Examen al microscopio para evaluar celularidad y hehecho 																
k. Exámenes complementarios	<ul style="list-style-type: none"> - Llenar la tabla de evolución de moco cervical y establecer el puntaje correspondiente. ▪ Tomar una muestra con jeringa de tuberculina, y evaluar las características microscópicas: volumen, viscosidad y filancia. <table border="1" data-bbox="451 562 1430 955"> <thead> <tr> <th>Exámenes Auxiliares/Procedimientos</th> <th>Día del Ciclo (*)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hormonas LH, FSH, Prolactina, Estradio</td> <td>1-3</td> </tr> <tr> <td>Hormonas : Progesterona, Prolactina</td> <td>21-23 (ó 5-9 días antes de la fecha probable de regla)</td> </tr> <tr> <td>Examen de Moco Cervical</td> <td>9-13 (hasta antes que ocurra la ovulación)</td> </tr> <tr> <td>Biopsia de Endometrio</td> <td>24-26 (ó 2-3 días antes de la fecha probable de regla)</td> </tr> <tr> <td>Temperatura Basal</td> <td>Todos los días (iniciar día 1)</td> </tr> <tr> <td>Histerosalpingografía</td> <td>6-8</td> </tr> <tr> <td>Seguimiento Ovulatorio Ecográfico</td> <td>Primera fase del ciclo (iniciar día 3-5)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(*) El día 1 del ciclo corresponde al primer día de la menstruación</p>	Exámenes Auxiliares/Procedimientos	Día del Ciclo (*)	Hormonas LH, FSH, Prolactina, Estradio	1-3	Hormonas : Progesterona, Prolactina	21-23 (ó 5-9 días antes de la fecha probable de regla)	Examen de Moco Cervical	9-13 (hasta antes que ocurra la ovulación)	Biopsia de Endometrio	24-26 (ó 2-3 días antes de la fecha probable de regla)	Temperatura Basal	Todos los días (iniciar día 1)	Histerosalpingografía	6-8	Seguimiento Ovulatorio Ecográfico	Primera fase del ciclo (iniciar día 3-5)
Exámenes Auxiliares/Procedimientos	Día del Ciclo (*)																
Hormonas LH, FSH, Prolactina, Estradio	1-3																
Hormonas : Progesterona, Prolactina	21-23 (ó 5-9 días antes de la fecha probable de regla)																
Examen de Moco Cervical	9-13 (hasta antes que ocurra la ovulación)																
Biopsia de Endometrio	24-26 (ó 2-3 días antes de la fecha probable de regla)																
Temperatura Basal	Todos los días (iniciar día 1)																
Histerosalpingografía	6-8																
Seguimiento Ovulatorio Ecográfico	Primera fase del ciclo (iniciar día 3-5)																
1. Dar tratamiento	De acuerdo a los factores hallados se dará tratamiento																

PROBLEMAS MENSTRUALES

Es un motivo de consulta de adolescentes, mujeres jóvenes y perimenopausicas.

- **Menstruación:** sangrado vaginal, que representa el inicio del ciclo menstrual.
 - La duración promedio normal es de 3 a 5 días, siendo los extremos de 2 a 7 días.
 - El ciclo menstrual dura entre 21 a 35 días.
- **Amenorrea:** ausencia de menstruación.
 - Primaria: si la adolescente no menstrúa luego de cumplir los 16 años.
 - Secundaria: ausencia por 3 meses, si se produce en mujeres con ciclos menstruales regulares. Ausencia por 6 meses, en mujeres con oligomenorrea.
- **Dismenorrea:** menstruación dolorosa, frecuente en adolescentes.
- **Dismenorrea primaria:** se presenta desde la menarquia.
- **Dismenorrea secundaria:** se presenta después de la menarquia, puede ser el síntoma de problemas ginecológicos que deben ser evaluados por el ginecólogo.
- **Hemorragia uterina anormal:** hemorragia que proviene del útero y no corresponde al sangrado menstrual, puede ser por causa orgánica o funcional.
- **Hemorragia uterina disfuncional:** hemorragia uterina anormal en la cual se ha descartado infección, trastornos de la coagulación, neoplasia o embarazo subyacente, y el examen pélvico es normal.

- **Hipermenorrea o menorragia:** sangrado menstrual en mayor cantidad y duración en un ciclo menstrual regular.
- **Hipomenorrea:** sangrado menstrual en menor cantidad y duración en un ciclo menstrual regular. Usualmente es un goteo.
- **Menarquia:** Es la primera menstruación; ocurre entre los 11 y 16 años.
- **Metrorragia:** sangrado uterino que ocurre entre períodos menstruales.
- **Menometrorragia:** sangrado uterino excesivo y con una frecuencia irregular.
- **Polimenorrea:** Menstruación que ocurre en intervalos menores a los 21 días.
- **Oligomenorrea:** Menstruación que ocurre en intervalos mayores de 35 días.

MANEJO DE LAS USUARIAS QUE ACUDEN POR SANGRADO ANORMAL

1. Tratar en forma cordial y respetuosa.	Mantener un ambiente acogedor y establecer una relación cordial con la persona. Preguntar motivo de la consulta. Respetar las creencias y costumbres de la zona.
Anotar toda la información que obtenga en la historia clínica o en los formularios oficiales de su institución.	
2. Evaluar palidez marcada o hipovolemia	Si existe hipotensión o signos de ortostatismo, colocar vía con Cloruro de sodio al 0.9%, con catéter endovenoso (bránula N° 18). Tratar la emergencia.
3. Preguntar por síntomas asociados	Preguntar si tiene dolor, quistes, miomas o procesos infecciosos.
4. Preguntar la edad.	En la perimenopausia sospechar hiperplasia o neoplasia de endometrio. En la adolescencia puede ser un problema funcional.
5. Preguntar sobre las relaciones sexuales	Si es afirmativo, sospechar embarazo. Si nunca tuvo relaciones sexuales, realizar tacto rectal. De ser necesario colocar un espéculo vaginal o realizar un examen bajo anestesia. Solicitar presencia de familiar o personal auxiliar femenino.
6. Sospecha de embarazo.	Fecha de última regla normal. Si cursó con amenorrea previa descartar embarazo ectópico ó aborto.
7. Explorar si tiene fiebre	De ser positivo sospechar endometritis o retención de restos.
8. Realizar examen de abdomen	Descartar dolor en fosas ilíacas o masas anexiales. Descartar patología quística, embarazo ectópico o enfermedad inflamatoria pélvica.
9. Realizar examen con espéculo	Si existen lesiones cervicales considerar manejo de cervicitis. Si existen lesiones en paredes vaginales y tienen menos de 6 horas de evolución, se las debe suturar con catgut crómico 2/0 a puntos separados. Es importante considerar cual fue la etiología de las laceraciones; descartar abuso sexual.
10. Realizar tacto vaginal	Si existe dolor a la movilización del cervix, pensar en enfermedad inflamatoria pélvica. Si además del dolor existe masa anexial, considerar posibilidad de embarazo ectópico.

<p>11. Si todo el examen es negativo, considerar el diagnóstico de hemorragia uterina disfuncional (HUD)</p>	<p>Completar estudio con evaluación del perfil de coagulación, y de ser posible solicitar un examen de ultrasonido transvaginal para evaluar características de la cavidad endometrial y el grosor de la línea endometrial. Manejo como hemorragia uterina disfuncional, hasta parar sangrado</p>
<p>12. Registrar apropiadamente en la historia clínica e informar a la persona sobre el resultado del examen, tratamiento y sobre su próxima consulta.</p>	<p>Es muy importante evaluar el grado de comprensión de la usuaria respecto a los hallazgos y sobre las medidas preventivas. Dar información gráfica (como folletos de ser posible)</p>

Nota. Si en el establecimiento no existe un personal capacitado para realizar examen pélvico y/o legrado uterino, referir a la usuaria a un establecimiento con mayor capacidad resolutive.

MANEJO DE LA HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL (HUD)

<p>Si el sangrado es leve y sólo hay dolor:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En adolescentes o mujeres menores de 35 años: <ul style="list-style-type: none"> - Analgésicos (aspirina, ibuprofeno). - Sulfato ferroso 60 miligramos, 1 tableta, una hora antes del almuerzo - Reposo, colocar bolsas de agua caliente en hemiabdomen inferior. - De persistir molestias o empeorar el sangrado tratar como mujeres mayores de 35 años. ▪ En mujeres mayores de 35 años o perimenopáusicas: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la línea endometrial, a través de ecografía transvaginal, de ser mayor de lo normal realizar biopsia de endometrio.
<p>Si el sangrado es moderado:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En Adolescentes o mujeres menores de 35 años: <ul style="list-style-type: none"> - Idealmente referir el caso al médico especialista. - Se puede administrar anticonceptivos orales combinados de dosis baja, 2 veces al día por tres días, para parar el sangrado. Luego, continuar administrando los anticonceptivos orales combinados de baja dosis hasta completar el ciclo. Posteriormente, continuar con anticonceptivos orales combinados por tres meses consecutivos. Si tiene vida sexual activa, recomendar mantener el tratamiento como alternativa anticonceptiva. - En caso de sospecha de irregularidad menstrual, se puede dar Medroxiprogesterona de 5 miligramos, dos tabletas a partir del día 17 del ciclo, por 10 días, durante tres meses. - De no mejorar, transferir el caso a un establecimiento con especialista adecuadamente capacitado. ▪ En mujeres mayores de 35 años o perimenopáusicas: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la línea endometrial, a través de ecografía transvaginal, de ser mayor de lo normal realizar biopsia de endometrio. De no ser posible lo anterior, proceder con AMEU o legrado uterino en un establecimiento de salud con capacidad resolutive, enviando muestra para estudio anatómopatológico.
<p>Si el sangrado es severo (con signos de hipovolemia):</p>	<p>Mejorar el estado hemodinámica. Pasar por vía EV Cloruro de sodio al 0.9% con bránula No18. Se debe realizar AMEU o legrado uterino y pedir examen de anatomía patológica</p>

MANEJO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

La sexualidad es parte del desarrollo, la salud y el bienestar de las personas. A pesar de la importancia de estos aspectos, a muchas mujeres y varones les es difícil hablar con sus médicos sobre sus preocupaciones sexuales y para muchos médicos es incómodo hablar de aspectos sexuales. Las personas esperan que su médico sea capaz de ayudarlos con sus preocupaciones relacionadas con el sexo y creen que es apropiado que como parte de la historia ginecológica se incluyan preguntas sobre sexualidad.

Penetración es la introducción de un órgano natural (pene, dedos) o un objeto artificial en el orificio vaginal, rectal u oral de una persona

Coito es la penetración del pene en la vagina, recto o boca de una persona

Respuesta Sexual Humana es el conjunto de modificaciones que ocurren en el hombre y la mujer por acción del estímulo sexual. Es integral y depende de una interacción compleja de factores psicológicos, ambientales y fisiológicos (hormonales, vasculares, musculares y neurológicos). Cada persona tiene una forma muy peculiar de responder a estímulos físicos y mentales que despiertan su deseo. Esta es la fase inicial de la respuesta sexual, seguida por cuatro fases sucesivas: excitación, meseta, orgasmo y resolución.

Fases:

- *Fase del deseo:* El deseo sexual es la motivación y el desencadenante de la actividad sexual. Se puede desencadenar mediante estímulos internos (fantasías) y externos (imágenes, olores y otros), que depende del funcionamiento neuroendocrino. El deseo se ve influido por orientación y preferencias sexuales, estado físico, psicológico de la persona y situación ambiental.
- *Fase de excitación:* Esta fase es mediada por el sistema nervioso parasimpático, y se caracteriza por sensaciones eróticas diversas. En esta fase se produce taquicardia, respiración rápida, elevación de la presión arterial, sensación generalizada de calor, ingurgitación de mamas/ mamilas, tensión muscular generalizada (miotonia), erección de los pezones, rubor de cara y tórax.

Los cambios físicos en esta fase, no siempre son ascendentes y constantes y pueden producirse modificaciones y fluctuaciones por estímulos externos o internos.

En la mujer: se produce lubricación de la vagina (por cambios en la permeabilidad capilar) y sensación de tensión sexual. Durante esta etapa el clítoris y labios vulvares se ponen tumefactos, la vagina se alarga, distiende y dilata y el útero se eleva y sale hacia arriba de la cavidad pélvica.

En el hombre: se caracteriza por erección del pene, alisamiento del escroto y elevación parcial de los testículos hacia el periné.

- *Fase de meseta:* se intensifican las manifestaciones de la fase anterior alcanzando su máxima intensidad.

En la mujer: Los labios vulvares se ponen más tumefactos y adquieren un color rojo oscuro, el tercio inferior de la vagina se hincha y engruesa (plataforma orgásmica); el clítoris se pone más tumefacto y se eleva; el útero se eleva hacia la cavidad abdominal.

En el hombre: Cambio de coloración y un ligero aumento del diámetro del glande y tamaño de los testículos que también se elevan y rotan quedando en firme contacto con el periné. También hay pequeñas cantidades de fluido provenientes de la uretra masculina que en algunas oportunidades contienen espermatozoides vivos.

- *Fase orgásmica:* Esta fase consiste en contracciones rítmicas reflejas múltiples mediadas por el sistema nervioso simpático. Se experimenta como descarga repentina de la tensión acumulada durante las etapas de excitación y meseta, que produce una sensación intensamente placentera.

En la mujer: Se producen contracciones de los músculos que rodean a la vagina, y los perineales, anales. En muchos casos también puede experimentarse contracciones uterinas. Por esta razón algunas mujeres describen sensaciones diferentes después de la histerectomía. Las mujeres pueden tener orgasmos con la estimulación del clítoris sin que haya habido penetración del pene.

En el hombre: se producen una serie de contracciones que hace que el fluido seminal, - compuesto por secreción prostática, espermatozoides de las vesículas seminales y secreción de los conductos deferentes- caiga en la uretra prostática y se experimenta una sensación de inevitabilidad eyaculatoria. Contracciones rítmicas de la próstata, los músculos perineales y la punta del pene se combinan para que se produzca la eyaculación. Durante la eyaculación el esfínter interno de la vejiga urinaria está cerrado, asegurando que la orina no salga con el fluido seminal.

- *Fase de resolución:* Se invierten los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren durante las fases de excitación y de meseta.

En las mujeres: Muchas mujeres son capaces de experimentar más de un orgasmo durante una sola relación sexual o de tener una respuesta multiorgásmica, es decir tienen orgasmos seguidos sin pasar por el periodo refractario o de no respuesta a la excitación. En esta fase, la plataforma orgásmica desaparece cuando las contracciones musculares del orgasmo bombean la sangre lejos de estos tejidos. El útero se mueve hacia atrás dentro de la verdadera pelvis; la vagina comienza a acortarse tanto en ancho como en largo y el clítoris retorna a su posición anatómica normal.

En los hombres: inmediatamente después de la eyaculación, el hombre entra en un periodo refractario de duración variable de minutos a horas, que se incrementa con la edad. En este periodo le es imposible una nueva eyaculación, aunque en algunos casos puede mantenerse la erección. En los hombres, la erección disminuye en dos etapas: una rápida debido a la disminución de las contracciones del pene durante el orgasmo que reduce rápidamente la vasocongestión y una segunda etapa de detumescencia correspondiente al retorno del flujo vascular normal. Los testículos decrecen de tamaño y descienden al escroto, a no ser que la estimulación sexual continúe.

FACTORES QUE AFECTAN LA RESPUESTA SEXUAL

Edad (envejecimiento)

a) *Mujer*

El cese de la función ovárica durante el climaterio tiene efecto sobre algunas fases de la respuesta sexual. El deseo sexual y la frecuencia del coito disminuyen conforme las personas envejecen, aunque en general, retienen su interés por el sexo y siguen teniendo el potencial de disfrutar el placer sexual durante toda la vida.

Cambios anatómicos:

- Vagina: Reducción del tamaño, adelgazamiento y disminución de la elasticidad de paredes
- Labios: Enjutamiento de labios mayores y adelgazamiento de labios menores
- Clítoris: Disminución del tamaño de la sensibilidad
- Reducción del tono muscular perineal
- Plataforma orgásmica adelgazada
- Mamas: atrofia, cambios sensitivos en el pezón y areola y disminución de la ingurgitación mamaria en la excitación.

Estos cambios predisponen a las mujeres a las crisis de vulvovaginitis y de infección de las vías urinarias, que junto con la disminución de la lubricación vaginal puede producir dispareunia.

Fisiología sexual: efectos del envejecimiento en la mujer:

- Aumento del tiempo requerido para excitarse desde el punto de vista sexual
- Tiempo más prolongado para lograr la lubricación
- Producción de menor lubricación vaginal
- Orgasmos menos intensos
- Aumento de la necesidad de estimulación para volverse orgásmica
- Ningún cambio en la capacidad para tener orgasmos
- Menos probable que la mujer sea multiorgásmica
- Las enfermedades que acompañan al envejecimiento pueden tener un impacto sobre la función sexual. Por ejemplo, la arterioesclerosis puede disminuir el flujo sanguíneo vaginal y disminuir la excitación, la lubricación y la intensidad del orgasmo.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica puede disminuir las concentraciones de testosterona con lo que se trastorna el deseo sexual.

Las adultas mayores deben recibir complementación local o general con estrógenos para aliviar la sequedad vaginal, los síntomas de las vías urinarias y la dispareunia. Se deben disipar los mitos sobre sexualidad y deben recibir instrucciones sobre otras formas alternativas de expresión sexual.

b) *Hombre*

A partir de los 40 se produce un incremento gradual en las gonadotropinas de la hipófisis. A partir de la quinta década se inicia una disminución en la espermatogénesis. A partir de los 60 años hay una reducción gradual en los niveles circulares de testosterona. Estas modificaciones tienen efecto sobre la respuesta sexual:

- Aumento del tiempo requerido para la excitación

- Tiempo más largo y mayor estimulación genital para lograr la erección
- Disminución en la firmeza de la erección
- Disminución en la intensidad y volumen de la eyaculación
- El periodo refractario tiende a alargarse

Algunos hombres a partir de los 60 años presentan también algunas de las siguientes características:

- Indiferencia a sucesos de su entorno
- Pérdida de peso y apetito
- Libido deprimida
- Pérdida de capacidad de concentración
- Fácil fatiga
- Irritabilidad
- Cambios en el tamaño de la próstata

Fármacos:

Diversas medicaciones pueden alterar la respuesta sexual normal. El consumo de estas sustancias se valorará como parte de la historia clínica. Algunos de estos fármacos son los siguientes:

- ***Drogas utilizadas en el tratamiento de la hipertensión:***
 - *Acido etacrínico y furosemida:* son diuréticos no tiazídicos. Se asocian con la impotencia.
 - *Espiro lactona* disminución de la libido, impotencia y ginecomastia.
 - *Alfametildopa:* pérdida de orgasmo, disminución de la excitabilidad y algunos hombres experimentan eyaculación atrasada.
 - *Propanolol:* impotencia inducida.
- ***Drogas utilizadas como tranquilizantes, sedantes e hipnóticos:***
 - *Compuestos de Benzodiazepina, Clordiazepóxido y Diazepan:* puede producir aumento o disminución de la libido.
 - *Barbitúricos:* pueden disminuir las inhibiciones sexuales y en este sentido pueden aumentar la función sexual. Muchos de los pacientes frecuentemente dicen tener disminución de la libido, impotencia o pérdida de la respuesta orgásmica.
- ***Drogas utilizadas para los desórdenes psiquiátricos:***
 - *Fenotiazinas:* La impotencia se produce en dosis de 400 mg x día. El decrecimiento de la libido puede ser reflejo de la acción sedante total de esta droga. También se puede ver inhibición de la eyaculación y en la mujer decrecimiento de la lubricación vaginal en la excitación sexual.
 - *Inhibidores de la monoamino-oxidasa (MAO inhibidores):* Se puede encontrar eyaculación retrasada o pérdida de la capacidad eyaculatoria.
 - *Antidepresivos tricíclicos (imipramina, amitriptilina):* impotencia.
- ***Drogas no medicamentosas:***
 - *Alcohol:* Interfiere dependiendo de la dosis con la excitación sexual.
 - *Marihuana:* impotencia e inhibición de espermatogénesis. Algunas personas consumidoras señalan un aumento del sentido del tacto o un mayor grado de relajación.

• **Hormonas:**

- *Los andrógenos* En las mujeres, altas dosis de andrógenos aumenta la libido pero este efecto está limitado por los efectos colaterales como: hirsutismo, acné, hipertrofia del clítoris y retención de sodio.
- *Los estrógenos:* En el hombre producen reducción o anulación de la libido e invariablemente dan impotencia, empeoramiento de la eyaculación, interrupción de la espermatogénesis; y si la dosis es alta, se presenta ginecomastia. En la mujer no hay un efecto directo en la libido pero sí mejora la lubricación vaginal, la integridad de la mucosa vaginal y el mantenimiento de la masa del tejido mamario.

Enfermedades:

Las enfermedades tanto agudas como crónicas que ocasionan depresión, deformación de la imagen corporal, malestar físico y trastornos de la integridad hormonal, vascular y neurológica pueden ocasionar trastornos en la respuesta sexual.

Algunos de los trastornos que alteran el funcionamiento sexual son: esclerosis múltiple, neuropatía alcohólica y lesión de médula espinal, diabetes sacarina, hiperprolactinemia, deficiencia de testosterona, estados de deficiencia de estrógenos e hipotiroidismo. Asimismo, la esterilidad puede tener un efecto importante en la respuesta sexual.

DISFUNCIONES SEXUALES

Trastornos de la fase del deseo en mujeres y varones (deseo sexual hipoactivo o inhibido).

Consiste en deficiencia o ausencia de fantasías sexuales y de deseo por la actividad sexual que producen tensión notable y dificultades interpersonales.

Disfunciones Sexuales de la Mujer

a. Disfunción orgásmica:

Retraso persistente o recurrente del orgasmo o ausencia del mismo después de una fase de excitación sexual normal, que genera tensión o dificultades interpersonales. Se ha asociado a congestión pélvica y dolor pélvico crónico.

El tratamiento más eficaz para la anorgasmia primaria es un programa de masturbación dirigida con empleo de fantasías eróticas. Con esta técnica se ha informado tasas de buenos resultados de 80 a 90%. Una vez que la paciente ha experimentado el orgasmo por medio de masturbación, puede desear tener orgasmos mientras se encuentra con su compañero, ya sea durante el jugueteo sexual previo o el coito. La estimulación manual del clítoris mientras se tiene el coito (técnica del puente) puede ayudar a las mujeres a volverse orgásmicas con sus compañeros.

b. Trastornos por dolor durante las relaciones sexuales:

Vaginismo: es la contracción involuntaria recurrente o persistente de los músculos perineales que rodean al tercio externo de la vagina cuando se intenta la penetración vaginal con el pene, un dedo, un tapón o un espéculo.

El tratamiento del vaginismo tiene como finalidad extinguir el espasmo vaginal involuntario condicionado. Esto se puede lograr con las medidas que siguen:

- Ayudar a la mujer a familiarizarse más con su anatomía y a encontrarse más cómoda con su sexualidad.
- Enseñarle técnicas que le ayuden a relajarse, sin perder la excitación, cuando vaya a ocurrir la penetración vaginal.
- Instruirla sobre el empleo de ejercicios de Kegel con objeto de lograr control sobre los músculos que rodean el introito.

Dispareunia o (“apareamiento difícil”) es el dolor genital que ocurre antes del coito, durante el mismo o a continuación del coito.

Disfunciones Sexuales Masculinas

a. Disfunción erectil

Es la incapacidad de obtener o mantener una erección de suficiente firmeza que permita iniciar y completar el coito. Puede clasificarse como primaria o secundaria.

- Tratamiento

Cuando la impotencia es orgánica el tratamiento debe ser médico o quirúrgico y debe considerarse la posibilidad de implantación de un pene protésico que permita una participación en la penetración.

En caso de impotencia psicógena o en situaciones en que haya una dificultad psicosocial está indicada una sexoterapia que incluya a la pareja ya que la cooperación se relaciona con el resultado.

b. Eyaculación Precoz

Es una disfunción sexual común en personas jóvenes. No se puede precisar definición a causa de la naturaleza relativa del tiempo de eyaculación en el contexto del ciclo de respuesta sexual de la mujer.

El que la eyaculación sea rápida puede reflejar una gratificación del varón. Hay grados de eyaculación precoz y esta disfunción ocurre antes, durante o poco después de la inserción del pene dentro de la vagina.

- Tratamiento

El tratamiento es óptimo cuando se trabaja con una pareja, ya que esta disfunción, que es un problema masculino, repercute en ambos.

c. Incompetencia Eyaculatoria

Es la disfunción sexual menos frecuente. Se le define como la incapacidad de eyacular intravaginalmente. Los hombres con este trastorno, raramente tienen dificultad con la erección y normalmente son capaces de mantener una firme erección durante largos actos de coito.

- *Etiología.* La mayoría de las incompetencias eyaculatorias son de origen psicógeno. Pueden influir factores como la hostilidad o rechazo de la esposa, homosexualidad, temor de embarazo, deseo de no tener hijos, entre otros. También puede producirse por causas orgánicas que incluyen lesiones anatómicas del sistema génitourinario, de la espina dorsal, daños en los ganglios simpáticos lumbares y empleo de drogas que empeoran el tono simpático como Guanetidina, o fenotiazínicos.
- *Tratamiento.* Es importante explicar la etiología a la pareja y donde la mujer está llamada a un rol activo en la vuelta a la competencia eyaculatoria. Es necesario que al principio de la terapia, interrumpa o neutralice sus hostilidades anteriores. El objetivo es facilitar la atención al varón de sus propias sensaciones físicas, mejorar las formas de comunicación no verbal y eliminar la presión de comportamiento. Se requiere solamente una eyaculación intravaginal para terminar permanentemente con la disfunción. Se debe hacer hincapié en formas efectivas de comunicación.

AUTOESTIMA Y HABILIDADES SOCIALES

Como parte de la atención a la salud reproductiva es importante fortalecer la autoestima y promover el desarrollo de habilidades sociales, ya que permiten que las personas se protejan mejor frente a factores de riesgo.

AUTOESTIMA

Es la valoración que la persona tiene de sí misma. Está relacionada con el hecho de que las personas se sientan amadas, capaces y valoradas; y está estrechamente ligada a su autoconcepto, es decir, a la imagen que tienen de sí mismas en diferentes áreas, tales como el aspecto corporal, intelectual, social, entre otras.

Las personas y específicamente los/as adolescentes manifiestan tener problemas en la imagen y la valoración que tienen de sí mismos/as. Este hecho influye en su toma de decisiones y en su relación con las demás personas.

- La importancia que los/as adolescentes le dan a su imagen corporal es motivo de gran preocupación y desconcierto, y puede llevarlos/as en ocasiones a tener distintas reacciones, como agresividad y/o depresión.
- Cuando una persona presenta una autoestima buena, es debido a que posee una imagen positiva de sí misma, se acepta tal como es, reconoce sus posibilidades y limitaciones, y enfrenta mejor los retos y las oportunidades.
- Lo más frecuente en los/as adolescentes es que reciben más comentarios de desaprobación que de aceptación por parte de los adultos, quienes constantemente quieren decirles qué hacer. Esto no alienta un buen concepto de sí mismos/as, pudiendo por el contrario, hacerlos/as sentirse incapaces de lograr algo por sí mismos/as.
- Específicamente en los/as adolescentes, juegan un papel fundamental al momento de tomar diversas decisiones respecto a su vida: relaciones familiares, elección vocacional, resistencia a la presión de grupos inadecuados, elección de pareja, resistencia a la incitación al consumo de drogas, prácticas sexuales sin protección.

- ▶ Por ello durante las entrevistas con adolescentes, el/la prestador/a de servicios debe estar atento/a al reconocimiento de estas deficiencias, puesto que pueden contribuir a que se involucren en comportamientos de riesgo.

HABILIDADES SOCIALES

Son los recursos individuales y/o grupales que se utilizan en el proceso de socialización y constituyen la base del proceso de desempeño social. Las principales habilidades sociales son: Asertividad, toma de decisiones, capacidad de comunicación.

Asertividad

Es la habilidad de desarrollar conductas y pensamientos que permiten hacer respetar los derechos personales y expresar pensamientos, sentimientos y creencias de una manera directa, honesta y apropiada, sin atentar contra los derechos de otras personas. Las personas en general, y más específicamente los adolescentes, muestran dificultad para ser asertivos. La asertividad permite mejores relaciones interpersonales y comunicación.

Toma de decisiones

Es un método racional que permite hacer elecciones responsables y acertadas. Implica considerar las alternativas posibles, las ventajas y desventajas, así como las consecuencias de una elección.

Método de toma de decisiones. Consta de 5 pasos:

1. Valorar la nueva situación, preguntándose ¿cuál es el problema, en qué consiste y cuán relevante es?
2. Ver alternativas, buscando información para tener mayores elementos de juicio.
3. Analizar las alternativas, evaluando ventajas y desventajas, principalmente en función a las consecuencias que pueden acarrear.
4. Comprometerse con la elección escogida y plantearse un plan para ejecutarla.
5. Adaptar la decisión a las circunstancias, lo cual sucede durante la puesta en práctica de la decisión tomada

A este respecto la persona, o más propiamente el/la adolescente, se siente capaz o ya no se muestra confundido/a ante ciertas decisiones que debe tomar.

Comunicación

- ▶ Con frecuencia las personas, y especialmente los/las adolescentes, muestran contradicciones entre lo que expresan verbalmente y lo que expresan a través de sus gestos y conducta.
- ▶ La comunicación es el intercambio de información que ocurre, por lo menos, entre dos personas, y en el que una emite un mensaje que la otra recibe y decodifica, y viceversa. Siempre se está comunicando algo.
- ▶ La comunicación se da en dos niveles: en un nivel verbal, a través de palabras y en un nivel no verbal, a través de gestos, de cambios en el tono y modulación de la voz, de la postura del cuerpo, entre otros.
- ▶ Lo ideal es que exista una concordancia entre lo que uno dice verbalmente y lo que uno comunica a través del cuerpo.
- ▶ Es importante estar atentos al lenguaje del cuerpo, pues puede ser muy útil para entender lo que la otra persona está comunicando.



MODULO II

ATENCIÓN OBSTETRICA

ATENCIÓN PRENATAL

ASPECTOS GENERALES

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. Considerar que todo embarazo es potencialmente de riesgo

OBJETIVOS:

- Evaluar integralmente a la gestante y al feto
- Identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como al entorno familiar. Plan de parto.
- Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional con participación de la pareja, la familia y la propia comunidad.
- Promover el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.
- Promover la lactancia materna en la crianza del recién nacido (RN).
- Prevenir el tétanos neonatal (vacuna antitetánica)
- Detectar el cáncer de cérvix uterino (Papanicolaou) y la patología mamaria.
- Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.
- Promover la adecuada nutrición.
- Prevenir y/o tratar la anemia

FRECUENCIA CON LA QUE SE DEBEN REALIZAR LAS ATENCIONES

La atención prenatal debe iniciarse lo más temprano posible, debiendo ser periódica, continua e integral:

La frecuencia óptima de atención prenatal es la siguiente:

- Una atención mensual hasta las 32 semanas
- Una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas
- Una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto

Se considera como mínimo que una gestante reciba 6 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera:

- Dos atenciones antes de las 22 semanas,
- La tercera entre las 22 a 24 semanas,
- La cuarta entre las 27 a 29,
- La quinta entre las 33 a 35,
- La sexta entre las 37 a 40 semanas.

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y MANEJO EN LA ATENCIÓN MATERNO PERINATAL

La Historia Clínica Materna Perinatal (HCMP) es la base de toda atención de la salud materna perinatal. Siendo un documento de fácil llenado para cualquier proveedor de salud que realice atención obstétrica. Es importante recordar que la calidad de la información y los datos que se obtengan al procesar la HCMP se basan en la coherencia y calidad de los datos que se registran, por lo que al momento que se usa esta historia debe recordar que:

- No debe dejar ningún casillero en blanco, excepto en los casos que no tenga dicha información.
- En los casos que el dato sea negativo o sea cero siempre debe marcarlo, ya que el personal que ingresa los datos de la HCMP al computador, al observar el casillero en blanco no llenará dicho dato al momento de digitar la historia.
- Para cualquier duda ó inquietud deberá revisar el instructivo de llenado de la misma.

ESQUEMA MÍNIMO DE LA ATENCIÓN PRENATAL

Actividad	Primera Consulta *	2ª Consulta <22Sem	3ª Consulta 22-24 sem	4ª Consulta 27-29 Sem	5ª Consulta 33-35 Sem	6ª Consulta 37-40 Sem
Anamnesis	+	+	+	+	+	+
Medición del peso	+	+	+	+	+	+
Medición de la talla	+					
Determinación de la presión arterial, pulso y temperatura	+	+	+	+	+	+
Examen clínico integral	+		+			+
Examen de mamas y pezones	+		+			+
Evaluación del estado nutricional	+	+	+	+	+	+
Examen gineco obstétrico	+					+
Confirmación Del embarazo	+					
Medición de la altura uterina	+	+	+	+	+	+
Evaluación del crecimiento fetal	+	+	+	+	+	+
Cálculo de edad gestacional	+	+	+	+	+	+
Descarte de embarazo múltiple	+	+	+	+	+	+
Evaluación clínica del volumen del líquido amniótico		+	+	+	+	+
Auscultación de los latidos fetales**		+	+	+	+	+
Evaluación movim fetales		+	+	+	+	+

Actividad	Primera Consulta *	2ª Consulta <22Sem	3ª Consulta 22-24 sem	4ª Consulta 27-29 Sem	5ª Consulta 33-35 Sem	6ª Consulta 37-40 Sem
Evaluación clínica de la pelvis			+			+
Diagnóstico de la presentación fetal			+	+	+	+
Detección de cáncer cervical (Papanicolaou o IVAA)	+					
Determinación del grupo sanguíneo factor Rh	+					
Determinación de la hemoglobina o hematocrito	+					+
Examen de orina	+				+	+
Detección de diabetes gestacional	+		+			
Detección de sífilis (***)	+				+	
Prueba de ELISA-VIH con autorización de la usuaria(***)	+				+	
Se sugiere: Prueba de HTLV1	+					+
Vacunación antitetánica (****)	+					
Evaluación ecográfica (*****)	+			+		+
Detección de complicaciones	+	+	+	+	+	+
Examen odontológico (*****)	+					
Administración de hierro y ácido fólico, calcio suplementarios(*****)		+	+	+	+	+
Charlas educativas, psicoprofilaxis	+	+	+	+	+	+
Evaluación y orientación en salud mental y detección de violencia familiar	+	+	+	+	+	+
Consejería	+	+	+	+	+	+
Información sobre PF y salud reproductiva	+	+	+	+	+	+
Plan de emergencia para el parto o emergencias	+	+	+	+	+	+

- * Se debe promover la primera atención prenatal antes de las 22 semanas, para hacer un diagnóstico precoz de algunas patologías.
- ** Con Doppler, se puede auscultar los latidos fetales a partir de las 12 semanas.
- *** La segunda prueba se recomienda que se tome en las 34 semanas.
- **** Se vacunará a la gestante lo más precozmente posible, no existiendo contraindicación con la edad gestacional, colocando la primera dosis en la primera consulta. Las siguientes dosis se colocarán de acuerdo al calendario de vacunaciones (como mínimo dos dosis).
- ***** La ecografía sólo debe ser empleada cuando existan dudas en la edad gestacional o se presenten factores de riesgo durante la atención prenatal. Debe contribuir para tomar decisiones de manejo.
- ***** El examen odontológico debe ser realizado desde la primera consulta, independientemente de la edad gestacional.
De necesitar tratamiento odontológico, éste debe ser realizado lo más precozmente posible; ante el temor de la gestante que la anestesia podría afectar a su hijo, el tratamiento podría ser postergado hasta luego del tercer mes de gestación.
- ***** Si los valores no sugieren anemia, se puede diferir el inicio del suplemento de hierro después de las 16 semanas.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN CON EL TOXOIDE TETÁNICO EN MUJER EN EDAD FÉRTIL:

Edad	Dosis	Protección
15 años o al primer contacto con establecimiento (*)	TT1	Ninguna
A las 4 semanas de TT1	TT2	Por 3 años
A las 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

(*) Las niñas que han recibido el esquema de tres dosis de DPT, recibirán dos dosis adicionales de refuerzo durante su edad fértil

Si la gestante ha recibido vacunación previamente hay que analizar si está en el periodo de protección, si no lo está debe recibir dosis de refuerzo; si ha recibido dos dosis el año anterior, debe recibir la TT3. Si solo ha recibido TT1 se debe considerar como no vacunada e iniciar el esquema.

ANEMIA SE DEFINE SEGÚN LOS SIGUIENTES VALORES DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO:

Altitud (metros)	Incremento de hemoglobina y hematocrito según altitud		Valor de hemoglobina y hematocrito para considerar anemia	
	Hemoglobina por decilitro	Hematocrito (%)	Hemoglobina por decilitro	Hematocrito (%)
Menos de 1000	0	0	11	33.0
1000	0.2	0.5	11.2	33.5
1500	0.5	1.5	11.5	34.5
2000	0.8	2.5	11.8	35.5
2500	1.3	4.0	12.3	37.0
3000	1.9	6.0	12.9	39.0
3500	2.7	8.5	13.7	41.5
4000	3.5	11.0	14.5	44.0
4500	4.5	14.0	15.5	47.0

Adaptado de: Anemia durante el Embarazo, Ministerio de Salud, Noviembre 1995. (Fuentes: OMS Informe Técnico 316, 1968 y CDC Criteria for anaemia in children and childbearing age women. MMWR, 38:400-404 - 1989)

SUPLEMENTO VITAMÍNICO

- **Ácido fólico:** los requerimientos mínimos son de 400 microgramos diarios durante la gestación.
- **Suplemento de Hierro:**

Administración profiláctica

Se debe administrar en forma profiláctica, a partir de las 16 semanas, a una dosis de 60 miligramos de hierro elemental. Recuerde que puede producir gastritis y estreñimiento; en estos casos se recomienda fraccionar la ingesta o tomar el suplemento después de la comida principal o antes de acostarse. Existe experiencia en niños que la ingesta interdiaria es una buena alternativa de administración, aunque no se recomienda en gestantes (OMS y UNICEF)

- El MINSA cuenta con suplementos de 60 mg. Fe y 400 mg. de ácido fólico.

Administración para tratamiento de anemia

Iniciar una vez confirmado el diagnóstico, con el doble de la dosis indicada para la administración profiláctica y reevaluar la hemoglobina en 4 semanas; si se ha normalizado continuar con esta dosis por 3 meses y luego a dosis profiláctica hasta completar el puerperio. Se debe promover una dieta que tenga alimentos con un alto contenido de hierro (carne, vísceras, huevos, leche, menestras, espinacas, alcachofas) y realizar las siguientes acciones simples y efectivas:

1. Añadir una naranja o jugo de frutas u otra fuente de ácido ascórbico a las comidas (consumir papaya, papas, col, zanahoria, coliflor con las comidas).
2. Restringir la ingestión de alimentos como cereales, alimentos ricos en fibras, el té, café y los mates, que disminuyen la absorción de hierro.
3. Se debe advertir a las madres gestantes que están tomando el suplemento de hierro que las deposiciones se pondrán oscuras por efectos del hierro, sin que esto signifique algún problema de salud.
4. Las pastillas de suplementos de hierro deben guardarse en un frasco oscuro cerrado al que no le dé la luz.

De **no** existir mejora, coordinar para evaluación especializada.

PRINCIPIOS BÁSICOS EN RELACIÓN CON EL USO DE MEDICACIÓN DURANTE LA GESTACIÓN

- Debe evitarse dar cualquier medicación durante la gestación.
- En casos muy particulares y de ser imprescindible, podrá ser usada con un diagnóstico apropiado y siguiendo los protocolos clínicos establecidos.

MANEJO DE MOLESTIAS PROPIAS DE LA GESTACIÓN

Molestias	Explicación	Manejo
Náuseas y vómitos	En relación con los cambios hormonales propio de la gestación. Influye en su intensidad, el estado de ánimo de la gestante, especialmente si es un embarazo no deseado.	Recomendar: 1. Dieta fraccionada, varias veces al día. 2. Identificar y eliminar los olores que estimulan las náuseas 3. Ingerir líquidos alejados de los alimentos. 4. Evitar en lo posible el uso de antieméticos (antinauseosos). De ser necesario administrar dimenhidrinato 50 mg VO o IM. 5. De haber vómitos intensos o signos de deshidratación, considerar hiperemesis gravídica y hospitalizar a la gestante.
Tendencia al sueño y fatiga	Aumento de peso. Los cambios en todo su organismo y el inadecuado estado nutricional, originan cansancio y fatiga.	Evitar esfuerzo excesivo. Indicar descanso más frecuente. Es necesario descartar anemia.
Deseos frecuentes de orinar (poliuria)	El útero comprime la vejiga y al disminuir su capacidad, necesita evacuar más frecuente.	Descartar infección urinaria; ante la duda, consulte el protocolo de manejo de Infección urinaria.
Manchas en la cara	Por los cambios hormonales propios del embarazo.	Tranquilizar a la gestante, generalmente mejoran después del parto. Recomendar que evite la exposición al sol, porque puede aumentar. Las cremas bloqueadores solares son útiles

Molestias	Explicación	Manejo
Estrías	Manchas rojizas o blanquecinas en el abdomen, debido a la rotura de los tejidos elásticos de la piel del abdomen.	Tranquilizar e informar a la gestante que generalmente disminuyen luego del parto, pero no desaparecen.
Calambres en las piernas.	Puede ser por deficiencia de la circulación venosa y de algunos minerales, como calcio o potasio.	Recomendar que descanse con las piernas ligeramente levantadas y evaluar si hay deficiencia en la ingesta de alimentos con calcio y/o potasio. Si existe evidencia de una inadecuada ingesta de calcio, promover que la gestante ingiera alimentos como leche o sus derivados.
Dolor en hipogastrio y región lumbar cuando camina	Generalmente por el esfuerzo que hacen los músculos de la columna y del abdomen.	Interrogar sobre signología infecciosa o de parto. De no existir, recomendar reposo.
Estreñimiento	Las hormonas del embarazo hacen que la motilidad intestinal sea lenta.	Incrementar la ingesta de alimentos con fibra: verduras, frutas, cereales con cáscara y líquidos.
Secreción vaginal	Durante el embarazo aumenta la secreción vaginal; normalmente no provoca picazón ni ardor. Si ésta provoca molestias o aumenta demasiado, debe ser evaluada para determinar su causa.	Descartar sintomatología infecciosa. Recomendar medidas de higiene perineal; no usar duchas vaginales, por estar contraindicadas y favorecen infecciones.

ACTIVIDADES DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL (*)

- 1. Asegurar un trato con calidad y calidez a la gestante. Promover la participación de la familia**

Cumplir con los cinco pasos de la orientación y consejería; asegurarse que el consultorio tenga lo necesario.
Identificar factores culturales o étnicos que puedan interferir en la atención. Es importante respetar las creencias culturales y evaluar la posibilidad de considerarlas para mejorar la relación del profesional de salud con la gestante. De ser posible promover la participación de la pareja y/o familia.
- 2. Detectar la emergencia obstétrica**

Identificar:
Si luce agudamente enferma, pálida con somnolencia o sopor, presencia de convulsiones o signos de alarma de cualquiera de las emergencias obstétricas

<p>3. Solicitar a la gestante que orine antes de iniciar la consulta.</p>	<p>La presencia de globo vesical puede distorsionar los hallazgos originando errores en el diagnóstico, además de ocasionar molestias durante el examen.</p>
<p>4. Utilizar la historia clínica materno perinatal (HCMP) y el carné perinatal</p>	<p>Toda gestante debe tener una historia clínica materno perinatal (HCMP) y el carné perinatal, los cuales deben ser llenados en forma apropiada y completa en toda consulta, inclusive en las de emergencia.</p> <p>Revisar el calendario de la atención prenatal para programar las citas</p> <p>Durante la primera consulta se debe identificar a la gestante por nombre y apellidos, DNI cuando corresponde, domicilio, teléfono o datos de cómo contactarla en caso de emergencia.</p> <p>El carné perinatal debe ser entregado a toda gestante, indicándole que debe llevarlo cada vez que acuda a un establecimiento para ser atendida.</p>
<p>5. Averiguar por molestias o inquietudes</p>	<p>Revisar la tabla Manejo de molestias propias de la gestación.</p>
<p>6. Identificar antecedentes ginecológicos, patológicos y epidemiológicos.</p>	<p>La presencia de alguna complicación requiere una evaluación apropiada para definir el manejo.</p> <p>Si reside en zonas con alta prevalencia de malaria, tomar una muestra de sangre para gota gruesa.</p> <p>En caso de un brote epidémico de fiebre amarilla, las gestantes que no han tenido la enfermedad o que no han sido vacunadas previamente, vacunarlas a partir del cuarto mes de gestación.</p> <p>En zonas endémicas de Bocio promover el uso de sal yodada en la gestante y su familia.</p>
<p>7. Calcular la edad gestacional</p>	<p>Se recomienda el uso del gestograma. También se puede calcular la fecha probable de parto con la fórmula: “al primer día de la fecha de la última regla se le suma 7 días y se resta 3 meses”. La fecha probable de parto corresponde a 40 semanas desde el inicio de la última menstruación normal.</p>
<p>8. Medir la talla en la primera consulta</p>	<p>Medir a la gestante sin calzado y utilizando el tallímetro.</p>
<p>9. Pesar en cada visita</p>	<p>Usar una balanza calibrada semanalmente. La gestante deberá utilizar ropa liviana y sin calzado.</p> <p>Una ganancia menor del percentil 25, debe ser evaluada para descartar desnutrición y restricción de crecimiento intrauterino (Figura 1)</p>
<p>10. En cada atención, medir la presión arterial en posición sentada</p>	<p>Si la presión sistólica es mayor o igual de 140 mm Hg o la diastólica mayor o igual de 90 mm Hg, o si hubiera un incremento de más de 30 mm Hg en la sistólica ó 15 mm Hg en la diastólica, con relación a su presión inicial, repetir la medición 2 a 6 horas después; de persistir esos valores o haberse incrementado, considerar manejo de preeclampsia.</p>

11. Evaluar la presencia de edema	<p>Es normal la presencia de edema debajo de las rodillas. El edema por encima de las rodillas, sobre todo en cara y manos puede ser un signo que acompaña a la preeclampsia.</p>
12. Realizar un examen clínico completo (**)	<p>El profesional de la salud debe explicar a la gestante el examen o procedimiento que se le va a realizar y solicitar su autorización.</p> <p>En la primera consulta y cuando lo amerite realizar un examen clínico general, detectar signos de violencia, examinar mamas y abdomen ubicando a la gestante en posición decúbito dorsal.</p>
13. Medir la altura uterina	<p>Desde la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino (Fig. 2), utilizando una cinta métrica inextensible.</p> <p>Analizar su variación sobre la base de la tabla patrones normales de altura uterina (Figura 3)</p>
14. Determinar presencia de movimientos fetales	<p>Referidos por la gestante u observados durante el examen, a partir de las 22 semanas.</p>
15. Realizar maniobras de Leopold. Auscultar latidos fetales	<p>Para identificar la posición y la viabilidad fetal (figuras 4-7)</p> <p>La auscultación de latidos fetales se puede realizar con doppler desde las 10 semanas y con Pinard desde las 22 semanas (Figura 8)</p>
16. Realizar el examen pélvico (**): - En la primera consulta - Cuando la gestante refiera molestias ginecológicas	<p>Inspeccionar los genitales externos</p> <p>Colocar un espéculo para explorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pared vaginal -Características del cérvix (lesiones o dilatación) -Presencia de secreción o sangrado -Pérdida de líquido amniótico <p>Tomar una muestra para Papanicolaou, si corresponde.</p> <p>Si la gestante refiere pérdida de líquido, no lubricar el espéculo antes de colocarlo, para poder identificar la presencia de líquido amniótico o para tomar una muestra para examen directo o cultivos.</p> <p>La evaluación clínica de la pelvis ósea se debe realizar después de las 36 semanas.</p>
17. Evaluar y estimular el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal y la atención institucional del parto	<p>Estimular la participación de la pareja, de un familiar o de la persona que la gestante escoja para acompañarla en las visitas prenatales y durante el parto.</p> <p>Estimular la participación de un/a acompañante para el momento del parto.</p> <p>Ayudar a la gestante a construir un plan para la emergencia obstétrica o el inicio del parto.</p>
18. Identificar necesidad de: ▸ Exámenes auxiliares ▸ Vacuna antitetánica	<p>Analizar si requiere algún examen de acuerdo a la evaluación. Si no está capacitado, transferirla a un establecimiento con capacidad para hacerlo.</p>

<p>19. Evaluar requerimientos nutricionales</p>	<p>De acuerdo a evaluación descartar desnutrición y orientar sobre medidas higiénico dietéticas. Dar suplemento de ácido fólico y hierro a todas las gestantes. De considerar inapropiada la ingesta de calcio, recomendar dietas ricas en ese mineral.</p>
<p>20. Dar instrucciones claras y precisas, y acordar la próxima cita.</p>	<p>Dar indicaciones claras y escritas con letra legible, incluyendo la fecha de la próxima cita y el reconocimiento de los signos de alarma. Confirmar la comprensión de las instrucciones por la gestante o el familiar. De ser necesario usar un intérprete y adecuar las instrucciones al lenguaje y creencias de la gestante. Se recomienda evitar creencias perjudiciales e informar si lo solicita la gestante o su acompañante sobre el tratamiento y el seguimiento. Todo embarazo es de riesgo. Se recomienda evitar términos como que “todo está normal o bien”, porque crea ideas equivocadas respecto a que no es necesario acudir a las siguientes visitas. Elaborar con la gestante y su acompañante un plan de emergencia que se debe cumplir en caso de iniciar la labor de parto o si se presenta alguna señal de alarma. Considerar la participación de la comunidad.</p>
<p>21. Realizar actividades educativas. Promover el parto Institucional.</p>	<p>Hacer énfasis y orientar a la gestante sobre los signos de alarma: cefalea, dolor abdominal, pérdida de líquido, sangrado, disminución de movimientos fetales y contracciones uterinas. Promover el parto institucional Promover la atención prenatal, la psicoprofilaxis y los cuidados del recién nacido. Promover la lactancia materna. Promover la planificación familiar. Orientar sobre aspectos de sexualidad e infecciones de transmisión sexual en el embarazo.</p>
<p>22. Adecuar lenguaje a la población y a las creencias culturales.</p>	<p>Fortalecer los aspectos culturales positivos y orientar con argumentos sencillos y verdaderos el porqué se deben evitar los aspectos negativos.</p>
<p>23. Orientar sobre el establecimiento de salud al cual debe acudir.</p>	<p>Asegurar el grado de comprensión de los signos de alarma y orientar sobre el establecimiento de salud al cual debe acudir en caso de una emergencia obstétrica o de iniciarse la labor de parto.</p>
<p>24. Evaluar la comprensión de instrucciones y signos de alarma</p>	<p>Verificar si las ha comprendido; en caso contrario, se recomienda aclararlas hasta asegurar la comprensión de las mismas.</p>
<p>25. Verificar que la información figure en la Historia Clínica Materno Perinatal.</p>	<p>Se debe usar la Historia Clínica Materno Perinatal.</p>

(*) En caso de presentar algún signo de alerta, consultar la tabla de este módulo
 (**) Los pasos 12 y 16 solo serán realizados por personal capacitado

Figura 1.- Patrones de ganancia ponderal según cronología (CLAP)

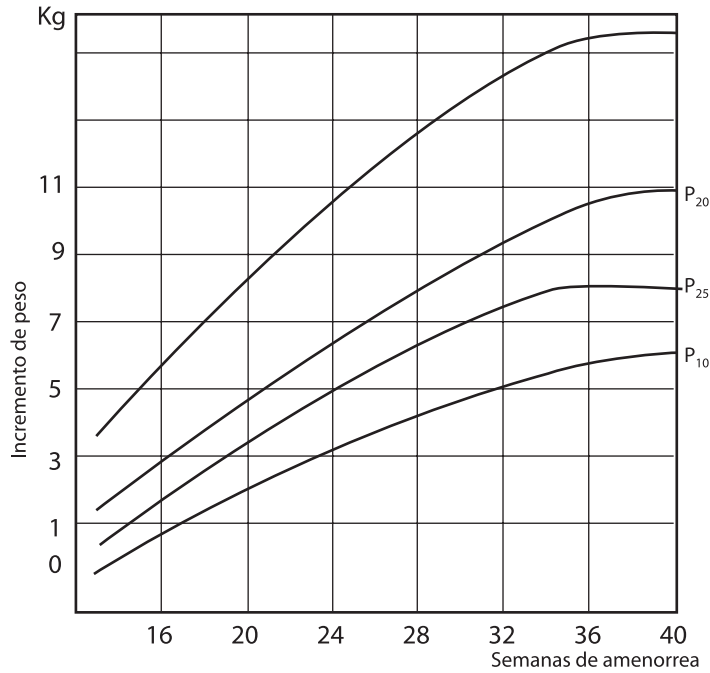


Figura 2. Medida de la altura uterina



Figura 3. Patrones normales de AU según EG

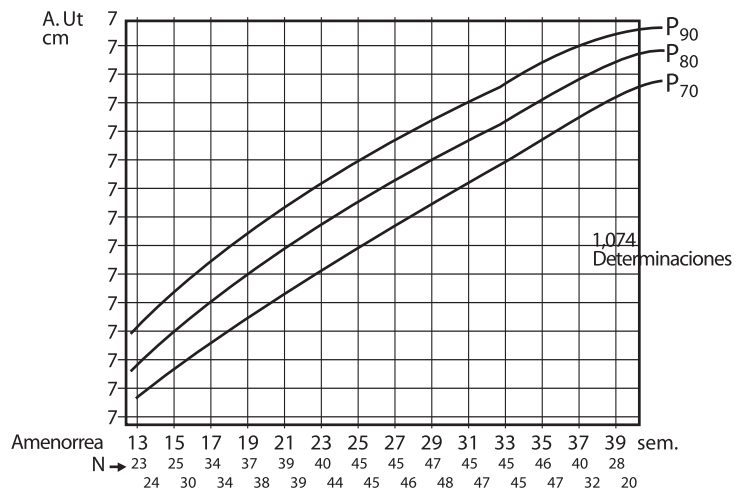


Figura 4. Primera maniobra de Leopold Figura 5. Segunda maniobra de Leopold

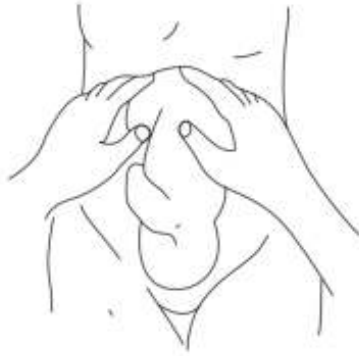


Figura 6. Tercera maniobra de Leopold Figura 7. Cuarta maniobra de Leopold



Figura 8. Auscultación de latidos fetales



SÍNTOMAS Y/ O SIGNOS DE ALARMA

Síntoma y/ o signo de alarma	Manejo
Altura uterina menor a la que corresponde a la edad gestacional (debajo del 10° percentil)	Considerar error de cálculo de edad gestacional, restricción (retardo) del crecimiento intrauterino, oligohidramnios u óbito fetal. Solicitar ecografía y evaluación especializada.
Medida de altura uterina por encima del 90 percentil (ver gráfica en el carné perinatal)	Considerar error de cálculo de la edad gestacional. Descartar embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal. Evaluar diabetes gestacional, mola, miomas, solicitando ecografía y pruebas de tolerancia a la glucosa, así como evaluación especializada.
Alteración o ausencia de latidos fetales	Ver sufrimiento fetal agudo y óbito fetal en el módulo de Emergencias Obstétricas
Ausencia o disminución de movimientos fetales después de las 22 semanas por mas de seis horas	Ver sufrimiento fetal agudo y óbito fetal en el módulo de Emergencias Obstétricas
Cansancio a pequeños esfuerzos	Debe tener evaluación especializada; puede ser una patología cardíaca, pulmonar o una anemia severa. Descartar shock o dolor abdominal, pueden ser síntomas de un embarazo ectópico.
Dolor de cabeza intenso (cefalea)	Ver enfermedad hipertensiva inducida por la gestación en el módulo Emergencias Obstétricas.
Dinámica uterina cada 5 minutos después de las 36 semanas	Ver atención del parto en el presente módulo
Dinámica uterina (contracciones más de 2 por hora) antes de las 37 semanas	Ver parto prematuro en el Módulo de Emergencias Obstétricas
Dolor abdominal	Ver abdomen agudo en el Módulo de Emergencias Obstétricas.
Dolor epigástrico	Ver enfermedad hipertensiva inducida por la gestación en el módulo Emergencias Obstétricas.
Disminución de los movimientos fetales, después de las 30 semanas	<p>Auscultar con intervalos de 15 minutos durante dos horas los latidos fetales y evaluar su variación con los movimientos del feto. Normalmente, luego de los movimientos fetales hay un aumento de la frecuencia cardíaca. Si existe bradicardia fetal, realizar manejo de sufrimiento fetal agudo; si los latidos fetales durante el monitoreo son normales, realizar una evaluación del perfil biofísico.</p> <p>De no tener las condiciones, hacer la referencia a un establecimiento que pueda realizar la evaluación de una insuficiencia placentaria (perfil biofísico).</p> <p>Si los latidos fetales están normales y se aceleran con el movimiento, sugerir a la gestante que monitoree los movimientos fetales según el siguiente esquema:</p>

Síntoma y/ o signo de alarma	Manejo
	<ul style="list-style-type: none"> - En 4 momentos diferentes del día cuente los movimientos del feto por 30 minutos. En total el feto debe moverse más de diez veces en el día - Si la madre percibe que el feto no se mueve por más de 6 horas debe acudir inmediatamente al establecimiento.
Edema exagerado de manos o cara	Ver enfermedad hipertensiva inducida por la gestación en el módulo Emergencias Obstétricas.
Estatura menor de 1.40 metros	Descartar estrechez de pelvis osea
Fiebre	Ver Síndrome febril en el Módulo de Emergencias Obstétricas.
Ganancia exagerada de peso (según curva de ganancia de peso que está en el anverso del carné perinatal)	Descartar sobrepeso y/o preeclampsia. Ver enfermedad hipertensiva inducida por la gestación en el Módulo de Emergencias Obstétricas.
Hipertonía uterina / contracciones muy frecuentes	Descartar desproporción feto pélvica o desprendimiento prematuro de placenta. Ver parto obstruido o detenido en el Módulo de Emergencias Obstétricas.
Incremento de la presión arterial con relación a los controles anteriores	Ver enfermedad hipertensiva inducida por la gestación en el Módulo de Emergencias Obstétricas.
Índice masa corporal (peso / (talla ?) menor de 19.5	Descartar desnutrición y restricción (retardo) de crecimiento intrauterino. Considerar evaluación nutricional y coordinar con servicio de nutrición para que reciba orientación, consejería y suplementación.
Mal presentación luego de las 36 semanas	Considerar la posibilidad de cesárea por mal presentación. Cerca del término se puede intentar versión externa. De estar en labor de parto realizar manejo de parto obstruido o detenido. Ver módulo de Emergencias Obstétricas
No ganancia de peso, entre visitas	Calcular el índice peso/talla al cuadrado. Este debe estar entre 20 y 25; de ser menor de 20 descartar desnutrición.
Palidez de conjuntivas o mucosas	Considerar anemia
Perímetro braquial menor de 23 cm	El perímetro braquial se mide entre el tercio superior y el tercio medio del brazo izquierdo. Descartar desnutrición. Considerar evaluación nutricional y coordinar con servicio de nutrición para que reciba orientación, consejería y suplemento.
Peso para la talla y edad gestacional por debajo del 10 percentil	Descartar desnutrición. Considerar evaluación nutricional y coordinar con servicio de nutrición para que reciba orientación, consejería y suplemento.
Pérdida de líquido amniótico por vía vaginal por anamnesis o examen clínico	Ver rotura prematura de membranas en el Módulo de Emergencias Ostetricas.

Síntoma y/ o signo de alarma

Manejo

Reflejos osteotendinosos aumentados

Ver enfermedad hipertensiva inducida por la gestación en el Módulo de Emergencias Obstétricas.

Sangrado vaginal de cualquier volumen o características

Ver hemorragia obstétrica en el Módulo de Emergencias Obstétricas.

PREPARACIÓN PSICOPROFILÁCTICA DE LA GESTANTE

Actividades de preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para contribuir a un embarazo, parto y puerperio sin temor, ni dolor, y a la disminución de la morbilidad y la mortalidad materno perinatal.

OBJETIVOS

- Capacitar a la gestante, teórica, física y psicológica, acerca de los cambios fisiológicos del embarazo, parto y puerperio, y sus complicaciones
- Motivar que el mayor número de gestantes acudan a la atención prenatal y promover **el parto institucional**.
- Desarrollar actividades específicas por grupos de gestantes, considerando factores como edad, paridad y situaciones especiales.
- Estimular la participación activa de la gestante durante el trabajo de parto y parto.
- Fomentar y comprometer la participación y acompañamiento de la pareja durante la gestación, parto y postparto.
- Desarrollar sesiones de gimnasia obstétrica, acorde con los hallazgos clínicos.
- Capacitar a las gestantes para el cuidado del recién nacido.
- Promover la lactancia materna
- Promover la elección de un método de planificación familiar postparto.
- Apoyar en la elaboración del plan para la atención del parto o en caso de una emergencia obstétrica.

IMPLEMENTACIÓN BÁSICA PARA REALIZAR LA PREPARACIÓN PSICOPROFILÁCTICA DE LA GESTANTE

Infraestructura

Sala con adecuada iluminación y ventilación, que cuente con servicios higiénicos.

Mobiliario (dependerá del número de gestantes que tenga el establecimiento)

- Sillas plegables o apilables
- Colchonetas de 1,50 x 0,70 m # 05 (material para forro de corofán), con 1,5 pulgadas de espesor
- Almohadas
- Pizarra

- Escritorio
- Armario
- Sillas

Material educativo

- Rotafolio (papelógrafos con la información que se va a exponer durante las actividades)
- Plumones o tizas
- Maquetas o modelos anatómicos
- Láminas para franelógrafo
- Folletos
- Implementos para la atención del recién nacido (tina, jarra, pañales, jabón, toalla)

Complementarios

- Tarjetas de citas
- Mandilones
- Grabadora
- Televisor y videgrabadora, o proyector de diapositivas o complementarios
- Cassetes de música clásica y videos

METODOLOGÍA

1. Toda gestante evaluada en un servicio de salud debe ser referida para la preparación psicoprofiláctica.
2. La actividad se realiza a través de sesiones teórico prácticas, incluyendo la gimnasia obstétrica.
3. Esta será desarrollada por la obstetriz capacitada, adecuando los contenidos al medio, a las características de cada grupo de trabajo y a los recursos disponibles.
4. La captación de las gestantes se realizará a través de los consultorios prenatales a partir de las 20 semanas de gestación.
5. La selección de grupos se realizará teniendo en cuenta los hallazgos clínicos.
6. Las sesiones de preparación integral serán un promedio de 6 clases, pudiendo ser modificadas de acuerdo a las características del medio.
6. Otorgar a cada gestante una tarjeta de identificación, asistencia y atenciones especiales.
8. Contar con un formato de seguimiento postnatal, en el que se registrará la evaluación de los resultados, objetivando los beneficios e impacto de la actividad.

SESIONES PROPUESTAS

Estas pueden ser adecuadas a las características del establecimiento (Para su aplicación, el personal debe ser capacitado en estas actividades)

I Sesión

Objetivo Desacondicionar a la gestante de sus temores sobre la gestación, parto y postparto.

Actividades

1. Recepción y bienvenida de las gestantes participantes.
2. Brindar información sobre el embarazo, parto y puerperio.
3. Dialogar respecto a mitos y creencias alrededor del embarazo, parto y puerperio

4. Valorar la importancia y beneficios de la psicoprofilaxis en el embarazo.
5. Importancia del parto sin temor
6. Acordar un cronograma de asistencia e información del contenido de las sesiones.

Preparación física: Cambios posturales, incluir posición ideal de relajación (sesión rápida).

II Sesión

Objetivo Promocionar medidas de autocuidado en las gestantes.

Actividades

1. Brindar información acerca de la reproducción humana y desarrollo fetal.
2. Promover los cuidados especiales durante la gestación: Alimentación y nutrición, ropa, higiene, actividad sexual, otros.
3. Enfatizar el conocimiento de los signos de alarma de la gestación, parto y puerperio.
4. Brindar información sobre la importancia del cuidado prenatal y de la estimulación prenatal

Tener un plan de contingencia para el momento del parto o en caso de emergencia ayuda a atender adecuadamente a la gestante o parturienta.

Gimnasia prenatal: Ejercicios básicos de adaptación y rutina

III Sesión

Objetivo Estimular en la gestante una actitud positiva frente al trabajo de parto.

Actividades

1. Enseñar los síntomas y signos del inicio de trabajo de parto y sus fases.
2. Incentivar la participación activa de la gestante durante la etapa de la dilatación.
3. Entrenar a la gestante para lograr reacciones positivas frente a la contracción uterina.
4. Enseñar Técnica de estimulación prenatal (intrauterina)

Gimnasia prenatal: Ejercicios localizados, respiración 1 (respiración habitual)
Técnica de relajación

IV Sesión

Objetivo Lograr una participación positiva y activa de la gestante en todo el trabajo de parto.

Actividades

1. Dar a conocer las sucesivas etapas del parto (dilatación, expulsivo y alumbramiento) y como participar en cada una de ellas.
2. Promover el contacto piel a piel para estimular el vínculo madre-hijo.

Gimnasia prenatal: Ejercicios localizados
Respiración 2 (jadeo)
Relajación progresiva

V Sesión

Objetivo Desarrollar medidas de autocuidado en el postparto.

Actividades

1. Dialogar sobre las características y cuidados especiales durante el puerperio.
2. Promover la lactancia materna exclusiva.
3. Informar acerca de los cambios psicológicos del puerperio.
4. Brindar orientación sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos y la importancia del espaciamiento óptimo entre embarazos.

Gimnasia prenatal: Ejercicios localizados
Respiración sostenida (simulacro)
Relajación progresiva profunda

VI Sesión

Objetivos Familiarizar a la gestante con los diferentes ambientes del servicio obstétrico del establecimiento
Integrar a la pareja y/o familia para su participación en la preparación psicoprofiláctica pre y post natal.

Actividades

1. Visita de reconocimiento por los diferentes ambientes del servicio de obstetricia.
2. Brindar información sobre la atención y cuidados del recién nacido.
3. Sesión de participación de la pareja, del acompañante o del familiar en las técnicas de Psicoprofilaxis obstétrica.

Tener un plan para el momento del parto o en caso de emergencia permite atender adecuadamente a la gestante o parturienta.

ATENCIÓN DEL PARTO

Conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones.

OBJETIVOS:

- Prevenir la morbilidad y mortalidad materno perinatal y contribuir a su disminución.
- Detectar desviaciones del progreso del trabajo de parto normal.
- Identificar signos de alarma durante el trabajo de parto, resolver en forma adecuada la patología detectada o referir oportunamente al establecimiento de salud con capacidad resolutive apropiada.

ACTIVIDADES

<p>1. Asegurar un trato de la gestante con calidad y calidez, promover la participación de la pareja o familiar.</p>	<p>Cumplir con los pasos de la orientación y consejería. Respetar las creencias culturales y evaluar la posibilidad de considerarlas para mejorar la relación del profesional de salud con la gestante. Identificar factores culturales o étnicos que puedan interferir en la atención. Promover la participación de la pareja o del/a acompañante que haya elegido la gestante.</p>
<p>2. Evaluar la capacidad resolutive del establecimiento de salud</p>	<p>Identificar la capacidad resolutive del servicio y su red de atención En el caso de producido un parto extrahospitalario, evaluar cuidadosamente a la madre y el recién nacido para detectar complicaciones.</p>
<p>3. Detectar la presencia de signos de emergencia obstétrica</p>	<p>Identificar: Si luce agudamente enferma, pálida con somnolencia o sopor, presencia de convulsiones o signos de alarma de cualquiera de las emergencias obstétricas Preguntar cómo se siente y desde qué momento empezaron las molestias De existir sospecha de emergencia obstétrica, proceder de acuerdo a la patología.</p>
<p>4. Confirmar si está en trabajo de parto y en que período.</p>	<p>Evaluar si hay dinámica uterina regular (2 a 5 contracciones en 10 minutos) y dilatación mayor de 2 centímetros. Si el personal de salud no está capacitado para realizar una evaluación pélvica, considerar la referencia</p>
<p>5. Revisar la historia clínica o su carné perinatal.</p>	<p>Revisar si han existido complicaciones. Si no ha tenido atención prenatal preguntar por antecedentes y signos de alarma y llenar la historia clínica materno perinatal.</p>
<p>6. Realizar examen clínico general y solicitar análisis</p>	<p>Funciones vitales: pulso, temperatura, presión arterial, frecuencia respiratoria. Examen por sistemas. Solicitar análisis correspondientes</p>
<p>7. Realizar examen ginecoobstétrico</p>	<p>Maniobras de Leopold, auscultar latidos fetales, tacto vaginal para determinar dilatación, altura de la presentación, variedad de la presentación e integridad de las membranas. Descartar signos de alarma</p>
<p>8. Considerar la hospitalización y el acompañamiento de la parturienta</p>	<p>Gestante en trabajo de parto o gestante en pródromos de trabajo de parto que viva a más de 30 minutos del establecimiento, debe quedarse internada. Durante el trabajo de parto y parto la parturienta tiene derecho al acompañamiento de algún familiar</p>
<p>9. Condiciones para el internamiento: ropa, aseo, administración de líquidos, cambios de posición.</p>	<p>Promover el uso de ropa que esté acorde con las creencias de la gestante y que no condicione problemas para la atención del parto. No existe evidencias que indiquen que el enema evacuante reduce el riesgo de infección.</p>

<p>10. Evite maniobras que edematicen el Perine y la vagina.</p>	<p>No rasurar; si el vello dificulta la cirugía, cortarlo en esa zona. Existen evidencias que los cambios de posición y la deambulación durante la labor disminuyen el tiempo de esta. Administre líquidos por vía oral durante la labor, dejando los líquidos intravenosos para casos de indicación médica. No indicar venoclisis de rutina.</p>
	<p>Evitar tactos repetidos, tratar de calcular el descenso de la presentación por vía abdominal midiendo la parte de polo cefálico que se palpa mediante el número de traveses de dedos sobre la sínfisis púbica (técnica de los quintos).</p>

CONSIDERACIONES BÁSICAS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

- Contar con profesional competentes para la atención del parto.
- El ambiente de dilatación debe ser adecuado y tener privacidad
- Brindar una atención con calidad y calidez
- Promover la participación activa de la pareja o del grupo familiar, siempre y cuando existan condiciones
- La posición que debe adoptar la gestante es la que más le acomode a ella, excepto en los casos en que existan condiciones médicas que requieran lo contrario
- Se debe usar el partograma para la evaluación del trabajo de parto
- En regiones con alta incidencia de parto domiciliario se recomienda promover el parto Institucional
- Para incrementar el parto institucional se debe promover la adecuación cultural de los servicios: evitando el frío y la luminosidad del ambiente; permitiendo el uso de mates o bebidas calientes durante el trabajo de parto, manejo de la placenta por la familia y otras costumbres que no causen riesgo para la madre y el feto.
- La episiotomía solo debe considerarse cuando existe:
 - Perine poco distensible
 - Parto vaginal complicado (podálica, distocia de hombro, parto instrumentado).
 - Presencia de cicatrices retráctiles

PERIODOS DEL PARTO

Períodos	Etapa	Definición	Tiempo máximo de espera
1er. Período DILATACIÓN	Fase Latente	Desde que empieza a tener contracciones en forma rítmica y regular, hasta llegar a los cuatro centímetros de dilatación cervical.	No debe durar más de 12 horas. Si dura más de 12 horas, descarte sufrimiento fetal y sospeche desproporción céfalopélvica, mala presentación o falso trabajo de parto. Es recomendable que se quede en observación por lo menos dos horas, para confirmar la dinámica uterina y que no existan signos de sufrimiento fetal. Si se identifica alguna alteración, ver protocolo de parto obstruido en el Módulo de Emergencias Obstétricas.
	Fase Activa	Desde los 4 cm hasta los 10 cm de dilatación cervical.	Trazar y observar curva de alerta según partograma de la OMS. Normalmente no debe durar más de 1 hora por cm de dilatación. Si el parto se inclina a la derecha de la línea de alerta, descarte disfunción uterina, sufrimiento fetal y sospeche desproporción cefalopélvica o mala presentación. Debe ser atendida en un servicio con capacidad quirúrgica las 24 horas.
2do. Período EXPULSIVO (Se requiere la presencia de por lo menos dos proveedores para la atención de la madre y del recién nacido)		Desde los 10 cm de dilatación hasta la salida del feto.	No debe prolongarse demasiado ni ocasionar alteraciones en la madre o el feto. Si dura demasiado descarte sufrimiento fetal o sospeche desproporción cefalopélvica o mal presentación.
		Evaluar la necesidad de episiotomía.	Realizar episiotomía solo en casos de: <ul style="list-style-type: none"> ▸ Perine poco distensibles ▸ Parto vaginal complicado, podálica, distocia de hombro, parto instrumentado ▸ Sufrimiento fetal. La episiotomía efectuada muy temprano puede ocasionar sangrado excesivo. Efectuar solamente cuando la cabeza distienda el periné.
		Controlar la Salida de la cabeza.	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Recomendar a la madre que solo realice pequeños pujos durante las contracciones. ▸ Mantener la flexión de la cabeza fetal con una suave presión con los dedos. ▸ Mantenga una suave protección del perine durante la salida de la cabeza.
		Descartar presencia de líquido meconial.	De existir líquido meconial, aspirar al recién nacido a la salida de la cabeza fetal (en el parto) o al momento de extraer la cabeza, durante la cesárea.

Períodos	Etapa	Definición	Tiempo máximo de espera
		<p>Evaluar la presencia de cordón umbilical al rededor del cuello.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si existe circular no ajustada, liberarla sobre la cabeza del bebe antes de continuar con la salida del cuerpo. • Si hay circular ajustada es preferible realizar el doble clampaje del cordón cortando entre ambas pinzas antes de continuar con la salida del bebe.
		<p>Completar la salida del recién nacido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir la salida y restitución espontanea de la cabeza fetal. • Luego de la rotación espontánea de la cabeza, colocar ambas manos en la base de la cabeza fetal e indique a la parturienta que puje suavemente, con la contracción. • Prevenir laceraciones asegurando que salga primero el hombro anterior y luego el hombro posterior (evitar que salgan simultaneamente) • El hombro anterior debe salir, jalando suavemente la cabeza hacia abajo, presionando suavemente el perine para evitar la salida del hombro posterior. • El hombro posterior sale traccionando suavemente la cabeza fetal hacia delante y arriba. • Apoye el cuerpo del recién nacido sobre la mano y el antebrazo, permita que se resbale sobre la misma hasta que salga completamente.
		<p>Atención inmediata del recién nacido. Colocar al recién nacido sobre el abdomen de la madre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Secar al recién nacido, especialmente la cabeza, estimularlo y observar la respiración, color y latidos fetales • Si respira espontáneamente o llora cambiar a campos secos y calientes. • Si no respira, pedir ayuda. Para mayor información ver atención del recién nacido. • Clampar el cordón y colocar al niño sobre el torax de la madre por treinta minutos para estimular el pezón lo que ayuda a mejorar la relación madre – niño y el inicio precoz de la lactancia materna.

Períodos	Etapas	Definición	Tiempo máximo de espera
3er. Período ALUMBRA MIENTO		Desde la salida del niño hasta la expulsión de la placenta. Este período no debe durar más de 30 minutos.	En todo parto se debe realizar <i>el manejo activo del alumbramiento</i> , reduce la pérdida de sangre en el puerperio inmediato. Luego de la salida del neonato, de haber pinzado y cortado el cordón y haber descartado la presencia de un embarazo múltiple, aplicar oxitocina 10 UI intramuscular para realizar el <i>alumbramiento activo</i> . Se prefiere la oxitocina porque produce efecto a los 2 a 3 minutos de haber sido administrada. Aplicada la oxitocina, esperar la contracción uterina, colocar el dorso de la mano sobre el pubis y <i>llevar el útero hacia arriba</i> , mientras con la otra mano se realiza la <i>tracción controlada del cordón</i> . Si luego de pasada la contracción no ocurre el alumbramiento, esperar la siguiente contracción para realizar nuevamente tracción controlada del cordón y contracción del útero con la otra mano. Si el alumbramiento no ocurre dentro de los 30 minutos, diagnostique retención de placenta y considere la posibilidad de hemorragia. Asegurar permanentemente que no haya sangrado vaginal excesivo.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Recuerde que, de no estar capacitado para realizar un tacto vaginal para evaluar las características del cérvix uterino, y/o la parturienta tenga más de 12 horas de contracciones rítmicas y regulares, y el establecimiento no tenga capacidad quirúrgica, es preferible referir a la gestante. Para referir, ver manejo de emergencias obstétricas.

MANEJO DEL PERÍODO DE DILATACIÓN

MANEJO

- Asegurar una atención de calidad y calidez para la gestante.**
- Descartar signos de emergencia obstétrica**

PROCEDIMIENTO

Cumplir con los cinco pasos de la orientación y consejería.
Es importante respetar sus creencias culturales y evaluar la posibilidad de considerarlas para mejorar la relación del profesional de salud con la gestante. Identificar factores culturales o étnicos que puedan interferir en la atención.
Asegurar un ambiente cómodo a la parturienta, de ser necesario adecuar el ambiente a aspectos culturales que no representen riesgos para la madre o el recién nacido

Identificar:
Si luce agudamente enferma, pálida con somnolencia o soporosa, presencia de convulsiones o signos de alarma de cualquier emergencia obstétrica
De existir emergencia obstétrica, proceder de acuerdo a la patología.

<p>3. Evaluar edad gestacional por fecha de última regla</p>	<p>Determinar si la gestación es menor de 37 semanas (Parto prematuro), o mayor de 41 semanas (Parto postmaduro). En estos casos consultar el módulo de Emergencias Obstétricas.</p>
<p>4. Evaluar presión arterial, pulso materno, temperatura</p>	<p>Cada hora, excepto en casos de patologías que obliguen a un control más seguido. De tener presión mayor de 140/90, ver manejo de Preeclampsia Si la temperatura es mayor de 38°C ver módulo de Emergencias Obstétricas.</p>
<p>5. Evaluar latidos cardiacos fetales</p>	<p>Identificar cuál es la frecuencia cardíaca fetal basal, luego controlar antes, durante y después de la contracción, con un intervalo de cada 30 minutos. La frecuencia cardíaca fetal normal es de 100-180; una frecuencia menor de 100 y mayor de 180 es signo de sufrimiento fetal. La frecuencia entre 100 y 120 y entre 160 y 180 es signo de alarma. Si hay signos de alarma podría realizarse los controles cada 10 minutos. Existen caídas de la frecuencia fetal durante el trabajo de parto, se les denomina DIPs o desaceleraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Desaceleración temprana o DIP I, sincrónica con la contracción, es considerada normal ▸ Desaceleración tardía o DIP II, se produce inmediatamente después del acmé de la contracción. La frecuencia cardíaca fetal cae más de 15 latidos por minuto y dura más de 15 segundos. Considerarlo un signo de alarma. ▸ Desaceleración variable: de duración, amplitud y momento de comienzo variable se atribuyen a compresión del cordón. <p>Si existe una disminución de la frecuencia cardíaca basal en más de 20 latidos por minuto, hay que considerarla signo de alarma. Si no se detectan latidos cardiacos fetales considerar muerte fetal.</p>
<p>6. Evaluar dinámica uterina</p>	<p>Evaluar tono, frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas cada 30 minutos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Tono normal: se palpa las partes fetales o se deprime el útero entre contracciones. ▸ Frecuencia normal: 2 a 5 contracciones en diez minutos, que permite una curva de dilatación apropiada sin signos de sufrimiento fetal. ▸ Duración de contracciones: entre 20 a 50 segundos. ▸ Intensidad normal: el útero no se deprime en el acmé de la contracción (cuando la contracción está en su mayor intensidad).
<p>7. Evaluar altura uterina, posición fetal y peso probable de neonato</p>	<p>Si frecuencia es menor de 1 o mayor de 5 ver módulo de Emergencias Obstétricas Si la altura uterina es mayor de 35 cm sospechar macrosomía fetal, embarazo múltiple o polihidramnios. Si se estima un peso fetal menor de 2500 gramos en embarazo a término sospechar feto de bajo peso. Si hay sospecha de mal posición, considerar parto obstruido. Cualquiera de estas condiciones requiere atención especializada</p>

8. Evaluar presencia de sangrado vaginal o pérdida de líquido amniótico	Si se evidencia sangrado vaginal o líquido meconial, ver módulo de Emergencias Obstétricas Si se aprecia pérdida de líquido sospechar rotura prematura de membranas; si tiene menos de 37 semanas realizar la referencia.
9. Realizar tacto vaginal solo cuando sea necesario	Evaluar dilatación, altura de la presentación, variedad de presentación y características de la pelvis. A través de la técnica de los quintos, puede determinarse la altura de presentación y si la cabeza está encajada. Si existe alguna duda sobre la presentación y no hay sangrado vaginal, es preferible realizar un tacto vaginal para palpar si la presentación es cefálica y si está flotante; en caso contrario referir inmediatamente.
10. Graficar partograma	Se propone el uso del Partograma de OMS con curva de alerta.
11. Evite maniobras que edematicen el perine y la vagina.	Evitar tactos repetidos, tratar de calcular el descenso de la presentación por vía abdominal, aplicando técnica de los quintos.
12. completar dilatación.	Avisar al/la responsable de la atención pediátrica para la atención del recién nacido. Pasar a sala de partos para la atención del expulsivo y alumbramiento.
13. Decidir referencia	Si la curva de trabajo de parto se desvía a la derecha o el tiempo de trabajo de parto es mayor de 8 horas o si se observa algún signo de alarma, considerar la referencia a un establecimiento con mayor capacidad resolutive.

SÍNTOMAS Y/ O SIGNOS DE ALARMA DURANTE LA LABOR DE PARTO- MANEJO

Condición	Manejo
Hallazgos en la anamnesis	
1. Sangrado	Ver manejo de hemorragia obstétrica Preparar para atención de RN deprimido. De no tener facilidad o no estar capacitado para colocar un espéculo y evaluar el lugar del sangrado, o no tener capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la referencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas. Si está abombado el periné prepararse para la atención inminente del parto y la atención de un recién nacido deprimido.
2. Pérdida de líquido verdoso por vagina (líquido amniótico meconial)	Vigilar bienestar materno-fetal más frecuentemente, cada 15 minutos. Si hay cambios en la frecuencia cardíaca fetal o sospecha de desproporción fetopélvica, realizar cesárea. Aspiración inmediata del recién nacido, a la salida de la cabeza fetal o al momento que se coloca la cabeza del niño en el abdomen materno. De no tener facilidad de realizar un tacto vaginal para evaluar a la gestante o capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la referen-

Condición	Manejo
	cia a un centro con capacidad resolutive las 24 horas.
3. Talla menor de 1.40 mts	Considerar desproporción fetopélvica. De no tener facilidad para realizar un tacto vaginal para evaluar a la gestante o la capacidad quirúrgica en su establecimiento es inadecuada o no tiene personal, proceder a la referencia a un centro con capacidad resolutive las 24 horas.
Hallazgos en el examen de abdomen:	
1. Feto de gran tamaño (más de 35 cm de altura uterina)	Considerar desproporción fetopélvica.
2. Cabeza fetal por encima de sínfisis pubiana	De no tener facilidad para realizar un tacto vaginal para evaluar a la gestante o la capacidad quirúrgica en su establecimiento es inadecuada o no tiene personal, proceder a la referencia a un centro con capacidad resolutive las 24 horas.
3. Sospecha de feto grande con relación a la evaluación de la pelvis de la madre	
4. Hiperdinamia (frecuencia mayor de 5 contracciones en 10 minutos)	Descartar hiperestimulación oxitócica, desproporción fetopélvica o desprendimiento de placenta Manejo debe ser en establecimiento con capacidad resolutive quirúrgica las 24 horas Colocar en decúbito lateral. Control más frecuente de frecuencia cardíaca fetal. Hidratación. Oxigenoterapia. De no tener facilidad para realizar un tacto vaginal para evaluar a la gestante o capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la referencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas.
5. Hipodinamia (Frecuencia menor de 2 contracciones en 10 minutos o si el útero es depresible durante el acmé de la contracción)	Descarte sufrimiento fetal o desproporción feto pélvica Estimulación oxitócica. De no tener facilidad para realizar un tacto vaginal para evaluar a la gestante o capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la referencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas.
6. Hipertonía uterina (Imposible deprimir el útero luego de cada contracción o presencia de dolor persistente) (No relaja el útero luego de las contracciones)	Descartar Desprendimiento prematuro de placenta

Condición	Manejo
Al examen pélvico	
1. Retracción del cérvix luego de amniotomía	<p>Considerar desproporción fetopélvica.</p> <p>De no tener facilidad para realizar un tacto vaginal para evaluar a la gestante o la capacidad quirúrgica en su establecimiento es inadecuada o no tiene personal, proceder a la referencia a un centro con capacidad resolutive las 24 horas.</p>
2. Asinclitismo (sutura sagital fue-ra del plano central de la pelvis)	
3. Edema del cervix	
4. Cabeza no encajada, arriba de -2, sin presencia de globo vesical	
5. Formación de caput succedaneum	
6. Moldeamiento de la cabeza (ca-balgamiento de los huesos del cráneo)	
7. Deflexión (fontanela anterior fácilmente palpable)	
8. Presentación de cara, de nalgas (podálica), o feto en transversa	<p>Si es una presentación de cara o está en transversa, proceder a cesárea.</p> <p>Si es una presentación podálica en nalgas francas y está en expulsivo, el cálculo de peso fetal es menor de 3500 g, la pelvis materna es apropiada para el tamaño del feto, se está seguro que la cabeza no está deflexionada, usted está capacitado y ha aplicado las maniobras para la atención de un feto en podálica, continuar con el control del trabajo de parto y esperar que el feto salga espontáneamente; de lo contrario, proceder a la cesárea.</p> <p>De no tener facilidad de realizar un tacto vaginal para evaluar a la gestante o capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la referencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas.</p>
En la evaluación de frecuencia cardiaca fetal	
1. Frecuencia cardiaca fetal mayor de 160 por minuto o menor de 120 por minuto	<p>Descartar sufrimiento fetal.</p> <p>Colocar en decúbito lateral.</p> <p>Control más frecuente de la frecuencia cardíaca fetal.</p> <p>Hidratación.</p> <p>Oxigenoterapia.</p>
2. Dips variables o Dips II con membranas íntegras	<p>De no haber mejoría realizar una cesarea.</p> <p>Si la frecuencia cardiaca es menor de 100 o mayor de 180 diagnosticar sufrimiento fetal y programar terminación del embarazo</p> <p>En el expulsivo, cuando no es posible realizar inmeditamente la cesarea, instrumentar el parto vaginal y manejar la hipoxia neonatal.</p>

Condición	Manejo
	De no tener facilidad de realizar un tacto vaginal para evaluar a la gestante o capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la referencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas.
3. Anormalidades en el partograma: Curva de trabajo de parto prolongado (a la derecha de la curva de alerta)	Descartar parto obstruido. De no tener facilidad de realizar un tacto vaginal para evaluar a la gestante o capacidad quirúrgica en su establecimiento, proceder a la referencia a un centro con capacidad quirúrgica las 24 horas.

PERÍODO EXPULSIVO

Promover la participación activa del grupo familiar. De ser posible, promover que la pareja o un familiar esté en el momento del parto, para lograr mayor participación masculina en la crianza de los niños.

MANEJO. Se recomienda evitar prácticas que puedan desalentar a las gestantes a solicitar la atención por los proveedores de los servicios, como desnudarlas o realizar el examen vaginal descubriendo la zona genital.

Una estrategia para incrementar el número de partos institucionales, es la adecuación cultural de la sala de partos, que no agreguen riesgo en la atención del parto.

1. Asegurar un trato de la gestante de calidad y calidez, promover el acompañamiento de la pareja o familiar y evaluar si el servicio tiene lo necesario para realizar la atención	Cumplan con los cinco pasos de la orientación y consejería. Identificar factores culturales o étnicos que puedan interferir en la atención. Es importante respetar sus creencias culturales y evaluar la posibilidad de considerarlas para mejorar la relación del profesional de salud con la gestante. De ser posible promover la participación del esposo o persona elegida por la parturiente. Asegurar que el establecimiento cuente la capacidad resolutive necesaria para la atención del parto y sus complicaciones.
2. Descartar signos de emergencia obstétrica	Identificar: Si luce agudamente enferma, pálida, con somnolencia o sopor. Sospecha y/o presencia de convulsiones o signos de alarma de cualquiera de las emergencias obstétricas. De existir sospecha de emergencia obstétrica proceder de acuerdo a protocolo.
3. Permitir la posición más apropiada para la parturienta. (se recomienda que la gestante escoja la posición, siempre que no exista algu-	La posición puede ser: La posición de litotomía o ginecológica clásica, - Semisentada (respaldo de la cama de 110 a 120 grados y con taloneras para apoyar los pies). - Sentada (en cama de partos con respaldo en ángulo de 90 grados o en silla). - Vertical o en cuclillas, preferida culturalmente por las usuarias,

na contraindicación)	colocando un campo estéril sobre una superficie que amortigue la salida del feto
4. Preparar o indicar al personal que le ayuda con los materiales, medicamentos e instrumental que va utilizar	Es importante asegurarse que los oxitocicos estén almacenados en lugar fresco y fuera de la luz del sol, y no debe usarlos si observa que están turbios. Revisar que todo el material esté limpio y estéril o sometido a desinfección de alto nivel
5. Observar normas de asepsia	Normas de bioseguridad para la prevención de Infecciones
6. Control de la dinámica uterina, progreso de la presentación y frecuencia cardíaca fetal	Se debe descartar: Detención del trabajo de parto , ver manejo de parto obstruido, Hipoxia fetal, ver manejo de sufrimiento fetal
7. Usar la episiotomía solo cuando sea necesaria.	Es necesario realizar episiotomía si estamos frente a un feto macrosómico, o si hay necesidad de instrumentar el parto o si el perine no se distiende adecuadamente. La episiotomía efectuada muy temprano resulta en sangrado excesivo. Debe efectuarse solamente cuando la cabeza distienda el periné.
8. Descartar presencia de líquido meconial	De existir líquido meconial, aspirar al recién nacido en el canal de parto o al extraer la cabeza durante la cesárea.
9. Evitar la manipulación de la vagina con maniobras que distiendan el introito vaginal o el perine.	
10. Proteger del periné y evitar la salida brusca del polo cefálico.	Proteja el perine con la mano, tratando de que sirva de apoyo, evite maniobras que cierren el introto vaginal. Una vez que la cabeza esté coronando, solicite que la mujer puje en forma entrecortada, para que de tiempo a tiempo el periné pueda adelgazarse y facilite la salida de la cabeza sin necesidad de realizar episiotomía. Esta maniobra puede tomar 5 a 10 minutos.
11. Indicar administración de oxitócicos, después que salió el neonato.	La administración de oxitocina es parte de manejo activo del tercer periodo y busca reducir la pérdida de sangrado por atonía uterina. Es preferible administrar el oxitócico después de la salida del neonato, pinzamiento y corte del cordón, y que se haya descartado la presencia de un embarazo múltiple. Aplicar 10 UI intramuscular de oxitocina (su efecto se inicia a los 2 a 3 minutos) Se recomienda asociar con una tracción suave y sostenida del cordón y presión suprapubica con la mano haciendo contracción que evite la inversión uterina.

- | | |
|--|--|
| 12. Luego de la salida del recién nacido en forma espontánea, proceder a clampar el cordón, colocarlo sobre el abdomen de la madre de ser posible promover succión del pezón. | De no ser posible la atención por otro personal calificado, secar y envolver al neonato para mantenerlo caliente. Asegurarse que no haya sangrado vaginal y complete la atención del recién nacido |
| 13. Promover contacto precoz madre niño por 30 minutos. | Ayuda a mejorar la relación madre-niño y el inicio de la lactancia materna precoz.
Esta medida no debe alterar el funcionamiento del servicio. |

EPISIOTOMÍA

Actualmente las evidencias demuestran que este procedimiento debe ser restrictivo y no rutinario. Es un corte realizado en el periné en el expulsivo con la finalidad de evitar laceraciones. Antes de realizarla, asegurar que:

- El personal tenga conocimientos básicos de la técnica de sutura
- El personal está capacitado en reconocer los diferentes planos de sutura
- La parturienta debe tener una adecuada anestesia (epidural o local).
- Se cuente con los insumos necesarios:

Jeringa de 10 mililitros, aguja 21 ó 22 de una pulgada y media de longitud

Clorhidrato de xilocaína al 2 % sin epinefrina.

Catgut crómico 00 con aguja MR 30 o MR 35.

Gasas estériles

Instrumental de sutura.

PROCEDIMIENTO

- | | |
|--|---|
| 1. Informar a la parturienta en que consiste el procedimiento que se le va a realizar | |
| 2. Revisar la Historia Clínica | Asegurarse que no haya alergia conocida a la lidocaína o similares. Evaluar si el periné es corto, si está muy tenso, si existen várices o condiloma acuminado. |
| 3. Preparar una jeringa estéril con anestésico local | Generalmente con 10 mililitros de lidocaína (xilocaína) al 2 % sin epinefrina y aguja número 22 ó 21 de una pulgada y media de largo. |
| 4. Proteger la cabeza fetal del riesgo de inyectar la anestesia en la misma | Colocar dos de sus dedos entre la cabeza del bebé y el periné (fig 9). |

- | | |
|---|--|
| 5. Insertar toda la aguja desde la horquilla por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del periné y profundamente en el músculo perineal. | Antes de aplicar el anestésico, jalar el émbolo de la jeringa para asegurarse que no ha pinchado ningún vaso sanguíneo. Inyectar el anestésico en forma simultánea al retiro de la aguja, asegurarse que el anestésico se administre en todo el recorrido de la misma. |
| 6. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar el corte | Es preferible, si usted no está capacitado en la sutura de laceraciones de tercer o cuarto grado, realizar una episiotomía medio lateral. Si está capacitado realizar una episiotomía mediana porque es menos sangrante, es más rápida de suturar y el dolor es menor en el puerperio (fig 10) |
| 7. Realizar el corte del periné | Es mejor realizarlo en el momento que el periné está más delgado y presionado por la cabeza fetal.
Antes de realizar el corte coloque dos dedos entre el periné y la cabeza fetal (fig 11). |
| 8. Ampliar el corte en la pared vaginal en unos 5 centímetros. | La razón de esta ampliación es evitar posibles lesiones de vagina que puedan ser más difíciles de suturar.
Siempre debe proteger la cabeza fetal de lesiones con la tijera. |
| 9. Presionar firmemente con una gasa estéril hasta la salida de la cabeza fetal | Con este paso se busca reducir el volumen de la pérdida de sangre y evitar que se desgarre. |

Figura 9. Aplicación de la anestesia local

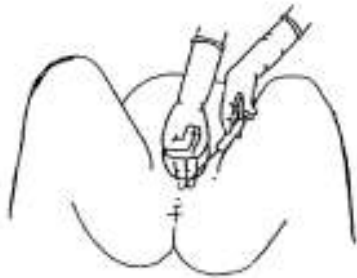


Figura 10. Tipos de episiotomía

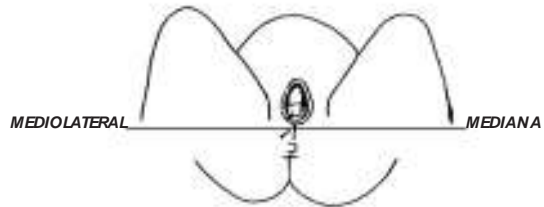
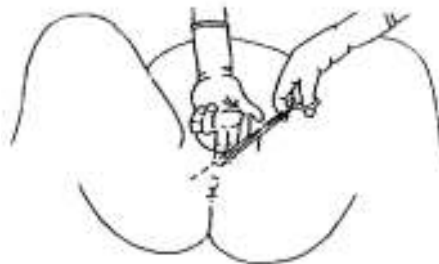


Fig. 11. Corte de la episiotomía



SUTURA DE LA EPISIOTOMÍA:

Luego de la salida del recién nacido y de haber revisado las paredes de la vagina y el cervix, y no habiendo evidencia de una hemorragia postparto, proceder a colocar puntos separados con catgut crómico 00 con aguja MR35 o MR30, afrontando adecuadamente los planos de corte. También se puede suturar con puntos continuos cruzados respetando los diferentes planos del corte o colocando sutura subdérmica; esta última técnica busca reducir las molestias de los puntos.

Iniciar la sutura antes de la expulsión de la placenta tiene como beneficio reducir el volumen de la pérdida sanguínea por episiotomía, así como permitir un alumbramiento espontáneo, aunque no puede negarse que en caso de tener que realizar una revisión manual de cavidad, la sutura se puede romper.

TERCER PERÍODO O ALUMBRAMIENTO

Es la salida de la placenta y **NO** debe durar más de 30 minutos en el alumbramiento espontáneo; en el dirigido no debe durar más de 15 minutos.

Se debe tener en cuenta las costumbres locales con respecto a la placenta. Si la familia solicita la placenta; se debe entregar la misma cumpliendo las medidas de bioseguridad convenientes.

MANEJO

1. Asistencia de la expulsión de la placenta y membranas

La placenta sale en forma espontánea entre 5 y 30 minutos después del expulsivo. Actualmente se utiliza el alumbramiento activo

Luego de haber aplicado la oxitocina (manejo activo), mantenga una tracción constante y delicada del cordón, evite el desgarro. Para evitar la inversión uterina se debe elevar el útero con una mano sobre el pubis y no traccionar en forma brusca el cordón umbilical.

Al salir la placenta, sostenerla bajo el periné y si la posición de la madre lo permite, con la otra mano elevar el útero por encima de la sínfisis del pubis. Puede ayudar al alumbramiento de la placenta:

1. Colocar al recién nacido sobre el pecho de la madre para que succione el pezón. Se debe realizar si el estado del recién nacido lo permite.
2. Colocar la mano sobre la parte media baja del útero y pegada sobre la sínfisis púbica, tratando de elevarlo levemente
3. Con la otra mano ponga tensión firme y constante al cordón (evite jalarlo bruscamente) durante la contracción del útero
4. Al momento de salir la placenta, recibirla evitando la tracción o salida brusca de la misma; retirar las membranas mediante rotación de la misma
5. Dar masaje al útero hasta que se contraiga.
6. Presionar el útero hacia la región sacra tratando de exprimir la sangre o los coágulos, evitando la compresión hacia abajo por la posibilidad de inversión uterina.
7. Examinar la placenta y las membranas. Ante cualquier duda, se debe proceder a explorar la cavidad uterina.

Si han pasado 30 minutos o hay sangrado abundante, con o sin coágulos, ver manejo de hemorragia vaginal

2. Se debe utilizar oxitócicos especialmente si hay riesgo de atonía	En útero sobredistendido por: macrosomía fetal con peso mayor de 4 Kg., embarazo múltiple, parto prolongado, parto distócico, parto precipitado, estimulación prolongada con oxitócicos, corioamnionitis, polihidramnios, multiparidad, obesidad, usar oxitócicos en forma endovenosa (con catéter endovenoso 16 ó 18), 20 unidades internacionales de oxitocina en 1 Lt. de suero salino (Cloruro de sodio al 9‰), a razón de 30-40 gotas por minuto.
3. Suturar episiotomía o laceraciones de partes blandas (sí corresponde)	Si la episiotomía o la laceración tienen sangrado activo, debe hacerse compresión y suturar para detener la pérdida de sangre. Es conveniente iniciar la sutura antes del alumbramiento, para reducir el volumen de la pérdida sanguínea
4. Manejo de alteraciones durante el alumbramiento	<p>Si luego de 30 minutos en el caso del alumbramiento espontáneo o de más de 15 minutos en el manejo activo, en ausencia de hemorragia, no se produce el alumbramiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar masaje externo al útero (pared abdominal). - Si persiste la retención, aplicar en forma endovenosa (con catéter endovenoso 16 ó 18), 10-20 unidades internacionales de oxitocina en 1 Lt. de suero salino (Cloruro de sodio al 9‰), a razón de 30-40 gotas por minuto. <p>Si en los siguientes minutos no hay alumbramiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efectuar extracción manual de placenta. - Si no es posible, hacer la referencia - En todo momento, mantener oxitocina endovenosa <p>Luego de la extracción manual, aplicar ergonovina intramuscular asegurando que no existe contraindicación para su uso: presión arterial mayor o igual a 140/90 y continuar la infusión de oxitocina por un tiempo mínimo de 2 horas.</p> <p>De haber sangrado luego de la extracción de la placenta, debe realizarse el manejo de hemorragia post parto</p>

CONDICIONANTES DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO

1. Antes del Embarazo

- Anemia
- Antecedentes de complicación del tercer período (atonía uterina) en el parto anterior
- Edad mayor de 35 años
- Enfermedades hematológicas
- Gran multiparidad
- Leiomiomas uterinos
- Malnutrición
- Púrpura

2. Antes del Parto (Durante el embarazo)

- Placenta previa
- D. P. P.
- Polihidramnios
- Embarazo múltiple
- Muerte fetal intraútero
- Preeclampsia-Eclampsia

- ▶ Macrosomía fetal
- ▶ Feto en transversa
- ▶ (HELLP)
- ▶ Hepatitis

Durante el Parto

- ▶ Retención de placenta
- ▶ Acretismo placentario
- ▶ Malpresentación fetal.
- ▶ Inducción o estimulación del parto
- ▶ Trabajo de parto prolongado u obstruido
- ▶ Parto precipitado
- ▶ Aplicación de fórceps o vacuum
- ▶ Operación cesárea
- ▶ Uso de anestesia general o epidural
- ▶ Corioamnionitis
- ▶ Coagulación intravascular diseminada
- ▶ Analgesia y sedación
- ▶ Episiotomía hecha a destiempo

INSTRUMENTO PARA LA VIGILANCIA DEL PARTO: PARTOGRAMA DE OMS CON CURVA DE ALERTA

Instrumento que permite vigilar la fase activa del trabajo de parto e identificar al grupo de parturientas que pueden tener algún problema en la segunda fase de la labor de parto.

En este partograma la fase latente ha sido retirada y la gráfica sobre el partograma comienza en la fase activa cuando el cuello uterino está dilatado 4 cm. Se incluye en el texto un ejemplar del partograma de OMS, modificado, en el que no aparece la fase de latencia (página 38) y un ejemplo práctico en la página 39

Información de la parturienta: registre nombre, gestaciones, paridad, número de historia del establecimiento, fecha y hora de admisión y hora de la rotura de membranas

Frecuencia cardíaca fetal: registre cada media hora

Líquido amniótico: registre el color en cada examen vaginal:

- I: membranas intactas
- R: momento de la rotura de las membranas
- C: membranas rotas, líquido claro
- M: líquido meconial
- S: líquido sanguinolento

Moldeamiento:

- 1: suturas lado a lado
- 2: suturas superpuestas pero reducibles
- 3: suturas superpuestas y no reducibles

Dilatación cervical: evalúe en cada examen vaginal y marque con una X en la hora que corresponde. Marque a partir de los 4 cm de dilatación en el partograma de la OMS.

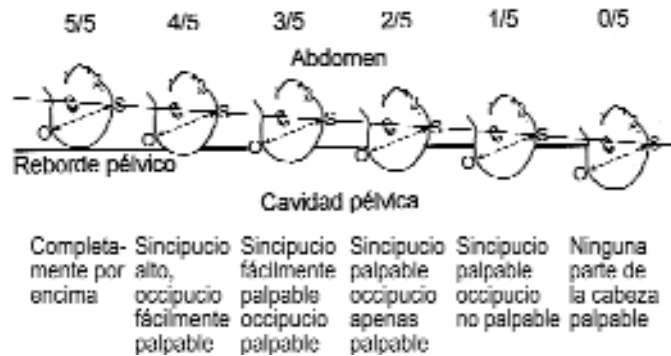
LINEA DE ALERTA: línea que comienza en 4 cm de dilatación hasta el punto de dilatación total esperada a una velocidad de 1 cm por hora

LINEA DE ACCION: paralela y 4 horas a la derecha de la línea de alerta

Descenso del polo cefálico: se puede evaluar por palpación abdominal referido a la parte palpable de la cabeza (dividida en 5 partes, que corresponden a la mano que explora) por encima del pubis. Se puede registrar también como un círculo en cada examen vaginal. Si es por examen abdominal se marcará así:

- 5/5 : completamente encima del pubis
- 4/5 : sincipucio alto, occipucio se siente fácilmente
- 3/5 : sincipucio se siente fácilmente, occipucio se siente
- 2/5 : sincipucio se siente, occipucio casi se siente
- 1/5 : sincipucio se siente, occipucio no se siente
- 0/5 : la cabeza no es palpable

Figura 12. Evaluación del descenso de la cabeza fetal por el método de los quintos



A. La cabeza está flotante por encima de la sínfisis del pubis = 5/5



B. La cabeza se palpa acomodada en el ancho de cinco dedos por encima de la sínfisis del pubis



C. La cabeza está 2/5 por encima de la sínfisis del pubis



D. La cabeza se palpa acomodada en el ancho de dos dedos por encima de la sínfisis del pubis

N° de Horas: referido al tiempo transcurrido desde el inicio de fase activa

Hora real: registre el tiempo actual

Contracciones: grafique cada media hora, palpe el número de contracciones en 10 minutos y su duración en segundos

- Menos de 20 segundos: cuadrilátero punteado
- Entre 20 y 40 segundos: cuadrilátero con líneas oblicuas
- Más de 40 segundos: cuadrilátero oscuro

Oxitocina: registre la cantidad de oxitocina por volumen de líquido ev. En gotas por minuto cada 30 minutos cuando se utilice

Drogas administradas: registre cualquier droga adicional administrada, inclusive líquidos

Pulso: registre cada 30 minutos

Presión arterial: registre cada 4 horas con puntas de flecha

Temperatura registre cada 2 horas

Proteínas, cetonas y volumen urinario: registre cada vez que se colecta orina

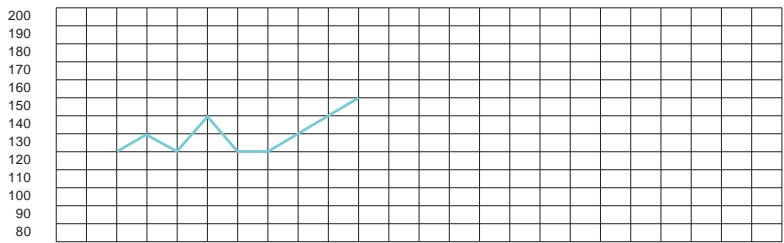
El ejemplo que aparece en el gráfico de un parto normal se trata de la Sra. S., una grávida 3, paridad 2, admitida en fase latente a las 5 am: 4/5 de cabeza palpable, 2 cm de dilatación cervical, 3 contracciones en 10 minutos, de 20 segundos de duración cada una; feto y madre normales. A las 9 am: 3/5 de cabeza fetal palpable, 5 cm de dilatación, 4 contracciones en 10 minutos, de 40 segundos de duración cada una. A las 2 pm: 0/5 de cabeza fetal palpable, dilatación cervical completa, 5 contracciones en 10 minutos, de 40 segundos de duración cada una. El parto vaginal espontáneo ocurrió a las 2.20 pm. La gráfica correspondiente a este caso aparece en la segunda figura del partograma

PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO (CASO DESCRITO EN EL TEXTO)

NOMBRE: Sra. S. _____ GRAVIDEZ: 3 _____ PARIDAD: _____ 2+0 N° DE HISTORIA CLÍNICA: 7886 _____

FECHA DE INGRESO: 12.05.200 _____ HORA DE INGRESO: 5.00 am _____ TIEMPO DE MEMBRANAS ROTAS: 1 HORAS

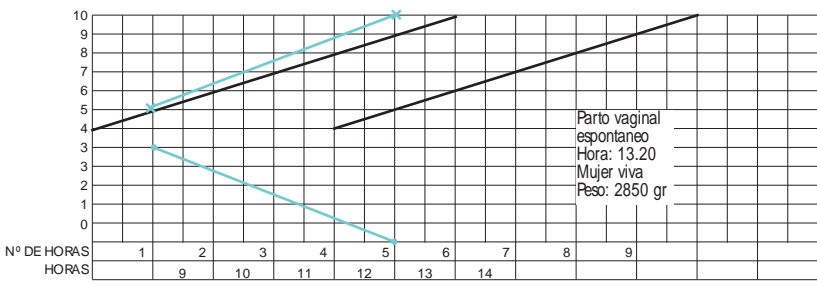
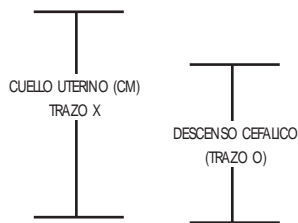
FCF ● FRECUENCIA CARDIACA FETAL



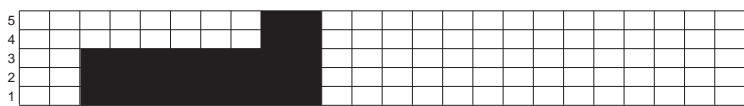
INTEGRAS: I
 ROTAS: R
 LIQ. CLARO: C
 LIQ. MECONIAL: M
 LIQ. SANGUINOLENTO: S

Líquido amniótico moldeaminetos

C	C	C	C	C	C	C	C												
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



MENOR DE 20
 ENTRE 20 Y 40
 MAYOR DE 40

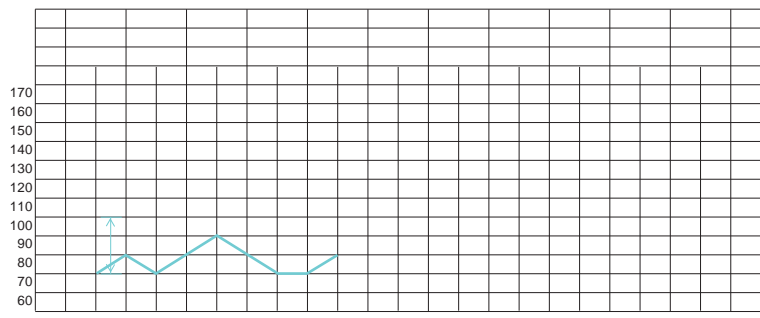


OXITOCINA UL GOTAS/ MIN.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FULSO ●
 PRESION ARTERIAL

ALIMENTOS ADMINISTRADOS Y LIQUIDOS IV



TEMPERATURA

36	37	37																	
----	----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ORINA { PROTEINA
 ACETONA
 VOLUMEN

20	0																		

Recuerde: El partograma es un elemento útil para detectar precozmente algunas anomalías, pero su uso sin un adecuado monitoreo clínico del bienestar fetal y de la dinámica uterina, no sirve para prevenir las complicaciones

No debe representar un incremento en el número de tactos vaginales, los que deben limitarse a aquellos casos en que se sospeche: rotura de membranas, signos evidentes de pujo, que la parturienta se demore un tiempo mayor al que la curva de alerta le señale como máximo para alcanzar el expulsivo, o cuando hay signos de sufrimiento fetal.

INDUCCIÓN O ESTIMULACIÓN DEL PARTO

CONDICIONES

- Tener una indicación precisa para la inducción o estimulación
- Tener condiciones adecuadas para iniciar la inducción o estimulación
- Presentación cefálica en fetos mayores de 37 semanas
- Feto único
- Que no existan contraindicaciones
- Evaluación normal del bienestar materno-fetal

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- Macrosomía fetal
- Hidrocefalia fetal
- Malpresentación fetal
- Embarazo múltiple
- Polihidramnios
- Presentación flotante
- Pelvis estrecha, asimétrica
- Cicatriz uterina corporea (cesarea, miomectomía)
- Antecedente de dos cesáreas

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS (a decisión del profesional)

Embarazo múltiple

Polihidramnios

Gran multiparidad

Una cesarea segmentaria previa sin signos de desnutrición o antecedente de infección

PROCEDIMIENTO:

1. Controlar los signos vitales de la madre, cada media hora
2. Controlar permanentemente la dinámica uterina, frecuencia cardíaca fetal post-contracción, registrándola cada 30 minutos
3. Llevar curva de trabajo de parto
4. Colocar vía endovenosa (cateter endovenoso N° 16 ó 18), con solución salina o dextrosa al 5 % más una ampolla de cloruro de sodio al 20 % o dos de lactato de Ringer

5. Si la gestante no ha ingerido alimentos o luce deshidratada, se le deberá pasar un volumen no menor de 200 mililitros ni mayor de 500 mililitros para hidratación previa al inicio de inducción o estimulación
6. En 500 mililitros de solución, colocar 2.5 UI de Oxitocina
7. Iniciar el procedimiento con 10 gotas por minuto (2.5 miliunidades internacionales por minuto), aumentando 10 gotas cada 30 minutos, hasta obtener tres contracciones de buena intensidad en 10 minutos o una contracción cada tres minutos. No administrar más de 60 gotas por minuto
8. Si con 60 gotas no se obtiene buen patrón de contracciones, cambie la infusión coloque ahora 5 UI de Oxitocina en 500 mL de solución y empiece con 30 gotas. Aumente 10 gotas por minuto cada 30 minutos hasta alcanzar patrón adecuado
9. Si en esta etapa, con 60 gotas no tiene buen patrón de contracciones y la usuaria es primigesta, puede reiniciar una tercera etapa colocando ahora 10 UI de Oxitocina en 500 mL de solución. Comenzar con 30 gotas por minutos y aumentar 10 gotas por minuto cada media hora hasta alcanzar buen patrón de contracciones

Se considera inducción o estimulación fallida sí:

- ▶ No hay cambios cervicales ni descenso de la presentación, ni progreso en las contracciones, luego de terminadas las dos o tres etapas, según corresponda (con 5 y con 10 UI de Oxitocina)
- ▶ No se logró obtener tres contracciones de buena intensidad en 10 minutos o una contracción cada tres minutos

Después de dos o tres inducciones fallidas, según sea el caso, se deberá terminar la gestación por vía abdominal.

Si se presenta cualquier signo de sufrimiento fetal o de complicaciones maternas, se deberá terminar el embarazo inmediatamente, por vía abdominal.

EVALUACIÓN DEL BIENESTAR FETAL

Procedimiento con el cual se determina el estado del feto.

Se puede realizar mediante:

- ▶ Ecografía: evaluando la morfología fetal, actividad cardíaca fetal, volumen de líquido amniótico, presencia de movimientos y tono fetales, presencia de movimientos respiratorios fetales
- ▶ Monitorización de los latidos fetales :
 - Clínica
 - Electrónica
- ▶ Prueba no estresante
- ▶ Es posible que la madre evalúe el bienestar fetal, mediante el monitoreo de los movimientos fetales.

PUERPERIO

Periodo comprendido entre la salida de la placenta hasta los 42 días. El puerperio puede ser:

- a. Inmediato, las primeras 24 horas. Considerar una vigilancia estricta las dos primeras horas por ser la etapa de mayor posibilidad de hemorragia post parto, que es una de las primera causa de muerte materna en el Perú.
- b. Mediato, los primeros 7 días. Considerar la posibilidad de infección puerperal.
- c. Tardío, desde el 8° día hasta la 6ta. Semana (42 días).

MANEJO DEL PUERPERIO INSTITUCIONAL

Inmediatamente después del parto hasta el momento del alta del establecimiento. Las primeras 2 horas son las más importantes para prevenir y detectar complicaciones hemorrágicas en el postparto.

- 1. Identificar factores asociados a hemorragia postparto** Ver tabla factores condicionantes de hemorragia postparto.
- 2. Control de presión arterial y pulso; evaluar cantidad de sangrado, altura uterina y contracción uterina**

En las primeras dos horas es cuando existen más riesgos de atonía uterina. Si existen otras patologías obstétricas, la monitorización debe hacerse durante las siguientes 24 horas, prolongándose según la severidad del cuadro.

Presión y pulso materno cada 15 minutos hasta dos horas después del alumbramiento y luego cada 6 horas las primeras 24 horas.

Detectar precozmente signos de anemia por hemorragia: palidez, taquicardia e hipotensión

Detectar signos de incremento de la presión arterial a 140/90 ó más.

Evaluar cada 15 minutos la contracción uterina y el volumen de los loquios.
- 3. Examinar: mamas, altura uterina, genitales externos, determinar características de loquios; estado de hidratación, edemas y reflejos osteotendinosos.** Indicar reposo de acuerdo al estado general de la puérpera. Hidratación de acuerdo al requerimiento. Alimentación normal según rutina del establecimiento.
- 4. Iniciar el alojamiento conjunto madre-niño**

Si no existe contraindicación materna o del recién nacido.

Promover la lactancia materna exclusiva

Procurar una temperatura adecuada para al alojamiento conjunto.

Asegurarse que la parturienta haya comprendido los signos de alarma del puerperio y donde solicitar ayuda.
- 5. Alimentación completa inmediatamente después del parto**

En regiones rurales se debe respetar aspectos culturales que no impliquen riesgos para la madre y recién nacido. Considerar el uso de infusiones calientes tradicionales como el té, manzanilla o caldo de gallina.

Administrar sulfato ferroso 300mg. y ácido fólico 400ug diarios por dos meses. En zonas con deficiencia de vitamina A, agregar Retinol 200,000 UI por vía oral en una sola toma.

Diferir el inicio de dieta hasta después de 12 horas, en pacientes cesareadas.
- 6. Informar sobre los cuidados, higiene, vida sexual, los signos de alarma, dar orientación/ consejería y** Informar y explicar acerca de los cuidados en el post parto: la higiene, el trabajo, y la vida sexual (la actividad sexual se podrá reiniciar después de 42 días del parto); los signos de alarma (fiebre, secreción vaginal maloliente, molestias en la episiotomía, enrojecimiento, dolor y calor en mamas, molestias urinarias), las ventajas del espaciamiento óptimo de embarazos, planifi-

suministrar anticoncepción.

cación familiar y verificar la comprensión de la información.
Dar las alternativas postparto o referir a la madre a un servicio donde se le pueda orientar y suministrar anticoncepción

7. Alta e indicaciones. Dar información y orientación en los cuidados del recién nacido. Use las hojas de información para la mujer puérpera y la de cuidados del recién nacido

Evaluar alta a las 24 horas luego del parto si presenta: pulso menor de 100 por minuto, presión diastólica mayor de 60 y menor de 90, presión sistólica mayor de 90 y menor de 140, útero bien contraído, no hay sangrado activo los loquios tienen un volumen menor que el flujo menstrual, no hay fiebre, no hay loquios o secreción vaginal mal oliente.

Reforzar conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, técnica de amamantamiento, métodos anticonceptivos, buscando que la puérpera se defina por un método a usar. Descartar patologías o signos de alarma que obliguen a un mayor tiempo de hospitalización. Evaluar funciones vitales, mamas, altura y contracción uterina, loquios y sutura.

Dar indicaciones para el puerperio y cuidados del recién nacido: higiene diaria, limpieza de mamas antes de dar de lactar, la alimentación e higiene deben ser iguales que en el embarazo. Explicar los beneficios de la vacunación del recién nacido y el esquema completo para la niñez, y los beneficios del control periódico del neonato.

Coordinar la fecha de visita para la consulta puerperal y de su recién nacido.

Tener un Plan de emergencia familiar o comunitario para favorecer la accesibilidad al establecimiento de salud con capacidad resolutive

8. Consulta puerperal

La consulta de la puerpera deberá hacerse a los 7 y a los 30 días simultáneamente con la consulta del recién nacido. Esta atención debe ser aprovechada para brindar consejería en salud integral, especialmente en planificación familiar

MODULO III

ATENCIÓN de las emergencias obstétricas



ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

La emergencia obstétrica es la aparición de una complicación que pone en peligro la vida de la mujer durante el embarazo, parto o puerperio y que requiere atención inmediata.

Durante la emergencia obstétrica la mujer luce agudamente enferma, o refiere por ejemplo sangrado vaginal, sensación febril, feto que no se mueve, convulsiones, dolor abdominal, dolor de cabeza, zumbidos en los oídos, visión borrosa o escotomas (ver “lucecitas”).

MEDIDAS GENERALES

- 1. Pedir ayuda** La atención de las emergencias debe ser realizada por un equipo de salud.
- 2. Mantener la vía aérea permeable** Revisar si la gestante tiene prótesis dental o cualquier otro contenido en la boca y retirarlos.
Realizar hiperextensión del cuello
Colocar un baja lengua o cánula de Mayo si hay compromiso de conciencia.
- 3. Evaluar severidad:**
Estado de conciencia La presencia de compromiso de conciencia, sudoración fría, palidez y frialdad de piel son signos que sugieren shock. Monitorizar funciones vitales.
Funciones vitales
Piel Ver bienestar fetal auscultando frecuencia cardiaca fetal (normal entre 100 a 180 por minuto) Ver SUFRIMIENTO FETAL.
Latidos Cardiacos
Fetales
- 4. Colocar vía endovenosa (venoclisis) y administrar cloruro de sodio al 9 x 1000 u otra solución salina (cristaloides)** La vía endovenosa debe ser colocada con una aguja gruesa ó catéter endovenoso N° 16 ó 18
Si el sangrado es muy abundante es preferible canalizar dos vías.
Si la frecuencia cardiaca es mayor de 100 latidos por minuto, pulso débil, y la presión arterial sistólica es menor de 90 mm Hg, pasar 200 mililitros de solución isotónica en 3 minutos y continuar con goteo no menor de 60 gotas por minuto.
Reevaluar la respuesta hemodinámica, a través del monitoreo de: las funciones vitales, la diuresis y el estado de conciencia.
Continuar la reposición de líquidos según la respuesta.
Mantener en todo momento el balance hidroelectrolítico
- 5. Colocar a la mujer en la posición más adecuada** La posición en decúbito dorsal, sin almohada, para casos de hipovolemia
La posición mahometana (paciente arrodillada con el cuerpo pegado a la cama) es adecuada en caso de prolapso de cordón.
La posición en decúbito lateral o semisentada, en otras emergencias.
- 6. Determinar la causa de la emergencia, para realizar la aten-** El manejo debe ser sindrómico:
Hemorragia: ver “Manejo de Hemorragia Obstétrica”
Convulsiones, dolor de cabeza, zumbidos en los oídos, visión borrosa o

ción específica

escotomas: ver “Manejo de Enfermedad Hipertensiva Inducida por la Gestación”

Fiebre: ver “Manejo de síndrome febril”

Ausencia de movimientos fetales: ver “Manejo de sufrimiento fetal agudo u óbito fetal”

- 7. De no tener capacidad resolutive referir a establecimiento de mayor complejidad.**
- El pronóstico depende de la rapidez con que se actúe.
El manejo final de la emergencia obstétrica debe ser realizado en establecimientos con mayor capacidad resolutive.

CONSIDERACIONES PARA LA REFERENCIA

Para la referencia:

1. Establecer la presunción diagnóstica, estabilizar e iniciar el tratamiento
2. Informar a la mujer y/o familiares respecto al estado de salud y a la necesidad de referencia a un establecimiento con mayor capacidad resolutive
3. Establecer comunicación con el centro de referencia y obtener la autorización respectiva.
4. Referir con el personal de salud más capacitado, quien debe llevar la hoja de referencia, equipo y medicamentos necesarios para realizar la reanimación cardiopulmonar, mantener el equilibrio hemodinámico y prevenir o atender las convulsiones.
5. Mantener la permeabilidad de la vía aérea y endovenosa.

MEDIDAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN Y/O PREVENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

La atención y/o prevención de las emergencias obstétricas debe ser realizada en toda la red de salud, desde la comunidad hasta el establecimiento con mayor capacidad resolutive.

Medidas en el ámbito comunitario:

Se define como las acciones que se debe realizar en la comunidad para la identificación de las emergencias obstétricas y la prevención de las complicaciones.

En la comunidad el personal de salud debe:

- Identificar redes de apoyo comunitarias: organizaciones de base, agentes comunitarios, así como medios de comunicación y transporte.
- Contar con un radar de gestantes actualizado que incluya complicaciones identificadas.
- Realizar actividades periódicas (mensuales o semanales) de captación de gestantes e identificar complicaciones con la colaboración de los agentes comunitarios y las organizaciones de mujeres de la comunidad.
- Realizar campañas para identificar mujeres con riesgo reproductivo, promoviendo el uso de métodos anticonceptivos más adecuados para cada mujer.
- Promover estilos de vida saludable con enfoque de género.
- Elaborar un plan de emergencia comunitario que considere:

- La organización de la comunidad para poder transferir y transportar a la gestante, parturienta, puérpera y/o recién nacido que presente una emergencia.
- Realizar las coordinaciones para que toda mujer y/o recién nacido tenga acceso a un establecimiento de salud con capacidad resolutive.
- Coordinar con el gobierno local y regional para que su establecimiento de salud disponga de los medicamentos básicos y el instrumental apropiado para realizar el manejo de las emergencias obstétricas y neonatales.
- Empadronamiento de la población, previa sensibilización, para disponer de donantes de sangre adecuadamente identificados y tipificados.

Medidas en los establecimientos de salud:

- Prevenir los embarazos no deseados, especialmente en las mujeres con riesgo reproductivo:
 - Difundir el concepto de riesgo reproductivo en todos los servicios que brinda el establecimiento.
 - Brindar información sobre los métodos anticonceptivos
 - Proveer el método que desee la mujer y/o su pareja
- Realizar la atención prenatal.
- Promover el parto institucional.
- Identificar y manejar oportunamente las complicaciones obstétricas.

MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

La hemorragia obstétrica es la presencia de sangrado vaginal durante el embarazo, parto o puerperio.

MEDIDAS GENERALES

- 1. Pedir ayuda**
 - La atención de las emergencias debe ser realizada por un equipo de salud.
- 2. Mantener la vía aérea permeable**
 - Revisar si la mujer tiene prótesis dental o cualquier otro contenido en la boca y retirarlos.
 - Realizar hiperextensión del cuello
 - Colocar una cánula de Mayo, si hay compromiso de conciencia.
- 3. Evaluar severidad:**
 - En la gestante:**
 - Evaluar el estado de conciencia: ansiedad, desorientación, confusión, obnubilación, sopor, o coma
 - **Estado de conciencia**
 - **Funciones vitales**
 - Taquicardia: mayor de 100 latidos por minuto
 - Hipotensión arterial: menor de 90 mm Hg de presión arterial sistólica
 - Frecuencia respiratoria: mayor de 20 respiraciones por minuto
 - **Piel**
 - Piel: Sudoración, frialdad y palidez
 - En el feto:**
 - **Frecuencia Cardíaca Fetal**
 - Frecuencia cardíaca fetal: Menor de 120 o mayor de 160 latidos por minuto.
- 4. Colocar vía endovenosa (venoclisis) y administrar**
 - Colocar un catéter endoveonoso N° 16 ó 18 y administrar cloruro de sodio al 9%

nistrar cloruro de sodio al 9%o ú otra solución salina (cristaloides) Si el sangrado es muy abundante canalizar dos vías.
Si la frecuencia cardíaca es mayor de 100 latidos por minuto, pulso débil, y la presión arterial sistólica es menor de 90 mm Hg, pasar 200 mililitros de solución isotónica en 3 minutos y continuar con goteo no menor de 60 gotas por minuto.
Reevaluar la respuesta hemodinámica, a través del monitoreo de: las funciones vitales, la diuresis y el estado de conciencia.
Continuar la reposición de líquidos según la respuesta.
Mantener en todo momento el balance hidroelectrolítico

5. Colocar a la mujer en la posición más adecuada La posición en decùbito dorsal, sin almohada y con los pies elevados, para casos de hipovolemia

6. Determinar la causa de la hemorragia, para realizar la atención específica

- El pronóstico depende de la rapidez con que se actúe.
- Determinar la edad gestacional:
 - Menor o igual a 22 semanas:
 - Aborto
 - Embarazo ectópico
 - Enfermedad del trofoblasto
 - Mayor de 22 semanas con o sin trabajo de parto
 - Placenta previa
 - Desprendimiento prematuro de placenta
 - Rotura uterina
- Postparto:
 - Atonía uterina
 - Retención placentaria
 - Desgarro de canal de parto
 - No realizar tacto vaginal si existe la sospecha de placenta previa.

7. De no tener capacidad resolutive, referir a un establecimiento donde se pueda realizar el manejo definitivo Para realizar la referencia previamente estabilizar a la gestante y si es factible iniciar el manejo según diagnóstico

8. Tomar muestra para hematocrito, grupo sanguíneo, Rh, prueba cruzada, si cuenta con laboratorio y banco de sangre Considerar transfusión de sangre si:
No mejora la presión arterial con reposición de soluciones isotónicas.
La pérdida sanguínea no puede ser disminuida o controlada.

9. De existir capacidad resolutive proceder al manejo específico El manejo específico debe ser realizado en establecimientos que tengan capacidad resolutive para tratar la patología y/o realizar intervenciones quirúrgicas las 24 horas

ETIOLOGÍA DE LA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Gestación igual o menor de 22 semanas:

- Amenaza de Aborto
- Aborto
- Embarazo ectópico
- Enfermedad trofoblástica
- (mola hidatiforme)

Gestación mayor de 22 semanas:

- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa
- Enfermedad trofoblástica
- Ruptura uterina
- Síndrome de HELLP

Durante el parto:

- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa
- Ruptura uterina
- Ruptura de vasa previa.
- Trauma del canal del parto
- Retención de placenta
- Síndrome HELLP

En el Puerperio:

Temprano:

- Retención de restos placentarios
- Atonía uterina
- Laceración del canal del parto:
 - Episiotomía
 - Desgarro vaginoperineal
 - Desgarro cervical
 - Hematoma
 - Ruptura uterina
- Inversión del útero
- Síndrome de HELLP
- Coagulación intravascular diseminada

Tardío:

- Retención de restos placentarios

SOSPECHA DE EMBARAZO ECTÓPICO

Atraso menstrual, dolor pélvico, presencia o no de sangrado vaginal y masa anexial

MANEJO

1. Buscar síntomas y signos

- Si hay algunos de estos signos o síntomas:
 - Retraso menstrual
 - Dolor pélvico
 - Sangrado vaginal escaso
 - Lipotimia (desmayo o desvanecimiento)
 - Signos peritoneales.
 - Masa anexial
- continuar con el paso 2.

2. Buscar antecedentes:

- Historia de enfermedad pélvica inflamatoria
 - Plastia tubárica
 - Esterilización
 - Uso de dispositivo intrauterino
 - Ectópico previo
- Sospechar embarazo ectópico, y continuar con paso 3

3. Realizar pruebas auxiliares:

- Prueba de embarazo positiva: HCG Sub unidad beta
 - Ecografía: No se observa gestación intrauterina, presencia de masa anexial
- Si se confirma el diagnóstico continuar con el paso 4

4. Iniciar manejo de embarazo ectópico:

- Manejo de la emergencia obstétrica
- Referencia inmediata a establecimiento con capacidad resolutive esencial
- Hospitalización en establecimiento con capacidad resolutive esencial:
 - Buscar signos de hipovolemia a través del control de funciones vitales
 - Buscar signos peritoneales
 - Tacto vaginal: buscar tumoración anexial o dolor anexial al mover el cervix
 - Laboratorio: Grupo sanguíneo – Factor Rh, hemograma, hematocrito seriado – hemoglobina. Pruebas cruzadas
 - Control de sub unidad beta-HCG y ecografía.

5. Reevaluar de acuerdo a signos de hipovolemia

- Mujer con signos de Hipovolemia evidente y/o signos peritoneales realizar laparotomía exploratoria o laparoscopia quirúrgica de emergencia para :
 - Hemostasia.
 - Salpinguectomía

MANEJO

- Salpingostomía
- Evitar en lo posible la ooforectomía
- Mujer con signos de hipovolemia evidente sin signos peritoneales, realizar:
 - Monitorización, descartar otras patologías.
 - Reevaluar con resultados de ecografía y sub unidad beta de hormona gonadotrofina coriónica (B-HCG)
 - De empeorar, hacer laparotomía.
- Mujer sin signo de hipovolemia ni signos peritoneales, realizar
 - Monitorización, descartar otras patologías.
 - Reevaluar con resultados de Ecografía y B-HCG

SOSPECHA DE ENFERMEDAD TROFOBLASTICA GESTACIONAL (ETG)

Discordancia entre la altura uterina y el tiempo de amenorrea, sangrado vaginal oscuro

MANEJO

1. Descartar error en fecha de última regla

Verificar si existen dudas sobre la fecha de última menstruación normal

2. Realizar anamnesis y examen físico detallados

- Historia de embarazo previo o actual con sangrado anormal
- Náuseas y vómitos severos en gestantes de más de 13 semanas
- Hipertensión arterial
- Ausencia de partes y latidos fetales

Si hay algunos de estos síntomas o signos, sospechar de enfermedad del trofoblasto y se debe solicitar ecografía pélvica

3. Si se confirma el diagnóstico de enfermedad trofoblástica gestacional mediante la ecografía, referir a un establecimiento con capacidad resolutiva esencial para su hospitalización

En hospitalización: Solicitar:

- Dosaje cuantitativo de sub unidad beta -HCG
- Radiografía de pulmones, ecografía de hígado,
- Pruebas hepáticas
- Perfil de coagulación, Hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh, Pruebas cruzadas

4. Buscar signos de mal pronóstico

- Más de 100,000 unidades internacionales en orina de 24 horas o más de 40,000 en sangre.
- Enfermedad de más de 4 meses después de embarazo anterior
- Metástasis al cerebro o al hígado

Si no hay signos de mal pronóstico, continuar con el paso 5.

Si hay signos mal pronóstico, transferir para manejo en un centro especializado.

4. Evacuación uterina: Evitar trauma o perforación

En tamaño uterino igual o menor de 12 semanas realizar

- **aspiración manual endouterina o legrado uterino**

En tamaño uterino mayor de 12 semanas es preferible la aspiración eléctrica, de lo contrario se puede usar con mucho

MANEJO

cuidado la inducción con ocitocina o misoprostol

Si el establecimiento no está en condiciones de realizar la evacuación uterina, referir.

5. Seguimiento:

- Dosaje cuantitativo de sub unidad beta-HCG en sangre mensual durante un año. La elevación del dosaje cuantitativo sugiere una recidiva de la enfermedad que requiere tratamiento especializado
- Anticoncepción hormonal oral durante un año.

SOSPECHA DE ABORTO

Sangrado vaginal antes de las 22 semanas

1. Revisar en forma rápida si se cumplió con el manejo de la hemorragia obstétrica

Ver manejo de hemorragia obstétrica

2. Realizar anamnesis y examen clínico. Buscar signos de aborto complicado En todo caso de aborto se solicitará RPR al ingreso

- Si la funciones vitales están estables, no hay signos peritoneales, y en el examen ginecológico el cuello está abierto, no se encuentran restos endouterinos con mal olor, no hay dolor a la movilización del cuello uterino y/o útero, y no hay dolor en anexos, manejar como aborto incompleto no complicado.
- Si hay alguno de los siguientes signos agregados al caso anterior: Taquicardia, hipotensión, fiebre, polipnea, y sangrado vaginal abundante, manejar como aborto incompleto complicado con hemorragia o shock hipovolémico
- Si hay alguno de los siguientes signos: Taquicardia, fiebre, cuello uterino abierto y doloroso a la movilización, útero doloroso a la movilización, anexos dolorosos, restos endouterinos con mal olor, manejar como aborto incompleto complicado con infección
- Si se presentan los siguientes signos: Taquicardia, hipotensión, fiebre, polipnea, signos peritoneales, restos endouterinos con mal olor, cuello uterino abierto y doloroso a la movilización, útero doloroso a la movilización, anexos dolorosos u ocupados, manejar como aborto incompleto complicado con aborto séptico
- Si hay alguno de los siguientes signos: Taquicardia, hipotensión, fiebre, polipnea, signos peritoneales, cuello uterino abierto y doloroso a la movilización, útero doloroso a la movilización, anexos dolorosos u ocupados, solución de continuidad en cuerpo o fondo uterino, manejar como aborto incompleto complicado con perforación uterina

3. En aborto incompleto no complicado:

- Si es igual o menor de 12 semanas realizar manejo ambulatorio en establecimiento con capacidad resolutoria: El manejo ambulatorio

rio comprende: brindar orientación/consejería antes, durante y después del procedimiento; realizar aspiración manual endouterina bajo anestesia local, y ofertar y entregar anticoncepción post aborto

- Si es mayor de 12 semanas requiere hospitalización en establecimiento con capacidad resolutive: El manejo hospitalario comprende: brindar orientación/consejería antes y después del procedimiento, realizar legrado uterino bajo anestesia general y ofertar y entregar anticoncepción post aborto.

4. En aborto incompleto infectado, se requiere hospitalización en establecimiento con capacidad resolutive

- Solicitar exámenes auxiliares: hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh, perfil de coagulación, pruebas cruzadas, hemograma, glucosa, urea, creatinina, bilirrubinas totales y fraccionadas, transaminasas, examen completo de orina
- Colocar vía endovenosa con Cloruro de Sodio
- Iniciar tratamiento antibiótico de amplio espectro por vía endovenosa con:
 - Ampilicina 2 gr EV cada 6 horas o Cefalotina 1 gr EV cada 6 horas o Penicilina G sódica 4 millones UI EV cada 4 horas
 - Cloramfenicol 1 gr EV cada 8 horas o Metronidazol 500 miligramos endovenosa cada 8 horas o Clindamicina 600 miligramos endovenoso diluido en 50 mililitros cada 6 horas
 - Gentamicina 5 mg/kg de peso EV cada 24 horas o amikacina 1 gr EV cada 24 horas.
- Proceder a evacuación uterina inmediatamente mediante una aspiración manual endouterina o legrado uterino bajo anestesia general
- Si no hay mejoría en 48 horas o la evolución es desfavorable, la mujer debe ser reevaluada para ver la necesidad de una laparotomía exploratoria e histerectomía

5. Aborto incompleto complicado con aborto séptico requiere hospitalización en establecimiento con capacidad resolutive esencial

- Solicitar exámenes auxiliares: hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh, perfil de coagulación, pruebas cruzadas, hemograma, glucosa, urea, creatinina, bilirrubinas totales y fraccionadas, transaminasas, examen completo de orina
- Colocar vía endovenosa con Cloruro de Sodio
- Colocar sonda Foley y medir diuresis horaria
- Iniciar tratamiento antibiótico de amplio espectro por vía endovenosa con:
 - Ampilicina 2 gr EV cada 6 horas o Cefalotina 1 gr EV cada 6 horas o Penicilina G sódica 4 millones UI EV cada 4 horas
 - Cloramfenicol 1 gr EV cada 8 horas o Metronidazol 500 miligramos endovenosa cada 8 horas o Clindamicina 600 miligramos endovenoso diluido en 50 mililitros cada 6 horas
 - Gentamicina 5 mg/Kg de peso EV cada 24 horas o amikacina

1 gr EV cada 24 horas.

- Si hay shock séptico iniciar inotrópicos, como dopamina
- Remover el foco séptico usualmente mediante una laparotomía exploratoria e histerectomía abdominal total

6. Aborto incompleto complicado con hemorragia o shock hipovolémico requiere hospitalización en establecimiento con capacidad resolutiva esencial

- Solicitar exámenes auxiliares: hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh, perfil de coagulación, pruebas cruzadas, hemograma
- Colocar vía endovenosa con Cloruro de Sodio y administrar 1 o 2 litros a chorro de acuerdo al monitoreo de funciones vitales. Si persiste shock administrar coloides y transfusión de sangre
- Realizar aspiración manual endouterina o legrado uterino (LUI) bajo anestesia general.
- Vigilar el postoperatorio mediante el control de funciones vitales, control de Hemoglobina - Hematocrito, y hospitalizar por 48 horas.

7. Aborto incompleto complicado con perforación uterina requiere hospitalización en establecimiento con capacidad resolutiva esencial

- Solicitar exámenes auxiliares: hemoglobina, hematocrito, grupo sanguíneo y factor Rh, perfil de coagulación, pruebas cruzadas, hemograma
- Colocar vía endovenosa con Cloruro de Sodio y administrar de acuerdo al monitoreo de funciones vitales
- Monitoreo de funciones vitales
- Administrar antibióticos de amplio espectro por vía endovenosa
- Si permanece estable hemodinámicamente y no hay signos peritoneales, realizar LUI bajo anestesia general
- Si evoluciona con taquicardia, polipnea e hipotensión, signos peritoneales, o presencia de epiplón o asas intestinales en canal vaginal, proceder a laparotomía exploradora para hemostasia o histerectomía total o resección parcial de epiplón o intestino

HEMORRAGIA OBSTÉTRICA DESPUÉS DE LAS 22 SEMANAS MANEJO DE LA ROTURA UTERINA

1. Realizar el manejo inicial de hemorragia obstétrica.

Ver manejo de la hemorragia obstétrica

2. Realizar anamnesis y examen clínico:

Presencia de:

- Dolor abdominal
- Ausencia de movimientos fetales
- Sangrado vaginal
- Taquicardia
- Polipnea
- Hipotensión
- Palidez
- Acinturamiento de útero

	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica uterina intensa o cese de dinámica - Signos de sufrimiento fetal o ausencia de latidos cardiacos fetales - Sangrado por genitales externos - Presentación flotante - Fácil palpación de partes fetales <p>Sospechar ROTURA INMINENTE en caso de acinturamiento de útero, dinámica uterina intensa y puede haber sufrimiento fetal agudo</p> <p>Sospechar de ROTURA CONSUMADA en caso de cese de contracciones uterinas, fácil palpación de las partes fetales, presentación flotante y sufrimiento fetal u óbito fetal</p>
3. En caso de sospecha de inminencia de rotura uterina.	Cesarea de emergencia.
4. En caso de sospecha de rotura.	Laparotomía exploradora
5. Evaluar presencia de complicaciones	Shock hipovolémico. Insuficiencia renal aguda. Coagulación intravascular diseminada.
6. Cuidados post operatorios	En la Unidad de Recuperación, o cuando exista, en la Unidad de Cuidados Intensivos.

MANEJO DE LA PLACENTA PREVIA

1. Realizar el manejo inicial de hemorragia obstétrica

Ver manejo de hemorragia obstétrica

2. Realizar anamnesis y examen clínico:

- Determinar la edad gestacional.
- Puede encontrarse taquicardia, polipnea, hipotensión.
- Sangrado vaginal usualmente indoloro.
- Puede o no referir contracciones uterinas.

El tacto vaginal está contraindicado ante la sospecha de placenta previa
Sospechar de placenta previa en aquella gestante que inicia súbitamente sangrado vaginal, usualmente sin dolor y sin contracciones uterinas.

3. Evaluar volumen de la pérdida de sangre.

- La pérdida de 500 mililitros de sangre o más (más de 2 tazas) produce inicialmente taquicardia y si persiste produce hipotensión arterial. Puede producirse sufrimiento fetal o muerte fetal muy rápidamente
- Si las pérdidas son pequeñas, generalmente no hay compromiso de las funciones vitales o del estado de conciencia. Evaluar edad gestacional
- Si la pérdida de sangre produce alteración de la funciones vitales, proceder a una cesárea de emergencia sin tener en cuenta la edad gestacional
- Si las pérdidas son pequeñas y tiene menos de 36 semanas, proceder

a conducta expectante hasta alcanzar la madurez pulmonar fetal. Si tiene 36 semanas o más proceder a realizar cesárea.

4. Durante la cesárea

Si no se puede desprender la placenta del útero considerar adherencia anormal de la placenta y proceder a histerectomía total.
Si se produce sangrado abundante del lecho placentario intentar puntos transfixiantes y si persiste el sangrado proceder a histerectomía total

4. Evaluar presencia de complicaciones.

Shock hipovolémico.
Coagulación intravascular diseminada.
Si no hay complicaciones continuar con cuidados postoperatorios.
Si hay complicaciones referir a establecimiento con unidad de cuidados intensivos.

MANEJO DEL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

1. Realizar manejo inicial de hemorragia obstétrica.

Ver manejo de hemorragia obstétrica.

2. Realizar anamnesis y examen clínico:

Sangrado vaginal acompañado de dolor abdominal.
Generalmente la mujer refiere contracciones uterinas intensas
En las funciones vitales puede encontrarse taquicardia, polipnea, hipotensión arterial.
Útero con dinámica uterina intensa o hipertonia uterina.
Sufrimiento fetal agudo u óbito fetal.
En genitales externos el sangrado puede ser leve o abundante.
El tacto vaginal está contraindicado.
Sospechar de desprendimiento prematuro de placenta en aquella gestante que inicia dolor abdominal acompañado de hipertonia uterina con o sin sangrado vaginal y signos de sufrimiento fetal u óbito fetal.

3. Evaluar el cuadro clínico

Si se confirma el diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta y la gestante no estuviera en período expulsivo, proceder a una cesárea de emergencia sin tener en cuenta la edad gestacional
Si está en período expulsivo del trabajo de parto o al final de la fase activa, proceder a atención del parto, monitorizando las funciones vitales de la madre y los latidos cardiacos fetales.

4. Durante la cesárea

En caso de atonía uterina se puede infiltrar cuernos uterinos con Oxitocina 10 UI en cada cuerno.
En caso de persistir atonía uterina y con inestabilidad hemodinámica, proceder a histerectomía total.
En caso de evidenciar Útero de Couvaliere proceder a histerectomía total.

5. Si hay complicaciones

Shock hipovolemico.
Coagulación intravascular diseminada.
Insuficiencia renal aguda.

Referencia a establecimiento con unidad de cuidados intensivos

6. Cuidados post operatorios de rutina

Si hay atonía uterina durante el post-operatorio, realizar el manejo de la hemorragia vaginal postparto

MANEJO DE LA HEMORRAGIA VAGINAL POSTPARTO

Se denomina hemorragia vaginal post parto al sangrado mayor de 500 mililitros después del parto.

1. Realizar el manejo inicial de la hemorragia obstétrica

Ver manejo de hemorragia obstétrica

2. Evaluar si expulsó la placenta

La placenta no fue expulsada después de 30 minutos de producido el parto o después de 15 minutos después del manejo activo del alumbramiento

Diagnosticar *retención de placenta* y proceder a realizar extracción manual de placenta e iniciar inmediatamente oxitócicos (ver protocolo extracción manual de placenta).

Si persiste la retención placentaria considerar acretismo placentario y proceder a realizar laparotomía para histerectomía.

Considerar que la retención de placenta es una complicación del tercer período del parto o alumbramiento

3. Si se expulsó la placenta en forma completa, evaluar si el útero esta contraído

- Si el útero no se contrae o se contrae con dificultad, diagnosticar atonía uterina, proceder a realizar masaje uterino externo y administración de oxitocina 20 UI por vía endovenosa en 1 litro de cloruro de sodio al 9‰ a razón de 60 gotas por minuto

- Si persiste la atonía uterina administrar ergotrate 0.2 mgr. IM si no hay antecedentes de hipertensión arterial. Realizar masaje o compresión bimanual combinada. Realizar revisión manual de cavidad. Continuar con oxitocina a razón de 20 UI en 1 Litro de líquidos IV a 40 gotas por minuto, cuidando de no administrar más de 3 Litros que contengan oxitocina

- Para maneja la atonía uterina son medidas de emergencia: la compresión bimanual del útero y la compresión de la aorta abdominal, particularmente cuando se está realizando la referencia

- Si persiste atonía proceder a laparotomía para histerectomía

4. Si se expulsó la placenta incompleta

Diagnosticar retención de restos placentarios y proceder a la revisión manual de útero y escobillonaje

5. Si se expulsó la placenta completa, y el útero está contraído, evaluar el canal del parto (perine, vagina, cérvix)

Diagnosticar desgarros o laceraciones del canal del parto y proceder a realizar el examen del canal del parto

6. Si el sangrado continúa

Evaluar el estado de coagulación. Se puede utilizar la prueba de coagulación junto a la cama: La falta de formación de un coágulo después de 7 minutos o un coágulo blando que se deshace fácilmente sugiere coagulopatía

REVISIÓN MANUAL DE CAVIDAD UTERINA

Pasos para la revisión manual de cavidad uterina a realizarse en establecimientos con funciones obstétricas básicas o esenciales:

- ▶ Informar a la madre y familiares el procedimiento que se va a realizar
- ▶ Solicitar el apoyo de un personal
- ▶ Pedir que evacue la vejiga o colocar sonda vesical previa antisepsia
- ▶ Abrir vía endovenosa con CNa 9‰ 1000 cc
- ▶ Administrar separadamente Petidina 50 mg y Diazepam 10 mg endovenoso, lento y diluido; y atropina 0.5 mgr endovenoso
- ▶ Lavarse las manos y colocarse guantes estériles, mandilón y mascarilla
- ▶ Colocar a la mujer en posición de litotomía. Limpiar los genitales con agua y jabón. Aplicar un anti-séptico y colocar campos estériles
- ▶ Introducir la mano izquierda (derecha si es zurdo) para deprimir la pared posterior de vagina y separar lo más que se pueda las paredes laterales
- ▶ Introducir la mano derecha (izquierda si es zurdo), retirando simultáneamente la mano izquierda de la misma (derecha si es zurdo)
- ▶ Tomar el fondo uterino con la mano izquierda y fijarlo para evitar que se desplace
- ▶ Introducir la mano derecha, izquierda si es zurdo, en la cavidad uterina, hasta palpar el fondo uterino
- ▶ Realizar un raspado enérgico de la cavidad uterina, del fondo uterino al cérvix, sin sacar la mano de la cavidad. El raspado debe ser en forma ordenada tratando de raspar cada zona del útero hasta estar seguro que no han quedado restos placentarios (que se palpan como una zona mas blanda que el resto de las paredes uterinas)
- ▶ De identificar la presencia de membranas adheridas (una superficie más lisa que el resto del útero), repetir la maniobra con una gasa estéril.
- ▶ Maniobra para fijar la gasa:
 - Estirar la gasa, evitando que los bordes deshilachados estén libres
 - Envolver los dedos índice y mayor dejando un extremo para cogerla con el anular y el meñique sobre la palma de la mano

EXTRACCIÓN MANUAL DE PLACENTA

La extracción manual de placenta es un acto de emergencia que el profesional realizará para manejar la hemorragia post parto y prevenir la muerte materna. El tiempo es importante. La limpieza es crítica. Aplique las normas de bioseguridad. Lavarse las manos y colocarse un par de guantes nuevos.

- Equipo necesario:
- Insumos para venoclisis
- Analgésicos o anestésicos
- Guantes estériles
- Lubricante antiséptico
- Instrumental para revisión de canal de parto

Pasos para la extracción manual de placenta a realizarse en establecimientos con funciones obstétricas básicas o esenciales:

1. Informar a la madre y familiares el procedimiento que se va a realizar
2. Solicitar el apoyo de un personal
3. Solicitar a la paciente que evacúe la vejiga o colocar sonda vesical previa antisepsia
4. Abrir vía endovenosa con ClNa 9‰ 1000 cc + 10 UI de oxitocina
5. Administrar separadamente Petidina 50 mg y Diazepam 10 mg endovenoso, lento y diluido; y atropina 0.5 mgr endovenoso.
6. Aplique también Ampicilina 2 g EV + Metronidazol 500 mg EV
7. Colocarse guantes estériles, mandilón y mascarilla
8. Colocar a la mujer en posición de litotomía. Limpiar los genitales con agua y jabón. Aplicar un antiséptico y colocar campos estériles
9. Aplicar una mano en la vagina para verificar si se encuentra la placenta a ese nivel. Luego colocar una mano sobre la sínfisis del pubis y presionar sobre la parte más baja del útero. Con la otra mano tomar el cordón umbilical firmemente, seguirlo hasta llegar a la placenta y localizar el borde de la misma.
10. Deslizar los dedos de la mano entre el borde de la placenta y la pared del útero. Con la palma de la mano frente a la placenta, hacer un movimiento cercenante de lado a lado para separar delicadamente la placenta del útero. Cuando la placenta está separada y en la palma de la mano, estimular una contracción con la otra mano y extraerla delicadamente. Las membranas deben jalarse lenta y cuidadosamente hacia fuera.
11. Realizar masaje uterino combinado y externo. Agregar oxitocina 20 UI al cloruro de sodio y pasar 60 gotas por minuto.
12. Examinar la placenta
13. Registrar la información, incluir la estimación de la pérdida de sangre
14. Si persiste la retención de placenta, considerar la posibilidad de acretismo placentario y realizar tratamiento quirúrgico: Laparotomía para histerectomía total o subtotal

REVISIÓN DE CANAL DEL PARTO

Luego de explicar a la mujer lo que se va a hacer, los pasos para la revisión de canal del parto a realizarse en establecimientos con funciones obstétricas y neonatales básicas o esenciales son:

1. Evacuar vejiga.
2. Aplicar un antiséptico en región perineal. Adiministre por separado Petidina 50 mg EV y Diazepam 10 mg EV, y atropina 0.5 mg EV
3. Luego de aplicar campos estériles, palpar digitalmente posibles desgarros en paredes vaginales, fondo de saco vaginal y cuello uterino.
4. Revisión de cuello uterino (es útil que un ayudante presione suavemente el fondo uterino):
 - Colocar valvas vaginales en pared vaginal anterior y posterior.
 - Fijar con dos pinzas Foester el cuello uterino, una a las 12 de la esfera y otra a las 3, limpiar con gasa y observar
 - Retirar la pinza de las 12 y colocarla a las 6, limpiar y observar
 - Retirar la pinza de las 3 y colocarla a las 9, limpiar y observar
 - Finalmente quitar la pinza de las 6 y aplicarla a las 12, limpiar y observar
 - Si se encuentra desgarros cervicales, localizar el ángulo superior de la lesión, colocar un punto a 0.5 cm por encima de ella, y proseguir con puntos continuos hasta el borde del cuello uterino. Usar catgut crómico 2/0 con aguja redonda.

5. Revisión de desgarros vaginales
 - Revisar con las valvas y/o con ayuda de las manos el fondo de saco vaginal y luego las paredes vaginales, observándolas en su totalidad.
 - Revisar la región parauretral.
 - Revisar la comisura y la región anorrectal.
 - Si se encuentra desgarros, estos deben ser suturados con catgut crómico 2/0 empleando puntos simples en lesiones pequeñas y poco sangrantes. En lesiones sangrantes emplear puntos cruzados o de hemostasia. En lesiones extensas emplear puntos continuos y cruzados.
 - Revisar hemostasia.
6. Reparación de desgarros perineales de grado I: Sólo comprometen la mucosa vaginal o piel.
 - Colocar puntos sueltos con catgut crómico 2/0
7. Reparación de desgarros perineales de grado II: Comprometen mucosa y músculo:
 - Colocar sutura con puntos separados con catgut crómico 2/0 en el plano muscular. No dejar espacios. Hacer buena hemostasia.
 - Se puede usar puntos cruzados si el lecho es sangrante.
 - Suturar aponeurosis superficial con catgut crómico 2/0 y realizar puntos separados.
 - Suturar piel con puntos separados.
8. Reparación de desgarros perineales de grado III: Comprometen mucosa, músculo y esfínter del ano. Estos casos serán referidos para proceder de la siguiente forma:
 - Identificar y aislar los bordes del esfínter del ano. Tractionar con pinzas atraumáticas, evitando su maltrato y necrosis. Colocar puntos separados con catgut crómico 1. Suturar fascia del esfínter anal.

Luego proceder como en el caso de un desgarro de grado II.
9. Reparación de desgarros de grado IV: Comprometen mucosa vaginal, músculo y mucosa rectal. Estos casos serán referidos a un establecimiento con Funciones Obstétricas Esenciales, en el cual se procederá de la siguiente forma:
 - Identificar la extensión de la lesión de la mucosa rectal. Colocar puntos separados con catgut crómico 2/0 ó 3/0 con aguja redonda cuidando de no atravesar la mucosa rectal.
 - Suturar la fascia prerrectal con puntos finos de catgut crómico 2/0 separados.
 - Proceder como desgarro de grado III.
 - Realizar tacto rectal para identificar áreas no suturadas y/o puntos de sutura que atraviesen la mucosa rectal.

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO (HIE)

Incremento de la presión arterial en 15 mm Hg o más en la diastólica, y/o en 30 mm Hg o más en la sistólica o un aumento de la presión arterial mayor ó igual a 140/90 (cuando no se conoce la presión arterial basal). Hoy en día se dice que si la presión diastólica se encuentra en 90 o más mm de mercurio es suficiente para hacer el diagnóstico de hipertensión

MANEJO

1. Averiguar edad gestacional

Si tiene menos de 20 semanas, evaluar problemas de hipertensión arterial crónica, enfermedad renal o enfermedad del trofoblasto.
Si tiene más de 20 semanas continuar con el paso 2.

MANEJO

- 2. Buscar o confirmar la presencia de proteinuria**
- Averiguar sobre:
- Proteinuria: orina espumosa, hacer descarte cualitativo con cintas reactivas.
 - Ganancia de peso mayor de 500 grs. por semana
 - Edemas por encima de las rodillas
- Presencia de estos síntomas sugiere enfermedad hipertensiva inducida por la gestación. Su ausencia no la descarta. Continuar con el paso 3.
- 3. Buscar síntomas o signos de alarma**
- Pregunte por: Escotomas, cefálea, tinnitus, dolor epigástrico, dolor en hipocondrio derecho, reducción del volumen urinario, presencia de Petequias o hematomas espontáneos, ictericia, reflejos osteotendinosos aumentados.
- Ante la presencia de algunos de estos síntomas, inmediatamente iniciar el manejo según la clasificación del cuadro clínico.

Clasificación de la Hipertensión durante el embarazo

- 1. Hipertensión inducida por el embarazo:** Hipertensión después de las 22 semanas de gestación
 - Pre-eclampsia leve:** Presión arterial mayor o igual de 140/90 mm Hg o aumento de 30 mm Hg de la presión arterial sistólica o aumento de 15 mm Hg de la presión arterial diastólica en por lo menos dos ocasiones con intervalo de 6 horas entre ellas. Existe evidencia clínica de edema leve y presencia de proteinuria menor de 5 grs. en 24 horas en por lo menos dos ocasiones con intervalo de 6 horas entre ellas. La presencia de hipertensión y proteinuria hace el diagnóstico de preeclampsia
 - **Pre-eclampsia severa:** Presión arterial mayor o igual de 160/110 mm Hg. Existe evidencia de edema generalizado y proteinuria mayor de 5 grs. en 24 horas. Pueden asociarse los llamados signos de alarma
 - **Eclampsia:** Presencia de convulsiones tónico-clónicas en gestantes con pre-eclampsia. No es necesaria la presencia de los llamados signos de alarma para que una mujer tenga eclampsia
 - **Síndrome HELLP:** Presencia de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetas disminuidas en gestantes con pre-eclampsia o eclampsia.
- 2. Hipertensión crónica:** Presión arterial mayor o igual de 140/90 mm Hg antes de las 20 semanas de gestación.
- 3. Hipertensión crónica con pre-eclampsia superimpuesta:** Aumento mayor de 30 mm Hg. de la presión arterial sistólica y de 15 mm Hg. de la diastólica, en paciente con historia clínica de hipertensión arterial que se complica con evidencia clínica de edema leve o generalizado, y proteinuria mayor de 300 mgr/litro.
- 4. Hipertensión tardía y transitoria:** Hipertensión leve que aparece en las primeras 24 horas del puerperio y desaparece a los 10 días.

CUADRO CLÍNICO	MANEJO
<p>Preeclampsia leve</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reposo en decúbito lateral izquierdo - Dieta hiperproteica y normo sódica <ul style="list-style-type: none"> - Autocontrol de movimientos fetales - Control de presión arterial cada 6 horas - Referir a un establecimiento con capacidad resolutive <ul style="list-style-type: none"> Si la condición mejora, controlar presión arterial, edemas y reflejos semanalmente en visitas prenatales - Si permanece estacionaria o empeora en 24 a 48 horas hospitalizar y evaluar edad gestacional <ul style="list-style-type: none"> i) Si es mayor de 37 semanas, terminar la gestación por vía vaginal o cesárea ii) Si es menor de 37 semanas, indicar reposo y control con perfil biofisico y monitoreo fetal. <ul style="list-style-type: none"> (1) Si hay mejoría continuar con el embarazo. (2) Si permanece estacionaria o empeora el cuadro, determinar la vía para terminar la gestación.
<p>Preeclampsia severa y eclampsia</p>	<p>La pre-eclampsia y la eclampsia se manejan de manera similar, salvo que en la eclampsia el parto debe producirse a más tardar dentro de las 12 horas que siguen a la aparición de convulsiones. Todos los casos de preeclampsia severa deben recibir manejo activo. Los signos y síntomas de “eclampsia inminente” (visión borrosa, dolor epigástrico, hiperreflexia) son poco confiables y por tanto no se recomienda el manejo expectante</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reuna el equipo humano e insumos necesarios: intubación, succión, máscara y bolsa, oxígeno - Vigile la respiración y asegure la permeabilidad de vías aéreas - Administre oxígeno a razón de 4 a 6 litros por minuto - Proteja a la mujer de lesiones - Abrir vía endovenosa con bránula N° 18 y Cloruro de Sodio al 9%o 1000 cc - Administrar Sulfato de Magnesio al 20% 4 grs EV en un lapso de 5 minutos - Siga inmediatamente con 10 g de solución de sulfato de magnesio al 50%, 5 g en cada nalga, en inyección intramuscular profunda con 1 mL de lidocaína al 2% en la misma jeringa. Advierta a la mujer que sentirá calor al recibir el sulfato de magnesio - Si se repiten las convulsiones después de 15 minutos, administre solución de sulfato de magnesio al 50%, 2 g EV en un lapso de 5 minutos - Dosis de mantenimiento: 5 g de solución de sulfato de magnesio al 50% + 1 mL de lidocaína al 2% IM cada 4 horas en nalgas alternadas. El tratamiento con sulfato de magnesio debe continuar durante 24 horas después del parto o la última convulsión, cualquiera sea el hecho que se produzca último

CUADRO CLÍNICO

MANEJO

- Restrinja o retarde el medicamento si: la frecuencia respiratoria desciende debajo de 16 respiraciones por minuto, los reflejos patelares están ausentes o la producción de orina cae por debajo de 30 mL por hora durante las 4 horas previas
- Tenga el antídoto preparado: en caso de paro respiratorio ayude a la ventilación y administre gluconato de calcio 1 g (10 mL de solución al 10%) EV, lentamente hasta que comience la respiración, para contrarrestar los efectos del sulfato de magnesio
- Si la presión diastólica es igual o mayor a 110 mm Hg, administrar droga antihipertensiva: Nifedipino 10 mgrs sublingual. Continué administrando 10 mg oral cada 4 horas hasta mantener la presión diastólica en 90-100 mm de mercurio
- Caterizar la vejiga para medir el flujo urinario horario
- Hacer prueba de coagulación al costado de la cama de la mujer
- El caso debe ser manejado en un establecimiento con capacidad resolutive, de lo contrario referir a la paciente para hospitalización y continuar:
 - i) Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo en un ambiente adecuado
 - ii) Control estricto de funciones vitales y latidos cardiacos fetales y continuar vía endovenosa y Cloruro de Sodio
 - iii) Solicitar exámenes auxiliares
 - v) Estabilizado el caso, se debe proceder a interrumpir el embarazo. En el caso de la eclampsia dentro de las 12 horas de ocurrida la convulsión y en el caso de la preeclampsia severa dentro de las siguientes 24 horas de haberse diagnosticado el caso. El retraso del parto para aumentar la madurez fetal significa un riesgo para la vida tanto de la mujer como del feto. El parto debe producirse independientemente de la edad gestacional
 - vi) Si el cuello uterino es favorable se pueden romper las membranas e iniciar la inducción con oxitocina (Ver el esquema en el módulo II)
 - vii) Si el cuello no reúne condiciones favorables, es mejor terminar por cesarea
 - viii) Si la frecuencia cardiaca fetal es mayor de 180 o menor de 100, realice cesarea
 - ix) Si decidió la cesarea, asegure haber descartado la coagulopatía y disponibilidad de anesthesiólogo para anestesia general
 - x) La atención postparto debe comprender: mantener la terapia anticonvulsivante por 24 horas después del último acontecimiento (parto o convulsión), la terapia antihipertensiva mientras la presión arterial diastólica esté en 110 mm de mercurio o más y mantenga el control de la diuresis

CUADRO CLÍNICO	MANEJO
Síndrome de HELLP: hemólisis más enzimas hepáticas elevadas más plaquetopenia.	<ul style="list-style-type: none"> - El manejo inicial debe ser el mismo que se hace en pre-eclampsia severa, y debe manejarse en establecimiento con capacidad resolutive - Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos si tuviera el establecimiento - Valorar y estabilizar el estado de la gestante y valorar el bienestar fetal - Si fuera necesario, hacer maduración pulmonar fetal y terminar gestación por cesárea

SÍNDROME FEBRIL

Gestante o puérpera que refiere fiebre.

MANEJO

1. **Confirmar temperatura de 38 °C o más** Si temperatura es mayor de 38 ° C utilizar medios físicos para bajarla (paños de agua fría o baño en agua temperada). Se puede usar anti-piréticos (paracetamol 500 miligramos, aspirina 500 miligramos, diclofenaco 50 miligramos) por vía oral. En aquellos casos de poca o nula tolerancia oral usar diclofenaco 1 ampolla intramuscular, o metamizol (dipirona) ? ampolla intra-muscular (puede causar hipotensión).
2. **Identificar si la causa es obstétrica o una infección intercurrente** Realizar una adecuada historia clínica, averiguar antecedentes epide miológicos y proceder según la causa específica.

CAUSAS DE SÍNDROME FEBRIL EN GESTANTES O PUÉRPERAS

Causas obstétricas

- Aborto infectado
- Aborto Séptico
- Corioamnionitis
- Morbilidad puerperal:
 - Endometritis
 - Miometritis
 - Parametritis
 - Mastitis
 - Absceso de mama

Infecciones intercurrentes

- Infección urinaria: Pielonefritis
- Infección respiratoria aguda
- Tuberculosis
- Malaria
- Bartonelosis o Enfermedad de Carrión
- Abdomen agudo: colecistitis, Apendicitis
- Enterocolitis
- Proceso infeccioso general: Fiebre tifoidea, brucelosis, salmonelosis, hepatitis
- Tromboflebitis

ACCIONES PARA DESCARTAR INFECCIONES INTERCURRENTES

SINTOMAS

1. **Evaluar molestias urinarias**

MANEJO

Solicitar sedimento de orina, BONC (bacterias en orina no centrifugada). Se hace una coloración GRAM de un extendido de muestra de orina recolectada en forma aséptica; más de tres bacterias por campo de inmersión es positivo

	Idealmente hacer urocultivo. Descartar complicaciones obstétricas: amenaza de parto prematuro o sufrimiento fetal
2. Evaluar molestias respiratorias	Buscar sintomático respiratorio: tener tos por más de 2 semanas de evolución. Solicitar bacilo de Koch en esputo, si la baciloscopia es positiva iniciar tratamiento específico. Si existen signos clínicos de compromiso pulmonar, con o sin esputo, evaluar necesidad de radiografía de tórax.
3. Descartar otras de acuerdo a enfermedades endémicas al área geográfica	En sospecha de malaria solicitar examen de gota gruesa. Descartar bartonelosis Descartar Dengue, Fiebre amarilla, hepatitis
4. Evaluar dolor abdominal	Evaluar presencia y localización, presencia de peritonismo. Considerar en el diagnóstico pielonefritis, enterocolitis, colecistitis, apendicitis Si el cuadro febril es mayor de tres días y no hay signos peritoneales, considerar otros diagnósticos, como tifoidea o brucelosis e iniciar tratamiento específico.

EVALUACIÓN DEL SÍNDROME FEBRIL POST PARTO

SINTOMAS	MANEJO
1. Si en el examen de mamas hay signos de eritema o empastamiento	Considerar mastitis Tratamiento con dicloxacilina 500 miligramos cada 6 horas por vía oral o una cefalexina 500 miligramos cada 6 horas por vía oral o clindamicina 300 miligramos cada 6 horas por vía oral por siete a diez días. No suspender lactancia. De haber absceso, drenar.
2. Si hay puño percusión lumbar positiva	Considerar infección urinaria: Pielonefritis
3. Si hay subinvolución uterina y/o loquios mal olientes Evaluar dolor al movimiento del cérvix, a la palpación del útero o de los costados del mismo (parametrios). De estar presente, considerar manejo de endometritis puerperal	Considerar metritis Explorar cavidad endometrial con pinza foester o de anillos curva para evaluar características del contenido. Si se extraen restos con mal olor o purulentos, realizar manejo de endometritis puerperal

- | | |
|--|--|
| 4. Si hay dolor en la región vulvo-perineal y secreción purulenta | Descartar infección de episiotomía o laceración.
Iniciar tratamiento antibiótico con dicloxacilina 500 miligramos e higiene vulvo perineal dos veces al día
Si no hay signos de mejoría en dos días y se presenta signos de absceso, referir a un establecimiento con funciones obstétricas esenciales |
| 5. Descartar infecciones no obstétricas | Ver acciones para descartar infecciones intercurrentes.
Buscar signos de trombosis en extremidades inferiores. |

MANEJO DE LA ENDOMETRITIS PUERPERAL

- | | |
|--|---|
| 1. Ante la presencia de: <ul style="list-style-type: none"> ▸ Síndrome febril. ▸ Loquios mal olientes. ▸ Dolor en hipogastrio con o sin signos peritoneales. ▸ Dolor a la movilización de cérvix. ▸ Salida por orificio cervical de restos con mal olor o pus. ▸ Sub involución uterina ▸ Dolor a la palpación uterina | <ul style="list-style-type: none"> ▸ Colocar vía endovenosa con Cloruro de Sodio al 9x1000 y agregar ocitocina 20UI ▸ Iniciar tratamiento antibiótico de amplio espectro por vía endovenosa con: <ul style="list-style-type: none"> - Ampilicina 2gr EV cada 6 horas o Penicilina G sódica 4 millones UI EV cada 4 horas - Cloramfenicol 1 gr EV cada 8 horas o Metronidazol 500 miligramos endovenosa cada 6 horas o Clindamicina 600 miligramos endovenoso diluido en 50 mililitros cada 8 horas - Gentamicina 5 mg/Kg de peso corporal EV cada 24 horas. ▸ De no tener capacidad resolutive referir a un establecimiento con funciones obstétricas esenciales |
| 2. En el establecimiento con capacidad resolutive esencial, continuar tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> ▸ Solicitar exámenes de laboratorio: grupo y Rh, hemoglobina-hematocrito, hemograma, pruebas cruzadas, cultivos y coloración de GRAM de secreciones, pruebas hepáticas, úrea, creatinina, pruebas de coagulación, fibrinógeno. ▸ Controlar la diuresis ▸ Si se sospecha retención de restos hacer extracción de los mismos mediante escobillonaje y legrado uterino con legra puerperal ▸ Después de 48 horas sin fiebre , suspender la antibióticoterapia puesto que no es necesario dar más antibióticos ▸ Si todavía hay fiebre a las 72 horas de iniciada la antibioterapia, reevalúe el caso, revise el diagnóstico y de ser necesario cambie la terapéutica |
| 3. Si no hay mejoría en 48 horas o la evolución es desfavorable o hay signos de hipotensión o abdomen peritoneal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Considerar Sepsis o Shock Séptico 2. Si hay shock séptico iniciar inotrópicos en unidad de cuidados intensivos 3. Cumplir con el resto del manejo del ítem anterior 4. Evacuación del foco infeccioso mediante laparotomía exploratoria para histerectomía, tratando de conservar ovarios si no lucen comprometidos, luego de haber iniciado antibióticos y haber corregido la hipotensión. |

MANEJO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

- 1. Si hay molestias urinarias: disuria, polaquiuria y tenesmo vesical**
 - Considerar el diagnóstico de cistitis
 - Tomar muestra de orina para urocultivo, antibiograma y recuento de colonias
 - Indicar que tome más líquidos y evitar retener mucho tiempo la orina.
 - Iniciar antibióticos:
 - Ampicilina 500 miligramos cada 6 horas por 7 días por vía oral o,
 - Cefalosporinas: cefalexina 500 miligramos cada 6 horas por 7 días por vía oral o,
 - Nitrofurantoína 100 miligramos vía oral cada 6 horas por 7 días
 - Continuar con el antibiótico o cambiarlo de acuerdo al resultado del urocultivo
- 2. Si hay fiebre, puño percusión lumbar positiva y molestias urinarias**
 - Considerar el diagnóstico de Pielonefritis
 - Colocar vía endovenosa con Cloruro de Sodio al 9‰
 - Iniciar tratamiento antibiótico de amplio espectro por vía endovenosa con:
 - Ampicilina 2 gr EV cada 6 horas o Cefalotina 1 gr EV cada 6 horas +
 - Gentamicina 5 mg/Kg de peso corporal EV cada 24 horas o amikacina 1 gr EV cada 24 horas
 - De no tener capacidad resolutive referir a un establecimiento con funciones obstétricas esenciales
- 3. En el establecimiento con capacidad resolutive esencial, continuar tratamiento**
 - Solicitar exámenes de laboratorio: grupo y Rh, hemoglobina-hematocrito, hemograma, pruebas cruzadas, cultivos y coloración de GRAM de secreciones, pruebas hepáticas, úrea, creatinina, gases en sangre, pruebas de coagulación, fibrinógeno.
 - Controlar la diuresis
 - Después de 48 horas sin fiebre continuar con antibióticoterapia por vía oral por 14 días
- 4. Si no hay mejoría en 48 horas o la evolución es desfavorable o hay signos de hipotensión**
 - Considerar Sepsis o Shock Séptico
 - Si hay shock séptico iniciar inotrópicos en unidad de cuidados intensivos
 - Continuar con el resto del manejo del ítem anterior.
- 5. En el caso de infección del tracto urinario a**
 - Considerar el uso de antibióticoterapia profiláctica con ampicilina 500 miligramos por día o nitrofurantoína 100 miligramos por día hasta el final del embarazo

MANEJO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO RESPIRATORIO

- 1. Examinar orofaringe:**
De haber pus
 - Considerar el diagnóstico de traqueobronquitis
 - Indicar Hidratación oral
 - Indicar analgésicos: paracetamol o diclofeneco
 - Iniciar antibióticos: amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral, o estearato de eritromicina 500 miligramos cada 6 horas por 7 días o

cefalosporina 500 miligramos cada 6 horas via oral

- 2. Si hay signos de crépitos y sub crépitos**
 - Considerar el diagnóstico de Neumonía
 - Administrar una primera dosis de penicilina G sódica 4,000,000 UI endovenosa
 - Si el establecimiento no está en capacidad de realizar manejo, referir inmediatamente para hospitalización en establecimiento con funciones obstétricas esenciales
 - Continuar Penicilina G sódica 4,000,000 UI endovenoso cada 4 horas
 - Después de 48 horas sin fiebre continuar con antibióticoterapia por vía oral por 7 días: amoxicilina 500 miligramos cada 8 horas vía oral, , o estearato de eritromicina 500 miligramos cada 6 horas por 7 días o cefalosporina 500 miligramos cada 6 horas via oral
- 3. Si tiene tos con expectoración por más de dos semanas y no luce agudamente enfermo**
 - Se deberá pedir dos baciloscopías
 - Si la baciloscopía es positiva, solicitar tratamiento para tuberculosis según normas del MINSA
- 4. De lucir severamente comprometida, tener disnea importante o cianosis,**
 - Si el establecimiento no está en capacidad de realizar manejo, referir inmediatamente y hospitalizar en establecimiento con funciones obstétricas esenciales
- 5. En caso de presentar roncales y sibilantes**
 - Considerar el diagnóstico de asma bronquial
 - Iniciar tratamiento con nebulizaciones con Fenoterol y continuar con el tratamiento según normas del MINSA

MANEJO DE GESTANTE CON MALARIA

Para mayor información consulte las normas del MINSA para el tratamiento de Malaria.

Mujer con síndrome febril en zona endémica:

- 1. Proceder a realizar gota gruesa**
 - Interpretar según tabla tratamiento según resultado de gota gruesa.
- 2. Dar tratamiento correspondiente**
 - Ver tabla adjunta.

El uso de la Primaquina está contraindicado por el daño que puede hacer al feto.

Tratamiento de Malaria en Gestantes:

Por *Plasmodium vivax*, *Plasmodium falciparum* y *Plasmodium malarie*:

Cloroquina:	1 día	4 tabletas (600 mg) 10 mg/kg de peso corporal
	2 días	4 tabletas (600 mg) 10 mg/kg de peso corporal
	3 días	2 tabletas (300 mg) 5 mg/kg de peso corporal

Semanalmente hasta el parto, 2 tabletas (300 mg) 5 mg/kg de peso corporal

Después del parto, Primaquina 1 tableta por 14 días. Para *P. falciparum* dar 1 sola dosis de 45 mg

Tratamiento de Malaria por *Plasmodium falciparum* resistente a la cloroquina, en gestantes.

*Mañanas:	Quinina 10 mg/kg	desde día 1 hasta el 7 inclusive
	Clindamicina 10 mg/kg	desde día 3 hasta el 7 inclusive
*Tardes:	Quinina 10 mg/kg	desde día 1 hasta el 7 inclusive
*Noches:	Quinina 10 mg/kg	desde día 1 hasta el 7 inclusive
	Clindamicina 10 mg/kg	desde día 3 hasta el 7 inclusive

Si se trata de una malaria grave-complicada, dar el tratamiento endovenoso.

Quimioprofilaxis en la Gestante

* Cloroquina, 2 tabletas una vez por semana, desde una semana antes de la exposición y continuar hasta 6 semanas después de haber salido del área de riesgo.

* **Después del parto** se debe administrar primaquina 1 tableta de 15 mg por día, por 14 días.

DOLOR ABDOMINAL

Dolor abdominal con o sin irritación peritoneal.

MANEJO

- 1. Si la mujer se encuentra afebril**
 - Descartar:
 - Aborto en curso
 - Embarazo ectópico
 - Desprendimiento prematuro de placenta
 - Rotura uterina
 - Quiste de ovario a pedículo torcido
 - Litiasis renal
 - Leiomioma degenerado
- 2. Si hay fiebre buscar dolor en abdomen y región lumbar**
 - Puño percusión lumbar (+), Ver manejo de pielonefritis
 - En dolor abdominal difuso, considerar Aborto Séptico
 - En dolor en hemiabdomen derecho considerar: apendicitis aguda, Colecistitis aguda, y solicitar interconsulta a cirugía.
- 3. Hospitalizar**
 - Iniciar manejo según posibilidad diagnóstica.
 - De no estar en capacidad para realizar el manejo, referir inmediatamente
 - En sospecha de apendicitis, el tratamiento debe realizarse en un hospital con capacidad quirúrgica las 24 horas al día
 - De confirmarse el diagnóstico, se debe proceder a una laparotomía exploratoria, con la incisión que le ofrezca el mayor campo operatorio y con la cual se sienta más seguro el cirujano
 - En el pre y post operatorio se debe usar tocolítics
 - En sospecha de colecistitis brindar manejo médico e interconsulta a Cirugía

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Contracciones cada 3-5 minutos antes de las 37 semanas de gestación, con o sin cambios en el cuello uterino.

MANEJO

- 1. Confirmar tiempo de gestación** Calcular edad gestacional por fecha de última regla (menstruación), altura uterina y/o por ecografía obstétrica (si la tuviera).
- 2. Evaluar el abdomen** Dinámica uterina.
Maniobras de Leopold para determinar presentación.
Descartar embarazo gemelar.
- 3. Estimar peso fetal y tratar de valorar madurez pulmonar** Medir altura uterina y ver si corresponde con edad gestacional.
De ser posible ecografía.
De estar capacitado y contar con equipo apropiado considerar amniocentesis para ver madurez pulmonar.
- 4. Evaluar vagina y periné** Si hay presencia de sangrado, seguir el manejo de hemorragia obstétrica.
Si hay presencia de líquido amniótico, seguir el manejo de rotura prematura de membranas.
- 5. Evaluar dilatación cervical** Si hay dilatación cervical prepararse para la atención del parto; en caso de no contar con capacidad resolutive referir inmediatamente.
En caso de gestación menor de 35 semanas, aplicar corticoides
Ante sospecha de placenta previa no realizar tacto vaginal.
- 6. Hospitalización** Instalar a la gestante en un ambiente tranquilo, sin estímulos. Sedarla
Hidratar con 1 litro de agua por vía oral en 30 minutos o colocar una vía endovenosa para administrar 500 mililitros de cloruro de sodio al 9 % en 60 minutos.
- 7 Investigar la causa del parto prematuro** Buscar foco infeccioso, antecedentes de parto prematuro, pérdida de líquido.
- 8. Verificar sino existen contraindicaciones para iniciar tocolisis** **Contraindicaciones :**
 - Rotura prematura de membranas
 - Corioamnionitis
 - Retraso severo del crecimiento fetal
 - Obito fetal
 - Hemorragia vaginal
 - Anomalía congénita no compatible con la vida
 - Fase activa de trabajo de parto
- 9. Iniciar tocolisis si persisten contracciones luego de hidratación** **• Betamiméticos**
 - **Clorhidrato de isoxuprina:**
Administrar 100 miligramos (10 ampollas) en 500 mililitros de NaCl 0.9%. Iniciar a una velocidad de infusión de 10 gotas por minuto y aumentar 5 gotas cada 15 minutos (hasta un máximo de 50 gotas por minuto), hasta que las contracciones uterinas hayan cesado.

▸ **Ritodrina :**

Administrar 50 miligramos (una ampolla) en 500 mililitros de NaCl 0.9‰, iniciar a una velocidad de infusión de 0.05 miligramos (10 gotas), aumentar 10 gotas cada 15 minutos (hasta un máximo de 60 gotas), hasta que las contracciones uterinas hayan cesado.

▸ **Salbutamol :**

Administrar 10mg en 1litro de Na Cl 0.9‰ EV a 10 gotas por minuto, incrementar cada 30 minutos 10 gotas hasta que cesen las contracciones.

Cuando la frecuencia cardíaca materna sea mayor de 120 por minuto, la frecuencia cardíaca fetal mayor de 160 por minuto y la presión arterial menor de 90/55 mm Hg. disminuir o suspender el goteo

Antinflamatorios no esteroideos

El más usado es la indometacina 100 miligramos por vía oral o rectal, luego 25 mg cada 6 horas por 48 horas.

Corticoides en embarazos que tengan 28 a 34 semanas en una sola aplicación que consiste en: Betametasona 12 miligramos intramuscular cada 24 horas dos dosis ó Betametasona 6 miligramos intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis.

SUFRIMIENTO FETAL AGUDO

Gestante acude porque no siente que se mueve el feto, después de las 28 semanas, o en el examen clínico se detecta alteraciones en la frecuencia de los latidos fetales.

MEDIDAS GENERALES

1. Realizar un examen clínico buscando evidencias de sufrimiento fetal

Buscar signos:

- Frecuencia cardíaca fetal mayor de 180 o menor de 100 por minuto, persistente, monitorizar. Es necesario ponerse en alerta con una frecuencia mayor de 160 o menor de 120
- Presencia repetida de caída en más de 20 latidos de la frecuencia cardíaca fetal basal, inmediatamente después de la contracción uterina y que dura más de 15” (DIP II).
- Líquido amniótico teñido de meconio en una presentación cefálica, asociado a alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal. .

Si existen signos, continuar con el paso 2.

Si no hay evidencia clínica de sufrimiento fetal y gestante está en labor de parto hospitalizarla. Monitorizar labor

2. Confirmar el diagnóstico con métodos auxiliares

De ser posible confirmar el diagnóstico con monitor, Doppler o ecografía.

La evaluación de gestantes con patología obstétrica debe ser realizada en un establecimiento con capacidad quirúrgica las 24 horas.

Si hay confirmación, continuar con el paso 3.

Si no hay evidencia clínica de sufrimiento fetal y gestante está en labor de parto hospitalizarla. Monitorizar labor

3. Realizar manejo de sufrimiento fetal

Manejo de sufrimiento fetal agudo:

1. Colocar vía con bránula N° 18 y pasar solución de cloruro de sodio al 9‰.
2. Poner a la gestante en posición decúbito lateral izquierda.
3. Evaluar funciones vitales de la madre y características de la dinámica uterina.
4. Identificar la causa: descartar sobre estimulación u otras patologías obstétricas.
5. De existir fiebre, baje la temperatura e identifique la causa.
6. Administrar oxígeno a la madre en forma permanente, con mascarilla o catéter nasal, a razón de 3 a 5 litros por minuto (oxígeno húmedo).
7. Si está siendo estimulada o inducida, suspender oxitocina.
8. Hacer el examen pélvico para determinar avance del trabajo de parto.
9. Observar el líquido amniótico, por emisión espontánea o por amniorrhexis, cuando la dilatación cervical esté avanzada y el polo de presentación encajado.
10. Corregir hipotensión materna si está presente.
11. Finalizar inmediatamente la gestación si persiste el sufrimiento fetal.
12. En embarazos con menos de 28 semanas, informe a la madre que las posibilidades de sobrevivida del feto son casi nulas, excepto en el caso que se tenga una unidad de cuidados intensivos neonatales.

De no estar en capacidad de cumplir todas las medidas, referir a la gestante a un establecimiento con capacidad resolutive las 24 horas

PARTO OBSTRUÍDO O DETENIDO

Gestante refiere trabajo de parto por más de 12 horas.

Gráfica del trabajo de parto está a la derecha de la curva de alerta del partograma.

MEDIDAS GENERALES

1. Descartar signos de alarma

Buscar signos de:

- Rotura uterina inminente: acinturamiento del útero (anillo de Bandl)
- Desproporción fetopélvica
- Sufrimiento fetal
- Mala presentación fetal o actitud de presentación

Si existe algún signo de alerta realizar cesárea.

Si no existe ningún signo, continuar con el paso 2

2. Evaluar dinámica uterina

Si palpa partes fetales durante la contracción o reducción de la frecuencia a menos de 2 contracciones en 10 minutos, realizar manejo de hipotonía o hiposistolia.

Si intensidad de las contracciones está aumentada o frecuencia aumentada (más de 5 contracciones en 10 minutos), realizar manejo de hipertonía o hipersistolia.

Si no se puede realizar una intervención quirúrgica, administre algún tocolítico para reducir la dinámica y refiera inmediatamente a la gestante, previo manejo inicial de la emergencia obstétrica.

- | | |
|--|--|
| 3. Manejo de hipotonía o hiposistolia | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evacuación vesical. 2. Hidratación con cloruro de sodio al 9 ‰ o dextrosa al 5 ‰ con una ampolla de hipersodio (200 mililitros a chorro). 3. Estimulación con oxitocina por vía endovenosa (ver inducción o estimulación del trabajo de parto en el módulo II, pag. 40). 4. Verificar bienestar fetal. 5. Evaluación a las 2 horas. Si progresión es normal continuar con parto vaginal, si progresión no es normal realizar cesárea. |
| 4. Manejo de hipertonia o hipersistolia | <ol style="list-style-type: none"> 1. Descarte problemas de hiperestimulación con oxitócicos o desprendimiento de placenta. 2. Hidratación con cloruro de sodio al 9‰. 3. Decúbito lateral izquierdo. 4. Verificar bienestar fetal. 5. Evaluación constante. Si el progreso es normal continuar con parto vaginal y si es anormal realizar cesárea. |

MANEJO DE PRESENTACIÓN PODÁLICA

En el caso de una presentación podálica, si en el establecimiento no hay personal capacitado para el manejo de esta presentación o posibilidad de realizar cesarea, referir a un establecimiento con capacidad resolutive.

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

Refiere pérdida de líquido por vagina antes del inicio del parto

MEDIDAS GENERALES

- | | |
|---|---|
| 1. Confirmar pérdida de líquido | <p>En examen físico, realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Visión directa al realizar maniobra de valsalva (pujar o toser) ▸ Examen con espéculo ▸ Exámenes auxiliares: Papel nitracina, prueba de Fern, cristalización de la muestra de secreción del fondo vaginal (helecho); requiere microscopio <ul style="list-style-type: none"> ▪ RPM no confirmada, continuar con atención prenatal. Descartar leucorrea o incontinencia urinaria. ▪ Rotura prematura de membrana confirmada, continuar con el paso 2. |
| 2. Hospitalizar | <p>Inicie el manejo de rotura prematura de membranas.
Continuar con el paso 3.</p> |
| 3. Descartar signos de infección intrauterina. No hacer tactos vaginales | <p>Solicitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hemograma ▪ Proteína C reactiva ▪ Amniocentesis para leucocitos y Gram. |

- Presencia de fiebre o pérdida de líquido con mal olor
- Monitorizar signos de corioamnionitis cada 4 a 6 horas fiebre, taquicardia, líquido amniótico con mal olor

4. Verificar edad gestacional y madurez fetal.

- Si existe signos de infección iniciar antibióticoterapia: Ampicilina 2 g EV cada 6 horas + Gentamicina 5 mg/Kg de peso corporal EV cada 24 horas. Si la mujer da a luz por vía vaginal interrumpa los antibióticos después del parto; pero si es sometida a cesarea, continúe con los antibióticos y agregue Metronidazol 500 mg EV cada 8 horas hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas

- Si no existen signos de infección, continuar con el paso 4.

Evaluar hallazgos de examen clínico.

Solicite ecografía (ver edad gestacional, perfil biofísico)

Realizar P. de Clements con líquido obtenido por amniocentesis.

- Feto tiene 35 semanas o más y se confirma madurez pulmonar. Continuar con el paso 5.
- Si tiene menos de 35 semanas y no hay signos de infección. Iniciar: Corticoides
Antibióticoterapia (Eritromicina 250mg caad 8 horas mas amoxicilina 500mg via oral cada 8 horas por 7 días)
Evaluación periódica (fetal e infección materna)
- Presencia de signos de infección, sufrimiento fetal o certeza de madurez pulmonar, continuar con el paso 5.

5. Terminar gestación

Si no hay contraindicaciones obstétricas y la gestante no está en sepsis, intentar inducción de parto y si fracasa la inducción proceder a cesárea.

GESTACIÓN MAYOR DE 40 SEMANAS

Refiere gestación de 41 ó más semanas de gestación.

MEDIDAS GENERALES

1. Evaluar edad gestacional

Verificar: última regla, régimen catamenial regular, no uso de anticonceptivos 6 meses previos al embarazo, No haber tenido hemorragia del primer trimestre.

- No existe duda de la fecha exacta de la UR, continuar con el paso 2.
- Existe duda de UR, continuar con el paso 3.

2. No existe duda de la fecha de la última menstruación

Evaluar:

- Latidos fetales
- Movimientos fetales
- Relación altura uterina/edad gestacional
- Ecografía: (edad y perfil biofísico)
- Test no estresante

- Si hay reducción de los movimientos fetales, o si hay hallazgos ecograficos que sugieren:

Desarrollo fetal deficiente (perímetro cefálico mayor que perímetro abdominal es probable que tenga cierto grado de desnutrición por postdatismo)

Placenta grado III (con signos de envejecimiento, calcificaciones)

Oligoamnios

Perfil biofísico menor de 6.

Ante estos hallazgos si las condiciones lo permiten inducir parto; si hay complicaciones materno-fetales realizar cesarea.

- Si los movimientos fetales están normales, o los hallazgos ecográficos no muestra alteraciones en el desarrollo fetal, placenta no envejecida, volumen de liquido amniótico normal o perfil biofísico mayor de 6 Sugerir estimulación de pezones y reevaluar en tres días. Si no hay progreso o hay reducción de movimientos fetales, inducir el parto si las condiciones lo permiten, o cesárea si hay complicaciones materno-fetales

3. Existe duda de la fecha exacta de la última menstruación

Tomar ecografía, para evaluar condiciones materno-fetales.

Si hay confirmación de feto a término, continuar con el paso 2.

No hay confirmación de feto a término continuar con la atención prenatal reajustando edad gestacional a fecha sugerida por la ecografía

ÓBITO FETAL

Ausencia de movimientos fetales. No se ausculta latidos fetales.

MANEJO

1. Identificar fetales

latidos

Evaluar actividad cardiaca de ser posible con Doppler o Ecografía

Evaluar bienestar fetal.

En lugares que no cuentan con ecógrafo pueden confirmar el obito fetal con Rx abdominal.

Actividad cardíaca ausente. Continuar con paso 2.

2. Evaluar perfil de coagulación

Solicitar fibrinógeno

- Si fibrinógeno es menor de 150 considerar manejo de coagulación intravascular diseminada antes de continuar con el paso 3.

- Si fibrinógeno es mayor de 150, continuar con el paso 3.

(Los valores normales de fibrinógeno, según el método utilizado: van de 150 a 400 y de 200 a 400).

De no ser disponible el fibrinogeno puede realizar prueba de retracción del coagulo.

3. Dar apoyo psicológico

Brindar apoyo emocional

Explique el problema a la gestante y familiares

Converse con ellos sobre el manejo.

Continuar con el paso 4.

4. Terminar gestación

▪ Realizar inducción del parto. Si esta es fallida realizar cesarea

▪ Evaluar presencia de signos de infección y/o de coagulación intravas-

cular diseminada (CID). Si presenta cualquiera de estos síntomas deberá realizar manejo correspondiente y finalizar inmediatamente la gestación por cesárea.

- 5. Determinar la etiología de la muerte fetal** ■ Solicitar autopsia de ser posible, para identificar si la causa de muerte puede repetirse en un siguiente embarazo.

INDUCCIÓN DEL PARTO EN ÓBITO FETAL

Condiciones: (son similares a las establecidas en el módulo II, pag 40)

- Presentación cefálica en fetos mayores de 28 semanas
- Feto único
- No evidencia de desproporción cefalopélvica
- Control estricto del bienestar materno

Contraindicaciones absolutas:

- Macrosomía fetal
- Hidrocefalia fetal
- Malpresentación fetal
- Embarazo múltiple
- Polihidramnios
- Deformidad pélvica marcada (ejemplo, secuelas de poliomielitis)
- Cicatriz uterina corpórea (cesárea o miomectomía)
- Antecedente de cesáreas

La inducción con el uso de oxitocina se puede consultar en el Módulo II, pag 40

El esquema ideal para inducir el parto de un óbito es el uso de prostaglandinas.

INDUCCIÓN CON PROSTAGLANDINAS:

Se realizará solo en establecimiento con funciones obstétricas esenciales, de acuerdo al protocolo del establecimiento

Se debe administrar Misoprostol 25 ug en el fondo de saco vaginal posterior; repetir 25 ug a las 6 horas si no hay respuesta. Si no hay ninguna respuesta después de dos dosis de 25 ug, cumplidas las 6 horas aumente a 50 ug. No use más de 50 ug a la vez

No administrar oxitocina dentro de las 8 horas de haber usado misoprostol.

SOSPECHA DE RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

Disminución del crecimiento de fondo uterino (menos de un centímetro por semana o que esté por debajo del 10 percentil de la curva de crecimiento de AU para edad gestacional).

MANEJO

- 1. Identificar factores asociados** En Historia clínica:
- Identificación del grupo de mujeres con factores asociados (preeclampsia, desnutrición, anomalías congénitas, entre otras): 2/3 de todos los fetos con RCIU provienen de esta población.

2. Solicitar

Ecografía:

- Averiguar si tiene ecografía en el 1er. trimestre. Ya que esta precisará edad gestacional y servirá de parámetro de referencia para curva del crecimiento.
- Averiguar si tiene ecografía entre las 16 a 18 semanas o posteriores para detectar malformaciones fetales (21.8% de fetos con RCIU tienen una o más malformaciones).
- En gestantes con factores asociados se recomienda una ecografía cada 4 semanas hasta el parto. Si se encuentra evidencia de RCIU el intervalo se reduce a 2 semanas.
- La vigilancia por ultrasonido se basa en: DBP, circunferencia Cefálica y Abdominal. LF, LF/DBP, LF/CA, CC/CA, estimación del peso, placenta, volumen de líquido amniótico, índice ponderal, masa de tejido blando (circunferencia de muslo), movimiento respiratorio. LF=Longitud fémur. Circunferencia media del brazo (CMB)=8.6 cm. Neonatos con peso al nacer - 2500 grs. CMB=7.5 cms. neonatos con peso al nacer = 2000 grs. Diámetro cardiotorácico aumentando en prematuros con RCIU.
Múltiples parámetros anormales indican problemas más serios que un sólo parámetro anormal.

Alfa feto proteína sérica materna se eleva desde las 18 semanas en las gestantes con enfermedad relacionada con RCIU. (Es una ayuda para el diagnóstico, pero no debe ser un limitante en la atención prenatal)

En Establecimientos de mayor capacidad resolutiva se puede solicitar:

- Estriol urinario.
- Técnica del Doppler:
- Para medir el flujo sanguíneo en arterias uterinas, y en el feto en arteria umbilical, cerebral media, cava, aorta, etc.
- El ratio arteria cerebral, umbilical predice RCIU y resultado perinatal adverso con seguridad diagnóstica de 90%.
- Cordocentesis
- Ecocardiografía fetal
- Amniocentesis

3. Identificar signos de alarma

Reducción de movimientos fetales

Oligohidramnios

Si líquido amniótico está disminuído con bolsas íntegras, feto con riñón normal y vejiga llena, posibilidad de RCIU aumenta. También existe RCIU con polihidramnios.

Placenta grado III

En el 2do. Trimestre o tempranamente en el 3ro. Si a esto se agrega oligohidramnios la posibilidad aumenta.

Estriol urinario anormal

- 4. Indicar reposo absoluto y tratar la causa.**
- ▶ Hospitalización inmediatamente si se sospecha RCIU con signos de alarma.
 - ▶ Corregir la causa si fuera posible: Hipertensión, malnutrición, anemia, diabetes
 - ▶ Dejar hábitos nocivos (tabaco, marihuana, etc.)
 - ▶ Disminución de ingestión de cafeína por debajo de 300 mg/día.
 - ▶ Reposo en cama en DLI.

- 5. Monitoreo del bienestar fetal.**
- ▶ Observar ganancia de altura uterina (muy inespecífico) y percepción de los movimientos fetales por la gestante.
 - ▶ En gestante con signos de alarma hacer Pruebas de bienestar fetal: Prueba no estresante (TNE) 2 veces/sem., Prueba estresante (TE) semanal, perfil biofísico ecográfico según sea necesario (1 ó 2 veces semana o diario).

- 6. Evaluar momento para finalizar gestación**
- ▶ Se debe culminar el embarazo sí:
 - Pruebas de bienestar fetal se alteran
 - No incremento de altura uterina o tamaño fetal, independiente de la edad gestacional, con evidencias de disminución de movimientos fetales
 - Existe madurez pulmonar en feto con RCIU.
 - ▶ La vía de culminación se hará de acuerdo a las condiciones, siempre con monitoreo estricto.
 - ▶ Si la vía de parto es vaginal de debe administrar Oxígeno 7 litros x 1 minuto.
 - ▶ Amnioinfusión de solución salina al 9‰ a temperatura ambiente en fetos a término con oligohidramnios disminuyen la frecuencia y severidad de desaceleraciones variables en el 1ro y 2do estadio de trabajo de parto.

- ▶ Algunos estudios sugieren que dar Aspirina en baja dosis (100 a 150 mg) prevendría preeclampsia y RCIU. Se inicia a las 13 semanas hasta el final del embarazo, hay que tener cuidados por puede generar problemas hemorrágicos en el niño.

MODULO IV

ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO



ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO NORMAL

Actividades que se deben realizar con la finalidad de facilitar el período de transición entre la vida intrauterina y la vida neonatal.

ANTES DEL PARTO:

1. Determinar factores de riesgo:

Factores Pre-parto

Antes del nacimiento es importante reconocer los siguientes factores de riesgo:

- Edad materna mas de 35 y menos de 15 años
- Obesidad o desnutrición
- Anemia
- Diabetes mellitus o diabetes gestacional
- Hipertensión arterial inducida por la gestación
- Hipertensión arterial crónica
- Madre del grupo sanguíneo “O”
- Madre Rh negativa
- Infección materna: ITU, vulvovaginitis,
- Hemorragia en el segundo o tercer trimestre
- Infecciones intrauterinas crónicas
- Polihidramnios
- Oligohidramnios
- Antecedente de muerte fetal
- Gestación post término
- Gestación múltiple
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa
- Gestación de pretérmino
- RCIU
- Macrosomía fetal
- Cesárea electiva o de emergencia
- Presentación anormal: pie, cara, nalgas
- T de P prematuro
- RPM mayor de 24 horas
- Líquido amniótico meconial, purulento, fétido o mal oliente
- Parto precipitado
- Hipertonía uterina
- T de P prolongado
- Periodo expulsivo prolongado
- Patrón de frecuencia cardiaca fetal anormal: mas de 160 o menos de 120
- Uso de anestesia general en la madre
- Administración de sedantes o narcóticos a la madre dentro de las 4 horas antes del nacimiento
- Procúbito o prolapso de cordón

Factores intraparto

- DPP con sangrado durante el parto
- Placenta previa

Anticipación y preparación oportuna ante la presencia de los mismos.

2. Preparación del equipo de reanimación del recién nacido

La preparación mínima para recibir un parto incluye:

Una persona capacitada en atención del recién nacido normal y en reanimación neonatal. Idealmente deberían haber 2 personas capacitadas
Verificación de un equipo para atención inmediata y reanimación disponible y funcionando adecuadamente

Equipo de aspiración

- Pera de goma
- Aspirador mecánico
- Catéteres de aspiración 5 o 6, 8 10, 12 y 14 Fr
- Sondas de alimentación 8Fr y jeringas de 20cc

Equipo de bolsa y máscara

- Bolsa autoinflable (tipo Ambú) para reanimación con reservorio
- Máscaras faciales para recién nacidos a término y prematuros
- Cánula para vía aérea oral: para neonatos prematuros y a término
- Oxígeno (balón o empotrado) con flujómetro y manómetro

Equipo de intubación

- Laringoscopio con hojas rectas: N°0 (prematuros) y N° 1 (nacido a término)
- Focos y baterías de repuesto para el laringoscopio
- Tubos endotraqueales: calibre 2.5, 3.0, 3.5, 4.0 mm
- Tijeras
- Guantes estériles

Medicamentos

- Adrenalina al 1:1 000 ampollas de 1 cc
- Expansores de volumen, uno o más de los siguientes: plasma, solución salina normal, lactato de Ringer
- Bicarbonato de sodio al 8.4% amp 10cc
- Agua destilada, ampollas 10 cc
- Dextrosa 10% en AD
- Solución fisiológica (salina normal), fco.1000 cc

Misceláneas

- Mesa de 100 x 80 cm y una altura de 110 cm para atender al RN.
- Estetoscopio
- Equipo para cateterizar vena umbilical
- Espadrapo 1 o 3cc de ancho
- Jeringas descartables de 1cc, 3cc, 5cc, 10cc, 20cc, 50cc
- Agujas 25G, 23G, 21G, 18G
- Gasa, Alcohol,

Clamp umbilical, o cinta
 Catéteres umbilicales
 Llaves de 3 vías
 Sondas naso gástricas
 Lavado riguroso de manos y antebrazos con agua y jabón, utilizar mandilón y guantes estériles

3. Monitorizar frecuencia cardiaca fetal durante el expulsivo Control de frecuencia cardiaca fetal luego de cada contracción para identificar signos de sufrimiento fetal.

4. Ver presencia de líquido meconial Si hay líquido meconial, ver atención del recién nacido con líquido meconial

4. Prevención de la pérdida de calor

- Ambiente térmico adecuado:
- Temperatura ambiental mayor de 24 grados centígrados
- Ventanas cerradas
- Colocar estufas en ambientes fríos
- Evitar aire acondicionado
- Fuente de calor radiante:
 - Pueden ser estufas eléctricas de cuarzo ubicadas a unos 70 centímetros. No es conveniente colocar lámparas de color rojo, pues impiden apreciar en forma correcta, la coloración de la piel
 - Pueden colocarse 2 focos de 100 watts
 - Toalla precalentada para el secado

DESPUÉS DEL PARTO:

1. Prevención de pérdida de calor Secado con toalla precalentada.
 Cambiar los paños húmedos.

2. Permeabilizar vía aérea Posición de la cabeza: ligera extensión
 Aspirar secreciones sólo si hay líquido meconial o se escucha que hay mucho líquido en las vías respiratorias: primero boca, luego fosas nasales.

3. Evaluar si respira espontáneamente Si no respira espontáneamente o la ventilación es inadecuada, realizar estimulación táctil frotando el dorso del tórax o palmoteando los talones. Duración 1 ó 2 segundos.
 Si no hay respuesta ver atención del recién nacido asfixiado

4. Evaluar frecuencia cardiaca Adecuada mayor de 100 por minuto. Si es menor de 100, ver atención del recién nacido deprimido.

5. Evaluar color Rosado o cianosis periférica es normal y se continúa con la atención del recién nacido.
 Si está cianótico, ver atención del recién nacido deprimido.

6. Evaluar el tono muscular.

Nota: Los pasos 3, 4, 5 y 6 se deben realizar simultáneamente

7. Ligadura del cordón

Ligar con pinza elástica descartable (clamp), hilo grueso estéril o anillos de silastic (jebe), previamente preparado para evitar infección, a 1 ó 3 centímetros de la piel, seccionando el excedente con una tijera estéril distinta a la usada para la episiotomía. Aplique una solución yodada sobre la sección del cordón y envuélvalo con una gasa estéril.

8. Evaluar el APGAR al minuto

Ver tabla de puntuación de APGAR

9. Realizar contacto precoz con la madre dentro de los primeros 30 minutos por lo menos 30 minutos

Si el recién nacido y la madre están en buen estado, colocarlo en contacto piel a piel con su madre por lo menos 30 minutos e iniciar la lactancia materna. (Ver módulo de lactancia materna exclusiva). Evaluar el Apgar a los 5 minutos

10. Realizar profilaxis ocular y de enfermedad hemorrágica de Recién Nacido

Se puede aplicar solución de nitrato de plata al 1% o gotas de algún antibiótico para uso oftálmico.
Vit K 1 miligramo (0,1 mililitro) intramuscular.

11. Tomar la temperatura

La primera vez debe hacerse temperatura rectal porque permite medir la temperatura central y descartar imperforación anal. La temperatura debe oscilar entre 36.5 y 37.5

12. Peso, talla, perímetro cefálico, perímetro torácico e identificación del neonato

Colocar una pulsera en la muñeca con los datos de identificación (apellidos paterno y materno del recién nacido, fecha/hora del nacimiento y sexo), finalmente tomar la huella plantar del recién nacido y la del dedo índice materno que quedarán impresos en la historia clínica de la madre y del neonato.

13. Examinar al recién nacido, calcular edad gestacional

Descartar anomalías congénitas y signos de alarma del recién nacido
Para más detalles ver tabla de signos de alarma Evaluar presencia de dificultad respiratoria
Calcular edad gestacional según método de Capurro

14. Pasar a alojamiento conjunto.

Si el recién nacido no tiene signos de alarma, debe pasar inmediatamente con su madre, adecuadamente abrigado y asegurándose que el ambiente no esté frío. El personal de salud debe apoyar la lactancia materna exclusiva.
Observar el patrón respiratorio, color, actitud, postura y tono del recién nacido.
Sólo deberá bañarse al recién nacido si se contaminó con heces maternas o después de haber transcurrido por lo menos 12 horas.
Controle que la temperatura axilar del recién nacido esté entre 36.5 y 37.5°C.

PUNTAJE DE APGAR





PUNTAJE DE APGAR

Signo	0	1	2
LATIDOS CARDIACOS POR MINUTO	Ausente	Menos de 100	100 ó más
RESPIRACION	Ausente Flaccidez	Irregular Flexión	Regular ó Llanto Movimientos
TONO MUSCULAR		Moderada de Extremidades	Activos
IRRITABILIDAD REFLEJA	Sin Respuesta	Muecas	Llanto Vigoroso
COLOR DE PIEL Y MUCOSAS	Palidez ó Cianosis Generalizada	Cianosis Distal	Rosado

Valoración:

RN normal	7 – 10
RN deprimido moderado	4 – 6
RN deprimido severo	0 - 3

EVALUACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL DEL NEONATO. MÉTODO DE CAPURRO

FORMA de la OREJA	Chata - Deforme pabellón incurvado  0	Pabellón parcialmente incurvado en el borde superior  5	Pabellón incurvado en todo el borde superior  10	Pabellón totalmente incurvado  24	
TAMAÑO de la GLANDULA MAMARIA	No palpable  0	Palpable: Menor de 6 mm  5	Palpable: Entre 5 y 10mm  10	Palpable: Mayor de 10 mm  15	
FORMACION del PEZON	Apenas visible sin aureola  0	Diámetro menor de 7.5 mm. aureola uso y chata  5	Diámetro mayor de 7.5 mm. Aureola puntada Borde no levantado  10	Diámetro mayor de 7.5 mm. Aureola puntada Borde levantado  15	
TEXTURA DE PIEL	Muy fina Gelatinosa  0	Fina Lisa  5	Más gruesas Descamación Superficial Discreta  10	Gruesas Grietas Superficiales Descamación en manos y pies  15	Gruesas Grietas profundas apergaminaadas  20
PLIEGUES PLANTARES	Sin pliegues Surcos Lineas bien definidas Lineas mal definidas  0	Marcas mal definidas en la 1/2 anterior.  5	Marcas bien definidas en la 1/2 anterior. Surcos en 1/2 anterior  10	Surcos en la 1/2 anterior  15	Surcos en más de la 1/2 anterior  20









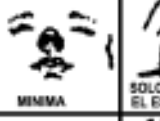

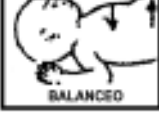




La edad gestacional se calcula sumando todos los puntajes parciales +240

Tener un error de estimación de ± 18 días (95% de confianza)

Interpretación:

- Pretérmino: < de 37 semanas
- A término: 37 a < 42 semanas
- Postérmino: \geq 42 semanas

PUNTUACIÓN DE SILVERMAN - CRITERIOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

	ELEVACION DEL TORAX Y DEL ABDOMEN	DEPRESION INTERCOSTAL EN LA INSPIRACION	RETRAXION DEL XIFOIDES	DILATACION DE LAS ALAS NASALES	GEMIDO ESPIRATORIO
GRADO 0	 SINCRONIZADAS	 NO EXISTE	 AUSENTE	 AUSENTE	 NO EXISTE
GRADO 1	 POCA ELEV. EN INSP.	 AFENAS VISIBLE	 AFENAS VISIBLE	 MINIMA	 SOLO AUDIBLE CON EL ESTETOSCOPIO
GRADO 2	 BALANCED	 MARCADA	 MARCADA	 MARCADA	 AUDIBLE SIN EL ESTETOSCOPIO

Interpretación:

- Puntaje (8 – 10):
Dificultad respiratoria severa
- Puntaje (4 – 7):
Dificultad respiratoria moderada
- Puntaje (1 – 3):
Dificultad respiratoria leve

Puntuación de Silverman. Criterios de dificultad respiratoria. Corresponde a la suma de los puntajes (0,1 ó 2) obtenidos en cada signo según este ausente, moderada o francamente presente respectivamente. Modificado de Silverman W.A. y Andersen D.H. Pediatrics 17: 1.1956

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva, durante los primeros seis meses de la vida, con la introducción de alimentación complementaria a partir de esta edad y continuación de la lactancia materna por lo menos hasta los dos años.

La etapa neonatal es crítica para el inicio y establecimiento exitoso de la lactancia materna exclusiva, objetivo fundamental que deben cumplir los proveedores de salud de todos los niveles de atención.

El contacto piel a piel y el inicio temprano de la lactancia materna con técnicas adecuadas ha demostrado tener significativa influencia sobre la duración y el establecimiento exitoso de la lactancia materna.

EN SALA DE PARTOS

1. Si el recién nacido y la madre están en buen estado, coloque al niño desnudo y seco en contacto piel a piel con el torso de su madre durante por lo menos 30 minutos, cubierto el dorso y la cabeza con un campo seco y estéril para prevenir la pérdida de calor.

El (La) responsable de la atención del recién nacido debe informar a la madre :

- a) Que su hijo(a) se encuentra en buenas condiciones y por tanto podrá permanecer con ella para que le ofrezca el pecho lo más pronto posible.
- b) Que al inicio viene un líquido amarillento que es la primera leche y se llama calostro. Reforzar que es muy nutritivo (alimenticio) y que sirve como una “primera vacuna” pues protege al recién nacido contra muchas enfermedades.
- c) En los primeros días es muy importante dar el pecho al bebé por lo menos cada dos horas, para así asegurar una buena producción de leche

2. Observe al niño con frecuencia.
3. En todo recién nacido por parto vaginal, transcurridos por lo menos 30 minutos del contacto piel a piel proceda a completar los pasos 10, 11, 12 y 13 del procedimiento de “Atención Inmediata del Recién Nacido Normal”
4. Si el recién nacido no tiene signos de alarma, vístalo y trasládalo con su madre al alojamiento conjunto hasta el momento del alta.

EN LA SALA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO:

1. Observe **por lo menos una sesión** de amamantamiento por turno.
2. Asegúrese que la madre sostiene correctamente el pecho:
 - a) Mano en “C” : el pulgar arriba y los otros 4 dedos abajo pegados a la base del pecho, o
 - b) Mano con dedos índice y medio “en tijeras”, ampliamente separados
 - c) Tanto en a) como en b) debe cuidarse que los dedos no toquen ni compriman la aréola.
- 3) Apoye a la madre para que el recién nacido adopte una adecuada posición y agarre.

Características de una buena posición:

 - a) La madre se siente cómoda y está relajada
 - b) El brazo del bebé se coloca hacia abajo rodeando el tórax de la madre, a fin de que no se interponga entre el cuerpo del recién nacido y el pecho materno
 - d) La cabeza y el cuerpo del recién nacido están alineados.
(La cabeza no debe estar flexionada, porque ello impide un agarre adecuado)
 - e) La cara del bebé debe quedar frente al pecho
 - f) La madre debe mantener el cuerpo del bebé pegado a su propio cuerpo
 - g) La cabeza del bebé debe apoyarse en la flexura del codo de la madre, el brazo de ella sostendrá todo el cuerpo del bebé, de modo que la mano de ella sostenga las nalgas del recién nacido.

Características de un buen agarre:

 - a) La boca está bien abierta, con los labios hacia fuera (evertidos)
 - b) Nariz, mejillas y mentón tocando el pecho o muy cerca de él
 - c) La boca del recién nacido abarca la mayor parte de la areola (no sólo la punta del pezón)
 - d) Se ve más areola en la parte superior que en la inferior
4. Felicite a la madre por lo que ésta haciendo correctamente y bríndele apoyo sólo en lo que sea necesario para cumplir con los pasos 2 al 5.
5. Recomiende a la madre que despierte al recién nacido, si han pasado más de dos horas desde la última lactada o antes si muestra señales de querer mamar.
6. Recomiende a la madre dar de preferencia los dos pechos, comenzando siempre por el que terminó la última vez.
7. Recuerde a la madre que para lograr una lactancia efectiva el recién nacido debe ser colocado al pecho aligerado de abrigo, porque si no se dormirá rápidamente y no obtendrá suficiente leche. (Retirar el gorro, los guantes y las frazadas durante la puesta al pecho)
8. Enseñe a la madre a reconocer las señales más frecuentes que da el recién nacido para ponerlo al pecho:
 - a) Movimientos de succión
 - b) Sonidos de succión

- c) Otros sonidos suaves o suspiros
- d) Movimientos de la mano hacia la boca
- e) Movimientos rápidos de los ojos
- f) Intranquilidad

Recuerde que el llanto es una señal tardía de hambre

9. La visita médica al recién nacido debe realizarse en la sala de alojamiento conjunto. Es una oportunidad ideal para que el médico refuerce las buenas técnicas de amamantamiento y el apoyo a la lactancia materna exclusiva, absolviendo además las preguntas de la madre.

RECOMENDACIONES AL ALTA

1. Ningún recién nacido debe ser dado de alta si antes no se ha verificado y registrado en la historia clínica la observación de por lo menos DOS sesiones correctas de amamantamiento.
2. Asegúrese que la madre sabe lo siguiente:
 - a) Técnica de extracción manual de la leche.
 - b) El recién nacido lacta aproximadamente 15 ó mas minutos en cada pecho. En ocasiones puede quedar satisfecho con un pecho, en cuyo caso en la siguiente lactada deberá comenzar con el otro pecho.
 - c) Las mamadas en 24 horas deben ser entre 10 y 12.
 - d) Los recién nacidos deben hacer por lo menos 3 deposiciones en 24 horas, pero a menudo hacen deposición cada vez que toman pecho. (Tener en cuenta que después del mes algunos lactantes normales pueden dejar de hacer deposiciones varios días).
 - e) Las deposiciones meconiales cambian progresivamente a amarillo verdosas y hacia el día 4 de vida son semilíquidas y de color amarillo.
 - f) A partir del día 4, los recién nacidos orinan por lo menos 6 veces en 24 horas.
3. Informe a la madre sobre los peligros de dar biberones:
 - a) Interfieren con el éxito de la lactancia materna.
 - b) Disminuyen la producción de leche materna al disminuir la frecuencia de succión del pecho.
 - c) Confunden al bebe por mecanismo de succión diferente.
 - d) Son fuente probada de infecciones, especialmente diarreas.
 - e) Las leches artificiales pueden producir alergias y no protegen al bebé contra infecciones, las agüitas no son alimento y no nutren al bebe.
4. Asegúrese que la madre conoce adonde acudir (sistema de apoyo que tiene su establecimiento), en caso se le presenten dificultades o dudas sobre la lactancia.
5. Cita de control dentro de la primera semana de vida.

SIGNOS DE ALARMA DEL RECIÉN NACIDO

Signos	Factores de riesgo	Patología Probable
1. Dificultad Respiratoria (frecuencia respiratoria mayor de 60 por minuto y/o presencia de retracción intercostal o quejido).	Cesárea sin labor de parto	Respiratoria Taquipnea transitoria
	Líquido meconial	Síndrome de aspiración meconial
	RCIU	
	Post madurez	Síndrome aspirativo
	Líquido hemorrágico	Membrana hialina
	Prematuridad	Taquipnea transitoria
	Fiebre materna	Neumonía
2. Cianosis central (de mucosas)¹	Corioamnionitis	
	ITU materna	
	Ventilación asistida	Neumotórax
		No respiratoria: Anemia, policitemia, hipoglicemia, cardiopatía congénita, hemorragia intracraneana, sepsis, meningocelalitis y otras
	Líquido meconial	Síndrome de aspiración meconial
	Post madurez	Membrana hialina
	Prematuridad	Neumonía
3. Palidez	Fiebre materna	
	Corioamnionitis	
	Ventilación asistida	Neumotórax
		Síndrome aspirativo
		No respiratoria: Cardiopatía congénita
	Parto domiciliario: técnica inadecuada de atención del RN	Anemia
	Ligadura inadecuada del cordón umbilical	Asfixia
	Deficiencia de vitamina K	Shock (llenado capilar a la presión de la piel mayor de 2 segundos)
	Embarazo gemelar: transfusión feto-fetal	
	Incompatibilidad de grupo-Rh	
Hemorragia del tercer trimestre		
Depresión neonatal		
Trauma obstétrico: cefalo hematoma, ruptura de viscera, ruptura de cordón		
Toma de muestras excesivas en prematuridad		

Signos	Factores de riesgo	Patología probable
9. Vómitos, residuo gástrico alimentario o bilioso, distensión abdominal	Líquido amniótico meconial Deglución de sangre materna Polihidramnios	Gastritis Estenosis pilórica Atresia duodenal Sepsis
10. Heces con sangre	Prematuridad Asfixia neonatal Uso de biberón Disentería Deglución de sangre materna	Enterocolitis necrotizante (Diarrea bacteriana)

ALTA DEL RECIEN NACIDO NORMAL

Siempre que sea posible el recién nacido debe ser dado de alta junto con su madre. La decisión para proceder al alta del recién nacido debe ser **individualizada**.

Requisitos

1. Signos vitales (respiración, frecuencia cardíaca y temperatura) estables durante las 12 horas anteriores y en el momento del alta
2. Observación y verificación de por lo menos 2 sesiones correctas de amamantamiento
3. Madre conoce las recomendaciones señaladas como requisitos para el alta en la guía de Lactancia Materna Exclusiva
4. Recién nacido ha pasado meconio y ha miccionado
5. Signos de alarma ausentes
6. Madre informada sobre los cuidados e higiene del recién nacido
7. Madre conoce los signos de alarma del recién nacido
8. Recién nacido ha recibido BCG y hepatitis B
9. Se ha realizado la pelmatoscopia
10. Indicaciones para el control del recién nacido dentro de los primeros 7 días de vida

En los casos excepcionales en que la madre debe permanecer hospitalizada con una patología grave y se decide el alta del recién nacido, es requisito indispensable la autorización escrita de la madre o un familiar directo y el visto bueno del Director del Establecimiento.

ALTA PRECOZ

Es el alta de todo recién nacido menor de 24 horas de vida.

Requisitos:

- Todos los requisitos señalados en los numerales 1 al 9 del alta del recién nacido
- Valoración de factores perinatales de riesgo
- Ausencia de ictericia
- Cita dentro de las 48 horas

¹ Para mayor detalle del manejo ver atención del recién nacido asfixiado (Módulo Emergencias Neonatales)

MODULO V

ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS
NEONATALES



ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO CON LIQUIDO MECONIAL MANEJO

1. Aspiración intraparto al momento de salir la cabeza	Usar sonda de aspiración N° 12 o 14 Aspirar primero la boca y orofaringe, luego las fosas nasales hasta que no haya más líquido meconial. Tratar de sostener la cabeza para que no salga el resto del cuerpo hasta haber terminado la aspiración intraparto.
2. Aspiración postparto	No estimular al recién nacido. Colocarlo en la mesa de atención y observar si tiene esfuerzo respiratorio adecuado. Si el líquido es fluido y el neonato luce vigoroso, continuar con el manejo de rutina. Si el esfuerzo respiratorio es inadecuado: <ul style="list-style-type: none">– Proceder a realizar laringoscopia e intubar para la aspiración traqueal– Si no hay laringoscopio, aspirar hipofaringe, lo mejor posible con una sonda gruesa (N° 12 o más)– La succión traqueal es probablemente mejor realizada si se aplica directamente a un tubo endotraqueal. Una vez que el tubo ha sido insertado, se debe aplicar succión continua mientras éste se va retirando
3. Secar al recién nacido	Si hay hipoxia proceder según atención del recién nacido asfixiado .
4. Evaluar esfuerzo respiratorio	Ver tabla de Silverman.
5. Si el esfuerzo respiratorio no es adecuado proceder a la atención del recién nacido deprimido	Ver atención del recién nacido deprimido.

SI EL ESFUERZO RESPIRATORIO ES ADECUADO, LUEGO DE SECARLO, PERMEABILIZAR VÍA AÉREA Y CONTINUAR CON LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO NORMAL.

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO DEPRIMIDO

Para reanimar al recién nacido debe haber no menos de dos personas entrenadas.

Al examen el recién nacido presenta:

- Cianosis
- No respira o tiene dificultad respiratoria
- No tiene buen tono muscular

MANEJO

- 1. Rápidamente evaluar si se completó todo el proceso de atención del recién nacido**
- Recibir al recién nacido en campo estéril pre calentado
 - El recién nacido está bajo una fuente de calor radiante (ejem: lámparas).
 - Posición de la cabeza (ver gráfico).
 - Succión de boca, luego nariz.. Succionar tráquea si hay líquido meconial.
 - Secar en forma vigorosa.
 - Estimulación táctil.
 - Abrigue con campos secos al RN
- Esta etapa no debe demorar mas de 30 segundos

2. Evaluar si tiene respiración espontánea	No hay respiración espontánea	Ventilación a presión positiva con oxígeno al 100 %, luego de 30 segundos pasar al paso 3.
	Si hay respiración espontánea	Realizar paso 4
3. Evaluar frecuencia cardíaca	Frecuencia mayor de 100 por minuto y hay respiración espontánea	Realizar paso 4
	Frecuencia de 60 a 100 por minuto	Si la frecuencia aumenta continuar con ventilación hasta que el color de la piel y mucosas sea rosada y hasta que la frecuencia cardíaca sea mayor de 100. Si la frecuencia cardíaca no aumenta continuar ventilación e iniciar masaje cardíaco. Si se encuentra solo no deje de ventilar para dar el masaje. Si luego de 30 segundos tiene menos de 80 latidos por minuto, realizar paso 6
	Frecuencia menos de 60	Mantener ventilación asistida e iniciar masaje cardíaco. Si luego de 30 segundos no hay mejoría, realizar paso 5.

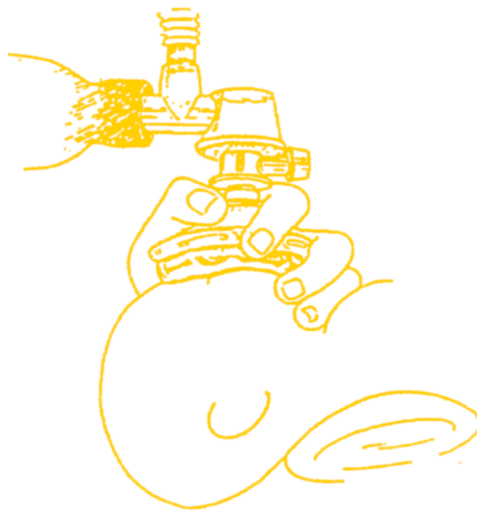
4. Evaluar el color de la piel del recién nacido	Si está rosado o con acrocianosis	Observar y monitorizar
	Azul o con cianosis central	Administrar oxígeno a flujo libre
5. Intubación endotraqueal	Colocar tubo endotraqueal	Dar masaje cardíaco por 30 segundos y administrar oxígeno. Controlar frecuencia cardíaca, si es 60 por minuto o menos pasar al paso 6
6. Iniciar medicación con adrenalina para reanimar al recién nacido	Aplicar adrenalina 0.1 a 0.3 ml por kilo. Empezar con la dosis mas baja en bolo endovenoso o por el tubo endotraqueal. Repetir cada 3 a 5 minutos de ser necesario	Prepara 0.1 ml de adrenalina al 1‰ más 0.9 ml de suero fisiológico y administrar según lo ya mencionado
	Evaluar frecuencia cardíaca en 30 segundos	Si es mayor de 100 discontinuar medicación y evaluar si respira en forma espontánea. Si es menor de 100 considerar sangrado, hipovolemia o acidosis metabólica. Pasar al paso 7.
7. Administrar expansores de volumen y bicarbonato	Expansores de volumen (sangre total o latato ringer o solución salina) 10 ml por kilo de peso Precaución: El bicarbonato puede ocasionar hemorragia intracraneana	Preparar en una jeringa de 40 mililitros, administrar por vía endovenosa umbilical en 5 a 10 minutos dependiendo de la cantidad.

Nota: El 90% de los recién nacidos reprimidos se recuperan con una adecuada ventilación (bolsa y máscara). No dar medicación sin previa intubación.

Figura 1:
Administración de oxígeno a flujo libre, realizando una copa con la mano sobre la cara del bebe



Figura 2:
Para suministrar ventilación asistida bajo máscara, coloque el cuello del recién nacido evitando la hiperextensión y asegure un buen sellado de la máscara sobre la cara (Fuente: Atención del Parto de Bajo Riesgo. Publicación del CLAP).



MANEJO MÍNIMO PARA ESTABILIZAR UN RECIÉN NACIDO ENFERMO ANTES DE LA REFERENCIA

Para referir un recién nacido enfermo, es necesario estabilizarlo y tomar algunas medidas inmediatas. Simultáneamente, debemos coordinar con el servicio que va recibir al recién nacido enfermo. Si el establecimiento no tiene capacidad resolutive se debe realizar referencia manteniendo el calor, buena vía endovenosa y mantener ventilación de 40 por minuto. Referir al recién nacido luego de haberlo estabilizado y asegurarse de que vaya acompañado por una persona entrenada.

Al iniciar la estabilización, administrar líquidos y electrolitos según requerimientos y condiciones del paciente.

- 1. Evaluar perfusión tisular**
 - Si el llenado capilar es mayor a 2 segundos, corregir la hipotermia si la hubiera; si persiste el llenado capilar mayor de 2 segundos el recién nacido está en shock, poner una vía endovenosa y pasar cloruro de sodio al 9 o/oo a razón de 10 mililitros por kilo de peso en 10-15 minutos, si persiste en shock repetir la administración de cloruro de sodio u otro expansor de volumen.
- 2. Constantemente asegurarse que la vía aérea esté permeable. Vigilar frecuencia cardiaca**
 - Ver si hay secreciones y confirmar por auscultación si está entrando aire a los pulmones
- 3. Mantener glicemia por encima de 40 miligramos/decilitro**
 - Si el recién nacido está hipoglicémico, administrar un bolo endovenoso de dextrosa al 10%, 2 mililitros por Kilo de peso, y mantener una infusión continua de dextrosa. De no ser posible dosar glicemia, iniciar el manejo de todas maneras y referir a un establecimiento con capacidad resolutive.
 - Si el recién nacido pesa más de 1,500 gramos, administrar dextrosa al 10%
 - Si el recién nacido pesa menos de 1,500 gramos, administrar dextrosa al 5%
- 4. Mantener la temperatura axilar entre 36.5-37.5 C**
 - Usar una incubadora de transporte. De no tener, abrigarlo y mantenerlo en contacto piel a piel (técnica madre-canguro).
No utilizar bolsas ni botellas con agua caliente
- 5. Si el recién nacido presenta dificultad respiratoria moderada o severa (Puntuación**
 - Lo ideal es utilizar una campana de flujo de oxígeno a 5 litros por minuto; si el patrón respiratorio es inadecuado o está en apnea, ventilarlo a presión positiva con oxígeno al 100 %.

**Silverman Anderson
mayor de 3 o
presenta cianosis
central), darle
oxígeno**

**6. Si se sospecha de
infección, iniciar
antibióticos**

- Ampicilina 100 miligramos por kilo por dosis cada 12 horas endovenosa
- Más
- Gentamicina 2.5 miligramos kilo por dosis cada 12 horas endovenosa o intramuscular o amikacina 7.5 miligramos kilo dosis cada 12 horas endovenoso o intra muscular

**7. Si el recién nacido
presenta
convulsiones,
administrar dextrosa
o usar
anticonvulsivantes**

- Si hay hipoglicemia administrar dextrosa al 10%, 2 mililitros por Kilo de peso vía endovenosa; si no cede la convulsión y tiene factores de riesgo de hipocalcemia administrar gluconato de calcio al 10% 2 mililitros por Kilo de peso por dosis, endovenoso diluido y lento, monitorizando la frecuencia cardíaca; si presenta bradicardia (frecuencia cardíaca <120 x minuto), suspender la administración del gluconato de calcio.
El gluconato de calcio puee ocasionar paro cardiaco
- Si persiste la convulsión administrar fenobarbital 10-20 miligramos por kilo endovenoso.

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO POTENCIALMENTE INFECTADO

Se define la sepsis como una infección clínica y evidencia de respuesta sistémica (taquicardia, taquipnea, hipertermia o hipotermia, a demás de otros signos).

La etiología de la sepsis varía de un servicio a otro. Los principales gérmenes en nuestro medio son: Gram negativos (Klebsiella, Enterobacter y Echericha Coli) y Gram positivos (Estafilococo coagulosa positivo, estafilococo epidermidis y Estreptococo). Es importante tener presente las infecciones a salmonela. Un 30% de casos de sepsis neonatal se encuentra asociada a meningoencefalitis, especialmente en las de inicio precoz.

Se considera recién nacido potencialmente infectado:

1. El recién nacido tiene factores de riesgo al hacer la evaluación clínica.

FACTORES DE RIESGO PARA SEPSIS NEONATAL		
Maternos: <ul style="list-style-type: none"> • RPM > 24 horas. • Fiebre materna. • Expulsivo prolongado y/o instrumentado. • Parto séptico. • Taquicardia fetal inexplicable. • Líquido amniótico meconial maloliente, espeso o purulento. • Control prenatal inadecuado. • Trabajo de parto prematuro. • Trabajo de parto prolongado (mayor de 12 hs.) • Corioamnionitis. • Infecciones maternas (Ej. Infección urinaria) • Más de 6 tactos durante el trabajo de parto. 	Neonatales: <ul style="list-style-type: none"> • Prematuros o de bajo peso. • Dificultad respiratoria. • Apgar < 3 con maniobras de reanimación • Malformaciones congénitas (Ej. mielomeningocele). • Sexo masculino. • Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU). 	Nosocomiales <ul style="list-style-type: none"> • Hacinamiento. • Hospitalización prolongada • Bajo cumplimiento de normas de bioseguridad. • Uso irracional de antibióticos. • Procedimientos invasivos de dudosa asepsia (sondas, TET) • NO LAVADO DE MANOS.

CUADRO CLINICO

De acuerdo al momento de inicio:

Características	Inicio precoz	Inicio tardío
Edad inicio	≤ 4 días	≥ 5 días
Complicaciones perinatales	+	±
Fuente de organismo	Tracto vaginal materno	Tracto vaginal materno Ambiente postnatal
Forma Presentación	Fulminante	Progresión lenta Multisistémica Focalizada
Mortalidad	15 - 50%	10 – 20%

2. El recién nacido tiene fiebre, factores de riesgo y cuadro clínico. Iniciar manejo MANEJO

- | | | |
|----------------------------------|--|---|
| 1. Evaluar al recién nacido | Temperatura rectal menor de 36.5° C o mayor de 38° C.
Succión débil o ausencia de succión.
Apnea, o dificultad respiratoria.
Piel marmórea (cam-bios de coloración en la piel).
Irritabilidad (llanto per-sistente).
Letargia.
Vómitos.
Distensión abdominal.
Diarrea.
Ictericia (no explicada). | <p>La presencia de cualquiera de estos signos obliga a hacer el manejo como sepsis neonatal. Tomar los exámenes indicados en el paso 2 e iniciar antibióticos rápidamente. Continúe con el paso 4.</p> <p>De no existir ninguno de estos signos, pero haber factores de riesgo, continuar con el paso 2.</p> |
| 2. Solicitar exámenes auxiliares | - Hemograma, hematocrito, plaquetas, velocidad de sedimentación globular (VSG).
- Bioquímica: glicemia, proteína C Reactiva
- Cultivos: lo ideal es tomar hemocultivos. En caso de sospecha de infección urinaria tomar urocultivo por punción suprapúbica.
- Realizar punción lumbar en caso de sospecha de meningitis y realizar Gram, examen cito-químico bacteriológico antes de iniciar antibioterapia
- En caso de rotura prematura de membranas: hacer Gram de aspirado gástrico y estudio de células.
Radiografía de torax u otras si presenta dificultad respiratoria o según requerimiento. | <p>Si las pruebas son negativas, repetir a las 24 horas si la evolución es favorable, alta a las 48 horas. Si durante evaluación hay presencia de fiebre u otros signos que sugieran infección repetir exámenes, y continuar con el paso 3.</p> <p>Si uno de los exámenes sale positivo, observar por 72 horas, si se presentan algunos signos clínicos, repetir los exámenes.</p> <p>Luego de la toma de muestras para cultivos continuar con el paso 3.</p> <p>De no ser posible tomar cultivos continuar con el paso 3.</p> <p>Si el establecimiento no está en capacidad de realizar el manejo propuesto, debe referirse al recién nacido, tomándose previamente las medidas indicadas. (Manejo mínimo para estabilizar un recién nacido enfermo antes de la referencia).</p> |

3. Iniciar antibiótico terapia Ampicilina 100 miligramos por kilo por dosis cada 12 horas endovenosa o intramuscular, según el cuadro clínico
Más
Gentamicina 2.5 miligramos kilo por dosis cada 12 horas endovenosa o intramuscular o amikacina 7.5 miligramos kilo dosis cada 12 horas endovenoso o intramuscular.

El esquema de tratamiento deberá ser adecuado a la bacteriología y sensibilidad antibiótica que maneje el servicio de neonatología.

4. Evaluar tratamiento a las 72 horas En recién nacidos con factores de riesgo que no tengan síntomas y/o con cultivos negativos con una buena evolución clínica a las 72 horas, dar por terminado el tratamiento.

Si los cultivos son positivos o existe una fuerte sospecha de sepsis, dar tratamiento no menos de 7 días. Si no hay mejoría clínica a las 72 horas del tratamiento o se evidencia un empeoramiento durante el monitoreo, se deberá cambiar de antibiótico utilizando una cefalosporina de tercera generación.

El manejo deber ser realizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales; si el establecimiento no está en capacidad de realizar todas las actividades propuestas, debe referirse al recién nacido realizando previamente las medidas indicadas. (Manejo mínimo para estabilizar un recién nacido enfermo antes de la referencia).

Si hay signos de septicemia completar un mínimo de 14 días de antibióticos.

Si hay signos evidentes de meningitis dar mínimo tres semanas de tratamiento antibiótico endovenoso.

Si no hay mejoría, referir al recién nacido con su madre al establecimiento que tenga una unidad de cuidados intensivos neonatales, realizando previamente las medidas indicadas. (Manejo mínimo para estabilizar un recién nacido enfermo antes de la referencia).

5. Terapia de soporte

Incubadora: mantener T° corporal en 36.5 - 37°C.

Oxigenoterapia condicional: Ej. Convulsiones, hipotermia.

Reposo gástrico condicional a: distensión abdominal, vómitos, convulsiones, diarreas prolongadas.

Mantener equilibrio hidroelectrolítico y ácido básico

Prevenir hipoglicemia

Control de funciones vitales (frecuencia según condición del paciente).

Balance hídrico (condicional).

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON ICTERICIA PATOLÓGICA

Al examen el recién nacido tiene:

- Coloración amarillenta de piel y mucosas antes de las 36 horas de vida
- Bilirrubina sérica por encima de 12.5 mg. % en recién nacido que reciben lactancia artificial y 15.9 mg. % si están con lactancia materna exclusiva

Dentro de las causas más frecuentes:

1er día de vida	2do. y 3er días de vida	4to. y 5to días de vida	Después de 7mo día de vida
<ul style="list-style-type: none"> - Incompatibilidad sanguínea materno-fetal. - Infección intrauterina crónica 	<ul style="list-style-type: none"> - Ictericia fisiológica - Incompatibilidad sanguínea - Infección - Policitemia - SDR - Hemorragia encapsulada - Anormalidades de los globulos rojos. - Deficiencias enzimáticas - Inmadurez del sistema enzimático hepático 	<ul style="list-style-type: none"> - Lactancia materna - SDR - Hijos de madre diabética - Síndrome de Cligler Nájjar - Síndrome de Gilbert 	<ul style="list-style-type: none"> - Hipotiroidismo - Infección - Atresia de vías biliares - Hepatitis - Quiste del colédoco - Estenosis pilórica - Galactosemia.

MANEJO

1. Rápida e evaluar factores de riesgo

Factores de riesgo:

TORCH VDRL positivo.

Medicamentos recibidos por la madre en las 24 horas antes del parto (sulfas, salicilatos, ac. Nalidixico, oxitocina, esteroides, gentamicina, oxacilina, furosemida, digitálicos).

Trauma obstétrico (lesiones neonatales, cefalo-hematoma).

Antecedente materno de otros hijos con ictericia al nacer.

Prematuridad.

Incompatibilidad ABO ó Rh.

Policitemia.

Bajo peso al nacer.

2. Solicitar: Bilirrubinas totales y fraccionadas

Si la ictericia apareció después de las 24 horas y:

la bilirrubina es menor o igual de 13.0 miligramos en un prematuro ó 15 miligramos en un recién nacido a término.

o clínicamente no pasa de la ingle.

Si la ictericia apareció antes de las 24 horas o los valores de bilirrubina son mayores a los anteriormente mencionados o si se observa hasta los muslos

Observación por una semana en un recién nacido a término, y durante cuatro semanas en un recién nacido pretérmino. Si la evolución es favorable darlo de alta.

Pasar al paso 5 y completar simultáneamente los pasos 3 y 4.

3. Simultáneamente solicitar:

▀ Grupo sanguíneo y factor Rh del recién nacido y la madre.

▀ Hematocrito

Si los grupos sanguíneos ABO son diferentes.

Si la madre es A o B u O y el recién nacido es O, considerar hiperbilirrubinemia por lactancia materna u otra patología no hemolítica.

Si el recién nacido es A o B y la madre es O, realice el paso 6.

Realizar el paso 4.

Si el Rh de la madre es negativo y el del feto es positivo. Buscar signos de trauma obstétrico o evidencia de pérdida sanguínea durante el parto; de ser positivo este dato considerar transfusión de sangre.
Si no hay signos de trauma obstétrico, continuar con el paso 6.

Si el hematocrito es menor de 40. Considerar policitemia

Si el hematocrito es mayor de 65%.

4. Solicitar Coombs Directo

Si el Coombs es positivo.

Considerar enfermedad hemolítica ó eritroblastosis fetal y realizar el manejo especializado. (Revisar el Manejo de eritroblastosis fetal, no se trata en esta Guía. Iniciar fototerapia.
De no estar capacitado el centro, referir al neonato. Idealmente la referencia debe ser con la madre.

Continuar con el paso 6.

Si el Coombs es negativo y la bilirrubina no alcanza los criterios para exanguino-transfusión

5. Hacer frotis de sangre periférica

Si hay hemolisis

Sospechar incompatibilidad de grupo

6. Manejo de hiperbilirrubinemia

De acuerdo a la tabla de tratamiento según cuadro adjunto

7. De requerir Fototerapia, realizar

Asegurar una temperatura axilar del recién nacido igual o mayor de 36.5°C, utilizando una lámpara radiante de 60 vatios de intensidad a 50 centímetros del neonato. De usar incubadora tenga en cuenta lo siguiente:

Temperatura de la incubadora

Peso del RN	24 horas	1ª semana	1-4 semanas
500-1499	34-36 °C	33-34 °C	32-34 °C
1500-2499	33-34 °C	32-33 °C	32-33 °C
2500 a más	32-33 °C	31-32 °C	30-31 °C

De no poder manejar la temperatura corporal, referir

APRECIACIÓN CLÍNICA DE LA ICTERICIA

Zonas dermales de progresión	Probable bilirrubinemia (rango)
Cabeza y cuello	4-8 mg%
Tronco hasta ombligo	5-12 mg%
Parte inferior de abdomen y muslos	7-17 mg%
Miembros superiores hasta muñecas.	11-18 mg%
Piernas y tobillos	
Palmas y plantas	Mayor de 18 mg%

TRATAMIENTO DE HIPERBILIRRUBINEMIA DE ACUERDO A LOS VALORES Y PESO DEL RECIÉN NACIDO

Cuadro Clínico del recién nacido	Valor de hiperbilirrubinemia indirecta	Tratamiento
1. Menos de 1500 gramos, con hematomas, hemorragias o equimosis.	Hiperbilirrubinemia no hemolítica mayor de 8 miligramos %.	Fototerapia profiláctica.
2. Recién nacido pretérmino o con menos de 2500 gramos.	La mitad del valor para exanguineotransfusión.	Fototerapia.
	Mayor a la división del peso sobre 100 ejemplo: 1500 gramos / 100 = 15. Cualquier valor que sea mayor o igual a 18 miligramos %.	Exanguineotransfusión.
3. En recién nacido a término.	Hiperbilirrubinemia mayor de 12.5 miligramos % después de las 24 horas y antes del quinto día de nacido.	Evalúe si está recibiendo lactancia materna. Si recibe lactancia materna y no existen signos de incompatibilidad de grupo sanguíneo, suspender lactancia materna y repetir valor a las 24 horas, si reduce se confirma ictericia por lactancia materna. Si valor de bilirrubinas es mayor de 15.9 mg. iniciar fototerapia.

Cuadro Clínico del recién nacido	Valor de hiperbilirrubinemia indirecta	Tratamiento
	Este valor de bilirrubina es menor de acuerdo a la presencia de factores de riesgo ver número 5 de la presente tabla..	Si no esta recibiendo lactancia materna indicar Fototerapia.
	Hiperbilirrubinemia mayor de 12.5 miligramos % antes de las 24 horas.	Exanguineotransfusión.
	Hiperbilirrubinemia mayor de 20 miligramos %.	Exanguineotransfusión.
	Incremento de más de 0.5 miligramos/hora o una caída del hematocrito a valores menores de 40% o hemoglobina menor de 13 gramos.	Exanguineotransfusión.
4. Post exanguineo transfusión a cualquier edad gestacional.		Fototerapia.
5. Presencia de anoxia, infección, hipoglicemia, hipotermia, hemólisis, acidosis, dificultad respiratoria.		Restar un miligramo del valor considerado para la exanguineotransfusión por cada uno de estos factores, para calcular el valor para realizar exanguineotransfusión. Ejemplo: si tiene dos factores y es a término, $20 - 2 = 18$.

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON TRAUMA OBSTÉTRICO

En examen el recién nacido mencionaremos los problemas más frecuentes:

- Lesiones evidentes en cuero cabelludo (cefalohematoma, equimosis), cara
- Lesiones equimóticas en alguna parte del cuerpo (diferenciar mancha mongólica)
- Parálisis braquial o no mueve alguno de los brazos (Moro asimétrico)
- Fracturas: clavículo, humero y femur

MANEJO

1. Rápidamente iniciar Manejo mínimo para estabilizar un recién nacido enfermo ante de Referencia.

2. Evaluar factores de riesgo	Factores de riesgo: – Recién nacido con macrosomía fetal. – Recién nacido con menos de 2500 gramos. – Parto instrumentado. – Parto podálico, o versión interna.	Continuar con el paso 3 y realizar el manejo preventivo de hipoglicemia.
3. Solicitar: • Hemoglobina • Hematocrito • Radiografías para buscar fracturas • Punción lumbar si hay signos neurológico-cos	Hemoglobina menor o igual de 13 o hematocrito menor o igual de 42 %. Radiografía de cráneo y clavícula si hay sospecha de lesiones.	Transfundir en forma lenta, entre 5 a 10 minutos, dependiendo del volumen. El volumen a pasar es aproximadamente 10 mililitros por kilo de peso; asegurarse que la sangre sea de un familiar cercano y que esté heparinizada (La sangre debe ser extraída con una jeringa humedecida previamente con heparina pero asegurándose de haber eliminado todo residuo de haperina antes de obtener la muestra). Continuar luego con el paso 4. Si se confirman lesiones en cráneo, realizar paso 5. Si hay lesión en clavícula solicitar radiografía de tórax para descartar neumotórax. Si hay neumotórax, realizar el paso 5.
4. Hacer manejo de acuerdo a diagnóstico	Si no hay capacidad resolutive	Referir a una unidad de cuidados intensivos neonatales

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON MENOS DE 2500 GRAMOS

- Prematuro si tiene menos de 37 semanas según valoración de la edad gestacional (Capurro).
 - Pequeño para edad gestacional cuando el peso está por debajo del décimo percentil del peso para la edad.
- Si el niño pesa menos de 2500 grs entra dentro del manejo de este título.

Todo recién nacido con menos de 1500 grs debe ser manejado en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

1. Rápidamente iniciar manejo mínimo para mantener funcionaes vitales y estabilizar al recién nacido enfermo antes de la referencia.
 - Ver Manejo mínimo para estabilizar un recién nacido enfermo antes de la referencia.
 - De no estar en capacidad de asegurar una fuente de calor apropiada al recién nacido preferible referir inmediatamente luego de este paso.
 - De tener capacidad de asegurar una fuente de calor adecuada para mantener temperatura axilar $\geq 36.5^{\circ}\text{C}$.

2. Realizar termorregulación del recién nacido

Asegurar una temperatura ambiental mayor a los 24 grados (suficiente para mantener la temperatura axilar del recién nacido $\geq 36.5^{\circ}\text{C}$), por medio de incubadora, por medio de una lámpara radiante de 60 vatios de intensidad a 50 centímetros del neonato. De usar incubadora tenga en cuenta lo siguiente:

Peso	24 horas	1era sem	Entre 1 - 4 sem
500-1499	34 a 36 °C	33 a 34 °C	32 a 34 °C
1500-2499	33 a 34 °C	32 a 33 °C	32 a 33 °C
2500 a más	32 a 33 °C	31 a 32 °C	30 a 31 °C

3. Evalúe edad gestacional al nacer y puede repetirla entre las 12 y 24 horas post natales

Si es menor de 37 semanas, observar el patrón respiratorio según la puntuación de Silverman; de existir un puntaje diferente de 0, y si no hay capacidad resolutive considerar la referencia del recién nacido con su madre a un establecimiento con unidad de cuidados intensivos neonatales.

Los pasos 1, 2 y 3 realizarlo simultáneamente.

De no presentar signos de distress respiratorio, continuar con el paso 4.

4. Iniciar vía endovenosa

De acuerdo a edad gestacional y cuadro clínico del paciente administrar líquidos

5. Iniciar alimentación a la brevedad posible Se debe iniciar alimentación con el calostro o leche final de la madre, siempre y cuando no presente signos de distensión abdominal, tenga ruidos hidroaéreos presentes; se debe evitar el uso de sueros glucosados o leches artificiales.
 En niños de 34 semanas, o más de edad gestacional, la alimentación debe darse por succión directa, gotero o cucharita.
 En niños de menos de 34 semanas se debe dar por sonda naso u oro faríngea.

6.	Peso menor de 1000 gramos	1 centímetro cúbico cada dos horas por sonda nasogástrica y medir residuo gástrico antes de siguiente toma.
	1000 a 1500 gramos.	1 a 2 centímetros cada dos horas por sonda nasogástrica y medir residuo gástrico antes de siguiente dosis.
	1500 a 2000 gramos.	Probar previamente la succión. 3 a 5 centímetros cada dos horas con gotero, cucharita o vasito
<p>Si a las 24 horas hay una buena tolerancia oral, se debe incrementar en forma progresiva un 50 % adicional de volumen ofrecido hasta lograr iniciar succión directa a libre demanda. Si está en condiciones de realizar el manejo anteriormente indicado continuar con el paso 5, de lo contrario deberá referir al recién nacido con su madre a un establecimiento con unidad de cuidados intensivos neonatales.</p>		

7. Monitorizar funciones vitales y evolución neurológico (succión y actividad del recién nacido), patron respiratorio, distensión abdominal	Hay buena succión, coordinación succión-deglución, no hay signos de hipoactividad o letargia y sus funciones vitales están estabilizadas.	Continuar con el paso 6. No dar de alta antes de las 72 horas.
	NO hay buena succión y hay signos de hipoactividad o letargia, o se presenta alguna otra complicación médica.	Referir al recién nacido con su madre a un establecimiento con unidad de cuidados intensivos neonatales.

5. Alta y seguimiento ambulatorio

Si tiene menos de 2000 gramos y no hay ninguna complicación debe ingresar al método canguro (el recién nacido debe estar en contacto directo piel a piel con el seno materno durante las 24 horas del día).

Los controles deben ser:

A las 24 horas del alta.

Cada 72 horas los primeros 15 días.

Semanalmente hasta salir del método canguro.

Cada 15 días los tres primeros meses.

Mensualmente hasta el año de edad.

Se debe tomar un control de hemoglobina: al mes, a los dos meses, seis meses y al año. Se puede administrar de 3 a 5 miligramos de fierro por kilo por día en prematuros si son a término de 2 a 3 miligramos.

El niño debe tener una evaluación multidisciplinaria por el pediatra, el neurólogo, el oftalmólogo, el rehabilitador, el psicólogo.

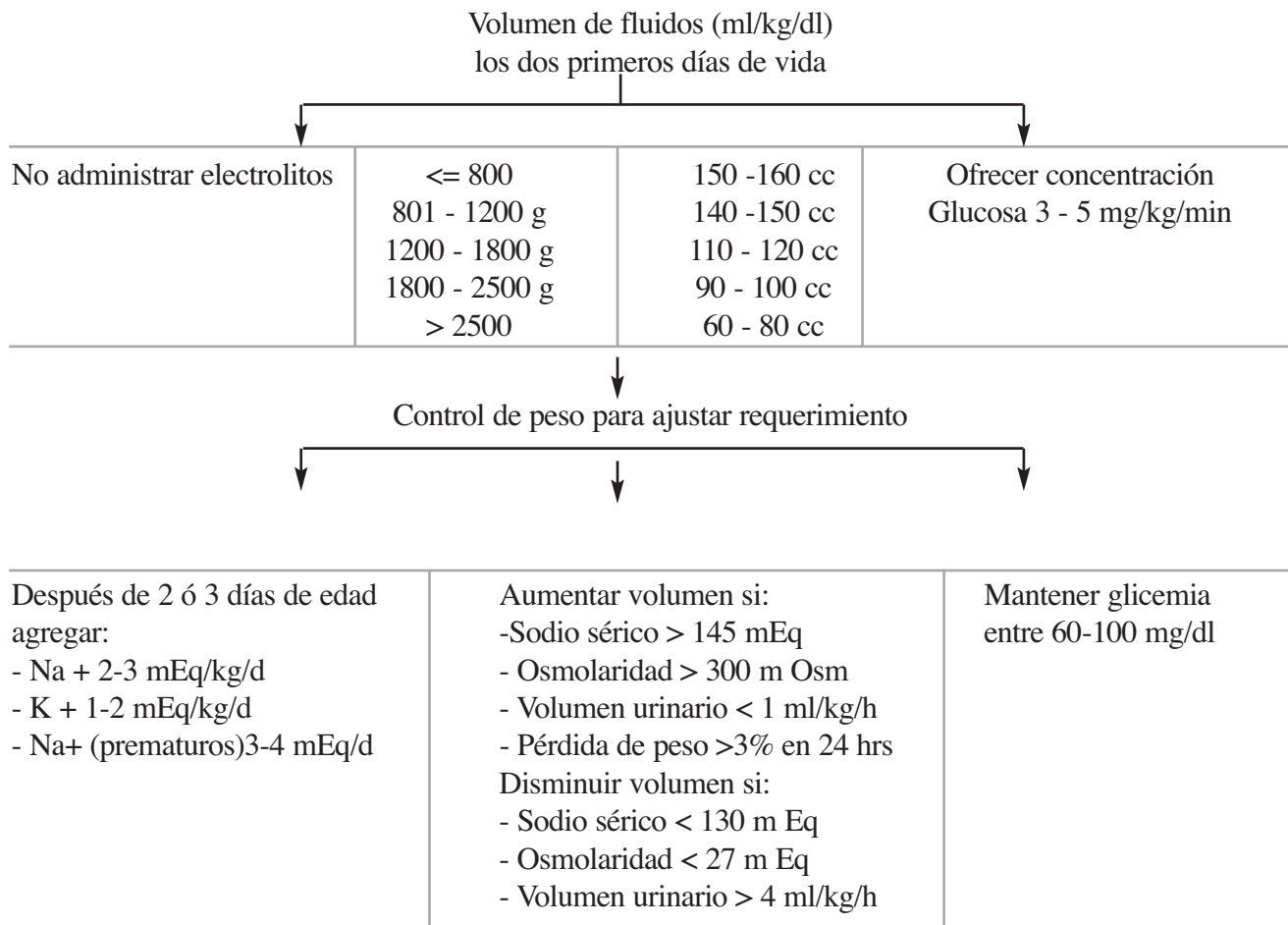
La madre y los demás miembros del entorno familiar deben recibir charlas de puericultura y lactancia materna.

Cualquier problema que se presente durante el control, debe ser evaluado en un establecimiento que tenga una unidad de cuidados intensivos neonatales.

El control del recién nacido prematuro debe incluir todo el esquema de manejo propuesto por el Area de Mujer, Niño y Adolescente.

Sólo se debe postergar la vacunación BCG hasta que el niño tenga más de 2500 gramos.

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO



- Requerimiento: > 7 días
 Agua 160 cc/kg/d
 Calorías 120 Kcal/d

SOSPECHA DE SÍFILIS CONGÉNITA

La prevención y detección de Sífilis Congénita depende de la identificación de Sífilis (RPR reactivo) en la mujer embarazada, por ello es que en el Ministerio de Salud, el PROCETSS y el Programa Materno Perinatal, han instaurado la prueba de RPR como obligatoria y gratuita, para toda gestante en su primer control prenatal, para toda mujer que acuda para descarte de embarazo, para control prenatal y para toda púérpera.

No se recomienda el tamizaje de rutina del recién nacido o de la sangre del cordón. Se prefiere la prueba serológica en la madre, ya que la prueba en el neonato puede ser negativa si la prueba de la madre es

positiva a títulos bajos, o si se contagió hacia finales del embarazo.

Criterios Diagnósticos de Sífilis Congénita:

- Todo neonato nacido de madre con diagnóstico de SÍFILIS LATENTE TARDÍA, al momento del puerperio inmediato, tiene diagnóstico de SÍFILIS CONGÉNITA. Para efectos del plan de eliminación de Sífilis Congénita, no requiere de ninguna otra prueba diagnóstica.

Una puerpera tiene el diagnóstico de SÍFILIS LATENTE TARDÍA si tiene un RPR REACTIVO y:

- No ha tenido control prenatal o RPR durante la gestación, o
 - Tuvo un RPR NO REACTIVO durante la gestación, o
 - Tuvo un RPR REACTIVO durante la gestación pero no recibió tratamiento o el tratamiento fue inadecuado (no se usó penicilina, o no recibió las 3 dosis hasta 4 semanas antes del parto), o su pareja sexual no fue tratada.
- Todo neonato con RPR reactivo tamizado por imposibilidad de realizar serología en la madre.
 - Todo niño con manifestaciones sugestivas de Sífilis Congénita al examen físico (hepatomegalia, esplenomegalia, lesiones cutáneas -pénfigo luético-, rinitis mucopurulenta, pseudoparálisis, ictericia y/o anemia), y/o evidencia radiográfica de Sífilis Congénita, más resultado reactivo en una prueba no treponémica.
 - Todo niño con demostración de T. Pallidum en lesiones, placenta, cordón umbilical o necropsia; determinado por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración específica.
 - Todo niño con prueba no treponémica reactiva luego del sexto mes de edad, excepto en el niño en seguimiento post-terapéutico.
 - Todo caso de muerte fetal ocurrida luego de la semana 20 de gestación o con peso mayor de 500 gr cuya madre con serología reactiva no fue tratada o fue tratada inadecuadamente. Este en un caso de natimuerto sifilítico.

Tratamiento de la Sífilis Congénita

- El esquema recomendado es el siguiente:
 - Penicilina G Sódica 50,000 UI/Kg cada 12 horas intramuscular o endovenoso, los primeros 7 días y luego cada 8 horas hasta completar 10 días
 - Si se discontinúa el tratamiento más de 1 día, se debe reiniciar el esquema completo.
 - Si bien se recomienda el tratamiento con Penicilina por 10 días, en casos muy específicos, como el caso en el que se hace una evaluación exhaustiva del infante asintomático, se obtienen resultados normales (examen físico normal, punción lumbar, radiografías de huesos largos y hemograma con plaquetas normales) y se tiene seguridad que el paciente regresará para seguimiento, se puede usar Penicilina G benzatínica 50,000 UI/Kg como dosis única intramuscular. Si cualquier parte de la evaluación es anormal o no se hizo, o el líquido céfalo raquídeo no se puede interpretar por contaminación con sangre, entonces se deberá dar el curso de 10 días de Penicilina.

Seguimiento de la Sífilis congénita

- Al igual que en adultos, las pruebas treponémicas no sirven para el seguimiento, ya que pueden permanecer positivas a pesar que el paciente reciba terapia efectiva.

- Todo niño con diagnóstico previo de Sífilis Congénita, debe tener RPR de control a los 18 meses. Si el RPR es no reactivo, no se requiere ni evaluación ni tratamiento adicional. Si el RPR es reactivo, el infante debe recibir un nuevo curso de tratamiento para Sífilis Congénita.

SOSPECHA DE OFTALMIA EN EL RECIÉN NACIDO

1. Oftalmia por *N. gonorrhoeae*

Manifestaciones clínicas

En los recién nacidos la infección por *N. gonorrhoeae* puede producir:

- Conjuntivitis purulenta aguda, 2 a 5 días después del nacimiento. Algunas veces el cuadro inicial suele pasar inadvertido o puede ocurrir después de 5 días, debido a la supresión parcial de la infección por acción de la profilaxis oftálmica, por un inóculo mínimo o por la poca virulencia de algunas cepas. Un periodo muy prolongado de incubación puede dejar en evidencia la adquisición post-natal de la infección.
- Edema bpalpebral y exudado conjuntival progresivamente purulento y profuso, presentándose hemorragias ocasionales. Sin tratamiento puede extenderse a otras capas de la superficie epitelial como el tejido conectivo subconjuntival de la conjuntiva palpebral y, lo que es más preocupante, a la córnea.
- Complicaciones a la córnea incluyendo ulceraciones que pueden provocar visión borrosa permanente, y perforación, pudiendo llegar a la panofalmitis y a la pérdida del ojo comprometido.

Diagnóstico

- Examen de exudados con tinción de Gram para buscar Diplococos Gram negativos intracelulares.
- Desarrollo de cultivos con muestras obtenidas de diferentes lugares: orofaringe, conjuntivas, conducto anal, y otros.

Tratamiento

Esquema recomendado:

- Ceftriaxona 25-50 mg/kg vía endovenosa o intramuscular dosis única (no más de 125 mg).

Esquemas alternativos:

- Cefotaxime 50 mg/kg/día c/12 horas vía endovenosa o intramuscular por 3 días.

Otras consideraciones para el manejo:

- La infección simultánea con *C. trachomatis* ha sido reportada y debe considerarse en los pacientes que no respondieron adecuadamente al tratamiento.

Profilaxis

La instilación de un agente profiláctico en los ojos de todos los recién nacidos es recomendada para la prevención de la oftalmia por *N. gonorrhoeae* y debe efectuarse en todos los establecimientos de salud, especialmente en algunas poblaciones donde se evidencia que 10% de las gestantes no han recibido tratamiento apropiado.

Esquemas de Profilaxis:

- Nitrato de Plata al 1% en solución acuosa una sola aplicación, o
- Eritromicina al 0.5% en ungüento oftálmico una sola aplicación, o
- Tetraciclina al 1% en ungüento oftálmico una sola aplicación.

2. Oftalmia por *C. trachomatis*

Manifestaciones clínicas

- La conjuntivitis por inclusión en los recién nacidos ocasionada por la *C. trachomatis* suele evidenciarse entre los 5 y 20 días posteriores al nacimiento.
- Las manifestaciones clínicas varían desde la infección asintomática hasta la conjuntivitis purulenta severa.
- Sin tratamiento la enfermedad puede persistir de 3 a 12 meses. Puede complicarse con vascularización corneal superficial persistente.

Diagnóstico

- La coloración de Giemsa para la búsqueda de inclusiones citoplasmáticas en células infectadas no tiene una adecuada sensibilidad. Se puede recurrir a métodos de captura de antígeno por LCR u otros similares.

Tratamiento

Esquema recomendado:

- Eritromicina 30 a 50 mg/kg vía oral cada 6 horas por 14 días
- Los tratamientos tópicos con preparaciones oftálmicas que contienen sulfonamidas, tetraciclinas o eritromicina no dan buenos resultados.

Profilaxis

Si bien es cierto que la profilaxis ha demostrado su eficacia para prevenir la enfermedad gonocócica, su acción sobre la infección por *Clamidia* no está bien establecida, por lo que no existe un régimen que pueda ser recomendado en la actualidad.

MODULO VI BIOSEGURIDAD



BIOSEGURIDAD (PREVENCIÓN DE INFECCIONES)

INTRODUCCION

La infección resulta de la interacción entre un agente infeccioso, su proceso de transmisión y un huésped susceptible.

El agente: (primer eslabón) puede ser bacteriano, viral, micótico o parasitario.

Reservorio y fuente: (segundo eslabón) todos los organismos tienen reservorios y fuente, es decir el lugar donde el organismo mantiene presencia, se metaboliza y se multiplica y el lugar desde el cual el agente infeccioso pasa al huésped.

Puerta de salida: (tercer eslabón) las principales puertas de salida del agente infeccioso son: tracto respiratorio, gastrointestinal, piel y las heridas.

Transmisión y puerta de entrada: (cuarto y quinto eslabón) la transmisión se da cuando el agente alcanza la puerta de entrada en un huésped susceptible. Además de las puertas de entrada fisiológicas, debemos añadir nuevas puertas que abrimos en el paciente al someterlo a maniobras invasivas.

Huésped: (sexto eslabón) es el lugar donde el agente produce sus efectos para producir la infección, siendo el más importante de los factores condicionantes, su susceptibilidad.

CONCEPTOS SOBRE CONTROL DE INFECCIONES/BIOSEGURIDAD

Las infecciones Intrahospitalarias (IIH) representan un problema grande tanto para el/la paciente como para el personal del establecimiento de salud. La prevención y el control de las IIH está basada principalmente en el cumplimiento de las buenas prácticas de atención durante los procedimientos realizados en los/as pacientes. Prácticas que son sencillas y que no representan en general un costo alto para el establecimiento de salud.

Un sistema de Control de Infecciones posee tres componentes:

Actividades de Vigilancia de las IIH : equipo multidisciplinario, capacitado en control de IIH, que trabajará coordinadamente con el resto del equipo de salud. Los resultados de su vigilancia deberán transformarse en herramientas de gestión para todos los niveles de atención.

Prevención y Control de infecciones: una vez evaluado los resultados de la vigilancia se podrán tomar acciones para prevenir o controlar cada infección.

Educación: el equipo formado para la vigilancia, deberá coordinar programas educativos para el resto del personal.

OBJETIVOS

La propagación de infecciones en los servicios de salud, puede prevenirse sólo si se interrumpe, en alguno de sus puntos, el ciclo de transmisión de la enfermedad. La prevención de infecciones tiene como objetivos:

- Disminuir la incidencia de infecciones entre las personas que acuden a los servicios de salud y en el personal que labora en los mismos.
- Prevenir la transmisión de enfermedades, especialmente hepatitis viral y VIH/SIDA.

FORMAS EN QUE SE DISEMINAN LOS MICROORGANISMOS

CONTACTO DIRECTO	Al tocar al/a la paciente Al frotar al/a la paciente Al bañar al/a la paciente Secreciones del/de la paciente Orina del/de la paciente Heces del/de la paciente
CONTACTO INDIRECTO	Al tocar objetos Platos, cubiertos Lencería de cama Ropa Instrumentos Objetos personales
LAS GOTITAS SE PROPAGAN A UNA DISTANCIA DE UN METRO	Al estornudar Al toser Al hablar
VEHICULOS	Alimentos Fármacos Agua o sangre
TRANSMISION POR AIRE	Partículas de polvo y humedad en el aire

NORMAS DE BIOSEGURIDAD

- Toda unidad operativa debe tener un comité de vigilancia encargado de las infecciones nosocomiales.
- Las personas que tengan lesiones en piel o dermatitis exudativa, deben evitar el contacto directo con los/as pacientes así como manipular equipo.
- En caso de reanimación, se deberá tener disponible equipos de ventilación mecánica para evitar dar respiración boca a boca; en caso de ser necesario, usar mascarilla.
- La atención de las personas y el manipuleo del instrumental, agujas jeringuillas y otros materiales contaminados por su uso, tiene que ser como si estuvieran contaminados.

PRÁCTICAS PARA PREVENCIÓN DE INFECCIONES

El riesgo de adquirir hepatitis luego de una punción accidental es de 27 a 37 %, mientras que el de adquirir VIH/SIDA es menor de 0.4%.

Es imposible saber por adelantado si una persona usuaria está o no infectada con estos virus; por lo tanto, la atención de las personas y el manejo de todos los instrumentos, agujas, jeringas y otros artículos contaminados por su uso, tiene que ser como si estuvieran infectados. Ninguna prueba de tamizaje puede asegurar que el/la usuario/a no esté infectado/a con estos virus.

La práctica de prevención de infecciones no necesariamente significa aumento en los costos.

Las siguientes prácticas para prevención de infecciones están diseñadas para minimizar costos, garantizando al mismo tiempo un buen nivel de prevención:

- Lavado de manos
- Uso de guantes
- Preparación de piel y mucosas
- Manejo de agujas hipodérmicas, tijeras y otros artículos punzo cortantes
- Descontaminación
- Esterilización y desinfección de alto nivel (DAN)
- Eliminación de desechos
- Limpieza del mobiliario y ambientes usados por los/as usuarios/as
- Flujo de tráfico

LAVADO DE MANOS

Es posible que el lavado de manos sea el procedimiento más importante para la prevención de infecciones (PI).

Debe realizarse antes de:

- Examinar al/a la usuario/a
- Ponerse guantes para cualquier procedimiento quirúrgico

Debe realizarse después de:

- Manipular objetos o instrumentos contaminados
- Tocar fluidos corporales, piel, mucosas, sangre, etc.
- Quitarse los guantes (lávese las manos después de quitarse los guantes, ya que pueden tener rasgaduras o perforaciones invisibles)

Procedimiento de lavado de manos antes, durante y después de la atención de personas usuarias

- El lavado de manos (hasta el codo) debe ser el apropiado para asegurar una buena limpieza de la piel. No es indispensable el uso de soluciones desinfectantes como yodóforos (Isodine, Yovisol, etc.); el uso de jabón corriente es más que suficiente. Se debe evitar el uso de jabones sólidos, porque es muy fácil que se humedezcan y colonicen gérmenes; además se consumen más rápido.
- Se debe tener precaución con el uso de las toallas, las cuales deben ser de uso individual. Eliminar el uso de toallas comunitarias o húmedas. El secado de las manos debe ser de preferencia al aire o con aire caliente, toallas de papel o pañuelos descartables.

- Se puede sustituir el lavado con jabón usando una solución de alcohol glicerinado (2 mililitros de glicerina en 100 mililitros de solución alcohólica al 60 - 90%).

Procedimiento de lavado de manos para intervenciones quirúrgicas

- El lavado de manos (hasta los codos) para procedimientos quirúrgicos debe hacerse mediante un restregado vigoroso durante 3 a 5 minutos usando una solución que contenga un yodóforo (Isodine, Yovisol, etc.) o con jabón corriente. No se debe cepillar la piel, porque origina lesiones que fácilmente se colonizan con gérmenes.
- Usar un mondadientes o un cepillo pequeño para limpiar debajo de las uñas.
- Aplicar después una solución de alcohol de 60 a 90 grados (no usar alcohol puro).
- En caso de tener varias cirugías en forma continua, se puede sustituir el lavado con jabón por el uso de una solución de alcohol glicerinado (2 mililitros de glicerina en 100 mililitros de solución alcohólica al 60 - 90%), siempre y cuando las manos no se hayan contaminado con secreciones o sangre.

USO DE GUANTES

Los guantes constituyen una barrera entre el/la trabajador/a de salud y los microorganismos que se encuentran en la sangre y en otros fluidos corporales. Utilice guantes siempre que vaya a estar en contacto con sangre o fluidos corporales de cualquier origen.

Cuando usar guantes:

- Use un par de guantes diferente para cada usuario/a con el fin de evitar la contaminación cruzada.
- Use de preferencia guantes desechables y nuevos.
- Use guantes sometidos a desinfección de alto nivel (DAN) para realizar procedimientos médicos tales como: exámenes pélvicos, inserción o remoción de DIU's o para palpar heridas o lesiones abiertas
- Utilice guantes estériles cuando realice procedimientos médicos, ya sean exámenes o procedimientos quirúrgicos (minilaparotomías, inserción y remoción de los implantes subdérmicos, etc.)
- Utilice guantes limpios y gruesos para trabajos de limpieza de instrumentos, equipos y superficies contaminadas

Recuerde: No utilice guantes que se encuentren agrietados, descascarados o que tengan perforaciones o desgarraduras detectables.

Una vez terminado el procedimiento o la atención al/a la usuariola, si los guantes van a ser descartados, lávese las manos con los guantes puestos y siga el procedimiento de eliminación de desechos establecido en la institución; si van a ser reutilizados, colóquelos en la solución para descontaminación (cloro al 0.5%) y posteriormente sométalos a desinfección de alto nivel (DAN). Los guantes pueden ser de látex, de materiales naturales o sintéticos como el vinil.

Requerimiento de guantes para procedimientos comunes en salud reproductiva

TAREA O ACTIVIDAD	Se necesitan guantes	Tipo de guantes preferido	Procesamiento
Tomar la presión arterial	No		
Tomar la temperatura	No		
Colocar inyectables	No		
Tomar muestras de sangre	Sí	De examen (1)	Desinfección de alto nivel
Examen pélvico	Sí	De examen	Desinfección de alto nivel
Inserción de un DIU (usando la técnica sin tocar)	Sí	De examen	Desinfección de alto nivel
Remoción de un DIU (usando la técnica sin tocar)	Sí	De examen	Desinfección de alto nivel
Cirugía, inserción y retiro de implante (minilaparotomía, laparoscopia, vasectomía, etc.)	Sí	Quirúrgicos (2)	Estériles
Aspiración manual endouterina (usando técnica sin tocar)	Sí	De examen	Desinfección de alto nivel
Atención de parto	Sí	Quirúrgicos	Estériles
Manipulación y limpieza de instrumental	Sí	De servicio de limpieza, gruesos (3)	
Manipulación de los desechos contaminados	Sí	De servicio de limpieza, gruesos	
Limpieza de los derrames de sangre u otros fluidos	Sí	De servicio de limpieza, gruesos	

(1) De examen: plástico o látex.

(2) Quirúrgicos: solo de látex.

(3) De servicio: de jebe, gruesos y largos.

PREPARACIÓN DE LA PIEL, MEMBRANAS Y MUCOSAS ANTES DE CUALQUIER INTERVENCIÓN

Normalmente los seres humanos tienen microorganismos no patógenos colonizando piel, vías respiratorias superiores, tracto intestinal y genital. Los microorganismos, tanto bacterias, virus, hongos y parásitos son agentes causantes de infecciones. Es importante la eliminación de estos agentes patógenos a través de la preparación del/la usuario/a antes de cualquier intervención quirúrgica.

Seguir las siguientes indicaciones:

- No afeitar los vellos, ya que cualquier pequeño corte en la piel constituye una puerta de entrada para los microorganismos. Si fuera indispensable, cortarlos al ras de la piel.
- Indagar si el/la usuario/a tiene antecedentes de reacción alérgica a algún antiséptico.
- Limpiar previamente la piel con agua y jabón. Limpiar toda secreción de las mucosas con un jabón no irritante.
- Aplicar el antiséptico seleccionado.
- Dar suficiente tiempo al antiséptico para que actúe en forma eficaz antes de iniciar el procedimiento. Por ejemplo, al usar yodopovidona (isodine), dejar que transcurra 1 a 2 minutos antes de iniciar el procedimiento.

TAREA O ACTIVIDAD	Se necesitan guantes	Tipo de guantes preferido	Procesamiento
Piel para procedimientos quirúrgicos			<ul style="list-style-type: none"> • Yodo (1 al 3%) seguido por alcohol de 60-90 grados. • Alcohol isopropílico, etílico o desnaturalizado de 60-90 grados. • Soluciones a base de yodopovidona (Isodine) o clorohexidina (Hibiscrub).
Piel para inyectables			<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol etílico de 60-90 grados. • Alcohol yodado.
Heridas infectadas (previo drenaje del material infectado)			<ul style="list-style-type: none"> • Soluciones jabonosas o acuosas de yodopovidona (Isodine) o clorohexidina (Hibiscrub). • Soluciones de clorohexidina/cetrimida (Savlón).
Zona vaginal y cervical			<ul style="list-style-type: none"> • Soluciones jabonosas o acuosas de yodopovidona (Isodine) o clorohexidina (Hibiscrub). • Soluciones de clorohexidina/cetrimida (Savlón).

MANEJO DE AGUJAS HIPODÉRMICAS, TIJERAS Y OTROS ARTÍCULOS PUNZO- CORTANTES

Cada artículo, sea que se trate de un instrumento quirúrgico o de un par de guantes, requiere de un manejo especial para minimizar la transmisión de microorganismos de persona a persona.

Quirófano

- ▶ Utilice un recipiente o bandeja para transportar y pasar los artículos punzo-cortantes (bisturí, agujas para sutura, etc.).
- ▶ Establezca una zona segura o protegida cuando esté trabajando con artículos punzo cortantes.
- ▶ No deje los artículos cortantes en ningún sitio fuera de las zonas seguras.
- ▶ Antes de pasar artículos punzo cortantes a otras personas adviértales que está por hacerlo.
- ▶ El instrumental quirúrgico contaminado con sangre, secreciones o excreciones debe ser preparado antes de ser reutilizado

Uso de jeringas y agujas hipodérmicas

- ▶ Use cada jeringa y aguja una sola vez.
- ▶ No desmonte la aguja y la jeringa después de usarla.
- ▶ No doble, no parta, ni vuelva a colocar la cubierta protectora antes de deshacerse de ellas.
- ▶ Elimine las agujas y jeringas metiéndolas en un recipiente de paredes resistentes a prueba de punción; una vez lleno, selle el orificio de entrada y rotule “Material contaminado - Hepatitis y/o VIH/SIDA”.
- ▶ Incinere las cajas que contienen agujas y jeringas para que no puedan volver a utilizarlas.
- ▶ No someta las agujas a desinfección de alto nivel mediante el remojo en productos químicos.
- ▶ En caso de ser necesario colocar la cubierta de la aguja, realícelo sobre una superficie plana y usando una sola mano.

DESCONTAMINACIÓN

Proceso que busca evitar la transmisión del virus de la hepatitis y del VIH/SIDA, de instrumentales probablemente contaminados a los trabajadores de salud, sumergiendo el instrumental en una solución de cloro al 0.5% por 10 minutos o limpiando con ésta toda superficie contaminada con secreciones. Existen otras soluciones, como el glutaraldehído, que tienen capacidad viricida y podrían ser utilizadas para este procedimiento, pero son más costosas y se inactivan rápidamente ante la presencia de secreciones.

- ▶ Después de la descontaminación, los instrumentos quirúrgicos y otros materiales deben enjuagarse de inmediato con agua, para evitar la corrosión.
- ▶ En casos de mucha demanda y falta de personal, se recomienda tener sumergido el material en agua corriente y al momento que se va a recoger recién agregar la parte de lejía que permita obtener una solución de cloro al 0.5%.
- ▶ Use un recipiente plástico. Si los instrumentos de acero inoxidable son galvanizados y se utiliza un recipiente de metal para remojarlos (aún cuando sólo sea en agua), puede ocurrir una reacción química, la misma que acelerará la corrosión de los instrumentos.

DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (DAN) Y ESTERILIZACIÓN

La desinfección de alto nivel erradica el 94% de microorganismos, excepto algunas endosporas (por ejemplo la del bacilo causante del Tétanos). La esterilización erradica el 100 % de microorganismos.

- ▶ El material puede ser usado con seguridad si se ha realizado apropiadamente la desinfección de alto nivel.
- ▶ El material plástico o el jebe (guantes, sondas) no soportan altas temperaturas. Si se usa esterilización a vapor para estos materiales, los mismos deben dejarse enfriar por 24 horas para que recuperen su elasticidad y se reduzca su fragilidad.

ELIMINACIÓN APROPIADA DE LOS DESECHOS

Los desechos de las instalaciones de salud pueden ser de dos tipos: contaminados o no contaminados. Los desechos no contaminados no representan ningún riesgo de infección para las personas que los manejan. Como ejemplos de desechos no contaminados podemos mencionar: papeles, cajas, botellas y recipientes plásticos que contienen los productos entregados a los servicios. Sin embargo, muchos de los desechos de las instalaciones de salud están contaminados. Los desechos contaminados pueden tener grandes cantidades de microorganismos que, de no eliminarse en forma apropiada, serán potencialmente infecciosos para las personas que entran en contacto o manejan los desechos y para la comunidad en general. Los desechos contaminados incluyen sangre, pus, orina, heces y otros fluidos corporales; así como los artículos que entran en contacto con los anteriores, por ejemplo los vendajes usados. Los desechos de los quirófanos y los laboratorios deben considerarse contaminados.

Para realizar una eliminación apropiada se debe tener en cuenta:

- ▶ Usar recipientes lavables y no corrosivos (plásticos o de metal galvanizado) con cubiertas, para los desechos contaminados.
- ▶ Colocar los recipientes para desechos en sitios convenientes para las personas usuarias (el transportar los desechos de un sitio a otro incrementa el riesgo de infección para los que los manejan).
- ▶ El equipo utilizado para contener y transportar los desechos no debe usarse para ningún otro fin en la instalación de salud (los recipientes para desechos contaminados deben estar marcados).
- ▶ Lavar todos los recipientes con una solución limpiadora desinfectante (solución de cloro al 0,5%) y enjuagarlos con agua. Limpiar los recipientes para desechos contaminados cada vez que se vacíen y los para desechos no contaminados cuando estén visiblemente sucios.
- ▶ Siempre que sea posible, utilizar recipientes diferentes para los desechos combustibles y los no combustibles (esto evita que los/as trabajadores/as tengan que manipular y separar los desechos a mano más tarde).
- ▶ Una vez concluido cualquier procedimiento y con los guantes aún puestos, el/la médico/a, obstetrix, obstetra, o asistente/a debe deshacerse en forma apropiada de los objetos contaminados (gasa, algodón y otros artículos de desecho) colocándolos en una bolsa o recipiente a prueba de filtraciones. No debe permitirse que los desechos toquen el exterior del recipiente o bolsa. Finalmente esta bolsa deberá ser incinerada o enterrada.

- ▶ Eliminar todos los artículos punzo cortantes en un recipiente resistente a los pinchazos o cortaduras. Estos recipientes pueden fabricarse con objetos disponibles, tales como cajas de cartón grueso, latas con tapa, o botellas de plástico fuerte (bidones, galoneras). Al llenarse estos recipientes se deberán sellar y rotular para luego ser incinerados o enterrados.
- ▶ De estar disponibles, usar guantes gruesos de trabajo cuando se estén manejando los desechos.
- ▶ Lavarse las manos después de manejar los desechos.
- ▶ Recordar: evitar que haya desechos amontonados al descubierto debido al riesgo de infección, peligro de incendio, producción de malos olores y proliferación de insectos.

Eliminación de desechos líquidos contaminados (sangre, heces, orina y otros fluidos corporales)

- ▶ Usar guantes gruesos como los usados para trabajos en el hogar (guantes de servicio) cuando se estén manejando y transportando dichos desechos.
- ▶ Vaciar con cuidado los desechos por el drenaje de un fregadero de servicio o en un inodoro al que se le pueda bajar el agua teniendo cuidado de agregar hipoclorito de sodio. Los desechos líquidos también se pueden vaciar en una letrina. Evitar las salpicaduras.
- ▶ Enjuagar con agua el inodoro o fregadero en forma cuidadosa y concienzuda para eliminar todos los desechos residuales. Evitar las salpicaduras.
- ▶ Descontaminar el recipiente de muestras con una solución de cloro al 0.5% u otro desinfectante aprobado y disponible a nivel local, remojándolo por 10 minutos antes de lavarlo.
- ▶ Lavarse las manos después de manejar los desechos líquidos y descontaminar y lavar los guantes.

LIMPIEZA DEL MOBILIARIO Y AMBIENTES USADOS POR LAS PERSONAS USUARIAS

- ▶ Para reducir los riesgos de contaminación, toda superficie que esté en contacto con secreciones deberá ser descontaminada inmediatamente con soluciones de lejía al 0.5%.
- ▶ Se debe evitar la presencia de polvo en las superficies del mobiliario y los ambientes.
- ▶ Las salas de espera y las zonas administrativas (zonas de bajo riesgo), deben limpiarse con agua y detergente.
- ▶ En las zonas donde se espera una contaminación fuerte, esto es, donde existe derrame de sangre y fluidos corporales (quirófanos, zonas preoperatoria y de recuperación), añadir a la limpieza con agua y detergente un desinfectante (savlón o cloro al 0.5%).
- ▶ Usar un trapeador o un trapo húmedo o mojado para evitar la dispersión del polvo.
- ▶ Usar siempre guantes para limpiar las zonas contaminadas; de no haber guantes disponibles, colocarse una bolsa de plástico en cada mano.
- ▶ Al iniciar cada día, limpiar todas las superficies incluyendo los focos, para eliminar el polvo que se haya acumulado durante la noche.

FLUJO DE TRÁFICO

El control del tráfico proporciona un entorno seguro y libre de infecciones en los centros de atención sanitaria, y sirve para disminuir el nivel de crecimiento microbiano en las instituciones. Para lograrlo se debe:

- Reducir el número de personas que ingresan a las áreas quirúrgicas al estrictamente necesario, definiendo las actividades que se realizan en dichas áreas, así como la función de cada una de ellas.
- Las áreas donde se maneja material o instrumental potencialmente contaminado deben tener:
 - Una zona de procesamiento para la posterior descontaminación, limpieza, esterilización, o desinfección de alto nivel
 - Un espacio para almacenar los recipientes y paquetes estériles que contengan los instrumentos desinfectados; este espacio debe ser cerrado para minimizar el número de partículas de polvo
 - Una zona preoperatoria separada del quirófano donde se examine y evalúe a las usuarias antes de la cirugía
 - Un quirófano, que siempre debe mantenerse “a puerta cerrada” durante los procedimientos y nunca debe ser usado como almacén
 - Una zona de recuperación para la observación postoperatoria
 - Una sala para que el personal se cambie de ropa y otra para el lavado de manos antes de las intervenciones

- En las áreas donde se realizan los procedimientos debe existir:
 - Un balde de plástico con tapa y a prueba de fuga, que contenga soluciones cloradas al 0.5% o cualquier otro desinfectante aprobado y disponible a nivel local, para la descontaminación inmediata del instrumental. La lejía puede deteriorar equipos delicados como los de laparoscopia
 - Un recipiente con tapa y a prueba de fuga para echar en él los materiales contaminados (gasas, algodón, etc.)
 - Un recipiente resistente a los pinchazos, de boca lo suficientemente apropiada para que ingresen solo las agujas y otros artículos punzo cortantes ya usados

- Igualmente en las áreas donde se realizan los procedimientos:
 - El personal debe ingresar a la zona quirúrgica usando la ropa correspondiente (bata limpia, gorra, botas o zapatos que no se usen fuera de la zona quirúrgica)
 - El personal que realiza la limpieza debe usar un delantal plástico, guantes gruesos de servicio y de estar disponibles anteojos o máscaras para proteger los ojos de derrames y salpicaduras
 - Los suministros limpios y estériles o sometidos a una DAN deben estar separados de los equipos sucios y de los desechos (no se deben transportar ni almacenar juntos)

MEDIDAS PREVENTIVAS A REALIZAR DURANTE LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O ATENCIÓN DE PARTO

Independientemente de las medidas a llevar a cabo para evitar infecciones en los/las usuarios/as (como son el lavado de manos antes y después de las intervenciones quirúrgicas y/o atención del parto, el manejo adecuado de secreciones corporales, el uso de guantes y ropa esterilizadas adecuadamente), se debe tener en cuenta que el/la proveedor/a de servicios de salud está expuesto/a al riesgo de adquirir

infecciones, por lo que es recomendable y necesario cumplir con normas universales establecidas para evitar este riesgo laboral; no se puede depender de pruebas serológicas de rutina para identificar a los/as usuarios/as que son portadores/as de estos virus, pues ello implica adquirir una falsa seguridad ante pruebas negativas, además de encarecer la atención.

Es recomendable y necesario cumplir con las siguientes normas universales:

- ▶ El personal de salud utilizará bata, gorro, mascarilla y guantes de látex para manipular la placenta y limpiar la sangre y el líquido amniótico de la piel del recién nacido.
- ▶ A los instrumentos obstétricos así como al ambiente físico de la sala de partos, se les aplicará las mismas normas de descontaminación y desinfección utilizadas en el quirófano
- ▶ El personal de salud rotulará claramente con una advertencia, los envases de las piezas operatorias o de los instrumentos. Si existen manchas de sangre en la cobertura externa, se limpiará con un antiséptico (hipoclorito de sodio, blanqueador doméstico) disuelto en agua fría
- ▶ El personal de salud respectivo colocará las muestras de sangre en un segundo envase cuando vayan a ser transportadas. Por ejemplo en una bolsa impermeable previa detección de posibles agujeros u orificios.

Medidas adicionales para evitar el contacto con fluidos corporales (barreras mecánicas):

- ▶ Usar mandiles plásticos debajo del mandilón quirúrgico
- ▶ Usar botas de material impermeable (por ejemplo bolsas de plástico), pues las botas de tela que se reutilizan antes de haber sido lavadas incrementan la contaminación de las manos y no aíslan adecuadamente los pies de las secreciones que las humedecen
- ▶ Protegerse los ojos con lentes o mascarillas transparentes (parecidas a las que usan los soldadores)
- ▶ Lavarse las manos con agua, jabón y un desinfectante (como yodo povidona) cuando se produzca un contacto inadvertido con la piel, mucosas y/o sangre

PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE INSTRUMENTOS, GUANTES Y OTROS EQUIPOS CONTAMINADOS

INSTRUMENTOS GUANTES-JERINGAS-AGUJAS Y OTROS MATERIALES REUTILIZABLES

DESCONTAMINACIÓN

Eliminar virus de hepatitis B y VIH

Verificar concentración de lejía

Solución de cloro al 0.5% (1 parte de lejía en 9 de agua si la concentración de lejía es de 5%; si es de 10% la relación es de 1 parte por 19 de agua)

Sumergir por 10 minutos en solución descontaminante

LIMPIEZA Y ENJUAGUE

Lavar con agua y detergente eliminando con escobilla cualquier resto orgánico (sangre, fluidos corporales y/o tejidos). El lavado protege de la corrosión.

DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (DAN)

Elimina la mayoría de microorganismos (incluido el VIH/SIDA y el virus de la hepatitis), excepto algunas endosporas bacterianas que producen el tétanos o la gangrena.

Hervir instrumental en agua que lo cubra por 20 minutos, o sumergir en solución de cloro al 0.1% (1 parte de lejía y 49 de agua hervida de una solución al 5%) o glutaraldehído al 2% por 20 minutos.

ESTERILIZACIÓN

Proceso que garantiza la destrucción del 100% de microorganismos, incluidas las endosporas bacterianas.

Por vapor a 121°C (250°F) durante 20 a 30 minutos. Presión de 106 Kpa (15 libras/pulgada 2).

Calor seco a 170°C (340°F) durante 1 hora y a 160°C durante 2 horas

Glutaraldehído al 2% durante 10 horas.

El tiempo de esterilización se cuenta desde que se alcanza la temperatura indicada.

Recuerde: Ni la desinfección de alto nivel, ni la esterilización son eficaces sin una descontaminación y limpieza previa. Los objetos sometidos a desinfección de alto nivel pueden tocar sin riesgo la piel rota o las mucosas intactas. La descontaminación reduce el riesgo de hepatitis, VIH/SIDA en el personal de salud encargado de la limpieza y del manejo del material reutilizable.

MODULO VII
MANEJO SINDROMICO
DE LAS
INFECCIONES DE
TRANSMISION SEXUAL



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

INTRODUCCIÓN

Las *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)*, son aquellas enfermedades transmisibles de diversa etiología, cuya forma predominante de contagio ocurre a través de las relaciones sexuales.

Son causa frecuente de enfermedad en todo el mundo, especialmente en la población adulta y adolescente. Sin tratamiento oportuno y adecuado producen secuelas importantes como infertilidad, embarazo ectópico, enfermedad inflamatoria pélvica, anomalías congénitas, estrechez uretral, entre otras. Actualmente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) representa una de las principales causas directa o indirecta de muerte en el mundo.

Recientemente se ha reconocido el rol de distintas infecciones de transmisión sexual - tricomoniasis, gonorrea, clamidiasis, sífilis, chancroide, herpes - como facilitadoras de la transmisión de la infección por el VIH causante del SIDA; por ello el diagnóstico y tratamiento precoz de las infecciones de transmisión sexual es la estrategia de mayor costo-beneficio. Esta estrategia tiene además la ventaja de depender casi exclusivamente de la eficiencia de los servicios de salud y de mostrar impacto sobre la transmisión del VIH en corto plazo.

El manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual como herramienta para el diagnóstico y tratamiento precoz constituye entonces una medida de prevención primaria de la transmisión del VIH.

Las infecciones de transmisión sexual pueden manifestarse de forma similar y/o coexistir, lo que dificulta el diagnóstico clínico y etiológico. Esto ocasiona que las personas reciban tratamientos inadecuados, o que solo sean eficaces para alguna de las enfermedades de transmisión sexual que las aqueja.

Mediante el manejo de las infecciones de transmisión sexual, sobre la base de síndromes, estrategia conocida como manejo sindrómico y apoyada por la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Panamericana de Salud (OMS/OPS), se busca dotar al personal de salud de una herramienta útil para la toma de decisiones que:

- Sean apropiadas para el nivel de complejidad de cada establecimiento de salud
- Sean de uso fácil por todo el equipo de salud, y
- Que garanticen un inmediato y adecuado tratamiento durante la primera atención de la persona, lo que significa administrar el tratamiento durante la primera consulta a fin de interrumpir la cadena de transmisión de las infecciones de transmisión sexual

SÍNDROMES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Un síndrome es un conjunto de síntomas y/o signos que aquejan a una persona. En el caso de las ITS, un síndrome puede ser causado por uno o más agentes etiológicos.

Los síndromes de infecciones de transmisión sexual más comunes son:

1. Síndrome de descarga uretral (en hombres), causado por una o la combinación de las siguientes infecciones:
 - Gonorrea - *Neisseria gonorrhoeae*
 - Uretritis no gonocócica (usualmente - *Chlamydia trachomatis*)
 - Otras
2. Síndrome de úlcera genital (en hombres y mujeres), causado por una o la combinación de las siguientes infecciones:
 - Sífilis primaria (chancro duro, lúes) - *Treponema pallidum*
 - Chancroide (chancro blando) - *Haemophilus ducreyi*
 - Herpes genital - Herpes simplex I y II
 - Otras
3. Síndrome de flujo vaginal, causado por una o la combinación de las siguientes infecciones:
 - Vaginitis:
 - por Tricomoniasis - *Trichomona vaginalis*
 - por afecciones no transmitidas sexualmente, como candidiasis y vaginosis bacteriana
 - Cervicitis:
 - por Gonorrea - *Neisseria gonorrhoeae*
 - por Clamidiasis - *Chlamydia trachomatis*
 - por ambas
 - Combinación de vaginitis y cervicitis
4. Síndrome de dolor abdominal bajo (en mujeres).
5. Síndrome de bubón inguinal (en hombres y mujeres), en nuestro país causado por:
 - Linfogranuloma venéreo (LGV) - *Chlamydia trachomatis* .

INFECCIONES NO INCLUIDAS EN EL MANEJO SINDRÓMICO

1. Sífilis adquirida no primaria
2. Lesiones proliferativas genitales y/o perianales conocidas como Condiloma acuminado (virus del Papiloma humano)
3. Ectoparasitosis:
 - Acarosis
 - Pediculosis púbica

MANEJO DE CASOS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Como parte del manejo de todos los casos de ITS se debe realizar:

- Desarrollar un diagnóstico adecuado en el lugar de la primera consulta, aunque no se cuente con confirmación etiológica, ya que es reducida la posibilidad de lograr que la persona retorne a un control posterior.
- Brindar un tratamiento rápido y oportuno con esquemas de dosis única en los casos que sea posible y cuya eficacia sea igual o mayor al 95%.

- Ofrecer dentro del marco de la atención integral, información y las 4 C (CONSEJERÍA, busca de CONTACTOS, CUMPLIMIENTO del tratamiento, USO DE CONDON)

1. Informar	Dar los mensajes educativos que toda persona con ITS debe saber
2. Brindar consejería en ITS y VIH	Promover conductas sexuales sin riesgo o de menor riesgo para adquirir ITS, VIH/SIDA.
3. Buscar y dar tratamiento a los contactos	Se define como contacto a todas las parejas con las que el/la paciente ha tenido relaciones sexuales en los últimos 60 días para Descarga Uretral, Cervicitis, Dolor abdominal bajo, Tricomoniasis, Gonorrea e Infección por Clamidia; en los últimos 90 días para Ulcera Genital, Bubón Inguinal; y en los últimos 12 meses para Sífilis latente. Ofrecer toda la ayuda necesaria para informarles sobre su exposición y probabilidad de infección con ITS.
4. Asegurar el cumplimiento del tratamiento	Confirmar la comprensión de las instrucciones. Fomentar el cumplimiento del tratamiento indicado y de los controles programados.
5. Promover el uso del condón	Enseñar como usarlo correctamente.
6. Registrar en la historia clínica e informar a la persona sobre el resultado del examen, tratamiento y sobre su próxima consulta	Registrar apropiadamente en la historia clínica e informar a la persona sobre el resultado del examen, tratamiento y sobre su próxima consulta. Es muy importante evaluar el grado de comprensión de la persona usuaria respecto a los hallazgos y sobre las medidas preventivas

EVALUACIÓN DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

RIESGO	ACTIVIDAD SEXUAL
• Riesgo muy alto	▸ Sexo anal o sexo vaginal receptivo sin condón
• Riesgo alto	▸ Sexo anal o sexo vaginal penetrativo sin condón
• Riesgo medio	▸ Sexo anal o vaginal receptivo con condón; dar sexo oral sin barrera de látex, introducir un dedo o mano (con heridas) en la vagina o el ano; compartir juguetes sexuales (pene de goma, vibradores, etc.) sin condón y sin desinfectarlos o limpiarlos; ingerir leche materna
• Riesgo bajo	▸ Sexo anal o vaginal penetrativo con condón; recibir sexo oral sin barrera de látex (barrera de protección).
• Riesgo muy bajo	▸ Sexo “interfemoral” (entre los muslos); sexo oral al varón sin colocar la cabeza del pene (glande) en la boca; masturbar a la pareja evitando el contacto con semen o fluido vaginal; dar o recibir sexo oral con barrera de látex (barrera de protección); besos profundos (beso francés); compartir juguetes sexuales con condón, limpios o desinfectados
• Sin riesgo	▸ Abstinencia sexual; abrazos; masajes; frotación cuerpo a cuerpo; masturbación; fantasías; besos secos; no compartir juguetes sexuales; baño caliente de tina en pareja; ducharse juntos; sauna.

ESTRATEGÍAS PARA CONTROLAR EL SIDA

El control del SIDA está basado en la prevención de la adquisición de la infección por VIH.

- La prevención para evitar adquirir la infección por VIH a través de relaciones sexuales, está basada en la implementación de tres estrategias:
 - Diagnóstico y tratamiento precoz de las infecciones de transmisión sexual
 - Intervenciones que buscan modificar conductas, evitando o disminuyendo el riesgo de exposición al VIH
 - Promoción del uso, provisión y distribución de condones
- La prevención para evitar adquirir la infección por VIH a través de transfusión de sangre y/o derivados sanguíneos y trasplante de órganos procedentes de personas infectadas, se logrará:
 - Haciendo uso de la terapia con productos sanguíneos sólo cuando sea estrictamente necesario
 - Uso de sangre u órganos probadamente libres de infección por VIH
 - Promoviendo la donación voluntaria y gratuita de sangre y órganos
 - Siguiendo estrictamente las **MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD**
- La prevención para evitar adquirir la infección por VIH a través de la placenta o durante el parto, se realiza mediante tratamiento antirretroviral de la madre infectada durante el embarazo.
- Para eliminar el riesgo de transmisión de infección a través de la lactancia materna, debemos promover la lactancia artificial del recién nacido cuya madre está infectada con el VIH.

VARON CON QUEJA DE DESCARGA URETRAL

Asegúrese de completar todos los pasos descritos en “Persona que acude a servicio de salud reproductiva” antes de iniciar este protocolo.

1. Evaluar	<ul style="list-style-type: none">▪ Historia clínica▪ Examen clínico▪ Confirmar la presencia de Secreción uretral
2. Dar tratamiento para gonorrea y clamidia	<ul style="list-style-type: none">▪ Ciprofloxacina 500 mg vía oral en dosis única, para Neisseria, más Azitromicina 1gr vía oral en dosis única o Doxiciclina 100 mg por via oral cada 12 horas por 7 días para Chlamydia.▪ Antibióticos alternativos contra Neisseria gonorrhoeae: Ceftriaxona 125 mg vía intramuscular en dosis única. Cefixime 400 mg vía oral en dosis única. Espectinomocina 2 gr. Vía IM en dosis única no activo contra infección faríngea
3. Informar	
4. Brindar consejería en ITS y VIH	
5. Buscar y dar tratamiento a los contactos	Fomentar la referencia y tratamiento de los contactos sexuales (toda pareja sexual del paciente dentro de los 60 días previos al inicio de síntomas), ofreciendo toda la ayuda necesaria para informarle sobre su exposición y probabilidad de infección con ITS
6. Asegurar el cumplimiento del tratamiento	Fomentar el uso del condón y enseñar como usarlo correctamente.
7.Registrar en la historia clínica e informar a la persona sobre el resultado del examen, tratamiento y sobre su próxima consulta	Evaluar el grado de comprensión de la persona respecto a los hallazgos y medidas preventivas
8. Hacer seguimiento	Recomendar a la persona que regrese, solo si persiste con descarga uretral al cabo de 7 días o tiene otra sintomatología. En caso de persistir, realizar el manejo como uretritis persistente. Recomendar una consulta de promoción de la salud reproductiva una vez al año.

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN EL TRATAMIENTO DE LA DESCARGA URETRAL:

Persona VIH positiva

Es importante recordar que la uretritis facilita la transmisión del VIH.

El paciente infectado por VIH recibirá el mismo tratamiento que el no infectado, en la primera consulta.

Gestante o mujer que da de lactar

La Ciprofloxacina y la Doxiciclina están contraindicadas en gestantes y durante la lactancia.

Se recomienda: Ceftriaxona 125 mg vía intramuscular en dosis única más Azitromicina 1gr vía oral en dosis única.

Adolescentes menores de 16 años

La Ciprofloxacina esta contraindicada.

Se recomienda: Ceftriaxona 125 mg vía intramuscular en dosis única más Azitromicina 1gr vía oral en dosis única, o Doxiciclina 100 mg por vía oral cada 12 horas por 7 días.

Manejo de uretritis recurrente y uretritis persistente:

Antes de decidir dar nuevamente tratamiento, confirmar signos de uretritis (descarga uretral, leucocitos en secreción y/u orina).

Repetir el tratamiento inicial si el la persona no cumplió con el tratamiento o si hubo exposición a pareja sexual no tratada.

Si la persona cumplió con el tratamiento, no tuvo reexposición y el examen directo es positivo a *Trichomona vaginalis* o no se puede hacer, se recomienda el siguiente régimen:

- Metronidazol 2 g vía oral en dosis única, más
- 8. Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días.

PERSONA QUE REFIERE ÚLCERA EN REGIÓN GENITAL

Asegúrese de completar todos los pasos descritos en “Persona que acude al servicio de salud reproductiva” antes de iniciar este protocolo.

- | | |
|--|---|
| 1. Confirmar presencia de úlceras | Presencia de úlceras en el examen o por historia clínica.
No evidencias de úlceras, pero se describe úlceras que han resuelto espontáneamente. |
| 2. Confirmar la presencia de vesículas | <ul style="list-style-type: none">• Si tiene lesiones vesiculares.8. Probable diagnóstico de herpes, dar manejo sintomático y de acuerdo al caso dar tratamiento antiviral. Realizar RPR.• No tiene lesiones vesiculares, realizar RPR |
| 3. Tomar prueba de RPR para Sífilis | Si el resultado es positivo dar tratamiento para Sífilis.
Dar tratamiento simultáneo para Sífilis y chancroide:
- Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de UI vía intramuscular (mitad de la dosis en cada glúteo), más,
- Ciprofloxacina 500 mg vía oral en dosis única |

4. Informar

5. Brindar consejería en ITS y VIH

6. Buscar y dar tratamiento a los contactos Fomentar la referencia y tratamiento de los contactos sexuales (toda pareja sexual del/la paciente dentro de los 90 días previos al inicio de síntomas), ofreciendo toda la ayuda necesaria para informarle sobre su exposición y probabilidad de infección con ITS

7. Asegurar el cumplimiento del tratamiento Promover el uso del condón

8. Registrar en la historia clínica e informar a la persona sobre el resultado del examen, tratamiento y sobre su próxima consulta.

9. Hacer seguimiento Realizar control a los 7 días.

- **No hay mejoría**
Referencia
Recordar que las lesiones por herpes pueden durar 2 a 3 semanas
- **Está curado**
Reforzar medidas preventivas
Recomendar una consulta de promoción de la salud reproductiva una vez al año..

CONSIDERACIONES EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ULCERA GENITAL

En individuos alérgicos a Penicilina (no gestantes) la alternativa es Doxiciclina 100 mg cada 12 horas vía oral por 14 días.

En gestantes o individuos VIH (+) y con evidencia neurosífilis, alérgicos a la penicilina se recomienda realizar desensibilización

Antibióticos alternativos para chancroide

Azitromicina 1 gr vía oral en dosis única

Ceftriaxona 250 mg vía intramuscular en dosis única

Eritromicina base 500 mg vía intramuscular en dosis única

Persona VIH positiva

Usar un esquema que incluya tratamiento para Sífilis y Chancroide.

No usar esquemas de dosis única porque se ha observado una alta tasa de falla terapéutica. Se sugiere usar el régimen de Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días para Chancroide.

Usualmente la mejoría de las úlceras genitales es más lenta en las personas infectadas por VIH.

Se procederá a la administración de la dosis de Penicilina G Benzatínica, debiendo informarse a la persona sobre la necesidad de descartar un probable compromiso neurológico, para lo cual se realizará el examen del líquido céfalo raquídeo (LCR) en el establecimiento de referencia de la jurisdicción con capacidad para efectuar tal procedimiento. Si el LCR es positivo se procederá al tratamiento de neurosífilis

Si el diagnóstico es de Herpes genital, se recomendará tratamiento específico

Gestante o mujer que da de lactar

La Ciprofloxacina está contraindicada en mujeres gestantes, durante la lactancia.

Se recomienda: Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de UI vía intramuscular, la mitad de la dosis en cada glúteo más Azitromicina 1 g vía oral en dosis única.

Adolescentes menores de 16 años

La Ciprofloxacina está contraindicada en personas menores de 16 años, el esquema es similar a gestante o mujer que da de lactar.

MUJER QUE REFIERE FLUJO O DESCENSO POR LA VAGINA

1. Averiguar si tiene prurito genital	Si hay prurito vaginal considerar presencia de micosis
2. Realizar examen ginecológico	Buscar presencia de secreción <ul style="list-style-type: none">• Si hay secreción vaginal y hay disponibilidad de microscopio, hacer hisopado, coloración de Gram para buscar polimorfo nucleares (10 polimorfos nucleares por campo a mayor aumento, en el endocervix).• Si hay secreción y no hay disponible un microscopio Dar tratamiento de vaginitis y cervicitis.
3. Realizar:	Medición de pH vaginal, exámenes directos en solución salina e hidróxido de potasio y Gram de endocervix y secreción vaginal Tratar de acuerdo a los resultados. Si la demanda del servicio no permite realizar todos estos exámenes y tener los resultados en 45 minutos se debe priorizar la evaluación de presencia de 10 polimorfos nucleares por campo a mayor aumento en el endocervix <ul style="list-style-type: none">• Presencia de trichomona, dar tratamiento específico• Presencia de pseudohifas, dar tratamiento específico.• Si el puntaje de Nugent es de 7-10, o se encuentran tres de los siguientes cuatro criterios:<ul style="list-style-type: none">1) Presencia de flujo vaginal fluido y homogéneo.2) PH de secreción vaginal >4.5.

	<p>3) Identificar 20% o más de células clave en lámina de secreción vaginal (directo en salino, por lo menos una célula clave por cada cinco células epiteliales a 40X).</p> <p>4) Reacción de amina positiva (al agregar una gota de KOH al 10% a la secreción vaginal se produce un olor a pescado). Dar tratamiento para vaginosis bacteriana</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de pus en cérvix o más de 10 polimorfonucleares en endocérvix. <p>Dar tratamiento para clamidia y Neisseria.</p>
4. Buscar otros signos o síntomas	No hay otros signos, brindar información y consejería. Hay otros signos, tratarlos según corresponda.
5. Informar	
6. Brindar consejería en ITS y VIH	En caso de cervicitis se debe dar el tratamiento recomendado para el síndrome de secreción uretral.
7. Buscar y dar tratamiento a los contactos	En caso de diagnóstico de trocomoniasis por laboratorio, se procederá al tratamiento bajo el mismo esquema recibido por el caso índice. Si solo se diagnostica una vaginitis, sea Vaginosis bacteriana o Candidiasis no es necesario tratar a los contactos.
8. Asegurar el cumplimiento del tratamiento	Promover el uso de condón
9. Registrar adecuadamente en la historia clínica	Evaluar el grado de comprensión de la persona
10. Seguimiento	Recomendar a la persona que regrese solo si persiste con molestias al cabo de 7 días. Se debe promover una consulta anual de promoción de salud reproductiva

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO A USAR EN EL SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL

El Ministerio de salud provee el siguiente esquema:

Tratamiento de Vaginitis

- Metronidazol 2 gr vía oral en dosis única.
- En caso de prurito genital dar además Clotrimazol 500 mg vía vaginal en dosis única.

Tratamiento de Vaginitis más Cervicitis (incluir tratamiento para Clamidia y Neisseria):

- Metronidazol 2 gr vía oral en dosis única, más
- Ciprofloxacino 500 mg vía oral en dosis única, más
- Azitromicina 1gr vía oral en dosis única (o Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 7 días de acuerdo a disponibilidad de insumos).
- En caso de prurito genital dar además Clotrimazol 500 mg vía vaginal en dosis única.

Otras opciones tratamiento para *Neisseria gonorrhoeae*:

Ceftriaxona 125 mg vía intramuscular en dosis única.

Cefixime 400 mg vía oral en dosis única.

Espectinomicina 2 gr. vía intramuscular en dosis única (no activo contra infección faríngea)

Otras opciones de tratamiento para Candidiasis:

- Clotrimazol, óvulo de 500 miligramos por vía vaginal en dosis única, o
- Clotrimazol, óvulo de 200 miligramos por vía vaginal, una vez al día durante 3 días, o
- Nistatina, tabletas de 100,000 unidades por vía vaginal, una vez al día durante 14 días.
- El uso de antimicóticos por vía oral debe limitarse a casos muy especiales

Consideraciones especiales

Persona infectada con VIH

Recibirá los mismos esquemas terapéuticos que una persona no infectada en la primera consulta.

Gestante o mujer que da de lactar

Los esquemas de tratamiento varían.

- Cervicitis
 - Ceftriaxona 125 mg vía intramuscular en dosis única (o Espectinomicina 2 gr. intramuscular en dosis única), más
 - Azitromicina 1 gr vía oral en dosis única (o Eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas por 7 días)
 - La Ciprofloxacina y la Doxiciclina están contraindicadas en el embarazo y durante la lactancia.
- Vaginitis
 - La Vaginosis bacteriana se ha asociado a problemas en el embarazo como la ruptura prematura de membranas y parto prematuro, además de problemas en el puerperio como la endometritis post-parto y post-cesárea.
 - En gestantes sin historia previa de ruptura prematura de membranas, se recomienda tratamiento para Vaginosis bacteriana sólo si hay sintomatología.
 - En gestantes con antecedentes de RPM y/o parto prematuro se recomienda la detección y tratamiento de Vaginosis bacteriana en el segundo trimestre.
- Tratamiento para Vaginitis (Tricomoniasis o Vaginosis bacteriana):
 - Metronidazol 2 gr vía oral en dosis única.
 - En caso de prurito genital además dar Clotrimazol 500 mg vía vaginal en dosis única.

Alternativas para el manejo de Vaginosis Bacteriana:

- A partir del segundo trimestre se recomienda usar Metronidazol 250 mg vía oral cada 8 horas por 7 días o Clindamicina 300 mg vía oral cada 12 horas por 7 días.

Adolescentes menores de 16 años

La Ciprofloxacina está contraindicada en menores de 16 años. Se debe usar regímenes que no tengan dicho antibiótico.

MUJER QUE REFIERE DOLOR EN EL BAJO VIENTRE

Asegúrese de completar todos los pasos descritos en “Persona usuaria acude a servicio de salud reproductiva” antes de iniciar este protocolo

En base a los hallazgos, proceda con los siguientes pasos:

- 1. Evaluar signos de alarma**
- Dolor abdominal con defensa e hipersensibilidad.
 - Retraso menstrual o embarazo confirmado.
 - Parto o aborto reciente.
 - Presencia de sangrado no menstrual
- Presencia de cualquiera de estos signos realizar esquema de Tratamiento B.
No existe ninguno de estos signos. Continuar paso 2.

- 2. Realizar examen, buscando dolor, fiebre o descenso**
- Si hay dolor a la movilización del cérvix uterino y/o dolor a la palpación de los anexos por vía vaginal, dar esquema de Tratamiento A.
Si no hay dolor, pero hay fiebre, considerar uso de medios físicos o antipiréticos como ibuprofeno. Si existe sospecha de una causa quirúrgica, evitar el uso de antipiréticos que puedan demorar la decisión de intervención quirúrgica.
Si tiene descenso vaginal, dar tratamiento de Flujo vaginal.

3. Informar

4. Brindar consejería en ITS y VIH

- 5. Buscar y dar tratamiento de los contactos**
- A todos los contactos de les debe dar el tratamiento recomendado para el síndrome de secreción uretral.

- 6. Asegurar cumplimiento del tratamiento**
- Promover el uso de condón

- 7. Control**
- Control a las 48 a 72 horas de iniciado el tratamiento
- Sí hay mejoría, continuar tratamiento.
 - Sí empeora, averiguar si cumplió el tratamiento.

- 8. Averiguar si cumplió el tratamiento**
- Cumplió el tratamiento, incluido el uso del condón. Inicie esquema B de tratamiento
 - No cumplió el tratamiento. Reiniciar el manejo.

- 9. Seguimiento**
- Recuerde a la persona que regrese al finalizar el tratamiento para evaluación clínica y recomiende una consulta de promoción de la salud reproductiva una vez al año.

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

TRATAMIENTO A

- Iniciar tratamiento para gonorrea, clamidia y anaerobios.
- Si la persona usa dispositivo intrauterino retirarlo inmediatamente.

El Ministerio de Salud provee el siguiente esquema de tratamiento de manera gratuita:

- Ciprofloxacina 500 mg vía oral en dosis única, más
- Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días, más
- Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 14 días

Como esquema alternativo para manejo ambulatorio tenemos:

- Ceftriaxone 250 mg vía intramuscular en dosis única, más
- Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 14 días, más
- Clindamicina 450 mg vía oral cada 6 horas por 14 días

TRATAMIENTO B

- Debe realizarse en un establecimiento con capacidad quirúrgica.
 - Hospitalizar a la persona.
 - Realizar anamnesis y examen clínico completo para descartar otras patologías como embarazo ectópico, apendicitis, maniobras abortivas o endometritis puerperal, y realizar el manejo correspondiente
 - Si la persona usa un dispositivo intrauterino retirarlo inmediatamente.
 - Iniciar tratamiento para gérmenes Gram positivos, negativos y anaerobios (ver las alternativas 1 y 2)
- Esquema 1:
 - Cefoxitina 2 g. vía endovenosa cada 6 horas (o Cefotetan 2g vía endovenosa cada 6 horas), más
 - Doxiciclina 100 mg oral cada 12 horas
 - Reevaluar a la persona, si muestra mejoría clínica continúe por 24 horas más y luego cambiar a terapia oral con Doxiciclina 100 mg cada 12 horas y Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas hasta completar 14 días en total.
 - Esquema 2:
 - Clindamicina 900 mg vía endovenosa cada 8 horas, más
 - Gentamicina 2 mg/kg. de peso como dosis de carga y luego 1.5 mg/kg. cada 8 horas.
 - Reevaluar a la persona, si muestra mejoría clínica, continúe por 24 horas más el tratamiento y luego cambiar a terapia oral con Doxiciclina 100 mg cada 12 horas y Clindamicina 450 mg vía oral cada 6 horas (o Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas) hasta completar 14 días en total.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Persona infectada con VIH

Debido a que las mujeres con infección por VIH y EIP evolucionan tórpidamente, ellas deben recibir tratamiento endovenoso.

Gestante o mujer que da de lactar

La Ciprofloxacina y la Doxiciclina están contraindicadas en el embarazo y lactancia, se recomienda el uso de un régimen alternativo que no incluya las drogas contraindicadas. En el caso de la mujer gestante se recomienda manejo hospitalario con terapia parenteral.

Manejo hospitalario en gestante con EIP

- Clindamicina 900 mg vía endovenosa cada 8 horas (o Cefoxitina 2 gr vía endovenosa cada 6 horas) por 14 días, más
- Gentamicina 2 mg/kg. de peso como dosis de carga y luego 1.5 mg/kg. cada 8 horas por 14 días

Adolescentes menores de 16 años

La Ciprofloxacina está contraindicada en menores de 16 años, se recomienda el uso de un régimen alternativo que no la incluya.

Se puede usar Ceftriaxone 250 mg vía intramuscular en dosis única, más Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días, más Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 14 días

PERSONA REFIERE GANGLIO INGUINAL AUMENTADO DE TAMAÑO Y/O DOLOROSO

Asegúrese de completar todos los pasos descritos en “Persona usuaria acude a servicio de salud reproductiva” antes de iniciar este protocolo

En base a los hallazgos proceder con los siguientes pasos

- | | |
|--|--|
| 1. Buscar presencia de úlcera genital | <ul style="list-style-type: none">• Si hay úlcera.
Dar tratamiento del bubón inguinal y ver manejo de úlcera genital• No hay úlcera.
Dar tratamiento para bubón inguinal. Realizar RPR. |
|--|--|

- | | |
|--|---|
| 2. Tomar prueba de RPR para Sífilis | Si el resultado es positivo dar tratamiento para Sífilis. |
|--|---|

3. Informar

4. Brindar consejería en ITS y VIH

- | | |
|--|--|
| 5. Buscar contactos y dar tratamiento | El contacto sintomático recibirá como tratamiento Azitromicina 1 gr vía oral dosis única. Si se trata de una gestante, se recomienda Eritromicina base 500 mg vía oral cada 6 horas por 7 días. Si además se evidenciara otro síndrome, se usará el tratamiento correspondiente. |
|--|--|

- | | |
|--|---------------------------|
| 6. Asegurar cumplimiento de tratamiento | Promover el uso de condón |
|--|---------------------------|

- | | |
|--|---|
| 7. Registrar adecuadamente en la historia clínica | Asegurar la comprensión de la persona que atiende |
|--|---|

8. Seguimiento	<p>Primer control a los 7 días</p> <p>Seguimiento hasta que los signos inflamatorios se hayan resuelto</p> <p>Durante el tratamiento de una persona con síndrome de bubón inguinal, se deberán programar los controles necesarios para aspirar la pus y evitar el drenaje espontáneo del bubón.</p>
9. Evaluar según hallazgos	<ul style="list-style-type: none"> • No hay mejoría en 7 días <p>Referencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay resolución en 21 días <p>Considerar prueba VIH y reevaluar cumplimiento del tratamiento.</p> <p>De acuerdo a los hallazgos considerar evaluación especializada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Está curado <p>Reforzar medidas preventivas</p> <p>Recomendar una consulta de promoción de la salud reproductiva una vez al año.</p>

TRATAMIENTO DEL BUBÓN INGUINAL

Ante un síndrome de bubón inguinal, la persona deberá recibir tratamiento para linfogranuloma venéreo.

El Ministerio de Salud, provee el siguiente esquema de tratamiento de manera gratuita:

- Doxiciclina 100 mg por vía oral cada 12 horas por 21 días.

Como alternativa se recomienda:

- Eritromicina base 500 mg por vía oral cada 6 horas por 21 días.

Tan importante como el tratamiento antibiótico es la aspiración del pus, tantas veces y en la frecuencia como sea necesario, para prevenir la formación de úlceras que evolucionarán tórpidamente.

De ser necesario se puede administrar cualquier analgésico como aspirina o ibuprofeno.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Persona con VIH

Deberá recibir el mismo tratamiento que los no infectados por VIH.

Gestante o mujer que da de lactar

Se recomienda el uso de Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 21 días.

PERSONA QUE REFIERE LESIONES PROLIFERATIVAS GENITALES O PERIANALES

Asegúrese de completar todos los pasos descritos en “Persona usuaria acude a servicio de salud reproductiva” antes de iniciar este protocolo

En base a los hallazgos proceda con los siguientes pasos

- 1. Identificar y registrar en la Historia clínica las lesiones**
- En mujeres** es indispensable realizar examen pélvico. De no ser posible, referir.
Si hay lesiones en vagina o cervix, debe ser tratada por médico especialista.
Sí no hay lesiones intravaginales o en cervix, dar tratamiento para condiloma acuminado.
En hombres dar tratamiento para condiloma acuminado.

- 2. Dar tratamiento para Condiloma acuminado**
- Crioterapia con nitrógeno líquido se usará en lesiones pequeñas.
 - Podofilina en tintura de benzocaina al 25%, se usará en lesiones externas perineales, cervicales y uretrales.
 - Electrocauterización en lesiones extensas y externas.
 - Remoción quirúrgica especialmente en verrugas orales o de grandes dimensiones.

- 3. Buscar otros signos o síntomas**
- No hay otros signos. Realizar RPR.
 - Hay otros signos. Realizar el manejo según el caso.

- 4. Tomar prueba de RPR para Sífilis**
- Si el resultado es positivo dar tratamiento para Sífilis

5. Informar

6. Brindar consejería en ITS y VIH

- 7. Buscar contactos y dar tratamiento**
- La búsqueda de contactos está dirigida a identificar y tratar parejas sexuales con lesiones.
La reinfección no es relevante en estos casos. Es probable que la mayoría de las parejas sean portadoras de una infección subclínica por VPH, que no es tributaria de tratamiento específico.
Los contactos mujeres deberán tener PAP anuales ya que se ha demostrado un aumento del riesgo del cáncer cervical en mujeres con ITS.

- 8. Asegurar el cumplimiento del tratamiento**
- Promover el uso del condón

9. Hacer seguimiento

- Una vez que las verrugas remiten con la terapia, no existe necesidad de controles posteriores, a menos que las lesiones sean múltiples por existir una mayor tendencia a la recidiva. No obstante, se puede realizar una detección anual en mujeres con o sin verrugas genitales. La presencia de verrugas no es una indicación para colposcopia.
- No hay mejoría en 7 días
Continuar con tratamiento de condiloma hasta que todas las verrugas desaparezcan
- Está curado/a.
Reforzar medidas preventivas
Recomendar una consulta de promoción de la salud reproductiva una vez al año

TRATAMIENTO PARA CONDILOMA

Consideraciones generales

- Se busca la remoción de las verrugas exofíticas y la mejoría de los signos y síntomas. No es posible la erradicación del VPH con los tratamientos existentes. No hay evidencia que el tratamiento influenciará en el desarrollo posterior de cáncer cervical.
- Sin tratamiento, las lesiones pueden desaparecer espontáneamente, permanecer sin cambios, o crecer.
- En todo régimen terapéutico debe considerarse la ubicación, tamaño y número de las lesiones, como también el costo, eficacia y efectos adversos del mismo. Las verrugas extensas o refractarias y las formas internas o intracavitarias (intrauretral, cervical, vaginal y rectal), deben ser derivadas al centro de referencia para la atención de ITS (CERETS)
- En mujeres con lesiones cervicales sugestivas de VPH, debe descartarse la presencia de displasia antes de iniciar el tratamiento.

Esquemas de tratamiento

- **Crioterapia con nitrógeno líquido:** se usará en lesiones de pequeñas dimensiones, debiendo utilizarse aplicadores que permitan dosificar la cantidad necesaria y delimitar el área de tratamiento. El procedimiento debe ser realizado por personal calificado, considerando el riesgo de quemaduras en las zonas contiguas. Si es necesario repetir las aplicaciones cada una a dos semanas.
- **Podofilina en tintura de benzocaína al 25%:** en verrugas genitales externas, perianales, cervicales y uretrales. Para evitar la posibilidad de una absorción sistémica que pueda provocar toxicidad, se recomienda que la aplicación se limite a 0.5 ml de la solución o que el área total tratada no exceda de 10 cm² por sesión. Debe lavarse prolijamente la zona tratada después de 1 a 4 horas. Se repetirá semanalmente la aplicación si fuese necesario. Considerando su poder irritativo se recomienda su uso sólo por personal entrenado. Si las lesiones persisten después de 6 aplicaciones, se optará por otros tratamientos. El uso de este fármaco está contraindicado durante la gestación.
En lesiones cervicales, se esperará que el área seque luego de la aplicación, antes de retirar el espéculo; se tratará 2 cm² por sesión. El resto de las indicaciones serán similares a lo señalado para lesiones en otra ubicación. Debe considerarse el mayor riesgo de absorción sistémica en el tratamiento de lesiones cervicales.

- Electrocauterización: se utiliza en verrugas genitales externas. Estará contraindicada en personas portadores de un marcapaso o en lesiones próximas al orificio anal.
- Remoción quirúrgica: especialmente en verrugas orales, o de grandes dimensiones.

Consideraciones especiales

Manejo del infectado por VIH

Debe tenerse en cuenta la posibilidad de fracaso terapéutico en toda persona infectada con el VIH, independientemente del fármaco utilizado. En tales situaciones la persona debe ser derivada a servicios especializados para su adecuada atención.

Manejo de la gestante

Durante la gestación las lesiones genitales tienden a proliferar y hacerse friables. Los VPH tipo 6 y 11 pueden causar papilomatosis laríngea en infantes y niños. La ruta de transmisión (transplacentaria, perinatal o postnatal) no está clara. La cesárea estará indicada cuando las verrugas genitales obstruyan el conducto vaginal, pues pueden provocar un sangrado excesivo.

El uso de la podofilina está contraindicado durante el embarazo.

PERSONA REFIERE INQUIETUD O SOSPECHA POR INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Asegúrese de completar todos los pasos descritos en “Persona acude a servicio de salud reproductiva” antes de iniciar este protocolo

1. Asegurar la privacidad y confidencialidad de la información Evite emitir juicio de la información que le da a la persona

2. Evaluar factores epidemiológicos

- Riesgo de actividad sexual
- Usa o ha usado drogas que se administran parenteralmente y que haya compartido jeringas
- Antecedentes de transfusión de sangre o productos obtenidos de la misma

Si tiene factores de riesgo continuar con el paso 3
No tiene factores de riesgo continúe con el paso 4

3. Evaluación de síntomas La evaluación debe ser realizada por médicos entrenados
Ver cuadros clínicos de la infección con VIH

4. Informar sobre las pruebas serológicas para VIH Las pruebas de laboratorio disponibles son:

1. Pruebas de tamizaje: sirven para “detección”
 - Test de ELISA
 - Pruebas rápidas
2. Pruebas confirmatorias:
 - Western Blot (WB)
 - Inmunofluorescencia indirecta (IFI)

<p>5. Previo consentimiento solicitar las pruebas</p>	<p>El Ministerio de Salud recomienda la prueba de tamizaje para la infección por el VIH, en individuos con comportamiento de riesgo o pertenecientes a alguno de estos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con infecciones de transmisión sexual ITS • Personas con parejas promiscuas o comportamiento de riesgo • Trabajadores/as sexuales (hombres, mujeres y sus clientes/as) • Farmacodependientes • Personas multitransfundidos • Compañeros/as sexuales de seropositivos/as • Hijos de madres VIH positivas • Personas con síntomas sugerentes: baja de peso, muguet oral, herpes zoster, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, diarrea crónica ó fiebre >38.5 persistente por más de un mes.
<p>6. Informar</p>	
<p>7. Brindar consejería en ITS y VIH</p>	
<p>8. Programar cónsulta para resultado</p>	<p>Evite la mortificación de la persona al citar en forma innecesaria</p>
<p>9. Manejo de acuerdo a resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba serológica es positiva con o sin evidencia clínica de enfermedad. Ver cuadros clínicos de la infección con VIH, y seguir, paso 10 • Prueba serológica es negativa y tiene factores de riesgo Promover modificación de conductas de riesgo y de ser necesario repetir test en tres meses • Prueba serológica es negativa y no tiene factores de riesgo Reforzar información para prevenir ITS.
<p>10. Tratamiento</p>	<p>No existe aún cura para la infección por el VIH/SIDA, pero podemos ofrecer una amplia gama de acciones que mejoran la calidad de vida de las personas infectadas, entre las que tenemos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo psicológico: es importante durante toda la evolución de la enfermedad. Es crucial en el momento de comunicar el diagnóstico, cuando aparecen síntomas y en la persona terminal. • Tratamientos profilácticos: disminuirán el riesgo de aparición de infecciones oportunistas <ul style="list-style-type: none"> ▸ Cotrimoxazol a dosis de 160 mg de trimetoprim y 800 mg de sulfametoxazol una vez al día, para disminuir neumonía por <i>Pneumocistis carinii</i> y toxoplasmosis cerebral. La profilaxis se iniciará cuando el persona tenga 200 o menos linfocitos CD4 o exista alguna evidencia clínica de progresión de la inmunodeficiencia, como presencia de candidiasis oral, herpes zoster o leucoplasia vellosa. También deberán recibir tratamiento profiláctico con cotrimoxazol todas las personas que se encuentren en estadio SIDA

- Isoniazida a dosis de 5 miligramos por kilo de peso hasta un máximo de 300 miligramos diarios por 12 meses, que debe iniciarse en el momento de diagnosticar la infección por VIH y luego de descartar enfermedad tuberculosa activa
- Tratamientos antirretrovirales según normas establecidas.
- Tratamiento de las complicaciones secundarias infecciosas y/o neoplásicas.

11. Notificar el caso

Tenga un diagnóstico confirmado por microscopía o cultivo, de cualquiera de las enfermedades indicadoras (Neumonía por *Pneumocystis carinii*, Criptococosis extrapulmonar, herpes simple, candidiasis, Sarcoma de Kaposi, Toxoplasmosis cerebral, infección por Citomegalovirus, etc) en ausencia de otra causa de inmunosupresión o inmunodeficiencia, aún cuando las pruebas para infección por VIH no hayan sido realizadas o sus resultados no sean concluyentes.

CUADROS CLÍNICOS DE LA INFECCIÓN CON VIH

Infeción Asintomática (Portador Sano)

Etapa posterior a la infección primaria, sin síntomas, que puede durar varios años. La persona infectada por el VIH tiene la capacidad de transmitir el virus a otras personas. El diagnóstico en esta etapa se hace exclusivamente por pruebas de laboratorio.

Infeción Sintomática

Aparecen síntomas y signos como consecuencia del daño originado por el propio virus y/o por la presencia de complicaciones secundarias a la inmunodeficiencia.

Estas complicaciones secundarias pueden ser infecciosas o neoplásicas.

La mayoría de las complicaciones infecciosas son por microorganismos oportunistas, es decir aquellos que producen enfermedad cuando existe algún tipo de inmunodeficiencia.

1. En adultos y niños mayores de 18 meses, se considera como persona infectada con el VIH a toda persona que:

- Tenga una prueba confirmatoria IFI o WB positiva, o pruebas de antígeno positivas.
- Cumpla con los criterios de caso SIDA.

2. En niños menores de 18 meses, una prueba positiva para anticuerpos contra el VIH no será definitiva debido a que los anticuerpos presentes pueden ser de origen materno.

Se considera que un niño menor de 18 meses está infectado si es VIH seropositivo o su madre está infectada con el VIH, y:

- Tiene resultados positivos en dos momentos diferentes (no incluir muestras de cordón umbilical), en el cultivo de VIH, PCR para VIH, o antígeno p24; o
- Cumple con los criterios de caso SIDA.

3. Los niños menores de 18 meses que no cumplen con los criterios especificados en 2, pero que son VIH positivos con pruebas confirmatorias, y los niños con estado serológico desconocido nacidos de madres infectadas con el VIH, serán considerados NIÑOS EXPUESTOS PERINATALMENTE.

CASO DE SIDA PARA EFECTOS DE NOTIFICACIÓN OFICIAL AL MINISTERIO DE SALUD

1. Tenga un diagnóstico confirmado por microscopía o cultivo de cualquiera de las siguientes enfermedades INDICADORAS, en ausencia de otra causa de inmunosupresión o inmunodeficiencia, aún cuando las pruebas para infección por VIH no hayan sido realizadas o sus resultados no sean concluyentes:
 - Neumonía por *Pneumocystis carinii*
 - Criptococosis extrapulmonar
 - Criptosporidiosis con diarrea de más de un mes de duración
 - Infección por herpes simplex causante de úlcera mucocutánea de más de un mes de duración, bronquitis, esofagitis o neumonitis que afecte a personas mayores de un mes de edad
 - Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar
 - Sarcoma de Kaposi en menores de 60 años
 - Toxoplasmosis cerebral en personas mayores de un mes de edad
 - Infección por Citomegalovirus de un órgano diferente a hígado, bazo o ganglios linfáticos, en personas con más de un mes de edad
 - Estrongiloidosis extraintestinal
 - Leucoencefalopatía multifocal progresiva
 - Linfoma primario cerebral en menores de 60 años
 - Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide en menores de 13 años
 - Infección diseminada por *M. Kansasii* o complejo *M. avium-intracelulare* (en un sitio distinto o en asociación a pulmón, piel o nódulo linfático hilar o cervical)

2. Teniendo un diagnóstico confirmado de infección por VIH, tenga además un diagnóstico confirmado de:
 - Síndrome de consumo
 - Tuberculosis pulmonar y/o extrapulmonar
 - Isosporiasis con diarrea de más de un mes de duración
 - Sarcoma de Kaposi a cualquier edad
 - Complejo demencial o encefalopatía por VIH
 - Linfoma no Hodgkin de células B o fenotipo inmunológico no determinado y de cualquiera de los siguientes tipos: linfocitos pequeños no hendidos (tipo Burkitt o no Burkitt), o Sarcoma inmunoblástico (Linfoma de células grandes), Linfoma histiocítico difuso, Linfoma indiferenciado, Sarcoma de células reticulares o linfoma de alto grado de malignidad
 - Histoplasmosis extrapulmonar o diseminada
 - Septicemia por salmonella no tífica recurrente
 - Dos o más infecciones bacterianas en los dos años anteriores, en menores de 13 años sin factores predisponentes: septicemia, neumonía, artritis, meningitis o absceso visceral o cavitario (excluyendo otitis media o abscesos superficiales de piel o mucosas) causadas por *Legionella*, *Haemophilus*, *Streptococo* (incluyendo *Neumococo*) o alguna otra bacteria piógena
 - Episodios recurrentes de neumonía bacteriana
 - Cáncer cérvico-uterino
 - Linfoma primario cerebral a cualquier edad.
 - Diseminación extrapulmonar por *M. avium* o *M. Kansasii*.
 - Infección extrapulmonar o diseminada por micobacterias diferentes a *M. Leprae*.
 - Coccidioidomicosis diseminada.

3. Teniendo un diagnóstico confirmado de infección por VIH, tenga además un diagnóstico presuntivo de:
- Neumonía por P. Carinii
 - Toxoplasmosis cerebral en mayores de un mes de edad
 - Infección extrapulmonar o diseminada por micobacterias (bacilos ácido-alcohol resistentes, de especie indeterminada)
 - Retinitis por Citomegalovirus, con pérdida de la visión
 - Candidiasis esofágica
 - Sarcoma de Kaposi
 - Hiperplasia pulmonar linfoide o neumonitis intersticial linfoide en menores de 13 años
 - Episodios recurrentes de neumonía.

PERSONA CON SEROLOGÍA PARA SÍFILIS POSITIVA, O QUE ACUDE CON UN CUADRO INESPECÍFICO Y TIENE FACTORES DE RIESGO PARA SOSPECHAR SÍFILIS

Luego de haber completado el esquema de evaluación en base los hallazgos proceda con los siguientes pasos. Para reconocer y hacer un diagnóstico adecuado puede ver Sífilis - consideraciones generales.

1. Descartar VIH(+) o SIDA Si VIH (+) continuar con protocolo correspondiente
Si es VIH (-) continuar con el paso 2

2. Evaluar hallazgos clínicos Clasificar estadio de la enfermedad y dar tratamiento Ver tabla Criterios diagnósticos y tratamiento de Sífilis en personas VIH negativas
El manejo y el seguimiento debe ser realizado por profesional capacitado.

3. Informar

4. Brindar consejería en ITS y VIH

5. Buscar contactos y dar tratamiento

6. Asegurar cumplimiento de tratamiento Promover el uso de condón

7. Hacer el primer control a los 7 días Se pueden programar otras consultas de acuerdo a los hallazgos clínicos. En general el manejo debe ser hecho por médico especialista de acuerdo a los órganos comprometidos

8. Hacer seguimiento con serología a los 6 y 12 meses

- En las formas clínicas de evolución menor de 2 años, el tratamiento resulta altamente efectivo. En las formas más tardías, es probable la permanencia de secuelas no resueltas que limiten la recuperación total de la persona. En ambos casos, se recomienda serología con pruebas no treponémicas a los 6 y 12 meses después de finalizado el tratamiento.

- Las pruebas no treponémicas deben negativizarse un año después de tratamiento adecuado para Sífilis primaria y 2 años después de tratamiento adecuado para Sífilis secundaria.
 - Si no hay mejoría, hacer referencia.
 - Hay mejoría. Continuar con consultas para realizar rehabilitación, de no estar capacitado se debe referir.
9. Promoción de la salud reproductiva
- Recomendar a la persona usuaria que debe acudir una vez al año para una consulta de promoción de la salud reproductiva o para cualquier inquietud que tenga.

SÍFILIS - CONSIDERACIONES GENERALES

La Sífilis ocasionada por el *Treponema pallidum*, tiene una historia natural muy compleja que comprende diferentes estadios clínicos.

Con o sin tratamiento, las manifestaciones clínicas de la Sífilis primaria y secundaria se resuelven y la infección sólo puede diagnosticarse mediante pruebas serológicas. Este estadio se denomina **Sífilis Latente**.

Manejo de los contactos

Se considerará como contacto, excluyendo el caso de Sífilis primaria (ver úlcera genital), a toda persona que tuvo relaciones sexuales en los últimos 12 meses, con el caso índice con diagnóstico de formas clínicas de evolución menor de 2 años. Se procederá con el mismo esquema que para Sífilis latente tardía, iniciándose el tratamiento en la primera consulta.

- En las formas clínicas de evolución igual o mayor de 2 años, se recomienda efectuar diagnóstico serológico a las parejas sexuales estables del caso índice, procediéndose al tratamiento si el resultado fuese reactivo.

La Sífilis latente temprana se extiende hasta un año luego de la infección, después del cual se le denominará Sífilis latente tardía. Sin tratamiento efectivo la enfermedad no curada puede progresar hacia estadios tardíos de manejo más difícil.

Las personas con Sífilis pueden buscar tratamiento por síntomas o signos asociados a infección primaria (úlceras o chancros en el sitio de infección), infección secundaria (manifestaciones que incluyen lesiones cutáneas como exantema, lesiones mucocutáneas y adenopatías), o infección terciaria (lesiones cardíacas, neurológicas, oftalmológicas, auditivas o goma sifilítica). Las infecciones también pueden detectarse en su fase latente a través de pruebas serológicas (RPR o VDRL).

Una persona con Sífilis transmite la enfermedad con mayor frecuencia durante los dos primeros años luego de la infección. Sin embargo, se han descrito casos de Sífilis Congénita en niños nacidos de madres con más de 2 años de estar infectadas.

Estadios clínicos de la Sífilis

Sífilis temprana: hasta 1 año de producida la infección

- Primaria
- Secundaria
- Latente precoz
- Neurosífilis asintomática temprana
- Meningitis sifilítica aguda

Sífilis tardía: más de 1 año de producida la infección

- Latente tardía
- Neurosífilis asintomática tardía
- Neurosífilis meningovascular
- Neurosífilis parenquimatosa
- Sífilis cardiovascular
- Sífilis tardía benigna (goma)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS EN PERSONAS VIH NEGATIVAS

Estadio Clínico	Manifestaciones Clínicas	Criterios Diagnósticos	Hombres y mujeres no gestantes		Gestantes			
			Elección	Alternativa	Elección Alternativas (para Alérgicos a la penicilina)			
Sífilis Secundaria	3 a 6 semanas después de la aparición del chancro primario: linfadenopatía, ulceraciones mucosas, exantema máculo-papular, incluyendo palmas y plantas, lesiones foliculares, condiloma lata, etc.	Serología (+), exantema papular en palmas y plantas, condiloma lata, linfadenopatía y ulceraciones en mucosas	Penicilina G Benzatínica 2.4 millones UI IM, dosis única	Doxiciclina 100 mg VO, 2 veces al día por 14 días	Penicilina G Benzatínica 2.4 millones UI IM, dosis única	Proceder a desensibilizar para penicilina		
Sífilis Latente Precoz	Período asintomático hasta 1 año después de producida la infección.	Serología (+)						
Sífilis Latente Tardía	Período asintomático después de 1 año de producida la infección	Serología (+)		Doxiciclina 100 mg VO, 2 veces al día por 4 semanas			Penicilina G Benzatínica 2.4 millones UI IM, en tres dosis, una por semana	Proceder a desensibilizar para penicilina
de duración	Se desconoce tiempo de infección	Serología (+)						
Sífilis cardiovascular	15 a 20 años después de la infección, aneurisma torácico, incompetencia de válvula aórtica y estenosis del ostium coronario	Serología (+) más evidencia cardiovascular compatible						

Estadio Clínico	Manifestaciones Clínicas	Criterios Diagnósticos	Hombres y mujeres no gestantes		Gestantes
			Elección	Alternativa	Elección Alternativas (para Alérgicos a la penicilina)
Sífilis tardía benigna (goma)	Lesiones proliferativas o destructivas en piel, mucosas, vísceras, músculos y estructuras oculares (gomas)	Serología (+) más presencia de gomas			
Neurosífilis asintomática temprana	Ausencia de síntomas, pero evidencia de laboratorio de invasión treponémica al SNC, en periodo no mayor de 1 año después de producida la infección. Más común en personas con infección por VIH.	Serología (+) y anomalías en LCR –pleocitosis, proteínas normales o elevadas y VDRL (+)	Penicilina G sódica 12 a 24 millones UI por día (2 a 4 millones cada 4 horas EV) por 10 a 14 días	Penicilina procaína 2.4 millones IM mas Probenecid 500mg. oral 4 veces por día por 10 a 14 días. Si existe alergia, proceder a desensibilizar.	Penicilina G Sódica 12 a 14 millones UI por día (2 a 4 millones cada 4 horas EV) por 10 a 14 días O Penicilina Procaína 2.4 millones UI IM por día más probenecid, 500 mg. VO 4 veces por día por 10 a 14 días
Neurosífilis asintomática tardía	Ausencia de síntomas, pero evidencia de laboratorio de invasión treponémica al SNC, después de 1 año de producida la infección.				
Meningitis sífilítica aguda	En la mayoría de casos se presenta antes del año de producida la infección: ce-falea, fiebre, fotofobia, sig-nos menín-geos, hiper-tensión endo-craneana y anomalías en LCR.	Signos de meningitis y/o hipertensión endocraneana más anomalías en LCR (pleocitosis, proteinorraquia o hipoglicorraquia, VRDL reactivo)			

Estadio Clínico	Manifestaciones Clínicas	Criterios Diagnósticos	Hombres y mujeres no gestantes		Gestantes	
			Elección	Alternativa	Elección	Alternativas (para Alérgicos a la penicilina)
Sífilis meningo-vascular	Cinco a doce años después de la infección: endarteritis sífilítica y/o trombosis con hemiparesia o hemiplejía, afasia, etc.	Signos de endarteritis sífilítica y/o trombosis más anormalidades en LCR (pleocitosis, proteinorraquia o hipoglicorraquia, VRDL reactivo)				
Sífilis Parenquimatosa	Paresia general, combinación de desórdenes psiquiátricos y neurológicos. Tabes dorsal (ataxia, pleocitosis, pares-tesias, hipo-reflexia, pupilas de Argyll Robertson, signo de Romberg, etc.)	Signos de paresia general o Tabes dorsal más anormalidades en LCR (pleocitosis, proteino-rraquia o hipoglicorraquia, VRDL reactivo)	Penicilina G sódica 12 a 24 millones UI por día (2 a 4 millones cada 4 horas EV) por 10 a 14 días	Penicilina G sódica 12 a 24 millones UI por día (2 a 4 millones cada 4 horas EV) por 10 a 14 días Si existe alergia, proceder a desensibilizar	Penicilina Procaínica 2.4 millones UI IM por día más probenecid, 500 mg. VO 4 veces por día por 10 a 14 días O Penicilina Procaínica 2.4 millones UI IM por día más probenecid, 500 mg. VO 4 veces por día por 10 a 14 días	Proceder a desensibilizar para penicilina

SNC: Sistema nervioso central

LCR: Líquido cefalorraquídeo

IM= vía intramuscular, VO= vía oral

MANEJO DE LAS PERSONAS CON SÍFILIS Y CON VIH (+)

- Las personas VIH positivas han mostrado con frecuencia una progresión acelerada hacia la neurosífilis, a pesar de haber recibido terapia convencional para Sífilis temprana. Recientes informes sugieren la posibilidad de recaídas de Sífilis en personas con VIH positivo.
- En toda persona VIH (+) con VDRL (o RPR) sérico reactivo, se debe realizar una punción lumbar para efectuar VDRL en LCR, sin importar el estadio clínico de la persona. Si la prueba resulta positiva se manejará como neurosífilis.
- Toda persona VIH (+) con Sífilis debe tener serología con pruebas no treponémicas a los 3,6, 9, 12 y 24 meses después de finalizado el tratamiento.
- Se decidirá el retratamiento si no se evidencia una caída de por lo menos 4 títulos en las pruebas serológicas, luego de 6 meses de cumplido el tratamiento para Sífilis primaria o secundaria y luego de 12 meses para Sífilis latente. El retratamiento seguirá los mismos criterios iniciales, indicándose una nueva punción lumbar y procediéndose de acuerdo a los resultados.

SÍFILIS EN GESTANTES

En personas que acuden a los servicios de salud para su primer control prenatal o para descarte de embarazo, la prueba de RPR debe ser realizada antes de la atención clínica y el resultado debe estar disponible el mismo día, al momento de ésta. Para efectos de eliminación de Sífilis Congénita todo resultado REACTIVO debe ser considerado como diagnóstico de SÍFILIS LATENTE TARDÍA sin requerir pruebas confirmatorias. El tratamiento consiste en 2.4 millones de UI de Penicilina Benzatínica por vía intramuscular semanal por 3 semanas. El tratamiento es gratuito y deberá iniciarse durante la primera consulta.

- Toda gestante o puérpera con serología reactiva deberá recibir también información en ITS y las 4C (consejería, cumplimiento de tratamiento, manejo de contactos y uso de condón).
- La búsqueda domiciliaria de los contactos (parejas sexuales) de la gestante o puérpera con serología reactiva estará a cargo del personal de salud y se realizará previa autorización de la gestante.
- El tratamiento de los contactos (parejas sexuales) de una gestante o de una puérpera con serología reactiva, sigue el mismo esquema y también es gratuito. No necesitará ser sometido a prueba de tamizaje.

PERSONA CON DIAGNOSTICO DE HERPES GENITAL

El herpes genital es una infección viral incurable y recurrente. Los tratamientos antivirales sistémicos controlan parcialmente los síntomas y signos de los episodios de herpes cuando se usan para tratar el primer episodio clínico o episodios recurrentes, o cuando se usa la terapia supresiva diaria. Sin embargo estas drogas NO erradican al virus latente, ni afectan el riesgo, frecuencia o severidad de la recurrencia luego que la droga es discontinuada. La terapia tópica con aciclovir es sustancialmente menos efectiva que la oral por lo que no se recomienda su uso. Todos los otros antivirales tópicos son inefectivos y no se recomiendan.

Terapia recomendada para el primer episodio:

- Aciclovir 400 mg VO cada 8 horas por 7-10 días, o
- Aciclovir 200 mg 5 veces al día por 7-10 días

En el caso de proctitis se recomienda Aciclovir 400 mg 5 veces al día

Terapia para episodios recurrentes:

La terapia episódica puede ser beneficiosa al disminuir la duración de las lesiones, siempre que el tratamiento se inicie dentro de las 24 horas de aparición de las mismas.

- Aciclovir 400 mg VO cada 8 horas por 5 días, o
- Aciclovir 200 mg 5 veces al día por 5 días, o
- Aciclovir 800 mg dos veces al día por 5 días

PERSONA ALERGICA A LA PENICILINA QUE REQUIERE TRATAMIENTO CON PENICILINA

1. Informar a la persona que el procedimiento va a tomar 4 horas aproximadamente y que irá tomando una cucharada de 30 cc de penicilina cada 15 minutos hasta estar seguros que pueda recibir una dosis normal
2. Preparar una suspensión de penicilina V de acuerdo a tabla
3. Administrar las diferentes dosis en forma progresiva hasta completar las 14 dosis del esquema
4. Iniciar el tratamiento de penicilina correspondiente
5. Mantener en observación a la persona hasta que termine el tratamiento

Número de Dosis	Concentración de penicilina (unidades por ml)	Mililitros administrado	Unidades Administrados	Dosis acumulada
1.		0.1	100	100
2.		0.2	200	300
3.		0.4	400	700
4.	1,000	0.8	800	1,500
5.		1.6	1,600	3,100
6.		3.2	3,200	6,300
7.		6.4	6,400	12,700
8.		1.2	12,00	24,700
9.	10,000	2.4	24,00	48,700
10.		4.8	48,000	96,700
11.		1.0	80,000	176,700
12.	80,000	2.0	160,000	336,700
13.		4.0	320,000	656,700
14.		8.0	640,000	1,296,700

PERSONA CON DIAGNOSTICO DE ACAROS (SARNA) O PIOJOS EN LA REGIÓN PERINEAL

Asegúrese de completar todos los pasos descritos en “Persona usuaria acude a servicio de salud reproductiva” antes de iniciar este protocolo

En base a los hallazgos proceda con los siguientes pasos

1. Identificar y re-gistrar en la Historia clínica las lesiones
- En mujeres** es indispensable realizar examen pélvico. De no ser posible, Referir.
Si hay lesiones en vagina o cervix, debe ser tratada por médico especialista.
Si no hay lesiones intravaginales o en cervix, dar tratamiento.
En hombres dar tratamiento

2. Dar tratamiento para el ectoparásito
1. Se recomienda mucha higiene y de existir mucho prurito se puede administrar antihistamínicos.
 2. De existir infección bacteriana se debe tratar, lo más recomendable es algún antibiótico betalactámico.
 3. Debe cambiarse y hervir la ropa incluida la de la cama. Hoy en día basta con pasar una plancha caliente.
 4. Debe tratarse todas las personas de la familia, especialmente los que duermen con la persona
 5. Tratamiento específico, bañarse antes y a las 12 horas de la aplicación, no aplicar en la cara :
 - Benzoato de Bencilo al 30%
 - Hexacloruro de benceno gamma al 0,3% (Lindano) , no se recomienda en gestantes madres que están dando de lactar y lactantes menores de 2 meses
 - Permetrina al 5% se recomienda evitar su uso en gestantes, madres que están dando de lactar y lactantes menores de 2 meses
- *Una medida que puede realizarse con la pediculosis de no poder aplicar el tratamiento es el rasurado de las zonas pilosas comprometidas.

3. Buscar otros signos o síntomas
- No hay otros signos. Tomar prueba para RPR.
 - Hay otros signos, tratar de acuerdo al caso.

4. Tomar prueba de RPR para Sífilis
- Esto es relevante si la persona refiere que las lesiones se han producido después de haber tenido relaciones sexuales.
Si el resultado es positivo dar tratamiento para Sífilis

5. Informar

6. Brindar consejería

7. Buscar contactos y dar tratamiento

La búsqueda de contactos está dirigida a identificar y tratar parejas sexuales con lesiones
La reinfección no es relevante en estos casos.

8. Asegurar el cumplimiento del tratamiento

9. Registrar adecuadamente

10. Hacer seguimiento a los 30 y 60 días

- En acarosis si no hay mejoría a los treinta días, hacer referencia
- En Pediculosis si no hay mejoría en 15 días, hacer referencia
- Está curado
Reforzar medidas preventivas
Recomendar una consulta de promoción de la salud reproductiva una vez al año.

MODULO VIII

PLANIFICACIÓN
FAMILIAR



PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La persona que acude a los servicios tiene derecho a:

1. Privacidad

- Toda consulta debe ser hecha discretamente sin personas presentes que no estén directamente involucradas en su atención y sin su consentimiento.
- Que la reserva respecto al motivo de consulta se mantenga en todos los servicios de los establecimientos de salud: desde la admisión, triaje, farmacia, y otros.
- Toda comunicación y registros pertinentes a su tratamiento, serán tratados confidencialmente.
- Ser examinada/o en instalaciones que aseguren privacidad visual y auditiva.
- Solicitar que esté presente una persona de su confianza durante el examen médico, el tratamiento o el procedimiento. Si fuera necesario, con el fin de realizar exámenes, que la mujer desnude ciertas partes de su cuerpo, el proveedor deberá ser muy respetuoso de las costumbres culturales y hará lo posible para que la mujer pueda utilizar una bata o si no la hubiera utilice su ropa a manera de bata de examen. Debe garantizarse no someterla a una desnudez que viole su derecho a la privacidad y afecte su percepción de la calidad del servicio

2. Información

- Obtener de la persona responsable de su atención, la información completa y actualizada del diagnóstico, tratamiento o procedimiento. Dicha información será comunicada a la persona claramente, de preferencia en su idioma, debiendo verificarse que el mensaje ha sido comprendido.
- Recibir información y educación sobre la sexualidad, y función de los órganos sexuales y reproductivos, así como sobre paternidad y maternidad responsable.
- Recibir información completa sobre las características, beneficios, efectos, posibles complicaciones, protección frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), posibilidades de falla y contraindicaciones de todos los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres.
- Recibir por escrito, a su solicitud, los resultados de análisis y otras pruebas diagnósticas, el diagnóstico, las indicaciones y tratamiento.
- Que no se ofrezca información a terceras personas, ni familiares sobre los motivos de atención, diagnósticos ni tratamiento, si no es autorizado por la persona usuaria, excepto en los casos que la ley lo señale.

3. Identidad de las personas proveedoras de servicios

- Conocer el nombre y cargo del personal de salud que está a cargo de su atención.

4. Bioseguridad personal

- Que las instalaciones de los establecimientos de salud brinden aislamiento, protección y bioseguridad.

5. Comunicación

- Poder comunicarse de manera verbal o escrita con personas de su elección durante su hospitalización en los establecimientos de salud a través de visitas. Cuando la persona usuaria/o no hable, ni entienda el idioma español, podrá tener acceso a su intérprete.

6. Toma de Decisiones

- Tomar decisiones relacionadas con su tratamiento o atención de salud. Este acto deberá basarse en una explicación clara y concisa de su estado de salud, los procedimientos que se le va a realizar; incluyendo el riesgo de muerte, reacciones serias o problemas relacionados con su recuperación.
- No ser sometido/a a procedimiento alguno sin su consentimiento libre, informado y voluntario.
- No ser sometido a presión alguna para elegir un método anticonceptivo, especialmente en situaciones de estrés, tales como las vinculadas al parto o aborto.
- Consultar con otros/as profesionales de salud, antes de dar su consentimiento, sin perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios de salud.

7. Rehusar a recibir tratamiento

- Rehusar procedimientos y/o atención luego de haber recibido la información completa sobre los mismos.
- Rehusar el tratamiento en cualquier momento. Este hecho no le hará perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios. Deberá quedar documento escrito de su decisión, dejando abierta la posibilidad de reiniciar el manejo posteriormente.

8. Respeto y dignidad

- Recibir trato respetuoso en todo momento y bajo todas las circunstancias. Que se respeten sus creencias, valores y actitudes propias de su cultura.

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

METODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA

Definición: Abstención de relaciones sexuales durante un período determinado del ciclo menstrual (fase fértil) para evitar un embarazo.

1. Método del moco cervical (de Billings)
2. Método del ritmo – Calendario
3. Método de los días fijos o método del Collar.

Mecanismo de acción

La mujer solo es fértil durante algunos días de su ciclo menstrual (los cinco días anteriores de la ovulación y el día que sigue a la ovulación), por lo que el mecanismo de acción de estos métodos consisten en evitar las relaciones sexuales durante éste periodo.

Características comunes

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar
- Apropiado para parejas que por diferentes razones no desean usar otros métodos.
- Para su uso requiere de alta motivación e instrucción en el método a la pareja.
- La efectividad de éstos métodos depende de la pareja y requiere de una motivación constante
- No requieren de insumos anticonceptivos.

- Su eficacia es afectada por diversos factores que alteren el ciclo menstrual (estrés, viajes, etc.).

No se recomienda su uso a:

- Mujeres con ciclos irregulares, para aquellas que desean usar el método del ritmo
- Mujeres con dificultad para reconocer: las características de su ciclo menstrual como los cambios en el moco cervical, en la temperatura, los regímenes catameniales y otros.

METODO DE BILLINGS, DE LA OVULACION O DEL MOCO CERVICAL

Definición: Consiste en reconocer la fase fértil del ciclo menstrual, por la presencia del moco cervical, la lubricación o sensación de humedad mediante la observación diaria de sus genitales. La fase fértil comprende desde el día de inicio de la sensación de humedad o presencia de moco hasta tres días después de haber identificado el día fértil (día de máxima humedad, moco filante), momento en el cual el moco vuelve a ser pegajoso o hay sensación de sequedad.

Tasa de falla

- De 2 (teórica) a 20(Real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Características particulares

- Puede ser usado por cualquier mujer en edad reproductiva.

Recomendar el uso con precaución a:

- Mujeres con flujo persistente o que estén dando de amamantar.
- Mujeres en quienes se les haya realizado procedimientos cervicales como: conización, electrocauterización.

Forma de uso

Se requiere cuatro pasos: 1. Aprender a observar los signos y síntomas de fertilidad. 2. Registrar estos signos y síntomas en una gráfica o cartilla. 3. Interpretar adecuadamente lo registrado: *Menstruación* es el inicio del ciclo, *sequedad* es la infertilidad temprana, *fase fértil* desde el cambio de sensaciones o presencia de mucosidad que va en aumento en cantidad, filancia y transparencia, la determinación precisa del día pico (último día de moco elástico, transparente y sensación lubricada) + 3 días fértiles postpico, *fase seca postovulatoria* (infertilidad tardía). Respetar las reglas del método: no relaciones durante la menstruación, relaciones en la fase infértil temprana, sólo en las noches y no dos noches seguidas, no relaciones en la fase fértil y relaciones sexuales durante la fase infértil tardía en cualquier momento día o noche.

Programación de capacitación

- Se instruirá a la pareja en 4 sesiones (2 sesiones de contenido y 2 de análisis de cartillas y gráficos), luego de lo cual pasará a una etapa de seguimiento.

Programación de seguimiento

- Como las parejas que usan éste método, solo requieren de la hoja de gráficos de seguimiento, es importante que las usuarias acudan al primer control a los 15 días, y al segundo 15 días después. Posteriormente acudirán cada 30 días, por 3 meses.

- Es importante que la mujer y su pareja acudan cada año para una evaluación integral de salud.
- Informar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en el momento que ella o su pareja considere necesario o si presenta alguna molestia.

Se debe hacer énfasis que este método no protege contra ITS o SIDA

METODO DEL RITMO, OGINO-KNAUS, DE LA REGLA O DEL CALENDARIO

Definición: Es un método de abstinencia periódica.

Forma de uso: En las mujeres con ciclos entre 27 y 30 días, instruir a la pareja que debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el noveno y décimo noveno día del ciclo menstrual.

Tasa de Falla

- De 9 (teórica) a 20 (real) embarazos por cada 100 mujeres que usen el método durante el primer año.

Características particulares para el uso

- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad con ciclos regulares.
- La mujer debe registrar la duración de los ciclos menstruales por lo menos durante 6 meses; idealmente entre 10 a 12 meses (historia menstrual). De no tenerla, podría iniciar con este método usando “ciclos referenciales” de 23 días como el ciclo más corto y de 33 como el día más largo
- De la historia menstrual, seleccionar el ciclo más corto y el más largo
- Se calcula el número de días del período menstrual a partir del primer día de sangrado hasta el anterior de la siguiente menstruación
Para calcular el primer día del período fértil, reste 19 días al ciclo más corto
Para calcular el último día del período fértil, reste 11 días al ciclo más largo

Utilice con precaución en mujeres que estén dando de lactar. Debe brindarse orientación sobre las particularidades para predecir el período fértil.

No se recomienda en mujeres con ciclos irregulares (en cuanto a duración y características)

Programación de capacitación a usuarias

- Se dará una sesión de consejería mensual durante 2 meses. Excepcionalmente 4 sesiones.
- Si la mujer no tiene “historia menstrual” se completarán 6 sesiones antes de iniciar el método (1 por ciclo menstrual)
- Luego pasará a la etapa de seguimiento

Instrucciones para las mujeres que van usar el método

• Estas deben ser elaboradas de acuerdo a las características de la población, pero las mismas deben incluir la información que se menciona en Forma de uso y Programación de seguimiento.

Programación de seguimiento

- Aunque las parejas que usan éste método no requieren de ningún tipo de insumos, es importante que las mujeres acudan a su control cada 2 meses (después de su instrucción) hasta completar 6 controles.

- Es importante que la mujer y su pareja acudan cada año para una evaluación integral de salud.
- Informar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en el momento que ella o su pareja considere necesario o si presenta alguna molestia.

Se debe hacer énfasis que este método no protege contra ITS o SIDA

MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS (MDF) O DEL COLLAR

Definición: Método de abstinencia periódica que señala los días 8-19 del ciclo menstrual como fértiles. Se apoya en el Collar del Ciclo, que representa el ciclo menstrual de la mujer y está formado por perlas de colores (marrón, blanco y rojo).

Mecanismo de acción: Evita el embarazo al reducir la probabilidad alta de fecundación debida a la abstinencia desde el día 8 al día 19 del ciclo para mujeres en quienes la mayoría de ciclos duran entre 26 y 32 días.

Tasa de falla: Alrededor de 5 embarazos por cada 100 mujeres que usan el método correctamente durante un año. La probabilidad de embarazo es alta en quienes tienen relaciones sin protección durante los días fértiles (días del ciclo 8-19).

Características

- Efectivo
- Tiempo de aprendizaje corto
- El uso del “Collar” como ayuda visual facilita el aprendizaje y la utilización del método.
- No hay efectos secundarios
- Fácil de enseñar y aprender
- Alrededor del 70% de los ciclos duran entre 26 y 32 días.

Forma de uso

- Se determina por historia si la mujer suele tener ciclos entre 26 y 32 días y se indaga sobre la aceptación de su pareja en no tener relaciones sin protección durante los días fértiles. Asimismo, se chequean algunos criterios de selección establecidos.
- Se explica el método y se ofrece como ayuda visual el “Collar,” que consiste en: 32 perlas: de colores que representan los días del ciclo, y un anillo movable para marcar en qué día de su ciclo está la mujer.
 - Perla roja (1): primer día de menstruación.
 - Perlas marrón: (6) Días no fértiles o de muy baja probabilidad de embarazo.
 - Perlas blancas (12): Días fértiles o de alta probabilidad de embarazo.
 - Perlas marrón: (13) Días no fértiles o de muy baja probabilidad de embarazo.

**Si el ciclo termina antes de pasar la perla 27 (más oscura) o dura más de 32 días dos ocasiones en un año, tendrá que buscar otro método.*

Instrucciones para la pareja

- Definir si los ciclos previos suelen tener una duración entre 26 y 32 días.

- Empezar el seguimiento el primer día de la menstruación: colocando el anillo sobre la perla roja, y marcando el día en un calendario o almanaque.
- Todos los días subsiguientes, mover el anillo de jebe a la siguiente perla en la dirección que indica la flecha blanca.
- Los días que el anillo esté en las perlas marrón la mujer se considera no-fértil, y puede tener relaciones sexuales desprotegidas.
- Los días que el anillo esté en las perlas blancas la mujer se considera FERTIL y debe evitar las relaciones sexuales desprotegidas (abstenerse o usar preservativo).
- Al terminar las perlas blancas y llegar a las perlas marrón se podrán reiniciar las relaciones sexuales sin protección.
- Cuando nuevamente viene la menstruación, colocar el anillo nuevamente sobre la perla roja.
- Si el ciclo termina antes de pasar la perla marrón oscura, consultar con el instructor (a).
- Si el ciclo no ha terminado y ya concluyeron las 32 perlas, consultar a su instructor (a)

Seguimiento: La mayoría de mujeres aprenden a utilizar el método con una sola sesión de consejería; algunas mujeres pueden requerir o beneficiarse de una visita adicional para reforzar la consejería inicial. El método en sí no requiere mas visitas pre-programadas para control. Es importante mencionar a los/as usuarios/as que pueden acudir al establecimiento en cualquier momento que lo crean necesario.

MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA)

Definición: Método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia.

Mecanismo de acción: Supresión de la ovulación ocasionada por cambios hormonales, producto del amamantamiento, siendo la principal modificación el incremento de la prolactina.

Tasa de falla: 2 embarazos por 100 mujeres (teórica), en los primeros seis meses postparto.

Criterios básicos. Debe cumplir necesariamente estas 3 condiciones:

- Lactancia exclusiva (amamantar 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 tenga amenorrea.
- Hasta los 6 meses postparto.

Características

- Fácil de usar
- Muy eficaz, si cumple con los criterios básicos
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No requiere insumos anticonceptivos
- No tiene efectos secundarios
- Depende de la usuaria: circunstancias sociales, laborales, voluntad, costumbres, dificultan el cumplimiento de las instrucciones

La madre VIH(+) puede infectar al neonato a través de la lactancia

Contraindicaciones:

- Mujeres que tengan contraindicación para dar de lactar a su hijo.
- Portadoras de VIH.
- Mujeres que no cumplen los tres requisitos.

Programación de seguimiento

- Se recomienda un primer control a los cuarenticinco días post parto y luego a los seis meses para la elección de un método alternativo. Informarle que al momento que deje de cumplir alguno de los criterios debe acudir inmediatamente al establecimiento.
- Es importante que la mujer y su pareja acudan cada año para una evaluación integral de salud.
- Informar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en el momento que ella o su pareja considere necesario o si presenta alguna molestia.

Se debe hacer énfasis que este método no protege contra ITS o SIDA

MÉTODOS DE BARRERA

CONDÓN

Definición: Funda delgada de látex, lubricada.

Mecanismo de acción: Impide que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.

Tasa de falla: De 3 (teórica) a 12 (real) embarazos por cada 100 mujeres, en el primer año de uso.

Características

- Eficaz si se usa correctamente.
- Pocos efectos negativos: alergia al látex.
- De fácil obtención y bajo costo.
- No requiere examen ni prescripción médica.
- Fomenta la participación activa del varón en la anticoncepción.
- Su uso correcto evita la transmisión de las ITS y VIH/SIDA.
- Requiere motivación de la pareja.
- Se usa en el momento durante la relación sexual.

Condiciones de almacenaje

- El ambiente debe ser seco.
- Evite fuentes de calor o luz solar.
- Revise que se encuentren dentro de los cinco años de la fecha de fabricación (MFD).
- Antes de distribuirlos revise si se mantiene la sensación de “almohadilla de aire” del sobre.

Quien no puede usarlo

- Personas alérgicas o hipersensibles al látex o al lubricante.
- Personas con disfunciones sexuales.

Forma de uso

- Se coloca antes de la penetración vaginal.
- Se debe retirar antes que el pene pierda la erección y eliminarlo en depósitos que eviten que otras personas puedan estar en contacto con el mismo.
- Cada condón se usa una sola vez.

Posibles efectos y su tratamiento:

Irritación del pene o vagina/alergia. El manejo consistirá en:

1. Si es una molestia que genera incomodidad, recomendar cambio de método anticonceptivo.
2. De ser necesario recomendar baños de asiento y uso de alguna crema tópica con efecto antipruriginoso y antiinflamatorio.

Programación de seguimiento

Primera consulta se entregarán 10 condones y se da cita en un mes.

Las siguientes consultas: se entregan 30 condones y el intervalo de consultas es cada 03 meses.

Se debe indicar una consulta anual para evaluación integral de salud.

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC)

Definición: Son aquellos que poseen una combinación de estrógeno y progestágeno.

Tipos

De dosis alta de estrógeno:

- Con 50 microgramos de etinilestradiol, su uso solo está limitado a situaciones muy especiales y debe ser prescrito por especialistas.

De dosis media de estrógeno:

- Con 30 a 35 microgramos de etinilestradiol, es la de uso común en los servicios de planificación familiar del Ministerio de Salud.

De dosis baja de estrógeno:

- Con 15 a 20 microgramos de etinilestradiol.

Pueden ser de 21 tabletas o de 28 (21 con hormonas y 7 con sulfato ferroso).

El Ministerio de Salud, distribuye en forma gratuita Lo Femenal de 21 pastillas con 30 microgramos de etinil estradiol y 150 microgramos de levonorgestrel, y 7 pastillas con sulfato ferroso.

Mecanismos de acción

- Supresión de la ovulación.

- Espesamiento del moco cervical, que dificulta el ascenso de los espermatozoides hacia el tracto reproductivo superior.

Tasa de falla

- De 0,1 (teórica) a 3 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Características

- Muy eficaz.
- Método dependiente de la usuaria (requiere motivación y uso diario).
- No requiere examen pélvico para el inicio del método (sólo en caso de existir algún síntoma que sugiera patología ginecológica subyacente). Se recomienda completar el examen en las siguientes visitas.
- Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad.
- Disminuye el flujo menstrual (podría mejorar la anemia por deficiencia de hierro).
- Disminuye los cólicos menstruales.
- Regulariza los ciclos menstruales.
- Disminuye la incidencia del cáncer de ovario y de endometrio.
- Disminuye la incidencia de patologías benignas de mamas.
- Previene los embarazos ectópicos.
- Disminuye el riesgo de contraer una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- La eficacia disminuye cuando se utilizan ciertos fármacos como la rifampicina en la tuberculosis, griseofulvina para micosis y antiepilépticos (fenitoina, carbamazepina, barbitúricos y primidona).
- Es posible que en mujeres con alto riesgo de problemas tromboembólicos causen efectos secundarios graves (infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, tromboembolias).
- En mujeres con enfermedades crónicas pre-existentes se requiere una evaluación médica por personal calificado.

Forma de uso

- Debe ser indicado por personal capacitado.
- Se recomienda usar anticonceptivos orales de dosis media o baja (etinilestradiol de 15 a 30 microgramos).
- Ingesta diaria y preferentemente a la misma hora.
- Iniciar el método:
 - El primer día del ciclo, pero puede iniciarse entre el primero y el quinto día.
 - En el postaborto, entre el primero y quinto día después de la evacuación.
- En el postparto si no esta amamantando a partir de la sexta semana; en caso contrario, diferir los anticonceptivos hormonales combinados hasta los seis meses post parto.
- En los siguientes ciclos:
 - En el caso de paquete o tira de 21 pastillas, reiniciar luego de siete días de haber terminado el ciclo anterior.
 - En el caso de paquete o tira de 28 pastillas, no interrumpir la toma y continuar inmediatamente con el siguiente luego de terminar el anterior.

Instrucciones en caso de olvido en la toma del AOC:

• *Ciclo de 21 pastillas:*

- En caso que la usuaria olvide tomar una pastilla indicar que tome inmediatamente la pastilla que olvidó y que continúe diariamente con las pastillas que siguen.
- Si la usuaria olvida tomar dos o más pastillas, indicarle que suspenda la toma de las mismas y espere la menstruación (sangrado por privación) para iniciar con un nuevo paquete de inmediato. En caso de haber tenido relaciones en los días que no se tomó la pastilla, brindar consejería sobre el uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE).
- Durante el periodo de espera del sangrado, se debe usar un método de respaldo como el condón o practicar abstinencia (evitar las relaciones sexuales).

• *Ciclo de 28 pastillas:*

- Si las pastillas que la usuaria olvidó tomar son las blancas (con contenido hormonal), se deben seguir las mismas indicaciones anteriores. El olvido de tomar las pastillas marrón (sulfato ferroso), no amerita ningún manejo especial. Iniciar un nuevo paquete o tira el primer día de la menstruación.

Contraindicaciones

- Mujeres embarazadas (embarazo posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe).
- Mujeres que estén amamantando, hasta los seis meses del postparto.
- Mujeres con una hepatopatía activa.
- Mujeres fumadoras (más de 15 cigarrillos por día) de más de 35 años de edad.
- 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 cuya condición les impida cumplir con las indicaciones.
- Mujeres con cáncer de mama o endometrio.
- Mujeres con indicación de reposo absoluto por una semana o mas (cirugía, traumatismos, etc).
- Mujeres con cefalea intensa asociada a visión borrosa, pérdida temporal de la visión, destellos, problemas al hablar o realizar movimientos.

USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS EN CONDICIONES ESPECIALES QUE REQUIEREN EVALUACIÓN MÉDICA

Condiciones especiales	Atención
Hipertensión arterial	Las mujeres con una presión arterial menor a 160 de sistólica y menor de 100 mm Hg de diastólica pueden usar los anticonceptivos hormonales combinados (de preferencia de baja dosis). Inicie el método y reabastezca a la usuaria después de una evaluación cuidadosa de la presión arterial.
Diabetes mellitus	Los anticonceptivos hormonales combinados pueden utilizarse en caso de diabetes sin complicaciones vasculares (de preferencia de baja dosis). Inicie el método y reabastezca a la usuaria después de evaluación cuidadosa.

Cefalea intensa o migraña	Inicie el método y reabastezca a la usuaria después de una evaluación cuidadosa de la condición. Envíe a evaluación especializada. De no haber signos neurológicos focales asociados con los dolores de cabeza, los anticonceptivos hormonales combinados pueden usarse. Hacer énfasis que estos métodos pueden asociarse con aumento de las molestias. Si la usuaria lo desea, oriente y brinde otro método
Depresión	Las mujeres con depresión pueden usar anticonceptivos de baja dosis bajo supervisión permanente. Si la depresión empeora derivar al especialista y apoyar a la usuaria a escoger otro método.
Nódulos o masas en las mamas	Derivar al especialista. Las mujeres con diagnóstico de enfermedad benigna de mama pueden usar anticonceptivos hormonales
ITS, VIH o SIDA.	El uso de este método debe ser asociado al uso del condón.

MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS FRECUENTES

Efectos	Manejo
Amenorrea (ausencia de sangrado menstrual)	Descartar embarazo. Si la mujer está usando adecuadamente el método, explíquela que puede ser un efecto colateral y tranquilícela. Si la usuaria no queda satisfecha con la explicación, sugerir el cambio por una pastilla de dosis alta de estrógenos (de no existir contraindicaciones) o el cambio de método. De confirmarse un embarazo, interrumpir el uso del método y referir para atención prenatal.
Goteo/sangrado vaginal anormal.	Descartar embarazo y otras patologías. Orientar y reforzar el uso adecuado del método. Tranquilizar a la usuaria explicando que el goteo o sangrado leve son comunes durante los primeros tres meses de uso del método y disminuyen después. De persistir estos trastornos, sugerir uso de pastillas con un mayor contenido de estrógenos o cambio de método.
Náuseas, mareos, vómitos.	Descartar embarazo. De no estar embarazada, orientar a la usuaria para que tome la pastilla con la cena o antes de acostarse. Tranquilizar a la usuaria informándole que los síntomas disminuyen después de los primeros tres ciclos.
Aumento de peso	Puede haber una ganancia de peso de 0.5-1 kilo en el primer año. Dar información para evitar alimentos que tengan muchas calorías (grasas, harinas), así como educar sobre la importancia del ejercicio físico. Si estas medidas no tienen efecto sugerir uso de pastillas de menor dosis, o cambio de método.
Cefalea persistente y/o progresiva	Si se presenta durante el uso de los anticonceptivos hormonales combinados, evaluar el síntoma para descartar otras patologías y sugerir uso de pastillas de menor dosis, o cambio de método.

Seguimiento

- Las mujeres que usan este método es necesario que acudan para evaluación y reabastecimiento antes de terminar la primera tira de pastillas.
 - En la primera cita se le entregará una tira de pastillas y a partir de la segunda se le entregará 4 tiras de pastillas.
 - Es importante que la mujer y su pareja acudan cada año para una evaluación integral de salud.
- Informar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en el momento que ella o su pareja considere necesario o si presenta alguna molestia.

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AIC)

Definición. ampollas que contienen en su fórmula estrógenos y progestágenos pudiendo tener la siguiente composición:

- a.- 25 mg de acetato de medroxiprogesterona y 5 mg de cipionato de estradiol en solución acuosa
- b.- 50 mg de enantato de noretisterona y 5 mg de valerato de estradiol en solución oleosa

Mecanismo de acción: Similar a los AC orales combinados.

Tasa de falla: De 0.5 a 1 embarazo por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Características

- Acción inmediata y eficaz.
- No requiere examen pélvico para el inicio del método (sólo en caso de existir algún síntoma que sugiera patología ginecológica subyacente). Se recomienda completar el examen en las siguientes visitas.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Puede producir cambios en el patrón de sangrado menstrual, al menos en los primeros meses.
- Es posible que en mujeres con alto riesgo de problemas tromboembólicos causen efectos secundarios graves (infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, tromboembolias).
- En mujeres con enfermedades crónicas se requiere una evaluación médica por personal calificado.

Forma de uso

• *Primera ampolla:*

- Aplicar entre el primer y quinto día del inicio de la menstruación.
- En el postparto aplicar a partir de la tercera semana en mujeres que no dan de lactar; en mujeres que dan de lactar después de los 6 meses
- En el postaborto aplicar entre el primer y quinto día (considerar la evacuación como el primer día del ciclo).

• *Siguientes ampollas:*

- Cada 30 días con un margen de 3 días antes o después.
- Administrar en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación.

Contraindicaciones

- Mujeres embarazadas (embarazo posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe).
- Mujeres que estén amamantando, hasta los seis meses del postparto.
- Mujeres con una hepatopatía activa.
- Mujeres fumadoras (más de 15 cigarrillos por día) de más de 35 años de edad.
- 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 endometrio.
- Mujeres con indicación de reposo absoluto por una semana o más; por ejemplo cirugía y traumatismos.
- Mujeres con cefalea intensa asociada a visión borrosa, pérdida temporal de la visión, destellos, problemas al hablar o realizar movimientos.

Seguimiento

- Primer control: las mujeres que usan este método es necesario que acudan para evaluación y prescripción de la siguiente dosis, a los 30 días de iniciado el método.
- Siguiendo controles: cada 3 meses
- Es importante que la mujer y su pareja acudan cada año para una evaluación integral de salud.
- Informar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en el momento que ella o su pareja considere necesario o si presenta alguna molestia.

Se debe hacer énfasis que este método no protege contra ITS o SIDA

PASTILLAS /PÍLDORAS DE SOLO PROGESTÁGENO

Definición: Son aquellas que poseen sólo progestágeno.

Pastillas que contienen:

- 5 microgramos de norgestrel (Ovrette)
- 500 microgramos de Linestrol

Mecanismos de acción. Los principales son:

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides
- Supresión de la ovulación en más de la mitad de los ciclos menstruales.

Tasa de falla: De 0.3 (teórica) a 8 (real) embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Características

- Eficaz.
- La pastilla debe tomarse todos los días y más o menos a la misma hora.
- Requiere motivación de la usuaria.

- No requiere examen pélvico para el inicio del método (sólo en caso de existir algún síntoma que sugiera patología ginecológica subyacente). Se recomienda completar el examen en las siguientes visitas.
- Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad.
- Disminución del flujo menstrual (podría mejorar la anemia por deficiencia de hierro).
- Cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado/goteo irregular).
- Puede producir cambios en el peso (ganancia o disminución).
- Disminución de los cólicos menstruales.
- Disminuye la incidencia del cáncer de ovario y de endometrio.
- Disminuye la incidencia de patologías benignas de mamas.
- Previene los embarazos ectópicos.
- Disminuye el riesgo de contraer una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- La eficacia disminuye cuando se utilizan ciertos fármacos como la rifampicina en la tuberculosis, griseofulvina para micosis y antiepilépticos (fenitoina, carbamazepina, barbitúricos y primidona).
- En mujeres con enfermedades crónicas pre-existentes se requiere una evaluación médica por personal calificado.

Forma de uso

• Inicio:

- Entre el primer o quinto día del inicio de la menstruación;
- En el postparto, inmediatamente en mujeres que no dan de lactar.
- En mujeres que dan de lactar **después de las seis semanas postparto**
- En el postaborto, entre el primero y quinto día después de la evacuación.
- Recuerde que la usuaria no debe suspender la toma de las pastillas en ningún momento (se debe tomar todos los días), incluso durante la menstruación.
- La eficacia se presenta a las 24 horas del inicio de la toma.
- **La toma debe ser todos los días, de preferencia a la misma hora. Con un retraso de 3 ó más horas, se pierde la acción anticonceptiva. En ese caso usar condón si se tiene relaciones sexuales en los dos días subsiguientes.**
- En caso de haber tenido relaciones en los días que no tomó la pastilla, brindar consejería sobre el uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE).

Contraindicaciones:

- Embarazo.
- Sangrado genital anormal sin explicación (hasta que se evalúe).
- Hepatopatía activa, accidentes cerebro vascular y cardiopatía aguda
- Cáncer de mamas o antecedente del mismo.
- Ingesta de medicamentos como rifampicina para tuberculosis, griseofulvina para micosis (hongos) ó antiepilépticos (excepto ácido valproico).

USO SEGÚN CONDICIONES ESPECIALES DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE PROGESTÁGENOS

CONDICIONES	MANEJO
Hepatopatía activa	Evitar su uso, a menos que no se disponga de otro método
Accidente cerebrovascular o cardiopatía isquémica	Existe cierta preocupación por la probable disminución de HDL observado con la medroxiprogesterona, lo que podría aumentar el riesgo de aterosclerosis
Hipertensión arterial	Las mujeres con una presión arterial menor a 160 de sistólica y menor de 100 mm Hg de diastólica pueden usar los anticonceptivos hormonales solo de progestágenos. Inicie el método y reabastezca a la usuaria después de una evaluación cuidadosa de la presión arterial.
Depresión	Las mujeres con antecedentes de depresión requieren evaluación. De persistir o empeorar, debe evitarse su uso.
Nódulos o tumoraciones en las mamas	Derivar al especialista. De ser benigna, puede iniciarse su uso; mientras tanto, sugerir un método alternativo.
ITS incluyendo vaginitis sin cervicitis purulenta, VIH o SIDA	No es necesario restringir su uso, ni solicitar exámenes de rutina previo a su inicio.

Seguimiento

- Las mujeres que usan este método es necesario que acudan para evaluación y reabastecimiento antes de terminar la primera tira de pastillas.
- En la primera cita se le entregará una tira de pastillas y a partir de la segunda se le entregará 4 tiras.
- Es importante que la mujer y su pareja acudan cada año para una evaluación integral de salud.
- Informar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en el momento que ella o su pareja considere necesario o si presenta alguna molestia.

Se debe hacer énfasis que este método no protege contra ITS o SIDA

MANEJO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS MÁS FRECUENTES DE LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE SOLO PROGESTÁGENOS

EFECTOS	MANEJO
Amenorrea	<p>Puede presentarse especialmente con los inyectables. Tranquilice a la usuaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si la amenorrea se presenta después de menstruaciones regulares, debe descartarse embarazo. ▪ De no estar embarazada, no se requiere tratamiento alguno. Explíquelo que con la amenorrea la sangre no “se acumula en el útero”, ni “afecta al cerebro” y es probable que se deba a efectos del progestágeno. ▪ Si a pesar de la orientación hay insatisfacción, sugiera cambio de método ▪ De confirmarse un embarazo, interrumpa el método. Asegúrele a la usuaria que el progestágeno no afecta al feto.

Goteo o sangrado vaginal escaso	<p>Descarte embarazo y otras patologías ginecológicas. De no existir, informe a la usuaria que esto no representa un problema grave y que generalmente no requiere tratamiento. Si la mujer desea continuar con el método o solicita tratamiento, se puede indicar una de las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibuprofeno hasta 800 miligramos 3 veces al día por 5 días (puede usarse otro antiinflamatorio no esteroideo). - Un ciclo de anticonceptivos orales combinados (30-35 microgramos de etinilestradiol). ■ Asegúrese de decirle a la usuaria que debe esperar que se produzca sangrado durante la semana posterior al término del paquete de anticonceptivos orales combinados (21 píldoras) o durante la toma de las últimas 7 píldoras, si se trata del paquete de 28.
Sangrado vaginal abundante o prolongado	<p>Descarte embarazo y otras patologías ginecológicas. De no existir, indique:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tres ciclos de anticonceptivos orales combinados (30-35 microgramos de etinilestradiol). - Usar Primosiston (250 mg de Caproato de Hidroxiprogesterona y 10 mg de Benzoato de Estradiol) 1 ampolla IM y luego ciclar , ó - 2 píldoras de anticonceptivos orales combinados por día (1 tableta cada 12 horas), hasta parar el sangrado (2-5 días), seguido de 1 tableta diaria hasta completar un ciclo de 21 días.
Cefalea persistente y/o progresiva	Evaluar el síntoma para descartar otras patologías y sugerir cambio de método.
Náuseas, mareos, vómitos	Evaluar el síntoma para descartar un embarazo. Tranquilícela e infórmele que esto puede ser algo temporal. En el caso de ser usuaria de pastillas y vomitó antes de las 2 horas de haberla tomado, indicarle tomar otra de inmediato y si es posible adicionar una tableta de dimenhidrinato y además usar condón.
Ganancia de peso	<p>Puede haber una ganancia de peso de 0.5-1 kilo en el primer año.</p> <p>Se recomienda dar información para evitar alimentos que tengan muchas calorías (grasas, harinas), así como educar sobre la importancia del ejercicio.</p> <p>Si estas medidas no tienen efecto o la ganancia ha sido significativa, sugerir cambio de método.</p>

INYECTABLES DE SOLO PROGESTÁGENOS

Definición: El mas usado es el acetato de medroxiprogesterona de 150 miligramos (**DMPA**)

Mecanismos 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.

Tasa de falla. De 0,3 a 0,4 embarazos por cada 100 mujeres por año de uso.

Características

- Pueden ser usados por mujeres en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- No es aconsejable su uso durante los 2 primeros años posteriores a la menarquia por el riesgo de la disminución de la captación de calcio por la matriz ósea de los huesos. En caso de no existir otra alternativa, es preferible su uso, ya que el riesgo de muerte por embarazo no deseado es mayor que la disminución de la densidad ósea.
- Eficaz y de efecto rápido.
- No requiere examen pélvico para el inicio del método (sólo en caso de existir algún síntoma que sugiera patología ginecológica subyacente). Se recomienda completar el examen en las siguientes visitas.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Ayuda a prevenir el cáncer de endometrio y posiblemente el cáncer de ovario.
- Cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres: amenorrea, sangrado/goteo irregulares.
- Puede producir aumento de peso.
- El retorno de la fecundidad no es inmediato, en promedio puede demorar cuatro meses.
- Mejora la anemia.

Forma de uso

- Inicio:
 - Entre el primer o quinto día del inicio de la menstruación;
 - Postparto: inmediatamente en mujeres que no dan de lactar.
 - Mujeres que dan de lactar: iniciar a las seis semanas postparto
 - Postaborto: entre el primero y quinto día después de la evacuación.
- La eficacia se presenta a las 24 horas del inicio.
- En mujeres que dan de lactar, podría ser utilizado inmediatamente en el 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 ha promovido su empleo desde el postparto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, por la ventaja adicional que la mujer egresa del hospital usando un método anticonceptivo. El inicio en el postparto inmediato depende del criterio del médico, quien deberá analizar costo-beneficio, teniendo en cuenta que lo más importante no es que la usuaria salga con un método anticonceptivo, sino que use uno en forma continua y con el cual se sienta cómoda y segura.
- Siguiendo dosis:
 - Administrar cada tres meses,
 - En casos especiales se puede adelantar o atrasar su aplicación hasta dos semanas.
 - Administrar en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación.

Contraindicaciones

- Mujeres que estén embarazadas.
- Mujeres con un sangrado genital anormal (hasta que se evalúe).
- Mujeres con antecedente o con cáncer de mama.
- Mujeres con hepatopatía activa (ejemplo: hepatitis).

Manejo de efectos secundarios frecuentes (Ver pag 16)

Seguimiento

- Primer control: las mujeres que usan este método es necesario que acudan para evaluación y prescripción de la siguiente dosis, antes de los 90 días de iniciado el método.
- Sigüientes controles: cada 3 meses para la administración del inyectable.
- Es importante que la mujer y su pareja acudan cada año para una evaluación integral de salud.
- Informar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en el momento que ella o su pareja considere necesario o si presenta alguna molestia.

Se debe hacer énfasis que este método no protege contra ITS o SIDA

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

Definición: Son dispositivos que se insertan en la cavidad intrauterina con el fin de prevenir un embarazo.

Tipos

- Liberadores de iones de cobre (Cu):
 - T de Cu 380 A (duración 10 años).
- Liberadores de progestágenos (Levonorgestrel).

Mecanismos de acción de los DIU liberadores de cobre

- Afectan la capacidad de los espermatozoides para pasar a través de la cavidad uterina ya sea inmobilizándolos o destruyéndolos, de tal modo que raramente llegan a la trompa y son incapaces de fertilizar el óvulo.
- Interfieren en el proceso reproductivo antes que ocurra la fertilización.

Tasa de falla: De 0,6 (teórica) a 0,8 (real) embarazos por 100 mujeres por año de uso.

Características

- Eficacia elevada e inmediata.
- No interfiere con el coito.
- Retorno inmediato de la fecundidad al retirarse.
- Requiere examen pélvico previo, se recomienda la detección clínica de infecciones del tracto genital (ITG) antes de su inserción.
- En algunas mujeres puede incrementar los espasmos y el sangrado menstrual sobre todo durante los

primeros meses de uso. Los dispositivos con Levonorgestrel no producen estas molestias.

- De 1 al 2% se expulsan en forma espontánea. Los que se insertan en el post parto inmediato y transcesárea se expulsan con más frecuencia.

Forma de uso

- Debe ser insertado por profesional capacitado:
 - En los primeros 5 días del ciclo menstrual o en cualquier momento del ciclo, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe una gestación.
 - Postparto inmediato hasta las 48 horas.
 - Transcesárea
 - Puerperio tardío a partir de la sexta semana
 - En el postaborto inmediato, o en los primeros 7 días postaborto no complicado
- Debe ser extraído por profesional capacitado.
 - Asegurarse que la usuaria haya comprendido cómo controlar que el DIU está en su lugar.

Contraindicaciones:

- Embarazo posible o confirmado.
- Sangrado genital anormal (hasta que se evalúe).
- Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usen condón.
- Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales.
- Mujeres con infección activa del tracto genital del tipo cervicitis aguda, mucopurulenta o vaginitis severa. Insertar luego del tratamiento y de orientar sobre los riesgos de ITS y como se pueden prevenir o evitar. Si la mujer o su pareja tiene alto riesgo para ITS se debe orientar sobre otra alternativa anticonceptiva.
- La cervicitis crónica no es contraindicación para su inserción.
- Mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o reciente (dentro de los 3 últimos meses).
- Mujeres con anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.
- Mujeres con cáncer genital.

MANEJO SEGÚN CONDICIONES ESPECIALES

CONDICIONES	ATENCIÓN
Espasmos (cólicos) menstruales severos	Durante la orientación advertir a la usuaria sobre la posibilidad que haya incremento en los espasmos y sangrado menstrual con el uso del dispositivo intrauterino de cobre.
Historia previa de embarazo ectópico	Durante la orientación advertir a la usuaria que el DIU no evita el embarazo ectópico; informe sobre los signos y síntomas del mismo y ante la presencia de cualquiera de estos signos y síntomas acudir inmediatamente a un establecimiento de salud. Es recomendable la dilatación del cervix con anestesia paracervical antes de insertarlo.

Estenosis cervical severa	Es recomendable la dilatación del cervix con anestesia paracervical antes de insertarlo.
Displasia cervical o PAP anormal	No existe evidencia que el DIU produzca cáncer. En caso de cáncer diagnosticado no se recomienda su uso. La displasia cervical debe ser monitorizada de acuerdo a protocolo. El DIU no es un obstáculo.
VIH / SIDA	No se recomienda su uso.
Cavidad uterina menor de 6 o mayor de 9 cm	No se recomienda su uso; infórmele que existe una mayor posibilidad de expulsión y que requiere evaluación de la presencia del mismo (la usuaria debe examinarse y buscar los hilos).
Cardiopatía valvular	Administre profilaxis antibiótica previa a la inserción: Ampicilina 1 g. Ó Eritromicina 1 g V.O o IM.
Anemia moderada ó severa (Hb menor o igual a 9 gramos)	Confirme que la usuaria haya comprendido los efectos secundarios del DIU T de cobre. Si la usuaria, desea usar el dispositivo, colocarlo, trate la anemia y realice seguimiento de la misma.
Vaginitis sin cervicitis mucopurulenta	Realizar manejo sintomático de enfermedad de transmisión sexual; iniciar tratamiento simultáneamente con la inserción del dispositivo intrauterino. Si hay antecedentes de varios episodios de vaginitis, puede ser un indicador de ITS o de violencia; por tanto su uso no es recomendable.

MANEJO DE LOS POSIBLES EFECTOS O COMPLICACIONES

POSIBLES EFECTOS O COMPLICACIONES	MANEJO
Amenorrea (ausencia de menstruación)	Descarte embarazo. Es importante considerar que el embarazo puede ser ectópico. De no haberlo, no retire el dispositivo intrauterino. Bríndele orientación y tranquilícela. Si el hilo no es visible, es recomendable solicitar una ecografía para confirmar la presencia del DIU en la cavidad uterina. De estar embarazada, explique que es necesario retirar el DIU porque incrementa la posibilidad de aborto espontáneo. Hágalo sólo si los hilos están visibles y el embarazo es menor de trece semanas.
Espasmos (dolor)	Descarte una posible enfermedad pélvica inflamatoria. De no encontrarse causa alguna, administre analgésicos (ibuprofeno) para el malestar leve. Si los espasmos son severos, remueva el dispositivo intrauterino y ayude a la usuaria a escoger otro método.

Sangrado vaginal irregular	<p>Descarte una infección pélvica inflamatoria o un embarazo ectópico.</p> <p>De no haber patología, para disminuir el sangrado, administrar ibuprofeno 400 - 800 mg. 3 veces al día por 1 semana; además indicar tabletas de hierro: 1 tableta diaria por 3 meses. El DIU puede ser extraído si la usuaria lo solicita.</p>
Sangrado vaginal abundante	<p>Retire el DIU y evalúe la causa de la hemorragia.</p> <p>Indicar tabletas de hierro: 1 tableta diaria por 3 meses.</p> <p>Apoye a la usuaria a escoger otro método.</p>
Hilos ausentes	<p>Pregunte a la usuaria si fue expulsado el DIU. Descarte un posible embarazo.</p> <p>De no estar embarazada y no haberlo expulsado, refiérala para un examen radiológico o ecográfico para localizar el dispositivo.</p> <p>En caso de no haber posibilidad de realizar estos exámenes cite a la usuaria durante el próximo período menstrual y determine si los hilos se encuentran en el conducto endocervical o en la cavidad uterina usando un histerómetro, la pinza Bozeman o el gancho del equipo de inserción DIU.</p> <p>Si los hilos están ausentes, la usuaria puede seguir con el DIU. Sin embargo, si la usuaria lo solicita retírelo, utilizando la pinza cocodrilo o el gancho; sino tiene ninguno de ellos, utilice una cureta de Novak.</p> <p>De no estar embarazada y haber expulsado el DIU, o no encontrarlo luego de los exámenes indicados, puede insertarse un nuevo dispositivo o ayude a la usuaria a escoger otro método.</p>
Pareja refiere sentir los hilos	<p>Explique a la usuaria que eso es normal. Si le molesta o causa dolor se puede plantear cortar los hilos al ras, indique a la usuaria que debe informar de esto al proveedor en los próximos controles.</p>
Perforación uterina	<p>Puede ocurrir durante la histerometría, inserción o durante la búsqueda de los hilos. Suspender el procedimiento, administrar Ergometrina 0.2 mg. IM., controlar las funciones vitales y, referir a un establecimiento de mayor complejidad. Evitar el uso de analgésicos que puedan enmascarar el cuadro.</p>
Flujo vaginal anormal/ sospecha de EPI	<p>Si el examen físico o, las pruebas de laboratorio confirman la existencia de EPI retire el DIU. y administre tratamiento sintomático o específico correspondiente. Apoye a la usuaria a escoger otro método.</p>

Seguimiento. Es importante que la usuaria acuda a sus controles de acuerdo al siguiente esquema:

- Primer control a las cuatro semanas después de la inserción, de preferencia luego de la regla.
- Los controles siguientes serán cada año. Se promoverá una consulta de salud integral. Se debe informar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crean necesario.

- Se debe informar a la usuaria que debe acudir a un establecimiento de salud si:
 - Sospecha embarazo (ausencia de menstruación).
 - Sospecha tener una ITS o VIH (secreción vaginal, relaciones sexuales no protegidas o dolor en el bajo vientre asociado a fiebre).
 - Presenta sangrado vaginal.

INSTRUCCIONES PARA LA INSERCIÓN DE LA T DE COBRE

Paso 1: Evalúe la integridad del sobre. Verifique la fecha de expiración.

Paso 2: Es preferible usar la técnica de inserción “Sin tocar” que incluye:

- Colocar el DIU en el insertador mientras ambas partes se encuentran aún en la envoltura estéril.
- Limpiar el cuello uterino con un antiséptico antes de insertar el DIU.
- Tener cuidado de no tocar la pared vaginal ni las valvas del espejuelo con la sonda uterina, ni con el insertador en el que va colocado el DIU.
- Hacer pasar tanto la sonda uterina como el insertador que lleva el DIU únicamente una vez a través del canal cervical.

Figura 1. Cómo colocar la varilla blanca dentro del tubo insertador



Figura 2. Cómo posicionar y doblar los brazos de la T



Figura 3. Cómo insertar los brazos plegados del DIU en el tubo insertador

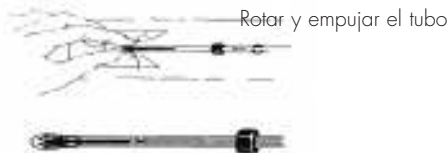
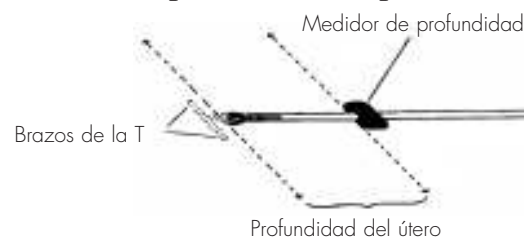


Figura 4. Cómo usar el medidor azul para marcar la profundidad del útero en el tubo insertador



TÉCNICA DE INSERCIÓN: DIU DE INTERVALO

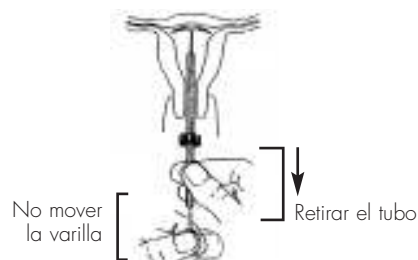
1. Verifique que se cuenta con el instrumental necesario (espéculo, pinza de cuello, tijera, pinza Bosseman, histerómetro, etc.).
2. Lávese las manos
3. Explique a la usuaria el procedimiento mientras lo desarrolla.
4. Colóquese guantes estériles.
5. Realice el examen pélvico, para determinar posición y tamaño uterino.
6. Coloque el espéculo para visualizar el cérvix.
7. Limpie el cuello uterino con solución antiséptica.
8. Coloque la pinza tirabala en el labio anterior del cuello uterino y traccione suavemente para realizar la histerometría.
9. Introduzca el histerómetro a través del cérvix sin tocar las paredes laterales de la vagina o del espéculo.
10. Determine la profundidad de la cavidad uterina.
11. Abra el paquete del DIU.
Cargue el DIU en el tubo insertador o aplicador, según instrucciones.
12. Marque en el tubo insertador o aplicador la profundidad medida en el histerómetro, mientras el DIU sigue en su paquete estéril.
13. Inserte el aplicador cargado hasta que el medidor de profundidad alcance el orificio cervical o sienta resistencia.

Figura 5. Cómo introducir el tubo insertador cargado.



14. Libere los brazos del DIU con la técnica de retiro.

Figura 6. Retiro del tubo insertador para liberar los brazos del DIU



15. Retire la pinza tenáculo.
16. Corte los hilos de un largo de tres a cuatro centímetros.
17. Extraiga el tubo insertador

18. Examine el cérvix y en caso de detectar sangrado, coloque una torunda de algodón o gasa en el lugar y suavemente aplique presión durante 30-60 segundos (verificar hemostasia).
19. Extraiga el espéculo.
20. La mujer no debe levantarse de inmediato, debe permanecer en la camilla por cinco minutos para evitar un síncope por reflejo vagal.

Post inserción

21. Sin quitarse los guantes, coloque el instrumental en una solución descontaminante (hipoclorito de sodio al 0.5%) durante 10 minutos, para eliminar el virus de la hepatitis y el VIH/SIDA.
22. Deseche el material fungible (gasa, algodón, guantes) en un depósito con tapa o en una bolsa plástica.
23. Entregue a la usuaria una tarjeta con la fecha de inserción y el tipo de dispositivo intrauterino colocado. De una cita para el siguiente control en cuatro semanas.

Se debe hacer énfasis que este método no protege contra ITS o SIDA

ANTICONCEPCION QUIRÚRGICA VOLUNTARIA (AQV)

Se debe considerar que:

- El procedimiento implica riesgos y beneficios.
- La persona usuaria no podrá tener más hijos, los efectos del procedimiento son permanentes
- El procedimiento puede fallar y la usuaria puede embarazarse.
- La persona usuaria debe hacer dos visitas al servicio de salud para verificar su estado post operatorio
- La persona puede desistir en cualquier momento antes de practicar el procedimiento
- El día de la intervención quirúrgica la persona deberá traer la solicitud de intervención firmada, donde ratifica su libre elección de la AQV

Bajo ningún motivo o circunstancia se intervendrá a una persona sin la respectiva Solicitud de Intervención.

Consideraciones previas a la intervención. Si la persona 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 hrs (verificar las fechas de las dos firmas en los Formatos de 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 solicitante 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 solicitante (firma y huella digital). En caso que sea invidente o analfabeta, sólo deberá colocar su huella digital.
- Del testigo (firma y huella digital), en caso que la persona solicitante sea analfabeto/a o invidente debe elegir un testigo. El testigo no debe ser personal del establecimiento de salud.
- Del profesional que brindó la consejería (firma y número de registro profesional si corresponde)
- Del/a médico que va a realizar la intervención (firma y sello con número de registro del Colegio Médico del Perú)

BLOQUEO TUBÁRIO BILATERAL (LTB)

Definición: Es un método anticonceptivo quirúrgico permanente cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio.

Mecanismo de acción: Impedir la unión del espermatozoide con el óvulo a nivel de la trompa, con el fin de evitar la fertilización.

Tasa de falla: De 0,2 - 0,5 embarazos por cada 100 mujeres intervenidas.

Características

- Alta eficacia, inmediata y permanente.
- Puede ser realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo sexual, ni con la producción hormonal por parte de los ovarios. Requiere, previamente, evaluación médica y orientación/consejería adecuada.
- Es considerada irreversible.
- Debe ser realizada por personal médico capacitado.
- Requiere condiciones de infraestructura, equipamiento e instrumental especial, de acuerdo a los criterios establecidos en las normas.

Consideraciones para realizar el procedimiento:

- Que la usuaria solicite el método
- Que la mujer sea mayor de edad. No se recomienda realizar el procedimiento a menores de 25 años, a menos que presenten algún factor de riesgo reproductivo.
- Paridad satisfecha.
- Que la usuaria haya recibido las dos sesiones obligatorias de orientación/consejería previa
- Que haya comprendido los alcances del procedimiento, haya firmado el consentimiento informado y la solicitud para la intervención
- Contar con análisis de rutina, riesgo quirúrgico y cuando proceda riesgo anestésico.
- El Bloqueo Tubario debe efectuarse por médico/a calificado/a en el procedimiento
- El procedimiento puede realizarse cualquier día del ciclo menstrual, cuando se está razonablemente seguro que no existe un embarazo
- El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de bioseguridad establecidas y en establecimientos con capacidad resolutive

En los siguientes casos se recomienda orientación/consejería especial y junta médica:

- Usuaría joven (menor de 25 años).
- Usuaría sin hijos vivos
- Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada
- Usuarías en crisis de pareja
- Usuarías solteras o viudas
- Mujeres en el post aborto y post parto que no hayan tomado la decisión con anterioridad

Contraindicado en mujeres:

- Presionadas por el cónyuge o alguna persona
- Decisión bajo presión
- Con conflictos de índole religioso o cultural
- Con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad

Momento de la intervención:

- Dentro de las 48 horas del postparto.
- En el postaborto sin complicaciones, inmediatamente después de la evacuación.
- En el intervalo, en cualquier momento, siempre que se esté razonablemente seguro de que no existe una gestación.
- Durante la cesárea.

Procedimiento:

- La técnica más usada es la de **Pomeroy**, a través de una **minilaparotomía** (incisión menor de 5 cm.) usando preferentemente anestesia local mas sedo-analgésica, debido al menor riesgo de complicaciones, durante el postparto, post aborto e intervalo en mujeres que no tengan contraindicaciones para la misma.
- No se recomienda el uso de anestesia local + sedo-analgésica para la minilaparotomía en:
 - Mujeres con antecedentes de cirugía pélvica previa,
 - Enfermedad pélvica inflamatoria reciente,
 - Retroflexión uterina fija,
 - Mujeres obesas,
 - Mujeres con problemas psiquiátricos, que les impidan una adecuada colaboración.

En estos casos se usará la anestesia epidural o general, con la presencia del médico anestesiólogo

Figura 7. Bloqueo tubario: método de Pomeroy



Acceso a la cavidad abdominal

- La vía de acceso a la cavidad abdominal puede ser por minilaparotomía, o laparoscopia.

- La selección dependerá del criterio clínico, de la experiencia del médico que realice el procedimiento y de la disponibilidad de instrumental, equipo y material necesario.

Efectos colaterales

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse complicaciones debidas a la anestesia o a la técnica quirúrgica

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	MANEJO
Lesiones de la vejiga o del intestino (raras)	Diagnostique el problema. Si hay una lesión de la vejiga o del intestino, haga la reparación. De descubrirse la lesión en el postoperatorio, remita a la usuaria al establecimiento con capacidad resolutive.
Sangrado superficial (en los bordes de la piel o a nivel subcutáneo)	Trate según los hallazgos.
Dolor en incisión	Determine si hay infección o absceso y realice el tratamiento indicado.
Hematoma (subcutáneo)	Aplice fomentos tibios y húmedos sobre el hematoma. Mantenga a la usuaria bajo observación; por lo general, se resuelve con el pasar del tiempo, pero podría ser necesario drenarlo de ser muy extenso.
Infección de la herida	Prescribir antibióticos (dicloxacilina 500 mg cada 6 horas, por 7 días). De haber un absceso, drénelo previo tratamiento antibiótico y haga seguimiento y curación diaria
Fiebre postoperatoria	Determine la causa y trátela según corresponda.

El bloqueo tubario bilateral debe ser realizado:

- Por médicos/as capacitados/as
- En establecimiento con capacidad resolutive adecuada, según lista de chequeo.
- Aplicando las normas de bioseguridad

Manejo post operatorio

- Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación por lo menos 4 horas. Si procede de zona rural o lejana deberá permanecer no menos de 24 horas en el punto de entrega del servicio (PES) donde se realizó la intervención.
- Prescribir analgésico
- La usuaria puede reiniciar actividades en forma progresiva luego de 2 días de reposo post cirugía, evitando labores cotidianas que signifiquen esfuerzo físico durante la primera semana.
- Las relaciones sexuales se deben evitar en la primera semana. En los casos de postaborto evitarlas por 2 semanas y en el postparto por 40 días.

Seguimiento. Se deben realizar 2 controles posteriores a la intervención:

- El primer control a los 7 días
- El segundo control a los 30 días

Se debe instruir a la usuaria y a sus familiares para que acuda al establecimiento de salud si presenta cualquiera de los siguientes síntomas: molestias urinarias; dolor pélvico o abdominal severo; sangrado a nivel de la herida operatoria; fiebre o dolor en la herida operatoria.

De no existir complicaciones, los siguientes controles se deben efectuar cada año, con el objeto de promover una consulta de salud integral.

Es importante reiterar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crean necesario.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA BLOQUEO TUBARIO BILATERAL

<i>Condiciones</i>	<i>Diferir</i>	<i>Referir</i>	<i>Precaución</i>
Gineco Obstétricas o aspectos quirúrgicos de pared abdominal	(*)	(**)	(***)
Embarazo	X		
Postparto entre el 7° y 42° días	X		
Complicaciones serias postparto y postaborto (infección o hemorragia)	X		
Sangrado vaginal no diagnosticado que pueda sugerir patología	X		
Enfermedad inflamatoria pélvica en los últimos 3 meses	X		
ETS activa	X		
Cáncer pélvico	X		
Enfermedad trofoblástica maligna	X		
Utero fijo debido a cirugía previa o infección		X	
Endometriosis		X	
Hernia (umbilical o pared abdominal)		X	
Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica después del último embarazo			X
Cáncer de mamas actual			X
Fibromas uterinos			X
Condiciones cardiovasculares			
Enfermedad aguda cardíaca debida a obstrucción de arterias	X		
Trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar	X		
Presión arterial mayor o igual a 160/110		X	
Enfermedad vascular incluyendo la relacionada a diabetes		X	
Enfermedad vascular complicada		X	
Presión arterial entre 140/90 y 160/100			X
Antecedente de isquemia de miocardio o accidente cerebro vascular			X
Enfermedad valvular cardíaca sin complicaciones			X
Antecedentes de enfermedades crónicas u otras condiciones			
Enfermedad vesicular sintomática	X		
Hepatitis aguda viral	X		
Anemia ferropénica severa (hemoglobina menor de 7 gr %)	X		
Enfermedad pulmonar aguda (bronquitis o neumonía)	X		
Infecciones sistémicas o gastro enteritis moderada	X		
Infecciones de piel a nivel abdominal	X		

Cirugía abdominal de emergencia o infección abdominal al momento de la esterilización	X		
Enfermedades activas relacionadas a SIDA			X
Cirrosis hepática severa		X	
Diabetes por más de 20 años		X	
Hipertiroidismo		X	
Desórdenes de la coagulación		X	
Enfermedad pulmonar crónica		X	
Tuberculosis pélvica		X	
SIDA sin enfermedades intercurrentes		X	
Epilepsia o toma medicación para convulsiones (fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primidona)			X
Diabetes sin compromiso vascular			X
Cirrosis hepática moderada o tumores hepáticos			X
Anemia ferropénica severa moderada-leve (Hb entre 7 y 10 gr. %)			X
Anemia falciforme			X
Enfermedad renal			X
Hernia diafragmática			X
Desnutrición severa			X
Obesidad			X
Cirugía abdominal electiva al momento de decidir la AQV			X

- (*) Postergar la intervención hasta que se resuelva el problema
(**) La intervención debe realizarse en un establecimiento que cuente con médicos especialistas durante las 24 horas. (Capacidad resolutoria, de nivel II o III)
(***) Debe realizarse una evaluación mas exhaustiva antes del procedimiento

VASECTOMIA

Definición: Es un método anticonceptivo quirúrgico permanente para el varón, cuyo objetivo es ocluir y seccionar los conductos deferentes.

Mecanismo de acción: La oclusión de los conductos deferentes impide la salida de los espermatozoides en el semen, evitando la unión con el óvulo.

Tasa de falla: De 0,1 a 0,15 embarazos por cada 100 parejas durante el primer año de uso.

Características

- Alta eficacia
- Es considerado irreversible y permanente
- La eficacia empieza luego de 20 eyaculaciones ó 3 meses después de la cirugía, por lo que se debe indicar uso de condón, o que la pareja use un método temporal.
- No interfiere con las relaciones sexuales.

- Es realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo ni la potencia sexual, ni con la producción hormonal por parte de los testículos.
- Requiere previamente, evaluación médica y orientación/consejería adecuadas.
- El/la proveedor/a debe ser necesariamente un/a médico/a capacitado/a.
- Requiere instrumental especial

Procedimiento

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 técnica **sin bisturí**, en la que se punza con una pinza especial la piel del escroto, para aislar el conducto deferente.

Consideraciones para realizar el procedimiento. Puede ser elegido por hombres que deseen un método permanente. Para ello se requiere:

- Que el hombre solicite el método.
- Que el hombre sea mayor de edad (sin embargo, no se recomienda operar a usuarios menores de 25 años).
- Que no desee tener más hijos.
- Que haya recibido las dos sesiones obligatorias de orientación/consejería previa.
- Que haya comprendido los alcances del procedimiento, haya firmado el consentimiento informado y la solicitud para la intervención
- Contar con análisis de rutina.
- La vasectomía debe ser efectuada por médico/a calificado/a en el procedimiento
- El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de bioseguridad establecidas y en establecimientos con capacidad resolutive

Contraindicaciones:

Absolutas: No existe ninguna contraindicación absoluta.

Relativas. Diferir hasta solucionar el problema:

- Hidrocele grande
- Hernia inguinal
- Masa escrotal
- Anemia severa sintomática
- Cardiopatía sintomática
- Diabetes mellitus descompensada
- Trastornos hemorrágicos
- Infecciones cutáneas en la región inguinoescrotal
- Infecciones del aparato genital.

En los siguientes casos se recomienda dar orientación/consejería especial y junta médica:

- Usuario joven (menor de 25 años).
- Varones que no tienen hijos.
- Varones que tienen hijos sólo del mismo sexo.

- Varones con un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
- Unión de pareja inestable.
- Solteros o viudos.
- Varones presionados por su cónyuge o por alguna persona.
- Varones con conflictos no resueltos de índole religioso o cultural.
- Varones con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.

Posibles efectos colaterales

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico.

MANEJO DE LAS COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	MANEJO
Inflamación excesiva	Prolongue el uso del soporte (suspensor). Tratamiento antiinflamatorio (ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 7 días).
Equímis	Tranquilice al usuario e infórmele que no requiere tratamiento y que se resolverá espontáneamente; si aumenta debe regresar al establecimiento.
Hematoma (escroto)	Mantenga al usuario bajo observación; por lo general, se resuelve espontáneamente en 1 a 3 semanas. Recomiende al usuario el uso de un soporte para el escroto (suspensor), según se requiera. Si es grande, puede ser drenado con el uso simultáneo de antibióticos; se sugiere una cefalosporina 500 mg cada 6 horas por 7 días. Se sugiere aplicar compresas frías.
Infección de la herida	Recomiende el uso de un soporte para el escroto (suspensor). De haber una infección cutánea, trátela con antibiótico. (Dicloxacilina 500 mg cada 6 horas por 7 días) De haber un absceso, drénelo y administre antibióticos; se sugiere una cefalosporina 500 mg cada 6 horas por 7 días. Haga seguimiento cada 2 días.
Granuloma a nivel de la herida	Aunque es raro, de presentarse se recomienda cauterizarlo con nitrato de plata.

Manejo preoperatorio

Cada usuario deberá tener evaluación preoperatoria a cargo del cirujano que llevará a cabo la operación o de su asistente

Se deberá detectar casos de riesgo

Registrar en la historia clínica: antecedentes médicos, examen general, examen del aparato genital teniendo cuidado de descartar infecciones dérmicas, patología del cordón espermático (varicocele, epididimitis, orquitis)

Se seleccionará los casos para anestesia local. Aquellos con factores de riesgo y que requieran anestesia regional o general deberán ser referidos

Manejo postoperatorio

- Después del procedimiento, el usuario debe mantenerse en observación por lo menos 1 hora. Si procede de zona rural o lejana deberá permanecer por lo menos 12 horas en el PES donde se realizó la intervención.
- Indicar analgésicos. (Acetaminofen o Ketoralaco). No se recomienda aspirina o ibuprofeno
- Puede reiniciar sus actividades luego de 2 días de reposo post cirugía. Deberá evitar trabajos pesados o ejercicios durante los primeros siete días.
- Evitar las relaciones sexuales por siete días. Al reiniciarlas, usar condón o que la pareja use otro método hasta que el espermatograma demuestre azoospermia
- Recomendar el uso de suspensor o trusa ajustada por siete días

Programación de seguimiento

Realizar 2 controles posteriores a la intervención:

- El primer control a los 7 días
- El segundo control a los 30 días

Instruir al usuario para que acuda al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes síntomas: aumento de volumen en la bolsa escrotal; hemorragia en la herida operatoria; fiebre y dolor local en la herida operatoria.

Instruir al usuario que debe usar un método alternativo hasta que se confirme que el semen ya no tenga espermatozoides, mediante un conteo espermático a los tres meses o luego de 20 eyaculaciones. En caso de ser positivo repetir el examen al mes; si persiste positivo, reevaluar el caso.

Es importante que el varón, así como su pareja acudan cada año para una consulta de salud reproductiva integral. Es importante mencionar al usuario que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que él o su pareja lo crean necesario.

ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA (AOE)

Definición: Método de emergencia para prevenir un embarazo; no reemplaza al uso continuado de otros métodos anticonceptivos.

Mecanismo de acción

- Impide la ovulación
- Previene la fertilización por alteración del transporte de los espermatozoides y el óvulo.
- No altera el endometrio
- No actúa como abortivo, ya que no interrumpe un embarazo ya existente.

Tasa de efectividad: Utilizando correctamente el método, hasta el 95% de mujeres que usan L-norgestrel y 75% de las que usan fórmulas combinadas, logran evitar el embarazo.

Características

- No es un método anticonceptivo de rutina, sino de excepción; por lo que no debe usarse en lugar de

los otros métodos de planificación familiar. Por lo tanto no se debe incluir en la mezcla anticonceptiva.

- Cualquier mujer puede usar AOE siempre y cuando no esté embarazada.
- No se han reportado malformaciones congénitas en los recién nacidos en el caso de falla del método.

Se debe hacer énfasis que este método no protege contra ITS o SIDA

En qué casos usar la AOE. Se puede usar en situaciones de emergencia:

- Mujeres que han tenido una relación sexual contra su voluntad (violación).
- Si el condón se ha roto.
- Si el DIU ha sido expulsado.
- Si la mujer ha olvidado de tomar 2 días o más sus anticonceptivos orales, o se ha retrasado más de 2 semanas en recibir su inyectable anticonceptivo (Depoprovera) y ha tenido una relación sexual sin usar otro método de planificación familiar.
- Si la relación sexual tuvo lugar sin protección anticonceptiva y la mujer no desea quedar embarazada.

Modo de uso

Se debe usar como máximo dentro de las 72 horas después de la relación sexual sin protección. Debe ser administrado por personal capacitado. Toda mujer que recibe AOE debe tener consejería en planificación familiar. Existen 2 esquemas:

Píldoras Combinadas

Se denominan así porque se usan píldoras con estrógeno y progestágeno. Es también conocido como el método de Yuzpe. El esquema es el siguiente

Denominación	Fórmula por tableta	Dosis Inicial (antes de 72 horas)	2da. Dosis (12 horas después de dosis inicial)
LO-Femenal®	Etinilestradiol 30µg Norgestrel 0.30 mg	4 tabletas	4 tabletas
Neogynon® Ovral®	Etinilestradiol 50µg L-norgestrel 0.25 mg	2 tabletas	2 tabletas
Microgynon® Nordette® Minigynon	Etinilestradiol 30µg L-norgestrel 0.25 mg	4 tabletas	4 tabletas

Píldoras de sólo progestágeno

Se usan píldoras que sólo contienen progestágeno. Los únicos componentes estudiados hasta la fecha son el L-norgestrel y el norgestrel. El esquema es el siguiente:

Denominación	Fórmula por tableta	Dosis Inicial (antes de 72 horas)	2da. Dosis (12 horas después de dosis inicial)
Postinor-2®	L-norgestrel 0.75 mg	1 tableta	1 tableta
Ovrette®	Norgestrel 75 µg	20 tabletas	20 tabletas

Si lo desea, la mujer puede comenzar otro método de barrera inmediatamente, como condones o espermicidas, o deberá evitar las relaciones sexuales hasta la siguiente menstruación, fecha en que puede iniciar un método de su preferencia.

Contraindicaciones

- ▶ La mujer embarazada, por el hecho de que no interrumpirá el embarazo
- ▶ No existen contraindicaciones médicas conocidas para el uso *ocasional* de las pastillas anticonceptivas de emergencia.
- ▶ Sin embargo su uso repetido implica las mismas contraindicaciones que los anticonceptivos hormonales orales de uso rutinario.
- ▶ La AOE no debe reemplazar el uso de otros métodos de planificación familiar.

FRECUENCIA Y MANEJO DE EFECTOS SECUNDARIOS

Efecto Secundario	Régimen Combinado	Régimen de sólo progestágeno	Manejo
Nauseas	46.5%	16.1%	Administrar antieméticos como el dimenhidriato, media hora antes de tomar las pastillas
Vómitos	22.4%	2.7%	Si la mujer vomita en las 2 horas siguientes de haber tomado las pastillas, debe tomar otra dosis
Mareos	23.1%	16.5%	
Fatiga	36.8%	23.9%	
Tensión Mamaria	20.8%	15.9%	

Seguimiento

- ▶ Es necesario aconsejar a la usuaria que regrese al establecimiento de salud si su siguiente menstruación es muy diferente a lo usual, especialmente si:
 - Es de mucha menor cantidad (hay posibilidad de embarazo)
 - Existe un retraso de más de una semana (hay posibilidad de embarazo)
- ▶ En los casos de violación se debe dar un enfoque integral al problema, incluyendo prevención de ITS/SIDA, refiriendo a la usuaria para apoyo psicológico y legal, dando mucho énfasis en la relación cordial y la privacidad.
- ▶ Recomendar a la usuaria que regrese en su siguiente menstruación para iniciar el método de planificación familiar de su elección.

**BIBLIOGRAFIA
RECOMENDADA**

LECTURAS SELECCIONADAS PROPUESTAS

DERECHOS, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, GENERO, VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

- 1.- E. ARCOS y OTROS. "Impacto de la violencia doméstica sobre la salud reproductiva y neonatal".
2001 Revista Médica de Chile; 100(1): 1413-1424
- 2.- F. BRADLEY- M. SMITH y OTROS. "Reported frequency of domestic violence: cross sectional suvey of women attending general practice". BMJ; 324(7332): 271
- 3.- J. CAMPBELL. "Abuse during pregnancy: a quintessential threat to maternal and child health - so when do we Start to act?". CMAJ; 164(11): 1578
2001
- 4.- R. CASTRO y OTROS. "Risks for abuse against pregnant hispanic women. Morelos, Mexico and Los Angeles County, California". Am J Prev Med; 25(4): 325-332
2003
- 5.- R. CASTRO y OTROS. "Violence against women in Mexico: a study of abuse before and during pregnancy". Am J Public Health; 93(7): 1110-1116
2003
- 6.- A. CONCHA-EASTMAN- E. KRUG. "Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo". Revista Panamericana de Salud Pública; 12(4): 227-229
2002
- 7.- J. CRUZ. "Violación de derechos sexuales y reproductivos en América Latina". XVII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. Santa Cruz-Bolivia 19 al 25 Octubre, 12 p
2002
- 8.- S. DENHAM. "Describing abuse of pregnant women and their halth care workers in rural Appalachia". Am J Matern Child Nurs; 28(4): 264-269
2003
- 9.- K. EDIN- U. HOGBERG. "Violence against pregnant women will remain hidenn as long as no direct questions are asked". Midwifery; 18(4): 268-278
2002
- 10.- M. ELLEBERG y OTROS." Confites en el infierno. Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua". Nicaragua: Red de mujeres contra la violencia/Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina UNAN-León/Departamento de Epidemiología y Salud Pública de la Universidad Umea-Suecia
1998
- 11.- A. FAUNDES. "Asistencia a la mujer víctima de violencia sexual". En: Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Taller Violencia de Género, Relato Final. Lima: F y F Editorial. Abril, pag 27-34
2003
- 12.- D. GALIMBERTI. "Rol de los tocoginecólogos en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos". XVII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología. Santa Cruz-
2002

- Bolivia, 19 al 25 de Octubre
- 13.- M. GOMEZ DE ALMEYDA- N. PINTO COSTA. "Protocolo de atención en salud sexual y reproductiva para mujeres en situación de violencia basada en género". 2ª Ed Revisada. Rio de Janeiro : BEMFAM, 48p
2003
 - 14.- G. GONZALEZ DE OLARTE- P. GAVILANO. "Pobreza y violencia doméstica contra la mujer en Lima Metropolitana". Lima-Perú: IEP, 45p
1998
 - 15.- C. GROSSIN y OTROS. "Análisis of 418 cases of sexual assault". Forensic Sci Int;
2002 131(2-3): 125-130
 - 16.- A. GUEZMES- N. PALOMINO- M. RAMOS. "Violencia sexual y física contra la mujer en el Perú". Lima-Perú: CMP Flora Tristán-OPS/OMS-Universidad Peruana Cayetano Heredia , 119p
2002
 - 17.- I. HORON- D. CHENG. "Enhanced surveillance for pregnancy - associated mortality - Maryland 19933-1998". JAMA ; 285: 1455-1459
2001
 - 18.- C. HUTH-BOCKS y OTROS. "The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health". Violence Vict; 17(2): 169-185
2002
 - 19.- INEI. "Violencia contra la mujer y los niños". En: Encuesta demográfica y de salud familiar 2000. Lima-Perú: INEI, pag 207-226
2001
 - 20.- B. JACOBSON- M. BYGDEMAN. "Obstetric care and prones of offspring to suicide as adults: case-control study". BMJ; 317(7169): 1346-1349
1998
 - 21.- JHPIEGO. "Detección y atención de violencia doméstica". En : Atención de la Salud Reproductiva. Manual de los Participantes. Lima-Perú JHPIEGO Nov, pag 43-50
2002
 - 22.- JHPIEGO. "Guías de aprendizaje de habilidades en salud materno neonatal y salud reproductiva". Lima-Perú: JHPIEGO, 122p
2002
 - 23.- D. KAYE- F. MIREMBE- G. BANTEBYA. "Risk factors, nature and severity of domestic violence among women attending antenatal clinic in Mulago Hospital, Kampala, Uganda". Cent Afr J Med ; 48(5-6): 64-68
2002
 - 24.- W LEUNG y OTROS. "Domestic violence and postnatal depression in a Chinese community". Int J Gynecol Obstet; 79(2): 159-166
2002
 - 25.- S MARTIN- J. BEAUMONT- L. KUPPER. "Substance use before and during pregnancy: links to intimate partner violence". Am J Drug Alcohol Abuse 2003; 29(3): 599-617
2003
 - 26.- M. MBOKOTA-J. MOODLEY. "Domestic abuse- an antenatal survey at King Edward VIII Hospital, Durban". S Afr Med J 2003; 93(6): 455-457
2003

- 27.- J. MC FARLANE y OTROS. "Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women's health". *Obstet Gynecol*; 100(1): 27-36
2002
- 28.- M. MENENDEZ. "El ciclo de la violencia doméstica y las estrategias de afrontamiento de un grupo de mujeres denunciantes". En: Cordero-Frisancho M et al. *Cinco estudios en sexualidad, salud sexual y reproductiva*. Lima-Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú, 166p
1996
- 29.- MINISTERIO DE SALUD. "Violencia: Problema de Salud Pública, una aproximación bibliográfica". Lima-Perú: Oficina General de Epidemiología , 48p
1999
- 30.- MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. "Violencia intrafamiliar: una experiencia metodológica, registro y seguimiento epidemiológico en el sistema de salud pública". Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 58p
1996
- 31.- MINISTERIO DA SAUDE DO BRASIL. "Norma tecnica Prevencao e tratamento dos agravos resultantes da violencia sexual contra mulheres e adolescentes", 2ª Edicao. Brasilia Agosto, 36p
2002
- 32.- N. MUHAJARINE- C. D'ARCY. "Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors". *CMAJ*; 160(7): 1007-1011
1999
- 33.- C. MURPHY y OTROS. "Abuse : a risk factor for low birth weight ?. A systematic review and meta-analysis". *CMAJ*; 164(11): 1567-1572
2001
- 34.- NACIONES UNIDAS. "Declaración de las Naciones Unidas sobre erradicación de la violencia contra la mujer". Asamblea General
1993
- 35.- NACIONES UNIDAS. "Declaración y Plataforma de Acción: Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer". Beijin: ONU
1995
- 36.- K. NASIRK- A HYDER. "Violence against pregnant women in developing countries: review of evidence". *Eur J Public Health* 2003; 13(2): 105-107
2003
- 37.- H. NUÑEZ-RIVAS y OTROS. "La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica". *Revista Panamericana de Salud Pública*; 14(2): 75-83
2003
- 38.- C. RACHANA y OTROS. "Prevalence and complications of physical violence during pregnancy". *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 103(1): 26-29
2002
- 39.- J. RAMSAY y OTROS. "Should health professionals screen women for domestic violence?". Systematic review. *BMJ*; 325(7359): 314
2002
- 40.- J. RICHARDSON y OTROS. "Identifying domestic violence: cross sectional study in primary

- 2002 care". BMJ; 324(7332): 274
- 41.- H. A. SAHIN- H. G. SAHIN. "An unddressed issue: domestic violence and unplanned pregnancies among pregnant women in Tukey". Eur J Contracept Reprod Health Care; 8(2): 93-98
2003
- 42.- SOCIEDAD PERUANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. Taller "Violencia de Género",
2003 Relato Final. Lima-Perú: F y F Editorial. Abril, 44p
- 43.- L. TAVARA y OTROS. "Detección de violencia basada en género en tres servicios de salud
2003 reproductiva". Ginecología y Obstetricia (Perú), 49(1): 31-38
- 44.- T. TURMEN. "Emergency obstetric care for all women. A social responsibility for obstetricians".
2000 Congress FIGO. Washington DC, Sep 2000.
- 45.- UNFPA. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo
1994
- 46.- R. URIBE-ELIAS. "Sexual violence and the obstetrician/gynecologist". Int J Gynecol Obstet ;
2003 82: 425-433
- 47.- R. VALDEZ-SANTIAGO- L. SANIN-AGUIRRE. "La violencia doméstica durante el embarazo
1996 y su relación con el peso al nacer". Salud Pública Mex ; 38: 352-362
- 48.- C WAN- P. CHOU. "Differing risk factors for premature birth in adolescent mothers and adult
2003 mothers". J Clin Med Assoc; 66(9): 511-517
- 49.- WHO. "Violence against women. A priority health sigue". Gineva: WHO
1997
- 50.- C. ZELAYA y OTROS. "Protocolo de Manejo de casos de violencia de género en los servicios de
salud reproductiva". Lima: Hospital Santa Rosa/Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, pp 29
2003

ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA EN SALUD REPRODUCTIVA

- 1.- J. ARÉVALO - G. FUENTES - J. RODRÍGUEZ
1993 "Paquete Didáctico Del Taller sobre Orientación-Consejería en Planificación Familiar", Dirección General de Planificación Familiar, MÉXICO
- 2.- J. ARÉVALO - G. FUENTES - J. RODRÍGUEZ
1994 "Consejería", Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar 16-20, MÉXICO
- 3.- M.E. GALLEN - C. LETTENMAIER - C.P. GREEN
1987 "Counseling Makes A. Difference", Population Reports Series J (35)

- 4.- C. HUEZO - C. BRIGAS
1992 “Medical And Service Delivery Guidelines”, Departamento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), LONDRES
- 5.- C. LETTENMAIER - M.E. GALLEN
1987 “Why Counseling Counts”, Population Reports Series J (36)
- 6.- G.S. NEAMATALLA - P.B. HARPER
“Consejería en Planificación Familiar y Esterilización Voluntaria”, Guía para Directores de Programas, Asociación para la Anticoncepción Voluntaria y Segura (AVSC), NEW YORK
1991

PERIMENOPAUSIA E INFERTILIDAD

- 1.- GONZÁLES, O
1993 “Menopausia y Envejecimiento”. Ed. Atenea, Chile
- 2.- GONZÁLES, G
1992 “Andrología Fertilidad e Infertilidad “, U.P. Cayetano Heredia y el Instituto de Altura. Lima-Perú

ATENCION OBSTETRICA

- 1.- CLAP-OPS/OMS: Tecnologías Perinatales. Publicación Científica CLAP. Montevideo-Uruguay, 1990
- 2.- Eisenberg, A., Murkoff, H., Hathaway, S. What to Expect When you're Expecting. Second Edition. Workman Publishing, New York, 1991
- 3.- Pacheco Romero, José. Obstetricia-Manual. 5ta. Edición, Lima-Perú, 1994
- 4.- World Health Organization (VMO)
1994 Module 1: The Midwife in the Community. En: Midwifery Training-Field Testing Version.
- 5.- World health Organization (WHO)
1994 Module 3: Obstructed Labor. En: Midwifery Training-Field Testing Version
- 6.- OPS/OMS/UNFPA
1994 Pautas para la Atención de Emergencias Obstétricas dirigido a Auxiliares de Enfermería
- 7.- MINISTERIO DE SALUD, INSTITUTO MATERNO PERINTAL
1995 Normas y Procedimientos en la Atención Obstétrica. Lima-Perú

- 8.- MINISTERIO DE SALUD
1995 “Normas de control de enfermedades prevenibles por vacunación”, Dirección de Salud de las Personas, Dirección de Salud Mujer y Niño, Sub-Programa de Inmunización, Lima- PERU.
- 9.- MINISTERIO DE SALUD
1994 “Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Malaria en el Perú”, Dirección General de Salud de las Personas, Control del Programa de Control de Enfermedades Transmisibles, Control de la Malaria y otras enfermedades metaxenicas, Lima - PERU.
- 10.- MIGUEL MARTELL - PAUL ESTOL - GERARDO MARTINEZ - JOSE LUIS DIAZ
1990 ROSSELLO - RICARDO SCHWARCZ
“Atención inmediata del Recién Nacido”, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Montevideo - Uruguay
- 11.- MINISTERIO DE SALUD
1995 “Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú”, Lima - Perú
- 12.- PACHECO, GALDOS, TAVARA, URQUIZO
1992 “Salud Materna y Perinatal, Experiencias y Estrategias”, Lima-Perú
- 13.- HACKER, MOORE
1992 “Essentials of Obstetrics and Gynecology second edition”, Sauders Co. USA
- 14.- TAVARA, RAMIREZ
1995 “Atención del aborto incompleto no complicado”, IPPF, Lima-Perú
- 15.- MINISTERIO DE SALUD
1986 “Normas de Atención integral de la salud de la mujer en los servicios descentralizados”.
Lima-Perú
- 16.- MINISTERIO DE SALUD
1992 “Guía normativa para la atención integral de la embarazada adolescente en los establecimientos de salud”, Lima-Perú
- 17.- MINISTERIO DE SALUD
1995 “Anemia durante el embarazo”, Instituto Nacional de Nutrición, Lima-Perú
- 18.- CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO
1992 “El Hogar Materno: Descripción y propuesta de instalación”. Pub. cient. 1263
- 19.- MINISTERIO DE SALUD - PROGRAMA DE SALUD BÁSICA PARA TODOS
1996 “Manual de Procedimientos: Enfermedades transmisibles, Desordenes por deficiencia de Iodo,

- Diabetes Mellitus”
- 20.- MINISTERIO DE SALUD
1996 “Doctrina, Normas y Procedimientos paara el control de la Bartonelosis en el Perú”
- 21.- Organización Mundial de la Salud (OMS)
2002 “Manual de Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto: Guía para Obstetrices y Médicos”

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

- 1.- MINISTERIO DE SALUD
1996 “Doctrinas, Normas y procedimientos para el control de las ETS y el SIDA en el Perú”
PROCETSS, 1996
- 2.- JHPIEGO
1991 “Pautas sobre las Infecciones del Tracto Genital para los Programas de Servicios de Planificación Familiar”, JHPIEGO Corporation, Baltimore, Maryland - USA
- 3.- MINISTERIO DE SALUD
1995 “Guía de Bolsillo Para los Proveedores de Servicios de Planificación Familiar” (versión adecuada del Pocket Guide for Family Planning Service Providers, JHPIEGO Corporation)
- 4.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
1989 “STD Treatment Strategies”, Programme for Sexually Transmitted Diseases, Ginebra
- 5.- AO OSOBA
1980 “Microbiologic Techniques for the Diagnosis of Pelvic Inflammatory Disease in Developing Countries”
- 6.- PROGRAM FOR INTERNATIONAL TRAINNING IN HEALTH (INTRAH)
1993 “Guidelines for Clinical Procedures in Family Planning and Sexually Transmitted Diseases: A Reference for Trainers”, Carolina del Norte - USA
- 7.- WE STAMM y Otros
1988 “The Pactioner’s Handbok for the Management of STDS”. Health Sciences Center for Educational Resources: Seattle, Washington - USA
- 8.- JN WASSERHEIT y Otros
1989 “Reproductive Tract Infections in a Family Planning Population in Rural Bangladesh: a Neglected Opportunity to Promote MCH-FP Programs”, Studies in Family Planning
- 9.- L.WESSERHEIT y Otros
1984 “Acude Pelvic Inflammatory Disease (PID)”, Sexually Transmitted Diseases, 2^a. Edición, New York - USA

- 10.- R. HATCBER y Otros
1994 “Contraceptive Technology”, Irvington Publishers, Inc. New York - USA

PREVENCIÓN DE INFECCIONES

- 1.- TIETJEN, CRONN, McINTOSH
1992 “Prevención de Infecciones para los Programas de Planificación Familiar”, JHPIEGO, Baltimore
- 2.- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC)
1989 “Guidelines for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis Virus to Health Care and Public-Safety Workers”, MWR
- 3.- DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (DHHS)
1988 “Update: Universal Precautions for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B virus, and Other Bloodborne Pathogens in Health Care Settings”
- 4.- DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE
1990 “Occupational Exposure to Human Immunodeficiency Virus”, Communicable Disease Bulletin, Maryland
- 5.- M.S. FAVERO
1985 “Sterilization, Desinfection and Antisepsis in the Hospital”, Manual of Clinical Microbiology, Lennette EH y otros, 4th. Ed. Washington, DC American Society form Clinical Microbiology
- 6.- Js. GARDNER - M.S. FAVERO
1986 “CDS Guidelines form Handwashing and Hospital Environment Control 1985”, Infect Control 7
- 7.- INTERNATIONAL ASSOCIATION OF HOSPITAL CENTRAL SERVICES
1986 MANAGEMENT (IAHCSM)
“Central Service Technical Manual” 3rd ed. SB Webb (Ed.) Chicago Illinois
- 8.- E.L. LARSON y Otros
1990 “Alcohol form Surgical Scrubbing”, Infect Contro Hosp Epidemiol
- 9.- McINTOSH N. y Otros
1994 “Practical Methods for High Level Desinfection of Surgical Gloves”, Reunion Anual de la American Public Health Association, Abstract N° 2285 Washington DC.
- 10.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
1989 “AIDS Series 2”: Guidelines on Sterilización and High-Level Disinfection Methods Effective Again Human Immunodeficiency Virus (HIV) 2ª. Ed.

- 11.- L.J. PEREIRA y Otros
1990 “The Effect of Surgical Handwashing Routines on the Microbial Counts Operating Room Nurses”, Am J Infect Control
- 12.- PROGRAM FOR INTERNATIONAL TRAINNING IN HEALTH
1989 “Sterilization, Desinfection, Descontamination and Cleaning in FP/MCH Clinic Equipment” INTRAH Tranning Packet, Chaped
- 13.- M. ROTTER y Otros
1981 “Provido ne-oidine and Chlorhexidine Gluconate Containing Detergents for Desingection of Hand” 1980
- 14.- L.B. SEEFF y Otros
1978 “Type B Hepatitis after Needle-Stick Exposure: Prevention with Hepatitis B Immunoglobulin
- 15.- L. TIETJEN Y MCINTOSH
1989 “Infection Control in Family Facilities”, Outlook
- 16.- R.P. WENZEL
1987 “Prevention and Control of Nosocomial Infections”, Baltimore, Williams and Wilkins

ABSTINENCIA PERIODICA

- 1.- M. AREVALO, I. SINAI, V. JENNING
1999 “Una fórmula fija para definir la fase fértil del ciclo menstrual como la base de un método sencillo de planificación familiar natural”. Contraception
- 2.- M. AREVALO, V. JENNING, I. SINAI
2002 “Eficacia de un nuevo método de planificación familiar: el método de días fijos”. Contraception; 65: 333-338
- 3.- CENTER FOR HEALTH AND MEDICAL EDUCATION
1982 “Educational Handbook, Family Fertility Education Resource Package”, BLAT Center for Health and Medical Education
- 4.- INSTITUTE FOR INTERNATIONAL STUDIES IN NATURAL FAMILY PLANNING
1989 “N-FP: A Good Option”
- 5.- INSTITUTE FOR INTERNATIONAL STUDIES IN NATURAL FAMILY PLANNING
1988 Glossary of Natural Planning Trainers
- 6.- INSTITUTE FOR INTERNATIONAL STUDIES IN NATURAL FAMILY PLANNING
1990 “Guide for Natural Family Planning Trainers”

- 7.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
1988 “Natural Family Planning: A Guide to Provision of Services”
- 8.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
1981 “A Prospective Multicenter Trial of the Ovulation Method of Natural Family Planning: I The Teaching Phase”, Fertility and Sterility 36 (2).
- 9.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
1981 “A Prospective Multicenter Trial of the Ovulation Method of Natural Family Planning:II The Effectiveness Phase”, Fertility and Sterility 36 (5).
- 10.- INSTITUTE FOR RESOURCES DEVELOPMENT AT WESTINGHOUSE
1986 “Periodic Abstinence in Developing Countries: Update and Policy Options”, Institute for Resources Development at Westinghouse

METODO DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA

- 1.- M. LABBOK - K. COONEY - S. COLY
1994 “Guidelines: Breastfeeding, Family Planning and the Lactation Amenorrhea Method”, LAM, Washington SC: Instituto para la Salud Reproductiva, Universidad Georgetown
- 2.- M. LABBOK - V. LAUKARA
1994 “Breastfeeding, Family Planning”, Gynecology and Obstetrics, Ed., Sciarra J y Dilts P., FILADELFIA
- 3.- M. LABBOK - E. MURPHY - P. KONTZ - BOOHER - S. COLY - K. COONEY
1995 “Lactancia Materna Cómo Proteger un Recurso Natural”, Insitituto para la Salud Reproductiva, Universidad Georgetown
- 4.- M. LABBOK - A. PEREZ - V. VALDEZ y Otros
1994 “The Lactational Amenorrhea Method (LAM): A Postpartum Introductory Family Planning Method with Policy and Program Implications”, Advances in Contraception
- 5.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
1992 “Consensus Statement from the OMS/UNICEF Consultation on HIV Transmission and Breast-Feeding”, OMS Global Programme on AIDS, Geneva
- 6.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
1994 “Resolución 47 de la Sesión de la Asamblea Mundial de la Salud
- 7.- A. PEREZ - M LABBOK - J. QUEEN
1992 “Clinical Study of the Lactational Amenorrhea Method in Family Planning”, The Lancet

- 8.- RUTH A. LAWRENCE
1983 "A practicar Guide to Breastfeeding", Johri Ordan
- 9.- F. SEVILLA - T. DE VARGAS - M. LABBOK - C. SANDERS y Otros
1994 "Investigación Operativa: Introducción del Método de Lactancia y Amenorrea (MELA) en un Sistema de Servicios Ambulatorios con Multimétodos de Planificación Familiar"

METODO DE BARRERA: CONDÓN

- 1.- P. FELDBLUM - C. JOANIS
1994 "Modem Barrier Methods", Anticoncepción Efectiva y Prevención de Enfermedades
- 2.- RA. HATCHER - W. RINEHART - R. BLACKBURN- J. GELLER - J. SHELTON
1999 "Lo esencial en tecnología anticonceptiva", Baltimore - USA: Universidad Johns Hospkins
- 3.- KHANNAJ VAN LOOK PFA - GRIFFIN PD
1994 "Challenges in Reproductive Health Research", Biennial Report, 1992-1993, Geneva
- 4.- L. MASTROIANI - PJ. DUNALSON - Ft. KANE
1990 "Development of Contraceptives-Obstacles and Opportunities"
- 5.- POPULATIONS JOHNS REPORTS
1987 Counseling Guide, Series J N° 36, Baltimore, Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health
- 6.- DL. WARNER - RA. HATCHER
1994 "A Meta-Analysis of Condón Effectiveness in Reducing Sexually Transmitted HIV", Social Science and Medicine

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS Y DE PROGESTAGENOS

- 1.- MARCIA ANGLE
1994 "Oral Contraceptives". Scientific Update Cooperating Agencies Meeting
- 2.- MINISTERIO DE SALUD
1995 "Guía de Bolsillo Para los Proveedores de Servicios de Planificación Familiar" (versión adecuada del Pocket Guide for Family Planning Service Providers, JHPIEGO Corporation)
- 3.- E. CAMPBELL
1994 "To Use or not Use Combined Hormonal Contraceptives During Lactation" Family Planning Perspectives

- 4.- K.COOKSON
1994 “The parenteral Toxicity of Cyclofem”, Contraception

- 5.- Lj. DORFLINGER
1994 “Medical Contraindications and Issues for Consideration in the Use of once a Month Injectable Contraceptives”

- 6.- Is. FRASER
1994 “Vaginal Bleeding Patterns in Women Using Once a Month Injectable Contraceptives”, Contraception

- 7.- TP. GROSS - J. SCHLESSELMAN
1994 “The Estimated Effect of Oral Contraceptive Use on the Cumulative Risk of Ephitheliañ Ovarian Cancer”, Obstetrics an Gynecology

- 8.- P.HALL
1994 “Task Force on Research on Introduction and Transfer Technologies for Family Regulation”, Geneva

- 9.- JHPIEGO Corporation
1995 “Service Delivery Standards for Family Planning Programmes

- 10.- S. KOETSAWONG
1994 “Once a Month Injestable Contraceptives: Efficacy and Reasons for Discontinuation”, Contraception

- 11.- J.C.LAROSA
1994 “Metabolic Effects or Estrogens and Progestins”, Fertility & Sterility

- 12.- Q. SHEN - D. LIN - X. JIANG - H. LI - Z. ZHANG
1994 “Blood Pressure Changes and Hormonal Contraceptives”, Contraception

- 13.- R. SIMONS - P. FAJANS - F. LUBIS
1994 “Contraceptive Introduction and the Managment of Choice: The role of Cyclofem in Indonesia”, Contraception

- 14.- D. SPICER - G. URSING y Otros
1994 “Changes in Mammographic Densities Induced by a Hormonal Contraceptive Designed to Reduce Breast Cancer Risk”, Journal of the National Cancer Institute

- 15.- TR. DUNSON - RN. AMATYA - SL KRUEGOL
1995 “Complications and Risk Factors Associated with the Removal of Norplant Implants”, Obtetrics & Gynecology

- 16.- A. FAYOYIN
1993 "Norplant: Five Year Insurance Against Pregnancy", Nigeria's Population
- 17.- Am. KAUNIT
1994 "Contraceptive Implants", Fertily Control, 2a. Edición
- 18.- O LADIPO - EM. COUTINHO
1994 "Contraceptive Implants", Current Opinion Obstetrics and Gynecology
- 19.- LEIRAS
1986 "Instructions for Insertion and Removal, Helsinki, Finlandia
- 20.- N. McINTOSH - A. BLOUSE - L. SCHAEFER
1995 "Norplant, Implants Guidelines for Family Planning Service Programs, 2a. Edición, JHPIEGO
- 21.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
1990 Norplant Contraceptive Subdermal Implants: Managerial and Technical Guidelines
- 22.- THE POPULATION COUNCIL
1987 "Norplant", Fact Sheet
- 23.- Kd. WAGNER, AB. BERENSON
1994 "Norplant-Associated Major Depression and Panic Disorder", Journal of Clinical Psychiatric

ANTICONCEPCION ORAL DE EMERGENCIA

- 1.- HB CROXATO "Gamete transport". In: Adashi EY, Rock JA, Rosenwok Z. Reproductive endocrinology, surgery and thecnology. New York: Lippincot-Raven, pag 368
1996
- 2.- BH CROXATO- B. FUENTEALBA- V. BRANCHE. "Effects of the Yuzpe regimen given during the follicular phase, upon ovarian function". Contraception
2002
- 3.- M. DURAND- M.C. CRAVIOTO- EG RAYMOND- O.DURAN-SANCHEZ- M.L. CRUZ HINOJOSA- A. CASTELL-RODRIGUEZ- R. SCHIAVON- F. LARREA. "On the mechanism of action of short term levonorgestrel administration in emergency contraception". Contraception ; 64: 227
2001
- 4.- D. HAPANGAMA- A- GLASIER- D.T. BAIRD. "The effects of periovulatory administration of lenonorgestrel on the menstrual cycle". Contraception; 63: 123
2001
- 5.- E KESSERU- A. LARRAÑAGA- J. PARADA. "Postcoital contraception with dl-norgestrel". Contraception ; 7: 367
1973

- 6.- A. KUBBA- J. WHITE- J. GUILLEBAUD- M. ELDER.” The biochemistry of human
1986 endometrium after two regimen of postcoital contraception: a dl-norgestrel/ ethinylestradiol combination or danazol”. *Fertil Steril*; 45: 512
- 7.- W. LING- A. RIBOCHOUD- I. ZAYID- W. WRIXON- S. MACLEOD. “Mode of action of dl-
1979 norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception”. *Fertil Steril*; 32: 297
- 8.- W. LING- W. WRIXON- I. ZAYID- T. ACORN- R. POPART- E. WILSON. “Mode of action of
1983 dl-norgestrel and ethinylestradiol combination in postcoital contraception. II. Effects of postovulatory administration on ovarian function and endometrium”. *Fertil Steril*; 39: 292
- 9.- L. MARIONS- K HULTENBY- I. LINDELL- X. SUN- B. STABI- K. GEMZELL. “Emergency
2002 contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action”. *Obstet Gynecol*; 100: 65
- 10.- A. MULLER- C. LLADOS-HB CROXATO. “Postcoital treatment with levonorgestrel does not
2003 disrupt postfertilization events in the rat”. *Contraception*; 67: 415
- 11.- OMS. “Anticoncepción de emergencia. Guía para la prestación de servicios”. Ginebra, 63p
1999
- 12.- M.E. ORTIZ- G. GAJARDO- C. LEON- E. HERRERA- E. VALDEZ- H.B. CROXATO.
1995 “Sperm migration through the female genital tract of the new-world monkey *Cebus apella*”. *Biol Reprod* 1995; 52: 1121
- 13.- M.E. ORTIZ- R.E. ORTIZ- M.A. FUENTES- V.H. PARRAGUEZ- H.B. CROXATO. “Postcoital
administration of levonorgestrel does not interferes with post- fertilization events in the new-world monkey *Cebus apella*”. *Human Reproduction*
2004
- 14.- E. RAYMOND- L. LOVELY- M. CHEN-MOK. “Effect of the Yuzpe regimen of emergency
2000 contraception on markers of endometrial activity”. *Hum Reprod*; 15: 2355
- 15.- M. SWAHN- P- WESTLUND- E. HOHANNSSON. “Effect of postcoital contraception method
1996 on the endometrium and the menstrual cycle”. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 75: 738
- 16.- O. TASKIN- R. BROWN- D. YONG- A. POINDEXTER- R. WIEHLE. “High doses of oral
1994 contraceptives do not alter endometrial alpha-1 and beta-3 integrins in the late implantation window”. *Fertil Steril*; 61: 850
- 17.- A. WILCOX- C WEINBERG- D. BAIRD. “Timing of sexual intercourse in relation to ovulation
1995 effects on the probability of conception, survival of the pregnancy and sex of the baby”. *New Engl J Med*; 333: 1517

- 18.- A. YUZPE- H. THURLOW- I. RAMZY- J. LEYSHON. "Postcoital contraception - a pilot study". J Reprod Med; 13: 53
1974

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

- 1.- MA. ANGLE - LA. BROWN - P. BUEKENS
1993 "IUD Protocols for International Training", Studies in Family Planning
- 2.- MINISTERIO DE SALUD
1995 "Guía de Bolsillo Para los Proveedores de Servicios de Planificación Familiar" (versión adecuada del Pocket Guide for Family Planning Service Providers, JHPIEGO Corporation)
- 3.- MA. ANGLE y Otros
1993 "Guidelines for Clinical Procedures in Family Planning", 2a. Edición, Carolina del Norte - USA
- 4.- MS BURNHILL y Otros
1989 "Safely Using IUDs. American Journal of Gynecologic Health, New York - USA
- 5.- _____
1988 "IUDs - a New Look", Population
- 6.- JR. DALING y Otros
1992 "The Intrauterine Device and Primary Tubal Infertility", New Eng
- 7.- AS DAJANI y Otros
1990 "Prevention of Bacterial Endocarditis: Recommendations by the American Heart Association"
JAMA
- 8.- R. DIXON-MUELLER - JN. WASSERHEIT
1991 "The Culture of Silence: Reproductive Tract Infections Among Women in the Third World",
International Women's Health Coalition, New York - USA
- 9.- WL. DREW y Otros
1990 "Evaluation of the Virus Permeability of a New Condom for Women", Sexually Transmitted
Diseases
- 10.- C. ELIAS
1991 "Sexually Transmitted Diseases and the Reproductive Health of Women in Developing
Countries", Documentos de trabajo de El Consejo de Población
- 11.- FAMILY HEALTH INTERNATIONAL
1991 "Use of IUDs in Developing Countries: a Comparative Study"

- 12.- TM FARLEY y Otros
1992 “Intrauterine Devices and Pelvic Inflammatory Disease: an International Perspective”
- 13.- GALLEN - C. LETTENMAIER - CP. GREEN
1987 “Counseling Makes a Difference”, Population Reports Series
- 14.- RH. GRAY y Otros
1980 Manuel for the Provision of Intrauterine Devices (IUDs), Organización Mundial de la Salud, Ginebra
- 15.- _____
1987 Mechanism of Action, Safety and Efficacy of Intrauterine Devices. Ginebra
- 16.- R. HATCIHER y Otros
1999 Lo esencial de la tecnología anticonceptiva, Baltimore: Universidad Jhons Hospkins
- 17.- KK HOLIVES
1990 “Lower Genital Tract Infections in Women: Cystitis, Urethritis, Vulvovaginitis and Cervicitis”, Sexually Transmitted Diseases, 2a. Edición, New York - USA
- 18.- B. SEAWORTH - D. DURACK
1986 “Infective Endocarditis in Obstetrics and Gynecologic Practice”, Am J Obstet Gynecol
- 19.- I. SIVIN y Otros
1992 “The Copper T 380A Intrauterine Device. A Summary of Scientific Data”, el Consejo de Población, New York - USA
- 20.- “IUDs are Contraceptives, Not Abortifacients: a Comment on Research and
1989 Belief”, Studies in Family Planning
- 21.- F. SCHMIDT
1987 “Effectiveness of IUDs: a Review”, Contraception
- 22.- JN. WASSERHEIT
1989 “The Significance and Scope of Reproductive Tract Infections Among Trird World Women
- 23.- THE POPULATION COUNCIL y THE PROGRAM FOR APROPRIATE TECHNOLOGY IN
1989 HEALTH (PATH)
The Cooper T380A IUD: A Manual for Clinicians. 2a. Edición, Washington-USA

ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA

- 1.- ASSOCIATION FOR VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION (AVSC)
1993 Minilaparotomy Under Local Anaesthesia. a Curriculum for Doctors and Nurses. Participant's Handbook, New York - USA
- 2.- MINISTERIO DE SALUD
1995 "Guía de Bolsillo Para los Proveedores de Servicios de Planificación Familiar" (versión adecuada del Pocket Guide for Family Planning Service Providers, JHPIEGO Corporation)
- 3.- Pd. BLUMENTHAL - N. McINTOSH
1995 Pocket Guide for Family Planning Service Providers, JHPIEGO
- 4.- Np. BUCHOLZ - R. WEUSTE - G. MATTARELLI
1991 "Post-Vasectomy erectile Dysfunction", Journal of Psychosomatic. Research
- 5.- F. COMHAIRE
1994 "Male Contraception: Hormonal, Mechanical and Other", Human Reproduction
- 6.- FHI'S
1994 "Role in Search for Nonsurgical Sterilization", Network
- 7.- Ch. FLICKINGER - St. HOWARD - J.C. BERR
1995 "Effects of Vasectomy on the Epididymis", Microcopy Research and Technique
- 8.- Co. FRAZIER
1993 "Vasectomy Technique", Journal of Family Practice
- 9.- B. GONZALES - S. MANSTON-AINLEY - G. VANSINTEJAN - P.S. LI
1993 Vasectomía sin Bisturí: Guía Ilustrada para Cirujanos, New York
- 10.- JHPIEGO Corporation
1995 Service Delivery Standards for Family Planning Programs
- 11.- A. NIPARATIPONGPORN y Otros
1990 "No-scalpel Vasectomy at the King's Birthday Vasectomy Festival", Lancet
- 12.- JJ. PERKINS
1983 Principle and Methods of Sterilization in Health Sciences, 2ª. Edición, Springfield
- 13.- Ce. TANER - M. ABAN - N. YILMAZ - N. SENTURK - E. TOY
1994 "Pomeroy Tubal Ligation by Laparoscopy and Minilaparotomy", Advances in Contraception

- 14.- WORLD FEDERATION OF HEALTH AGENCIES FOR ADVANCEMENT OF VOLUNTARY
1998 SURGICAL CONTRACEPTION
“Safe and Voluntary Surgical Contraception”, New York - USA

ANTICONCEPCION POST PARTO Y POST ABORTO

- 1.- ALFREDO GUZMAN - FRANCISCO FIGUEROA
1994 “DIU Post-Parto”, Pathfinder Internacional, Oficina Regional para Latinoamérica del Sur,
Lima-PERU
- 2.- BETTY GONZALES - PEULIP SHIHUA LI
1993 “Vasectomía sin Bisturí”, Guía Ilustrada para Cirujanos, Asociación form Voluntary Surgical
Contraception, Nueva York-USA
- 3.- ASSOCIATION FOR VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION
“Postpartum IUD Insetion, Clinical and Programmatic Guidelines, New York - USA
- 4.- MINISTERIO DE SALUD
1994 “Guía de Bolsillo Para los Proveedores de Servicios de Planificación Familiar” (versión adecuada
del Pocket Guide for Family Planning Service Providers, JHPIEGO Corporation
- 5.- FAMILY HEALTH INTERNATIONAL - FHI
1994 Postpartum Contraception
- 6.- JHPIEGO Corporation
1992 Guidelines for Family Planning Service Programs. A Problem-Solving Manual, Baltimore,
JHPIEGO Corporation
- 7.- K. O’HANLEY - D.H. HUBER
1992 “Postpartum Keys for Success”, Contraception
- 8.- WANGL y FRASER Is.
1994 “Reproductive Function and Contraception in the post-partum Period”, Obstetrical and
Gynecologiactal Survey
- 9.- J.X. XU - C. REUSCHE - A. BURDAN
1994 “INMEDIATE Post-placental Insertion of the Intrauterine Device: a Review of Chinese and the
World’s Experiences”, Advances in Contraception
- 10.- P. BLUMENTHAL - N. McINTOSH
1995 Pocket Guide for Family Planning Service Providers, Baltimore, Maryland, JHPIEGO
Corporation

- 11.- P. LAHTEENMAKI
1993 “Post Abortal Contraception”, Annals of Medicine
- 12.- POSTABORTION CONSORTIUM
1995 Postabortion Care, Baltimore, Maryland - USA
- 13.- R. HATCHER y Otros
1994 Contraceptive Technology, Irvington Publishers, Inc, New York - USA
- 14.- R. HATCHER Y OTROS. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Baltimore: Universidad
1999 Johns Hospkins