

# **SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR**



**APRODES - 2018**

# **PRIMER CAPITULO**

---

## **Aspectos Generales de la Salud Reproductiva**

## ASPECTOS GENERALES DE LA SALUD REPRODUCTIVA

### DEFINICIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA

La Organización Mundial de la salud (OMS) define a la salud reproductiva como el “**estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad durante el proceso de reproducción**”. Sobre la base de esta definición se puede interpretar que el objetivo de la salud reproductiva no solamente es evitar que la madre y el producto enfermen o mueran durante el proceso de reproducción sino que se lleve a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre y el padre que permitan la obtención de un recién nacido saludable

Según este principio universal, la salud reproductiva significa: Que toda persona tiene la facultad de reproducirse y regular su fertilidad, con el total conocimiento de las consecuencias personales o sociales de sus decisiones y tiene, además, el libre acceso a los medios que los implantan; las mujeres deben estar en condiciones necesarias para llevar adelante su embarazo y parto con seguridad y que el resultado final sea satisfactorio y de bienestar familiar; la pareja debe ser capaz de tener relaciones sexuales, sin temor a un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad de transmisión sexual.

Este concepto fue formulado desde la historia antigua de la humanidad y se puede resumir en la frase **Padres saludables = hijos saludables**, a pesar de que ha existido consenso en este concepto no ha habido acciones de salud que se deben realizar para obtener hijos saludables.



En un inicio y por muchos siglos, la mujer embarazada recibió atención solo en el momento mismo del parto, con la creencia que esto era suficiente.

Transcurrió mucho tiempo para que esta concepción se modificara a fines del siglo XIX se señaló la importancia del cuidado prenatal. Ambos cuidados contribuyeron a disminuir gradualmente la morbilidad materna infantil.

En los últimos años se ha señalado que el cuidado debe empezar en la etapa preconcepcional con una labor realmente preventiva. Ejemplo si se detecta en el tercer mes de embarazo con anemia o tuberculosis será un embarazo de alto riesgo obstétrico. Se podría actuar de inmediato pero no prevenirlo. Sin embargo si se le hubiese captado antes del embarazo, se le podría haber tratado la anemia y la tuberculosis y luego cuando hubiera gestado sería de bajo riesgo obstétrico.

Por lo tanto el concepto de salud reproductiva comprende la atención preconcepcional tanto a mujer como el varón, la atención prenatal, la atención del parto y el recién nacido y la atención neonatal precoz.

Cualquier alteración que se produzca durante estas etapas tendrá repercusión en el recién nacido.

### **ETAPAS DE LA SALUD REPRODUCTIVA:**

Comprende las siguientes etapas:

**Etapa Preconcepcional:** Es el período donde la mujer no está gestando



**Etapa Concepcional:** Periodo prenatal y parto



**Etapa Perinatal:** El periodo comprendido desde las 28 semanas de gestación hasta los 7 días post parto (neonatal precoz)



## **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD REPRODUCTIVA**

La salud reproductiva está condicionada por factores de tipo social, cultural, político y económico y por acciones provenientes de otros sectores como vivienda, educación y alimentación.

Las necesidades fundamentales de la salud de la mujer se manifiestan desde la niñez y son influenciadas por la nutrición, estatus socioeconómico y el rol sexual y el medio ambiente. Bajo estos presupuestos, la salud reproductiva está estrechamente vinculada con los derechos básicos y fundamentales. En el transcurso de las últimas décadas, tanto los gobiernos como los profesionales de la salud fueron impactados con el concepto de "la explosión demográfica" y sus consecuencias sobre la salud y el desarrollo de los pobladores. Ambos vieron urgente la necesidad de regular el número de nacimientos como la mejor respuesta a esta amenaza; por lo que se implementaron centros de planificación familiar.

Las personas aludidas por estas disposiciones se sintieron vulneradas y defendieron sus derechos, exigiendo educación, igualdad de oportunidades de trabajo, servicio de salud

adecuados, entre otros. Decían que, pretender solucionar este problema tan complejo con el uso de anticonceptivos solamente, significa considerar a las mujeres como simples fábricas de niños, cuya producción debe ser controlada, e ignorar que son personas que asumen sus propias decisiones y responsabilizan de ellas.

La mayoría de estos programas de planificación familiar, todavía no sirven adecuadamente a las usuarias. En la mayoría de los casos, el personal que presta servicios no está adecuadamente preparado, está desmotivado, recibe mínima supervisión o nula; tiene bajos salarios y objetivos ambiguos. Estas circunstancias hacen que disminuya, más aún, la calidad de la atención. Las usuarias esperan largas horas, para recibir una atención de mala calidad e información inadecuada sobre los distintos métodos disponibles.

Si analizamos la contribución que han hecho los programas de planificación familiar a la disminución de la fertilidad en los países de desarrollo, se puede decir que es muy difícil separar los efectos logrados por la provisión de métodos anticonceptivos de los cambios económicos y sociales que se han operado simultáneamente; existe una encrucijada conceptual cuando, junto con el reparto de anticonceptivos se aprecia una ligera disminución de la mortalidad materna e infantil, la esperanza de vida aumenta las familias en extrema pobreza, sin acceso a los servicios de salud primaria; la desocupación aumenta, el estándar de vida disminuye y las epidemias vuelven.

En un intento por cuantificar el efecto relativo que produce los cambios económicos y sociales y el que produce los programas de planificación familiar sobre la declinación de la fertilidad, se ha concluido que el 60% de éste tiene relación con los primeros y sólo el 40% con los programas. Cuando las dos acciones se conducen simultánea y planificadamente, tienen más que un efecto aditivo, un efecto sinérgico: "uno potencia al otro".

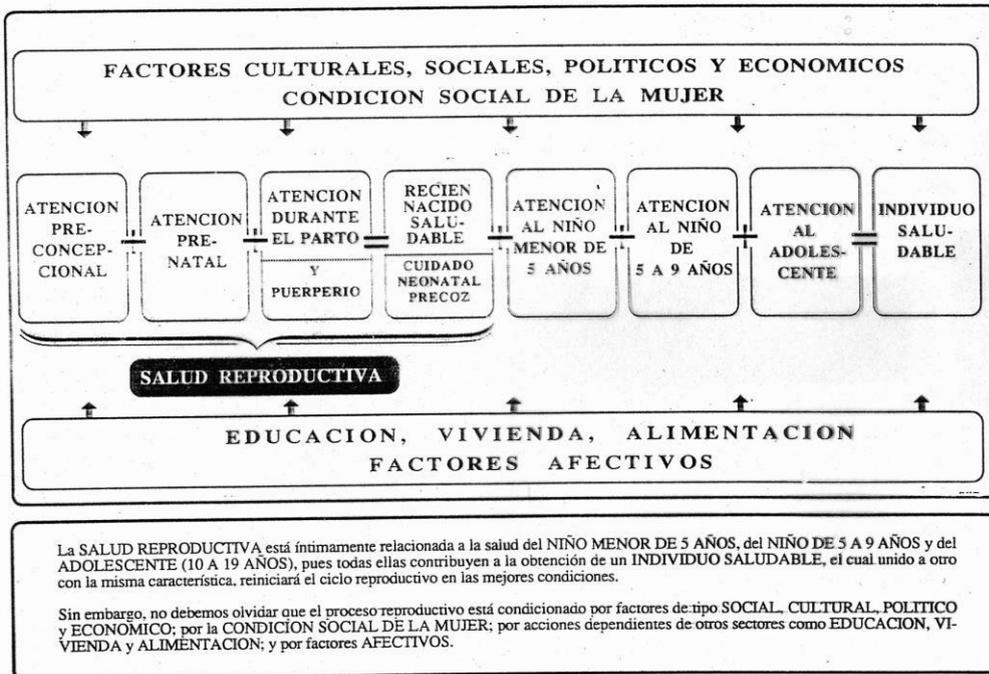
Se ha cuestionado que el sólo hecho de entregar anticonceptivos, se puede crear la costumbre de su uso sostenido. En muchos países, este hecho ha contribuido a que continúe el crecimiento acelerado de la población; porque, muchas usuarias discontinúan por desconfianza, mal uso por desconocimiento o falta de motivación; terminan teniendo más hijos de los que deseaban.

Además, cuando las condiciones económicas no mejoraban, la familia numerosa es vista como proveedora de economía y seguridad, sobre todo en áreas donde la mortalidad infantil sigue siendo alta. Tener muchos hijos es el mejor camino para asegurarse que, los que sobreviven, se convertirán en ayuda para el soporte familiar. Al contrario, en muchas sociedades, los cambios en las condiciones económicas han mejorado las oportunidades de las mujeres para educarse, alimentarse mejor, mantenerse saludables, competir en el mercado del trabajo en igualdad de condiciones; simultáneamente, han declinado los promedios de fertilidad.

La correlación positiva más constante que existe se observa entre la educación y las familias pequeñas. La exacta relación de esta asociación no es muy entendida; pero está perfectamente demostrado que la educación de una niña contribuye a mejorar sus habilidades para decidir, responsablemente, sobre su propia vida en la etapa adulta, mejorar su status social y aplazar la edad para tener descendencia. En muchos casos, el motivo para tener una familia corta aparece cuando se hacen factibles las oportunidades de bienestar y progreso. Parece definitivamente cierto que el desarrollo es el mejor anticonceptivo.

Es de esperar que los conceptos sobre los programas de planificación familiar cambien, para bien de todos, y que de un simple concepto de distribución de anticonceptivos, mejore la calidad de la atención y, fundamentalmente, la consejería, la investigación sobre los riesgos y beneficio de su uso y el estudio sobre las motivaciones para usarlos o dejarlos de usar.

Con la ayuda de concepto, universalmente aceptado, de la existencia de la pandemia del HIV y además de transmisión sexual, se ha priorizado la idea de trabajar a favor de la salud reproductiva, que debe constituir el modelo más eficaz para la solución integral de los problemas de salud de la población de un país; sobre todo, en el contexto económico del subdesarrollo



**CUADRO 3**

## BASE LEGAL

1. Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. ONU, 1966.
  2. Programa de acción de la conferencia internacional sobre población y desarrollo. Cairo,1994.
  3. Convención para prevenir, sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer. OEA, 1994.
  4. Constitución política del Perú, en 1993 reconoce que la política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsable.
  5. Ley de protección frente a la violencia familiar, aprobada por la ley No 26260 (el texto único ordenado de esta ley fue aprobado por Decreto Supremo No 006-97-US). 6)
  6. Ley de política nacional de población, aprobada por el Decreto Legislativo No 346 y modificada por la ley No 26530, señala como derechos de la persona humana:
    - A la vida
    - A formar su familia y al respeto de su intimidad
    - A la libre determinación del número de hijos
    - A la salud integral y el libre desarrollando de su personalidad
    - A igual ante la ley, sin discriminación alguna.
    - A la libre elección del método anticonceptivo de su preferencia y la información adecuada.
  7. Ley general de salud, aprobada por la ley No 26842, a la libre elección del método anticonceptivo de su preferencia y la información adecuada.
  8. Ley del Ministro de Salud, aprobado por la ley No 27657.
  9. Reglamento de la ley No 27657, aprobado por el Decreto Supremo No 013-2002-SA.
  10. Resolución Ministerial No 572-95-SA/ DM, que estableció la Gratuidad de la atención de Planificación familiar en los Establecimientos del Ministerio de Salud.
  11. Resolución Ministerial No 495-97-SA/ DM, que aprobó las guías nacionales de atención a la Salud Reproductiva.
  12. Resolución Ministerial No 440-98-SA/ DM, que aprobó las normas de calificación de médicos – Cirujanos para Anticoncepción Quirúrgica voluntaria.
  13. Resolución Ministerial No 103-99-SA/ DM, que aprobó el plan Nacional de Prevención de Cáncer Ginecológico 1998-2000.
  14. Resolución Ministerial No 399-2001-SA/ DM, que aprobó la implementación de Anticoncepción Oral de Emergencia en los Establecimientos del Ministerio de Salud.
-

15. Resolución Ministerial No 007-2003-SA, que designo la comisión de Alto Nivel para el informe científico Médico y Jurídico de la Anticoncepción Oral de Emergencia.
16. Resolución Ministerial No 729-2003-SA/ DM, que aprobó el documento: “ La Salud Integral Compromiso de todos – El Modelo de atención Integral de Salud (MAIS).
17. Resolución Ministerial No 219-2004 / MINSA, que aprobó la Norma Técnica No 009-DGSP / MINSA-V.01: Recalificación de los Puntos de Entrega de Servicio ( PES).
18. Resolución Ministerial No 668-2004 / MINSA, que aprobó las guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva.
19. Resolución Ministerial No 771-2004 / MINSA, que estableció la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
20. Resolución Ministerial No195-2005 / MINSA, que aprobó el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004-2006.
21. Resolución Ministerial No 002-DGSP- 98, que aprobó el Manual de Consejería en Planificación Familiar.

# ENFOQUE EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## A. Derechos ciudadanos de las personas usuarias de los servicios de 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 esta 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.

#### **9. Reclamo y resarcimiento**

- A recibir constancia por escrito, en caso de negarle el proveedor a entregarle el método solicitado, para poder realizar su reclamo.
- A recibir el resarcimiento por los daños que se pueda ocasionar por el ejercicio imprudente, negligente o imperito del personal de salud.

#### **B. Calidad óptima de los servicios:**

- ❖ Garantizar la decisión libre e informada y el acceso a los diferentes métodos anticonceptivos.
- ❖ Brindar información veraz, completa y oportuna sobre los métodos anticonceptivos
- ❖ Garantizar la competencia técnica y humana de las personas prestadoras de servicios.
- ❖ Fomentar relaciones interpersonales de cordialidad y mecanismos de medición de satisfacción de los usuarios, la observancia de los derechos ciudadanos y la participación ciudadana en la evaluación de la atención de los servicios

#### **C. Equidad de género**

La consideración del enfoque de género en la oferta de los servicios de planificación familiar, permite comprender como los aspectos socioculturales, institucionales y normativos se traducen en diferencias en la distribución del poder y en la toma de de decisiones en asuntos de la sexualidad y la reproducción, generando un trato desigual entre los hombres y mujeres en la oportunidad de los servicios y un trato diferencial dentro y fuera de los establecimientos de salud.

Comprende:

- Promover la equidad del ejercicio de los derechos entre hombres y mujeres considerando el mayor riesgo de enfermar y morir que tienen las mujeres por los factores propios de la reproducción.
- Contribuir a la puesta en práctica del enfoque de género por los servidores de salud para reducir las inequidades que existen en la toma de decisiones, la cual

debe ser informada y responsable para el ejercicio de los derechos de las mujeres y los varones en su salud sexual y reproductiva, prevención de prácticas sexuales de riesgo, prevención de violencia basada en género y abuso sexual.

- Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad producto de la inequidad existente y a mejorar la calidad de vida y la armonía entre mujeres y varones, dentro de las familias y comunidad.
- Incluir la participación y responsabilidad de los varones en las mujeres salud sexual y la salud reproductiva.
- Promover el desarrollo de información y servicios para varones.

#### **D. Prevención de la Violencia Familiar**

La violencia en la familia es una de las formas más insidiosas de violencia contra la mujer. La violencia contra las mujeres definida como todo acto de violencia basada en el género que tienen como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción, a la privación arbitraria de la libertad, en la vida pública o privada está asociada a riesgos en la Salud Reproductiva porque: Es causa de embarazos no deseados, incrementa el riesgo de aborto provocado, incrementa el riesgo de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH-SIDA, disminuye el poder de decisión de las mujeres mediante la privación de la libertad de cuando y como utilizar métodos anticonceptivos, aumentando el riesgo de embarazos no deseados.

Comprende:

- Sensibilizar a la población y a los proveedores en el problema de la violencia familiar basada en género.
- Realizar el tamizaje y diagnóstico de violencia familiar a todas las usuarias que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Contribuir al diagnóstico de violencia familiar entre las usuarias de los servicios de planificación familiar.
- Fomentar la atención integral de las víctimas de violencia tanto en el ámbito institucional como multisectorial. Incluyendo la prescripción de la OEA.

#### **E. Interculturalidad**

El reconocimiento y respeto de la existencia de diversidades socio culturales en el país implica el conocimiento, comprensión y acción de los trabajadores de salud conciliando sus conocimientos, actitudes y competencias con las características

culturales, étnicas, lingüísticas, educativas, religiosas, socioeconómicas, edad, identidad y orientación sexual y género, introduciendo adaptaciones en la atención. La sensibilización y capacitación del personal en relación a conocimientos, comprende:

- Conocimientos actitudes y prácticas de los/las usuarios/as.
- Adecuación cultural de los servicios.
- Trabajo con Agentes comunitarios de salud, trabajo de Pares.
- Atención domiciliaria.

## **F. Integralidad**

La integralidad es un cambio de concepción de como “mirar” a las personas para que los servicios que le sean entregados logren mejor impacto sobre su estado de salud asegurando su oportunidad y continuidad. Esta mirada” reconoce que la situación de salud de la persona es consecuencia de su carácter multidimensional y biopsicosocial: la persona tiene una carga biológica y psicológica que se desarrolla dentro de un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas del entorno familiar y de la comunidad. A su vez la familia está en constante interacción entre sus miembros y con el medio natural, cultural y social de su entorno comunitario. Por tanto una mirada integral implica reconocer las necesidades de salud de las personas y que su resolución requiere que las acciones de salud se amplíen hacia su entorno: familia y comunidad; todo esto transcurre a lo largo de la vida y cada etapa personal y familiar tiene sus propias necesidades y enfoques.

- La integralidad incluye la priorización de problemas específicos de salud por su alta prevalencia y/o externalización, que requieren se aborden por estrategias sistematizadas con enfoque de Salud Pública. En este caso la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

## ENFOQUE DE RIESGO EN EL PROCESO DE REPRODUCCIÓN

La prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares fundamentales para el buen desarrollo de la salud reproductiva. El principal instrumento para lograr este fin es el manejo del concepto de riesgo reproductivo el cual está basado en el enfoque de riesgo.

### ENFOQUE DE RIESGO

Es un método epidemiológico para la atención de las personas, familias y las comunidades, sustentado en el concepto de riesgo. Está basado en que no todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermar o morir, para unas es mayor que para otras.

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquéllos que más la requieran.

Es un enfoque no igualitario: discrimina a favor de quienes tienen mayor atención.



### RIESGO REPRODUCTIVO

#### ¿Qué significa el término *riesgo*?

En términos generales, es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.). El enfoque de riesgo reproductivo implica la existencia de una cadena o secuencia causal. Su enfoque se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o a otros servicios. Riesgo es la probabilidad de que un hecho ocurra



### ¿Qué es riesgo reproductivo?

Se define como la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de producción, que afectará principalmente a la madre, al feto o al recién nacido.

### ¿Qué es un factor de riesgo?

Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido.

La vulnerabilidad al daño reproductivo se debe a la presencia de ciertas características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales sociales y culturales, económicas o políticas que interactúan entre sí.

Un factor de riesgo es un eslabón de una cadena de asociaciones que da lugar a una enfermedad, la cual puede llevar a la muerte o dejar secuelas que comprometan la calidad de vida en el futuro. Esta característica permite actuar en cualquiera de los eslabones para interrumpir la secuencia de acontecimientos.



## **CLASIFICACIÓN:**

El enfoque de riesgo reproductivo unifica estos tres conceptos ofreciendo un panorama más coherente e integrador

**RIESGO REPRODUCTIVO =riesgo preconcepcional + riesgo obstétrico + riesgo perinatal**

### **RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL:**

Se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los períodos no gestacionales. El objetivo del concepto es clasificar a la mujer en edad fértil no gestante de acuerdo al riesgo que en un futuro embarazo produciría en la salud de ella, el feto o el recién nacido.

Las mujeres de alto riesgo preconcepcional, posiblemente presentarán alto riesgo obstétrico. Por esta razón es imperativo actuar en el período preconcepcional con la finalidad de identificar a las mujeres de alto riesgo para brindarles una atención de mayor complejidad.

Los factores de riesgo reproductivo preconcepcional son muchos: analfabetismo, pobreza, malnutrición, vivir en zonas urbano marginales o rurales con servicios de salud insuficientes que varían en los regiones o países. Sin embargo existen algunos factores que son universales independientemente de la condición social o del área geográfica y son cuatro:

- **EDAD:**

Cuando la edad de la gestante es menor de 15 años o mayor de 35 años.

- **PARIDAD:**

El riesgo es mayor en la primera gestación o después de la quinta.

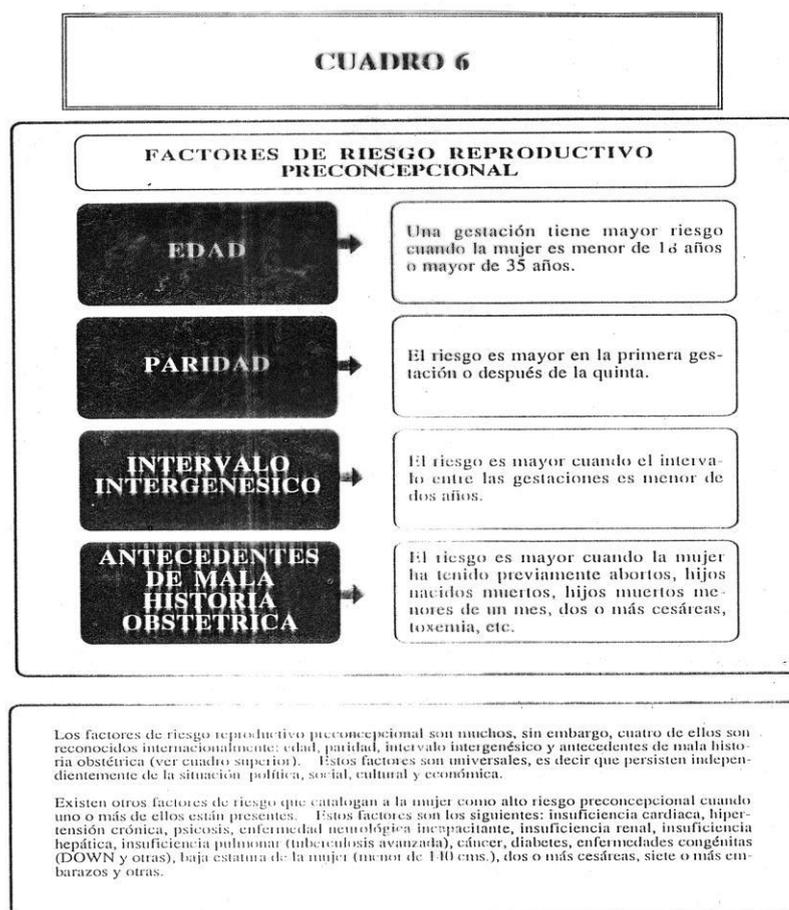
- **INTERVALO INTERGENESICO**

El riesgo es mayor cuando el intervalo entre las gestaciones es menor de dos años.

- **ANTECEDENTES DE MALA HISTORIA OBSTÉTRICA:**

El riesgo es mayor cuando la mujer ha tenido previamente abortos, hijos nacidos muertos, cesáreas anteriores u otra complicación en el embarazo, parto o puerperio. (Ver cuadro N° 6)

Es importante resaltar que el riesgo indica solamente una probabilidad. El sector salud debe actuar antes de la concepción tratando de eliminar modificar o cuando menos controlar las factores de riesgo preconcepcional, significa realizar prevención primaria la cual potencialmente evita la morbimortalidad materno infantil al prevenir un embarazo de alto riesgo. No es aceptable desde ningún punto de vista esperar la gestación para recién actuar.



### **RIESGO REPRODUCTIVO CONCEPCIONAL U OBSTÉTRICO**

Se aplica durante el embarazo, tanto en el período prenatal como en el parto. El concepto de riesgo obstétrico y riesgo perinatal se superpone desde la vigésimo octava semana de gestación hasta el parto.

Los factores en esta etapa son prácticamente los mismos que fueron descritos en la etapa preconcepcional. Existen otros factores que están directamente relacionados con la gestación.( Ver cuadro N° 7).

## Factores de riesgo durante el embarazo:

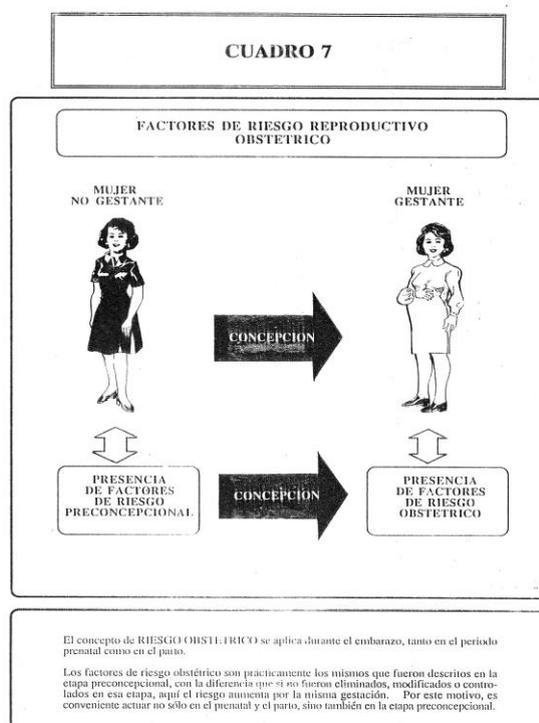
Los principales factores de riesgo en el embarazo son los siguientes:

Anemia, diabetes, infecciones, insuficiente o excesivo aumento de peso, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA, enfermedad hipertensiva del embarazo, embarazo múltiple, hemorragias del tercer trimestre, exposición a radiaciones, riesgos ocupacionales, abuso de alcohol, droga y tabaco.

## Factores de riesgo durante el parto:

Los principales factores de riesgo en el embarazo son los siguientes:

- Hemorragias por desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, rotura uterina o laceración del canal del parto.
- Infecciones por higiene inadecuada. Ruptura prematura de membranas o retención de fragmentos.
- Parto obstruido por alteraciones de la presentación, desproporción céfalo-pélvica o alteración de la dinámica uterina.
- Pre-eclampsia, eclampsia.



El riesgo reproductivo obstétrico es usado desde hace muchos años, su utilización permite disminuir pero no evitar la morbimortalidad maternoinfantil, pues es instrumento de prevención secundaria

### **RIESGO REPRODUCTIVO PERINATAL:**

Abarca desde la vigésimo octava semana de gestación hasta la primera semana de vida del recién nacido, comprendiendo el período fetal tardío y el período neonatal precoz.

Este concepto es más evolucionado que el riesgo obstétrico pues es un instrumento de predicción que además de considerar los riesgos maternos incluye los riesgos para el feto o recién nacido.

Los factores en esta etapa son prácticamente los mismos que fueron descritos en la etapa concepcional. Además de los siguientes:( ver cuadro N° 13)

### **Factores de riesgo durante el puerperio:**

Los principales factores de riesgo durante el puerperio son los siguientes:

- Hemorragias por atonía uterina.
- Infecciones

### **Factores de riesgo para el recién nacido:**

- Prematuridad / Bajo peso al nacer
- Infecciones (Tétanos, diarrea, neumonía, septicemia)
- Traumatismo durante el nacimiento

Para mejorar la salud del recién nacido no es necesario una tecnología moderna y cara así como personal altamente capacitado, en los países en vías de desarrollo es indispensable contar con un equipo de reanimación, calefacción suficiente, lámparas para el tratamiento de la ictericia y la reorganización de los servicios de maternidad para permitir el alojamiento conjunto, es decir favorecer la relación afectiva madre-hijo, la lactancia materna y otros beneficios.

**CUADRO 13**



## **ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN LA ETAPA PRECONCEPCIONAL**

Las acciones de salud reproductiva son principalmente intervenciones de salud pública. Es decir, son acciones dirigidas a resolver un problema frecuente y prioritario de la población, son factibles de realizarse con los recursos existentes, producen gran impacto en favor de la salud y tienen el mejor costo-beneficio posible.

Por lo tanto, se trata de acciones dirigidas principalmente a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, sin embargo, no descuidan el tratamiento y la rehabilitación.

Si bien es cierto que las acciones de salud reproductiva están dirigidas tanto al hombre como a la mujer, generalmente se enfatizan aquellas dirigidas a ésta últimas. Este hecho se explica porque la fecundación, el embarazo y el parto, suceden en el cuerpo de la mujer y es ella, el feto o el recién nacido quienes sufrirán las consecuencias de cualquier complicación en el proceso, inclusive la muerte. Asimismo las secuelas de la mayoría de enfermedades de transmisión sexual son más graves en las mujeres; ellas usan tres veces más anticonceptivos que los hombres; los métodos que usan tienen en general más riesgos potenciales que los que usan los hombres; los estudios de infertilidad son más complicados en ellas. Las mujeres tienen también una participación más activa en la crianza de los hijos siendo un papel muy importante no sólo para la sobrevivencia de los mismos, sino en su crecimiento y desarrollo. Por estas y otras razones, los salubristas enfatizan las acciones de salud reproductiva en la mujer.

Las acciones de salud reproductiva unen una serie de especialidades médicas, como la ginecología, la obstetricia, la perinatología, la neonatología y la pediatría, alrededor del proceso de reproducción. Asimismo, necesitan de una participación multidisciplinaria: salud pública, enfermería, psicología, sociología y medicina, entre otras.

Las acciones de salud reproductiva están unidas al concepto de “atención integral de salud”, pues se trata de un conjunto de intervenciones de salud que se ofertan como un todo, como un “paquete”, de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos; sin perjuicio que cada país, departamento o estado pueda priorizar algunas de estas intervenciones de acuerdo a su situación de salud y sus necesidades.

## 1. Acciones de salud reproductiva dirigidas a la mujer

Las acciones de salud dirigidas a la mujer en las últimas décadas, generalmente se han centrado en la mujer gestante. No obstante, la mujer tiene derecho a la salud no solamente cuando va a ser madre. Como se ha descrito anteriormente, las acciones de salud antes de la gestación son imprescindibles para lograr la salud reproductiva. Este enfoque implica una concepción integral de la mujer, sea ésta gestante o no gestante. La salud reproductiva plantea, entonces, una “Atención Integral de Salud a la Mujer”. Esta atención se podría dividir para fines prácticos en:

### 1.1 Atención integral de salud a la mujer en edad fértil no gestante

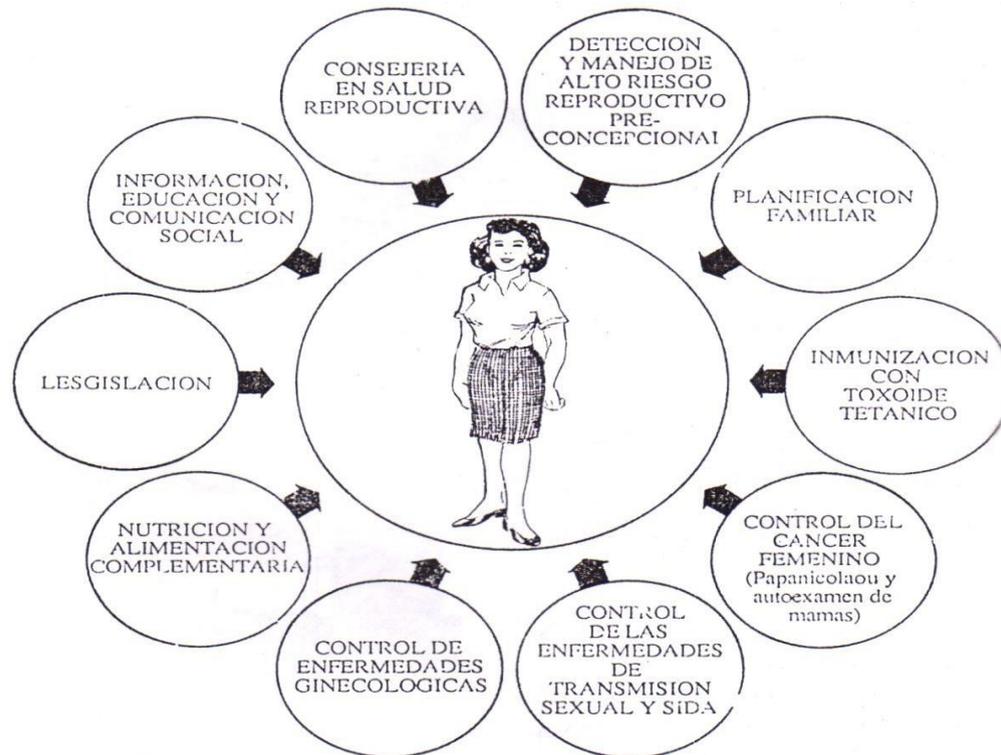
El “paquete” de acciones dirigidas a la mujer no gestante puede incluir, entre otras, las siguientes:

- Consejería en salud reproductiva.
- Detección y manejo del alto riesgo reproductivo preconcepcional.
- Planificación familiar, incluyendo la regulación de la fecundidad, a través de la tecnología anticonceptiva y el manejo de la infertilidad.
- Inmunización con toxoide tetánico.
- Detección y tratamiento precoz del cáncer femenino: cérvico-uterino y de mama.

Aunque esta acción no está directamente relacionada con el proceso reproductivo, es conveniente incluirla para cumplir los postulados de la atención integral. Así, la prueba de Papanicolaou puede realizarse antes de la inserción de un dispositivo intrauterino o durante un examen ginecológico de rutina.

- Control de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA.
- Detección y tratamiento de enfermedades ginecológicas.
- Nutrición y alimentación complementaria.





## 1.2. Acciones de salud reproductiva dirigidas al hombre

Las acciones dirigidas al hombre son principalmente en el campo de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Entre otras, podemos considerar las siguientes:

- Consejería en salud reproductiva.
- Planificación familiar.
- Control de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA.
- Vacunas
- Control de enfermedades de la próstata



## ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD EN LA ETAPA CONCEPCIONAL

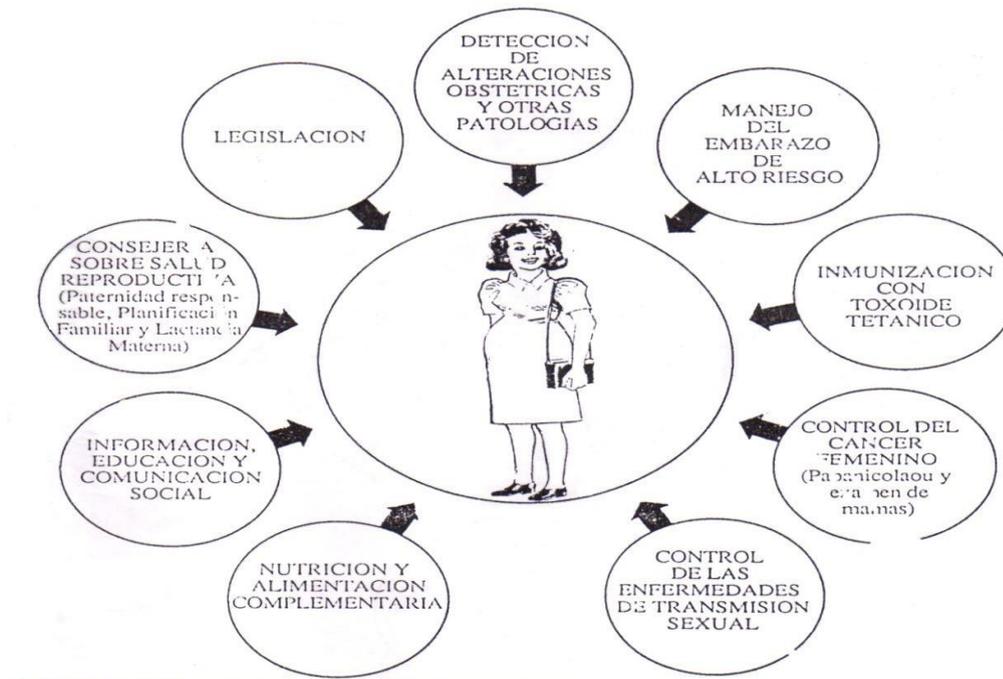
### 2. Atención integral de salud a la mujer gestante

La atención a la mujer gestante comprende el control prenatal, parto, puerperio y la atención del recién nacido

#### 2.1 Atención durante el periodo prenatal

- Evaluación periódica del embarazo para la detección oportuna de patologías obstétricas y otras; así como para la evaluación del adecuado crecimiento del feto.
- Detección y manejo del alto riesgo obstétrico y perinatal.
- Inmunización con toxoide tetánico a la gestante.
- Detección del cáncer cèrvico-uterino y de mama: prueba de Papanicolaou y examen de mamas. El control prenatal es una buena oportunidad para realizar estos exámenes.
- Control de las enfermedades de transmisión sexual y SIDA.
- Nutrición y alimentación complementaria.
- Consejería sobre salud reproductiva, con énfasis en planificación familiar, paternidad responsable y lactancia materna

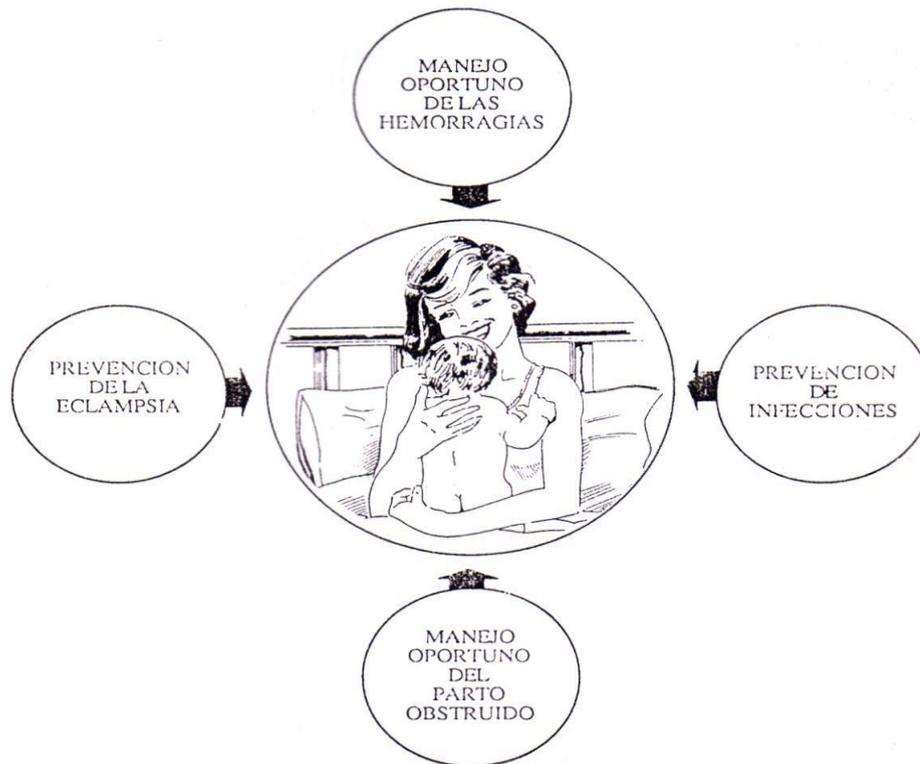




## 2.2 Atención del parto

- Manejo oportuno de las hemorragias.
- Prevención de infecciones.
- Manejo oportuno del parto obstruido (cesárea disponible).
- Prevención de la eclampsia.





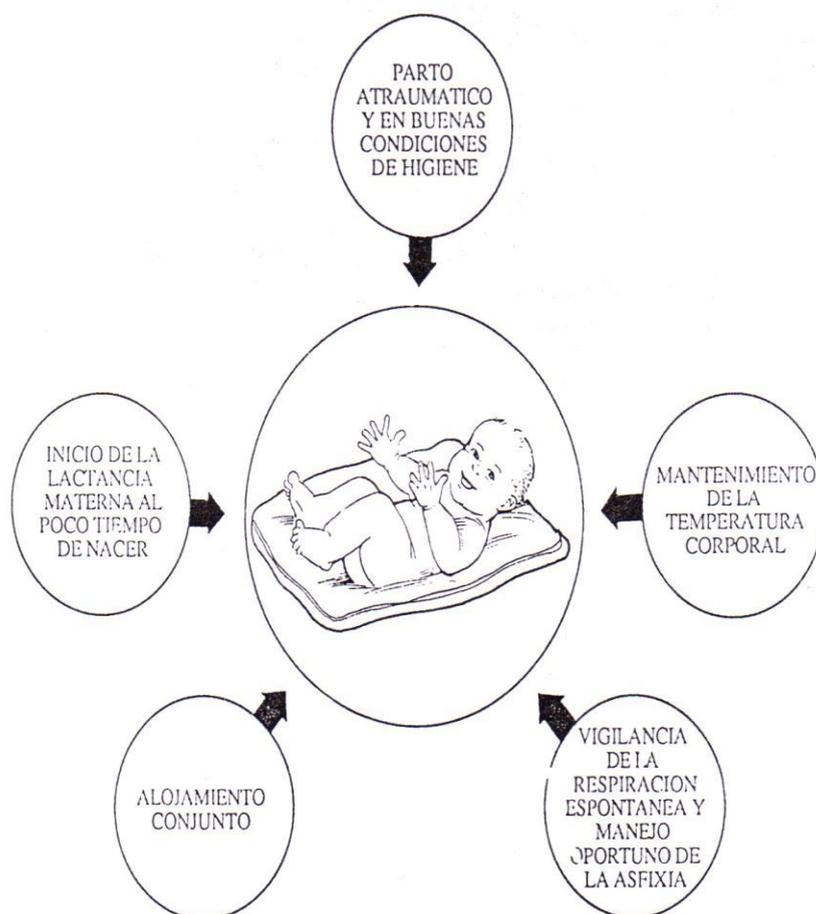
### 2.3 Atención del puerperio

- Prevención y tratamiento de la patología. Se debe poner especial énfasis en la prevención de las infecciones y las hemorragias.
- Estimulo y fomento de la lactancia materna.
- Consejería sobre planificación familiar y oferta de servicios para regular la fecundidad en el establecimiento de salud (DIU post-parto y otros métodos recomendados durante la lactancia materna).

### 2.4 Acciones de salud reproductiva dirigidas al recién nacido

- Garantía de un parto a traumático y en buenas condiciones de higiene.
- Mantenimiento de la temperatura corporal.
- Vigilancia de la respiración espontanea y manejo oportuna de la asfixia

- Alojamiento conjunto.
- Inicio de la lactancia materna



## CLIMATERIO FEMENINO

El **Climaterio** es un periodo de transición que se prolonga durante años, antes y Después de la menopausia, como consecuencia del agotamiento ovárico, asociado a una disminución en la producción de estrógenos<sup>1</sup> y que pierde con los años la capacidad para producir hormonas, folículos y ovocitos. En la mujer, se suele confundir con menopausia, que es la última menstruación



### Cuadro clínico

El climaterio es una etapa, por lo general en la vida adulta de la mujer, caracterizada por la aparición de signos y síntomas asociados a una disminución en la producción de estrógenos. Es un período de involución acompañado de una serie de manifestaciones físicas y emocionales relacionados con cambios biológicos y sociales.

**Vasomotores** Los signos y síntomas del climaterio comienzan durante una ventana de tiempo variable llamada *pre-menopausia*, consecuencia del inicio de fluctuaciones en las concentraciones estrogénicas. Las más notables se relacionan con el ciclo menstrual:

- Periodos menstruales irregulares
- Trastornos en la termorregulación y vasodilatación
- Bochornos o encendido molesto del rostro
- Calores
- Sudoración nocturna
- Síntomas menos frecuente
- Debilidad
- Fatiga
- Desmayo
- Vértigo.

**Metabólicos** Algunos de los cambios que comienzan en el climaterio afectan el metabolismo y cuidados fisiológicos que se manifiestan, entre otro:

- Sequedad vaginal
- Problemas urinarios;
- Incontinencia y urgencia urinaria

- Poliuria
- Infecciones urinarias: cistitis.
- Mastitis
- Osteoporosis
- Enfermedades cardiovasculares no relacionados con la edad
- Aterosclerosis
- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Cáncer de mama y de endometrio
- Insomnio.

**Psicológicos** Algunas mujeres experimentan un cambio en irritabilidad y una declinación en la intensidad emocional sin que, por lo general, se vea afectado la satisfacción personal que afectan, en diversos grados las relaciones familiares e interpersonales de la mujer. Se pueden ver cambios en la vida sexual, como disminución de la libido, dispareunia y anorgasmia.

### **Patologías**

La osteoporosis es un trastorno de deterioro de los huesos, por una pérdida excesiva del tejido óseo. Esta pérdida de masa ósea aumenta la susceptibilidad a las fracturas y microfracturas.

Es un problema de Salud Pública mayor debido a que las fracturas y microfracturas, asociadas a ella-caderas, columna vertebral y muñecas- imponen severas restricciones a la calidad de vida (y en el caso de fracturas a las caderas, aumento del riesgo de mortalidad).

Algunos expertos aseguran que existe el climaterio masculino o Andropausia, pero resulta mucho más difícil establecer su comienzo y sus síntomas. Por otro lado, algunos varones parecen no alcanzarlo jamás o cuando lo hacen se trata de personas muy ancianas. La fertilidad en un varón puede no perderse nunca.

### **MENOPAUSIA**

La **menopausia** (del griego *mens*, que significa "mensualmente", y *pausi*, que significa "cese") se define como el cese permanente de la menstruación y tiene correlaciones fisiológicas, con la declinación de la secreción de estrógenos por pérdida de la función folicular. Es un paso dentro de un proceso lento y largo de envejecimiento reproductivo.

Para la mayoría de las mujeres este proceso comienza silenciosamente alrededor de los cuarenta y cinco años, cuando el ciclo (o período menstrual) empieza a ser menos

regular. La disminución en los niveles de las hormonas estrógeno y progesterona causa cambios en su menstruación.

Estas hormonas son importantes para mantener en buen estado de salud a la vagina y al útero, lo mismo que para los ciclos menstruales normales y para un embarazo exitoso. El estrógeno también ayuda a la buena salud de los huesos y a que las mujeres mantengan un buen nivel de colesterol en la sangre.

Algunos tipos de cirugía o el uso de medicamentos anticonceptivos pueden producir la menopausia. Por ejemplo, el extirpar el útero (histerectomía) provoca el cese de la menstruación.

Cuando se extirpan ambos ovarios (ooforectomía), los síntomas de la menopausia empiezan de inmediato, sin importar la edad

### Síntomas

- Algunos de los síntomas más comunes son similares a los del embarazo, e incluyen sofocos (también llamados bochornos), sudores, palpitaciones, vértigos, mareos y dolores de cabeza.
- **Cambios emocionales** - Según las investigaciones 2007-3 de la Universidad de New Hampshire, en los Estados Unidos, es necesario contar con el apoyo familiar durante la menopausia, ya que es frecuente que las mujeres enfrenten, en esos momentos, altas y bajas emocionales. Son comunes la irritación y las ganas de llorar sin razón aparente, y ejercicio con moderación por lo general ayuda. Sin embargo, si los síntomas son parte de una depresión persistente, lo más recomendable será consultar a un profesional de la salud mental: un(a) psicólogo(a), un(a) psicoanalista, un(a) psiquiatra o, en fin, cualquier tipo de terapeuta, sea tradicional o alternativa, que tenga tanto la preparación profesional necesaria como la empatía y la sensibilidad suficientes para prestar apoyo emocional a la mujer.



## CLIMATERIO MASCULINO

### Definición

La andropausia es un nuevo concepto establecido por muchas especialidades y cuya definición no está universalmente aceptada y se refiere a la disminución progresiva de la producción de andrógenos en el hombre, asociada a la senectud.

El término andropausia es biológicamente incorrecto y clínicamente inapropiado, sin embargo se utiliza para describir los cambios físicos y emocionales que se presentan secundariamente en el hombre de edad avanzada, asociados a las alteraciones hormonales<sup>2</sup>.

El síndrome se caracteriza por alteraciones en los dominios físico e intelectual y los cuales pueden ser corregidos con la manipulación de los niveles circulantes de andrógenos.

El proceso de declinación hormonal no es igual en todos los hombres, a diferencia de lo que ocurre en la mujer en donde la menopausia se presenta con cierta similitud y universalmente para el sexo femenino, como una manifestación secundaria a la falla ovárica



**BIBLIOGRAFIA:**

*MINISTERIO DE SALUD Normas técnico del programa de planificación familiar. Perú. 2005*

**CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN**

1. ¿Qué es promoción de la salud?
2. ¿Cuáles son las funciones de la salud pública?
3. ¿Cómo se clasifica los niveles de atención en nuestro país?
4. ¿Qué beneficios tiene la participación comunitaria en salud?
5. ¿Cómo se define la atención primaría de salud?

# **SEGUNDO CAPITULO**

---

## **Programas Preventivo Promocionales de Salud Reproductiva**

## Consejería

La consejería es un proceso por el cual una persona con problemas (el consultante) es ayudado a sentirse y conducirse de un modo más satisfactorio a través de la interacción una persona no inmiscuida (el consejero).

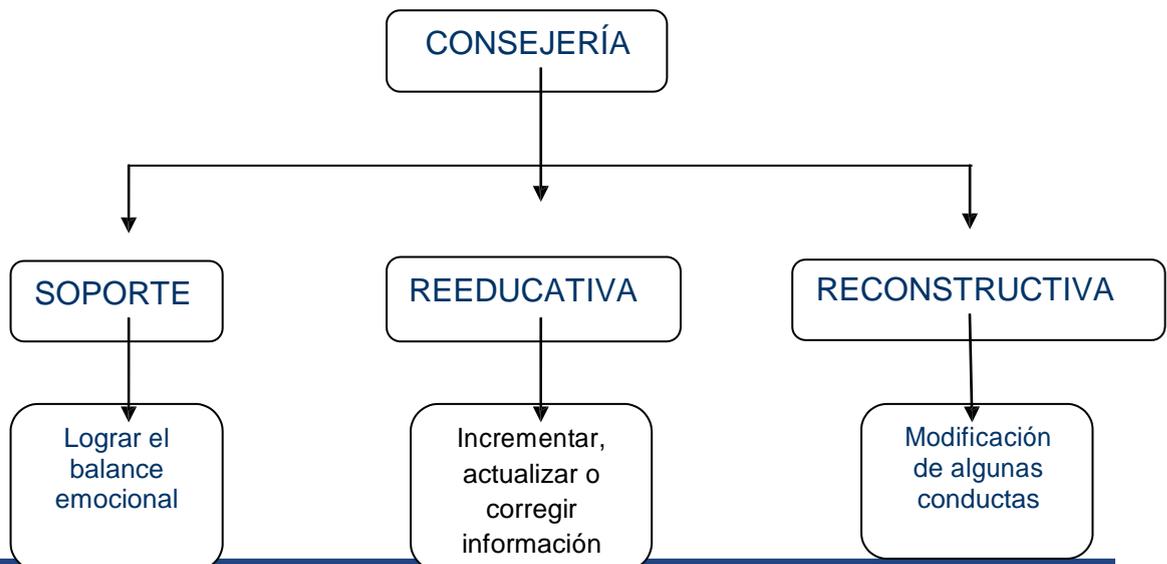


### Rol del consejero

Estimular al usuario a sentirse mejor consigo mismo y desenvolverse más efectivamente.

Que no es la consejería	Que es la consejería
<ul style="list-style-type: none"><li>•No es solamente dar información.</li><li>•No es dar consejos y sugerencias.</li><li>•No es influir en los demás.</li><li>•No es solo realizar entrevistas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Busca por medio de entrevistas un cambio en la conducta del consultante.</li><li>•Crea las condiciones para la toma de decisiones.</li><li>•Se da dentro de un lugar, horario , tiempo.</li><li>•Implica siempre una actitud de escucha en un ambiente privado y confidencial</li></ul>

### Tipos de consejería



## Comunicación en el proceso de consejería



### Comunicación Verbal

El consejero:

- Identifica con precisión el problema – dificultad del consultante y los expresa con claridad.
- Identifica los sentimientos del consultante.
- Personaliza la información que va recibiendo y orienta al consultante
- Identifica las preguntas, frases o comentarios que facilitan que él o ella se exprese.
- Usa las diversas técnicas de consejería para ayudar al consultante.

### Comunicación no verbal

- Tono de voz suave y firme
- Expresión facial y amigable.
- Postura acogedora.
- Contacto visual sostenido.
- Gestos amables.
- Distancias apropiadas.

### Técnicas en la consejería

- **Preguntar:** Obtener información relevante y ayudar al consultante a centrarse en el tema.
- **sclarecer:** Plantear lo que se ha comprometido, buscando la confirmación o corrección de parte del consultante.
- **Reflejar :** Hacer notar que el consejero escucha el problema y reconoce los sentimientos de las persona.
- **Comprender :** Dar soporte emocional al consultante.

- **Resumir** : Integrar todos los aspectos revisados en la consulta.

### Consejería en Salud Reproductiva

Es un proceso ordenado sistematizado con una comunicación bidireccional privado y personal identificando las necesidades para responderlas, aclarando dudas y temores y lograr que el usuario pueda tomar decisiones con respecto a su salud reproductiva.

### La Relación Consejero-Consultante

#### El Consejero:

El consultante busca ayuda en salud sexual y reproductiva plantea al consejero varias dificultades, pues entra en su intimidad.

Pone al consejero en contacto con su propia sexualidad.

#### El Consultante:

El(a) consultante atraviesa por un periodo de cambio y consolidación de sí misma. Tiene poca disponibilidad a compartir su problema por lo que es más difícil para el consejero establecer un clima cálido y empático.

Si se siente respetado y se trabaja con sus propias inquietudes, se mostrará colaboradora.

### Principios de la consejería

- Privacidad
- Confidencialidad
- Imparcialidad
- Veracidad
- Voluntariedad

### Modelos de consejería

- ACCEDA
- CINCO PASOS

### Modelo de los cinco pasos

#### 1. Establecer una relación cordial

Lograr establecer un ambiente adecuado que facilite una comunicación bidireccional y por lo tanto el desarrollo de la consejería.

Saludar

Presentarse

Indagar el motivo de la consulta

Sea respetuoso y cordial durante toda la consulta

Asegúrele privacidad y confidencialidad

## 2. Determinar las necesidades

Lograr una visión amplia de la persona para determinar las alternativas constituye un “diagnostico” de las características de cada usuaria o pareja

Determinar:

**Datos personales:** Edad, dirección, grado de instrucción, religión, FUP FUR, PAP, ITS, vacunas.

**Relación con su pareja:** Como es su relación, frecuencia de relaciones sexuales, número de parejas, está de acuerdo con el uso de MAC, violencia familiar.

**Intenciones Reproductivas:** No. De hijos, cuantos desea tener, edad del último hijo, espaciamiento de sus hijos.

**Experiencia de uso de MAC :** MAC actual , efectos colaterales , abandono falla , desea usar MAC

## 3. Responder a las necesidades

Ofrecer los elementos que permiten satisfacer las necesidades, dar respuesta a las necesidades de la usuaria, en el sentido en que el consejero(a) deben proporcionar la información necesaria según sea el caso y en el momento en el que la usuaria precise preguntar y aclarar sus dudas

Los pasos son:

3A Complementar la información sobre salud reproductiva. No recargue la información.

3B Deje que el usuario elija lo que le conviene .Responda a sus inquietudes.

3C Verifique que no presente contraindicaciones para el uso de tratamientos o anticonceptivos. Use folletos. Si presentara darle otras alternativas.

3D Instrúyale con detalle sobre la forma adecuada de uso, efectos secundarios y signos de alarma.

## 4. Verificar la Comprensión

Comprobar si la mujer y su pareja han comprendido la información proporcionada lo que permite:

Asegurar el uso correcto del tratamiento o método para lograr su continuidad y además que podrá ser frente a determinadas situaciones Preguntar sobre el uso correcto del tratamiento o MAC, signos de alarma y efectos secundario

#### 5. Mantener una relación cordial

Desarrollar mecanismos para el seguimiento y garantizar la continuidad.

Establecer una cita

Entregar una tarjeta

Invitarla a que acuda al establecimiento en el momento que crea conveniente acudir.

### Tipos de consejería en salud reproductiva

- ❖ Consejería General
- ❖ Consejería Especifica
- ❖ Consejería de Seguimiento

### Consejería General

Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4	Paso 5
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Saludo</li> <li>•Presentación</li> <li>•Asegúrele confidencialidad</li> <li>•Motivo de la consulta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Identificar problemas</li> <li><input type="checkbox"/> Continuada (HCL)</li> <li><input type="checkbox"/> Nueva(HCL)</li> <li><input type="checkbox"/> Cambios de MAC</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Complemente su información</li> <li><input type="checkbox"/> Elección</li> <li><input type="checkbox"/> Verificar contraindicaciones</li> <li><input type="checkbox"/> Información completa</li> </ul>	Verificación de La comprensión	Seguimiento y cita

## Consejería Específica

Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4	Paso 5
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Saludo</li> <li>•Presentación</li> <li>•Asegúrele confidencialidad</li> <li>•Motivo de la consulta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Identificar problemas</li> <li><input type="checkbox"/> Continuada (HCL)</li> <li><input type="checkbox"/> Nueva(HCL)</li> <li><input type="checkbox"/> Cambios de MAC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Verificar</b> <b>contraindicaciones</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Información completa</b></li> </ul>	Verificación de la comprensión	Seguimiento y cita

## Consejería de Seguimiento

Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4	Paso 5
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Saludo</li> <li>•Presentación</li> <li>•Asegúrele confidencialidad</li> <li>•Motivo de la consulta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Identificar problemas</li> <li><input type="checkbox"/> Continuada (HCL)</li> <li><input type="checkbox"/> Nueva(HCL)</li> <li><input type="checkbox"/> Cambios de MAC</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Verificar</b> <b>contraindicaciones</b></li> <li><input type="checkbox"/> Signos de alarma</li> </ul>	Verificación de la comprensión	Seguimiento y cita

## Temas en consejería en salud reproductiva

- ❖ Planificación familiar
- ❖ Infecciones de transmisión sexual
- ❖ Violencia familiar
- ❖ Materno perinatal (embarazo, parto, puerperio), etc..
- ❖ Cáncer ginecológico

# INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

## FACTORES QUE INFLUENCIAN LA TRANSMISIÓN DE LAS ITS Y EL VIH

Las ITS y el VIH son enfermedades infecciosas cuya transmisión depende principalmente del comportamiento de los individuos y su entorno.

Para que se produzca la transmisión de una ITS, una serie de factores sociales, de comportamiento y biológicos tienen que concurrir.

### a. Factores sociales que influyen en la transmisión:

- **Fracaso en el cumplimiento en la adopción de medidas de “sexo seguro”** ,  
Como el tener una sola pareja sexual y ser mutuamente fieles, o el uso de condón. Hay muchas razones por las que la gente no tiene sexo seguro entre ellas:
  - Se desconoce que es “sexo seguro”
  - Presiones sociales que empujan a los/las adolescentes a iniciar tempranamente las relaciones sexuales.
  - Roles sociales que fomentan los patrones de infidelidad (especialmente en varones).
  - No se tiene acceso a condones
  - No les gusta usar condones
  - Razones culturales o religiosas impiden que las personas sexualmente activas usen condones
  
- **Retraso en la búsqueda de servicios de salud cuando se tiene una ITS:**  
algunas razones por las que no se realizan diagnósticos ni se dan tratamientos tempranos se mencionan a continuación:
  - Muchas personas no saben cuáles son los síntomas de las ITS
  - Muchas ITS no tienen síntomas (especialmente en mujeres) y los pacientes pueden tenerlas sin saberlo.
  - Los servicios de salud no son adecuados o no están al alcance del paciente.
  - Los servicios de salud no tienen los medicamentos adecuados.
  - Muchas personas prefieren acudir a proveedores alternativos (curanderos etc).
  - Hay un estigma asociado a tener una ITS lo que retrasa el acudir a un servicio de salud o al médico.

- **La costumbre de no completar el tratamiento:** un tratamiento es efectivo solo si se toma la dosis completa. Sin embargo mucha gente recibe tratamientos parciales por costos o creencias (basta sentirse mejor para parar el tratamiento).
- **No se brinda la oportunidad de tratamiento a la(s) pareja(s) sexual(es),** por temor a informarles de lo que se trata, o por desconocimiento de la necesidad e importancia del tratamiento de la pareja.

#### **b. Factores de comportamiento de los individuos o factores de “riesgo”:**

La forma principal de transmisión de las ITS son las relaciones sexuales hay una serie de factores que incrementan el riesgo de infección:

- Tener una nueva pareja sexual.
- Tener más de una pareja sexual.
- Tener una pareja que tiene otras parejas sexuales.
- Tener relaciones sexuales con parejas “casuales” (amigos/as, “vacilones etc).
- Tener relaciones sexuales con trabajadoras sexuales o con clientes de trabajadoras sexuales.
- El uso de drogas o alcohol.
- Continuar teniendo relaciones sexuales estando con síntomas de una ITS
- No usar condón en aquellas situaciones de riesgo exponiendo a la(s) pareja(s) a un riesgo alto de infección.
- Si se tiene una ITS, no informar a la pareja(s) sexual(es) que necesita(n) tratamiento.

#### **c. Factores Biológicos que influyen la transmisión:**

- **La edad:** las mujeres jóvenes son especialmente susceptibles de adquirir ITS por características de la vagina y cérvix que aún no han desarrollado completamente los mecanismos de defensa como el pH ácido, moco cervical espeso o menor grado de ectopia y exposición del epitelio.

- **Muchas Infecciones de Transmisión Sexual pueden ser asintomáticas.** Las personas con ITS que no presentan síntomas pueden diseminar la enfermedad sin incluso saber que ellos(as) lo tienen.
- **Características de los agentes biológicos:** Existe resistencia de algunas bacterias a los antibióticos. Este problema requiere cambios en las opciones y uso de drogas cada vez más caras para lograr el control de las enfermedades. Para las ITS virales como el VIH, el VPH y el herpes no hay tratamiento efectivo, esto condiciona que las personas infectadas con estos virus puedan seguir contagiando durante toda su vida si tienen relaciones sexuales sin protección.
- **Diferencias por sexo:** En general el riesgo de infección de un varón con ITS a una mujer sana es mayor que el de una mujer con ITS a un varón sano durante las relaciones sexuales penetrativas.

Las mujeres tienen una mayor superficie de exposición con respecto a los varones. En el caso de la Gonorrea, el 80% de las mujeres se contagiarán después del contacto sexual con un hombre infectado, mientras que el 30% de los varones contraerá la infección luego de tener contacto con una mujer infectada. Otros factores que influyen son la circuncisión masculina y el uso de anticonceptivos.

## **ENFOQUES DE MANEJO DEL PACIENTE CON ITS**

Las ITS pueden abordarse a través de diferentes enfoques o manejos:

### **1. El Manejo Etiológico**

El diagnóstico se basa en el hallazgo del agente causal o la confirmación de su presencia a través de pruebas serológicas, microbiológicas y otras de apoyo diagnóstico.

Durante mucho tiempo fue señalado como la manera más adecuada de ofrecer servicio médico a los pacientes con ITS, debiendo contar para tal fin con el apoyo de un laboratorio que permita realizar exámenes diagnósticos precisos, lo que conlleva varias desventajas.

#### **Desventajas del Manejo Etiológico**

- Los laboratorios capaces de realizar las pruebas necesarias requieren de equipos sofisticados, insumos costosos y personal altamente capacitado, que no están disponibles en nuestro medio.

- Los lugares del primer encuentro con el sistema de salud (Puestos y Centros de Salud) no disponen de laboratorios adecuados.
- Y aún si se dispusieran de laboratorios con posibilidad de efectuar las pruebas solicitadas, la mayoría de las veces los resultados no son inmediatos y son caros.
- Este tipo de manejo ha ocasionado que los pacientes no puedan ser tratados en la primera consulta, necesitando varias visitas de seguimiento para completar un tratamiento adecuado. Si añadimos la escasa aceptación de los pacientes por los servicios de salud y el difícil acceso a los mismos, la posibilidad de un control posterior es mínima y los costos resultantes del seguimiento pueden resultar elevados.

## 2. **El Manejo Clínico**

Otro manejo que se usa comúnmente es el manejo clínico. Está basado en la experiencia del examinador y en la elaboración del diagnóstico en base a la historia natural de una ITS.

Muchos médicos consideraban que el examen clínico practicado a sus pacientes era suficiente para obtener un diagnóstico certero.

Sin embargo la experiencia ha demostrado que la sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico para las ITS es pobre. Esto es debido especialmente a la diversidad de los signos y a la presencia de infecciones mixtas.

### **Desventajas del Manejo Clínico**

- Puede existir más de un patógeno ocasionando un mismo cuadro clínico (infección mixta).
- Los pacientes tardan en buscar ayuda médica llegando parcialmente tratados o en estadios tardíos más difíciles de diagnosticar.
- Los antibióticos sistémicos o tópicos, corticoides y otros medicamentos pueden alterar la apariencia de las lesiones.
- Las infecciones secundarias alteran la apariencia de las lesiones.
- Existen presentaciones atípicas, especialmente en personas VIH positivas.
- Este tipo de manejo ha ocasionado que no se trate oportuna y/o adecuadamente a un número importante de ITS, lo que llevará a la aparición de complicaciones, a la diseminación de la infección hacia las parejas sexuales del infectado y, generar una actitud negativa y de de

menor aceptación hacia el proveedor de salud al no dar una respuesta adecuada y oportuna al problema.

### 3. **El Manejo Sindrómico**

La necesidad de implementar medidas efectivas para diagnóstico y tratamiento de las ITS ha obligado a desarrollar nuevas estrategias. Una de ellas es el Manejo Sindrómico para personas con síntomas de ITS, propuesto por la OMS. El manejo sindrómico busca ofrecer diagnósticos y tratamientos adecuados y oportunos, en el lugar de la primera consulta, haciendo uso de recursos de laboratorio solo cuando estén disponibles, pero sin condicionar ni retardar la decisión terapéutica. El manejo sindrómico se basa en la identificación y tratamiento de un problema como el síndrome que motiva la búsqueda de atención en un establecimiento de salud.

A su vez, un síndrome es definido como un grupo de síntomas que aquejan a un paciente y/o signos encontrados al momento de examinarlo. Para tomar las decisiones terapéuticas, se debe utilizar información sobre la frecuencia de los agentes etiológicos asociados al síndrome, y cuáles son los medicamentos más efectivos.

Mediante el uso del manejo sindrómico de las ITS se busca dotar de una herramienta útil para la toma de decisiones terapéuticas que sea:

- Apropiaada a los diferentes niveles de complejidad de los establecimientos de salud.
- De fácil uso por todos los proveedores de salud.
- Que garantice una inmediata y adecuada indicación terapéutica en el lugar del primer encuentro con el paciente, lo que significará administrar el tratamiento durante la primera consulta (que muchas veces es la única).

#### **Ventajas del Manejo Sindrómico:**

- Reduce la probabilidad de un diagnóstico clínico incorrecto.
- Permite decisiones y acciones claras.
- Considera tratamiento para varias infecciones concomitantes, lo que es muy común en las ITS.
- Estandariza los tratamientos para las ITS en todos los niveles de atención, garantizando su eficacia al utilizar esquemas con elevada efectividad.

- Permite el tratamiento de los pacientes en la primera consulta interrumpiendo la cadena de transmisión en forma temprana.
  - Combina la educación del paciente con la atención médica ya que da la oportunidad de introducir mensajes preventivos y promover el uso del condón.
- No obstante, el manejo sintomático puede implicar algunas limitaciones o desventajas que el personal de salud debe conocer para tomar las decisiones más adecuadas.

### Desventajas del Manejo Clínico

- No puede ser usado en personas asintomáticas, condición muy común entre las mujeres.
- No abarca a otras entidades que se presentan con cierta frecuencia (ej. infección por Papilomavirus), como tampoco a algunos estadios clínicos de enfermedades como la Sífilis.

### ¿Cuales son los Síndromes de las ITS?

Existen muchos síndromes asociados a ITS, en la tabla 1 resumimos los más importantes.

SÍNDROME	SIGNOS Y SÍNTOMAS	ETIOLOGÍA
<b>FLUJO VAGINAL</b>	Descenso vaginal o flujo vaginal anormal	Vaginosis Bacteriana - Tricomoniasis - Candidiasis (si hay prurito asociado)
<b>SECRECIÓN URETRAL</b>	- Ardor al orinar - Pus o secreción por el pene	- Clamidia - Gonorrea
<b>ULCERA GENITAL.</b>	- Ulcera genital - Ganglios inguinales palpables.	- - Sífilis - Herpes - Chancroide Menos frecuentes: - Donovanosis - Linfogranuloma venéreo
<b>DOLOR ABDOMINAL BAJO</b>	- Dolor con las relaciones sexuales.	- Clamidia - Gonorrea

	- Descenso vaginal - Dolor a la movilización del cérvix y anexos - Temperatura >38°	- Anaerobios
<b>BUBÓN INGUINAL</b>	- Ganglios inguinales inflamados y dolorosos. - Ganglios inguinales inflamados acompañados de absceso o fístula.	- Linfgranuloma venéreo Menos frecuente: - Chancroide

Tabla 1: Síndromes asociados a Infecciones de Transmisión Sexual

## MANEJO DE LOS SÍNDROMES MÁS FRECUENTES EN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

El objetivo central del manejo de casos de ITS es el de hacer un diagnóstico adecuado que permita dar un tratamiento oportuno en la primera visita. El manejo sintomático permite cumplir con este objetivo.

Los síndromes más frecuentes de ITS son:

- Síndrome de Descarga Uretral.
- Síndrome de Úlcera Genital.
- Síndrome de Flujo Vaginal.
- Síndrome de Dolor Abdominal Bajo.
- Síndrome de Bubón Inguinal.

### 1 SÍNDROME DE DESCARGA URETRAL (DU EN VARONES)

#### 1.1. Definición

La descarga uretral es una infección de la uretra o uretritis. Se caracteriza por presentar secreción o fluido por la uretra acompañado de ardor y/o dolor al orinar. La secreción uretral puede ser purulenta o mucóide; clara, blanquecina o amarillo-verdosa; abundante o escasa, a veces sólo en las mañanas o que sólo mancha la ropa interior.

## 1.2. Etiología

La descarga uretral puede deberse a infección por **Neisseria gonorrhoeae** (Uretritis gonocócica (UG) o agentes etiológicos como la **Chlamydia trachomatis** (Uretritis no gonocócica (UNG) el agente más común, Ureaplasma urealyticum, Micoplasma genitalium y raras veces otros gérmenes como la Trichomona vaginalis. Incluso las infecciones por herpes genital algunas veces pueden asociarse a uretritis.

## 1.3. Limitaciones del diagnóstico clínico - etiológico de la Descarga Uretral

a. No es posible distinguir clínicamente entre la uretritis gonocócica de la no gonocócica debido a que estas infecciones comparten características similares que hacen imposible distinguir, solo en base al examen físico, si la infección fue producida por gonorrea o clamidia, u otro organismo.

b. En el Perú de lejos las causas más frecuentes de DU son gonorrea y clamidia, esta última asociada al menos a un 55% de las descargas uretrales. Es frecuente que se asocien ambas infecciones (coinfeción), según algunos autores se presenta entre el 25-60% de los casos de DU.

Frente a estas evidencias: **Todos los pacientes con descarga uretral deben recibir tratamiento para Gonorrea (UG) y Clamidia (UNG) al mismo tiempo.**

## 1.4. Tratamiento del Síndrome de Descarga uretral

El tratamiento debe incluir dos antibióticos, uno efectivo contra Neisseria gonorrhoeae, como la ciprofloxacina y otro efectivo contra Chlamydia trachomatis, como la azitromicina. Se recomienda el uso de esquemas de dosis única a fin de mejorar el cumplimiento.

<b>ESQUEMA RECOMENDADO</b>	<b>ESQUEMA ALTERNATIVO</b>	<b>ESQUEMA PARA GESTANTE</b>
<b>Ciprofloxacina</b> 500 mg/ VO en dosis única <b>más</b> <b>Azitromicina</b> 1 g /VO en dosis única	<b>Contra Neisseria gonorrhoeae tenemos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ceftriaxona 250 mg/IM en DU</li><li>• Cefixima 400 mg/VO en DU</li><li>• Espectinomicina 2 g/ IM en DU</li></ul> <b>Contra Chlamydia trachomatis tenemos:</b>	<b>Ceftriaxone</b> 250mg/ VI en dosis única (o Espectinomicina 2 gm intramuscular en dosis única) <b>más</b> <b>Azitromicina</b> 1 g/ VO en dosis única (o Eritromicina 250 mg vía oral cada 6

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doxiciclina 100 mg/ VO cada 12 horas por 7 días</li> </ul>	horas por 7 días)
--	---	-------------------

### 1.5. Manejo de los contactos

- Se considerará como contacto a toda persona que ha tenido relaciones sexuales con el caso Índice en los últimos 60 días.
- El contacto recibirá el mismo tratamiento tenga o no sintomatología. Si el contacto fuese una mujer gestante o que da de lactar se procederá a dar tratamiento según esquema sugerido para gestantes.
- Debe brindarse información y las 4 C.
- El tratamiento debe ser proporcionado durante la primera consulta.

## 2 SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL (UG)

### 2.1 Definición

La úlcera genital representa la pérdida de continuidad de la piel o mucosa de los órganos genitales o de áreas adyacentes y que el paciente refiere como una “herida” o “llaga” en sus genitales. Puede ser dolorosa o indolora, puede o no acompañarse de linfadenopatía inguinal, y en algunos casos se asocia a pápulas o vesículas. Si las lesiones se localizan en la vulva pueden provocar en la mujer ardor o quemazón en contacto con la orina.

### 2.2 Etiología

Las principales causas de úlcera genital en el Perú son:

- Herpes genital (Virus del Herpes simplex)
- Sífilis (*Treponema pallidum*)
- Chancroide (*Haemophilus ducreyi*)

### 2.3 Limitaciones del diagnóstico clínico - etiológico de la Úlcera Genital

- La morfología y presentación clínica de las úlceras generalmente no sirven para diferenciar su etiología dado que puede existir coinfección de varios agentes etiológicos, apariencias alteradas por estadios avanzados, por estar sobre infectadas, o por el uso previo de tratamientos (tópicos o no).
- Entre las úlceras genitales más frecuentes, sólo la sífilis y el chancroide tienen tratamiento curativo, mientras que para el herpes el tratamiento es sólo paliativo y no evita las recurrencias.

Sin embargo hoy en día hay evidencia que el tratamiento de herpes y sus recurrencias especialmente en grupos con alto recambio de parejas podría ser una estrategia para disminuir la transmisión del VIH

Frente a estas evidencias: Todos los pacientes con úlcera genital deben recibir tratamiento para Sífilis y Chancroide al mismo tiempo, dado que son las etiologías curables más frecuentes en nuestro medio.

#### 2.4. Tratamiento del Síndrome de Úlcera Genital (UG)

a. Si las lesiones son vesiculares agrupadas, esto sugiere el diagnóstico de Herpes genital. Se debe tomar prueba de RPR y tratar para Sífilis si el resultado es reactivo y no ha recibido tratamiento reciente para sífilis.

b. Si las lesiones no son vesiculares, el tratamiento incluye cobertura para las dos etiologías curables más frecuentes en nuestro medio. Se recomienda dos antibióticos: uno para Sífilis (Penicilina G Benzatínica) y otro para Chancroide (ciprofloxacino).

RECOMENDADO	ESQUEMA ALTERNATIVO	ESQUEMA PARA GESTANTE
<p><b>Penicilina G Benzatínica</b> 2.4 millones de UI/ VO, dosis única</p> <p><b>más</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ciprofloxacina</b> 500 mg/ VO en dosis única.</li> </ul>	<p>Para Chancroide tenemos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Azitromicina</b> 1g/VO en DU.</li> <li>• <b>Ceftriaxona</b> 250 mg/IM en DU</li> <li>• <b>Eritromicina</b> base 500 mg/VO cada 6 horas por 7 días .</li> </ul> <p>Para alérgicos a la Penicilina la alternativa es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Doxiciclina</b> 100 mg/VO cada 12 horas por 14 días o</li> <li>• <b>Tetraciclina</b> 500 mg / VO cada 6 horas por 14 días,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Penicilina G Benzatínica</b> 2.4 millones de UI/ VO. 3 dosis por 3 semanas</li> </ul>

## 2.5. Manejo de Contactos

- a. Se considera como contacto a toda pareja sexual con exposición al caso índice dentro de los 90 días previos al inicio de los síntomas.
- b. El contacto recibirá el mismo tratamiento según síndrome del caso índice (tratamiento para Sífilis y Chancroide) tenga o no sintomatología. . Si el contacto fuese una mujer gestante o que dá de lactar se procederá a dar tratamiento según esquema sugerido para gestantes.
- c. Si se considera una alta sospecha de herpes genital en el caso índice, los contactos deben ser informados sobre el proceso y evolución de la enfermedad. administrar Aciclovir .
- d. Debe brindarse información y las 4 C.

## 3 SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL (FV)

### 3.1 Flujo vaginal normal

El flujo vaginal normal o humedad de la vagina deriva de la transudación de fluidos de los vasos capilares de la vagina mezclados con secreciones de las glándulas de Bartholino, Skene, endometrio, de las trompas de Falopio y del cérvix.

Está constituido por agua, electrólitos y glucosa, y mantiene un ph menor de 4.5 que favorece el crecimiento de organismos de medio ácido (los lactobacilos) inhibiendo el crecimiento de otros. El conjunto de los organismos que normalmente viven en la vagina (flora vaginal) está compuesto principalmente por lactobacilos y otros organismos como Staphilococcus epidermidis, Corynebacterias, Gardnerella vaginalis, anaerobios y otros.

La flora vaginal mantiene a la vagina sana creando un ambiente acido adverso para bacterias patógenas. La flora vaginal y su entorno se conocen como ecosistema vaginal y tiene varios reguladores importantes:

- Estrógenos: que afectan directamente la trasudación, a mayor nivel de estrógeno mayor flujo.
- Lactobacilos: que metabolizan los azúcares a ácido láctico, manteniendo el ph ácido, lo que inhibe el crecimiento de otras bacterias. Además producen H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> que inhibe el crecimiento de bacterias anaeróbicas.

El flujo vaginal normal o humedad normal de la vagina no es constante en cantidad y hay variaciones en consistencia. Aumenta cuando la persona se excita, durante la actividad sexual, antes y durante la ovulación y durante la gestación. Disminuye durante la

lactancia y en el periodo menopáusico. Normalmente el olor es característico para cada mujer y el color transparente o discretamente blanquecino.

El equilibrio del ecosistema vaginal puede ser alterado por duchas vaginales, espermicidas, uso de antisépticos vaginales, etc. Igualmente, la menstruación, ya que eleva el ph vaginal. Los métodos anticonceptivos hormonales y los dispositivos intrauterinos también pueden ocasionar un aumento en el flujo de algunas mujeres.

### **3.2 Definición de Síndrome de Flujo Vaginal**

Se considera síndrome de flujo vaginal al aumento de la cantidad del flujo vaginal, con cambio de color, cambio de olor, y cambio de consistencia asociado a síntomas de prurito o irritación vulvar; en algunos casos con disuria, dispareunia, o dolor en el hemiabdomen inferior.

Este flujo vaginal o “descenso” como comúnmente se conoce, puede ser debido a un proceso inflamatorio localizado en la propia vagina ocasionado por trastornos del ecosistema vaginal o por la introducción de algún patógeno externo sexualmente transmitido.

### **3.3 Etiología**

Las principales causas de flujo vaginal anormal son las infecciones vaginales o vaginitis, entre ellas:

- Vaginosis bacteriana
- Trichomona vaginalis (que si es sexualmente transmitida)
- Infección por Candida (especialmente C. Albicans)

El flujo vaginal anormal puede ser también causado por infecciones originadas en el cérvix (cervicitis por clamidia y gonorrea, verrugas cervicales, ulceraciones del cervix, ejm. Herpes genital, chancroide, carcinoma) y el útero (Enfermedad inflamatoria pélvica, endometritis).

### **3.4 Limitaciones del diagnóstico clínico etiológico del Flujo Vaginal**

- a. El Flujo vaginal tiene diversas etiologías y localizaciones y no es posible diferenciarlas desde el punto de vista clínico.
- b. Los síntomas dependientes de la vaginitis o las características del flujo vaginal no son buenos predictores de la causa del mismo. Aproximadamente el 40% de mujeres con queja de flujo vaginal anormal no tienen vaginitis y más del 20% de mujeres sin síntomas vaginales tienen vaginitis diagnosticada por signos clínicos.

### 3.5 Tratamiento del Síndrome de Flujo Vaginal

El tratamiento para flujo o descenso vaginal debe incluir un medicamento activo para Vaginosis Bacteriana y para Tricomoniasis que son las causas más frecuentes de vaginitis.

ESQUEMA RECOMENDADO	ESQUEMA ALTERNATIVO	ESQUEMA PARA GESTANTE
<p><b>Vaginitis</b>  <b>Metronidazol</b> 2g/ VO en DU            .En caso de prurito genital dar además:  <b>Clotrimazol</b> 500 mg vía vaginal en DU</p> <p><b>Cervicitis</b>  <b>Ciprofloxacina</b> 500 mg/ VO en dosis única  <b>más</b>  <b>Azitromicina</b> 1 g /VO en dosis única</p>	<p><b>Tinidazol</b> 2g/ VO en DU o  <b>Metronidazol</b> 500 mg cada 12 horas por 7 días.  <b>Fluconazol</b> 150 mg via oral en dosis única.</p> <p><b>Ciprofloxacina</b> 500 mg/ VO en dosis única  <b>más</b>  <b>Doxiciclina</b> 100 mg /VO cada 12 horas por 7 días</p>	<p><b>Metronidazol</b> 2g/ VO en DU            .En caso de prurito genital dar además :  <b>Clotrimazol</b> 500 mg vía vaginal en DU</p> <p><b>Ceftriaxona</b> 250 mg/IM DU            - <b>Eritromicina</b> 250 mg/VO cada 6 horas por 14 días.            - <b>Clindamicina</b> 300mg/VO cada 12 horas por 7 días.</p>

## 4 SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO (DAB)

### 4.1 Definición

Cuando se descartan el grupo de emergencias quirúrgicas como causa del dolor, y este se asocia a flujo vaginal y/o fiebre y/o dolor a la movilización del cérvix se constituye en el Síndrome de Dolor Abdominal Bajo y representa la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). La EPI es una infección de los órganos reproductivos internos que afecta a mujeres sexualmente activas y que es ocasionada por microorganismos que ascienden desde la vagina o el cérvix hacia el endometrio, trompas de Falopio y/o estructuras contiguas. La EPI es un término usado para describir la infección del tracto reproductivo superior que frecuentemente involucra el endometrio, trompas de falopio y peritoneo pélvico

La severidad de la EPI radica en que puede evolucionar en peritonitis pélvica, abscesos tubáricos y peritonitis generalizada, los cuales son potencialmente de resolución quirúrgica, pudiendo ser fatales. Adicionalmente, la salpingitis, que ocurre en el curso de la enfermedad, puede producir bloqueo tubárico, que en el caso de ser bilateral y completo lleva a la infertilidad, y de ser parcial puede producir embarazos ectópicos, que eventualmente pueden romperse y causar hemorragia intrabdominal masiva y la muerte.

#### 4.2 Etiología

Los agentes patógenos que causan la EPI son *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, y microorganismos de la flora vaginal (bacterias anaeróbicas, *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, bacilos gram negativos, y *Streptococcus agalactiae*). Además *Mycoplasma hominis* y *Ureoplasma urealyticum* probablemente también se asocian a EPI.

Muchos casos de EPI son polimicrobianos en etiología, con dos o más organismos involucrados.

Es imposible diferenciarlos clínicamente y un diagnóstico preciso microbiológico es difícil, por tanto los regímenes de tratamiento deben ser efectivos contra una gran variedad de patógenos.

#### 4.3. Factores de riesgo para desarrollar EPI:

a. Conductas sexuales que condicionan la adquisición de infecciones cervicales y vaginales, como: Tener varias parejas sexuales, o una pareja sexual con varias parejas sexuales y tener relaciones sexuales sin condón.

b. Factores que favorecen el ascenso de infecciones desde el cérvix o la vagina hacia el endometrio o el endosálpinx, como, las duchas vaginales, las infecciones intraparto, el uso del dispositivo intrauterino y dilataciones cervicales, curetajes, insuflación tubárica histerosalpingografía y abortos inducidos.

El uso de anticonceptivos orales, la ligadura tubárica y el uso de métodos de barrera han sido asociados con un menor riesgo de EPI.

#### 4.4. Tratamiento del Síndrome de Dolor Abdominal Bajo

Toda paciente que acude con DAB requiere tener una buena historia clínica y examen físico que incluye examen bimanual de cérvix.

Si la paciente es gestante o tiene su periodo menstrual atrasado; si es puérpera o ha tenido recientemente un aborto, o sangrado vaginal (no menstrual); masa anexial o si

presenta rebote o abdomen en tabla al examen físico, debe ser referida para evaluación y posible hospitalización.

En ausencia de alguna de las condiciones previas, si una paciente con dolor abdominal bajo presenta temperatura mayor o igual de 38°C ó dolor al examen a la movilización del cuello del útero o descenso vaginal, requiere tratamiento para EPI. La paciente debe ser reevaluada en 48 a 72 horas para decidir si se continua con el tratamiento ambulatorio o se refiere al hospital más cercano.

<b>ESQUEMA RECOMENDADO</b>	<b>ESQUEMA ALTERNATIVO</b>	<b>ESQUEMA PARA GESTANTE</b>
<p><b>Doxiciclina</b> 100 mg/ VO cada 12 horas por 14 días</p> <p><b>Metronidazol</b> 500 mg/ VO cada 12 horas por 14 días</p> <p><b>Ciprofloxacina</b> 500 mg vía oral en dosis única</p>	<p><b>Clindamicina</b> 900 mg vía endovenosa cada 8 horas más</p> <p><b>Gentamicina</b> 2mg/kg de peso como dosis de carga y luego 1.5mg/kg cada 8 horas</p>	

#### 4.5 Manejo de los contactos

- Se considerará como contacto a todo varón que hubiese tenido relaciones sexuales con la paciente en los últimos 60 días
- Debe brindarse información y las 4 C e iniciar el tratamiento indicado

## 5 SÍNDROME DE BUBÓN INGUINAL (BI)

### 5.1. Definición

Síndrome de bubón inguinal se define como el crecimiento doloroso y fluctuante de los ganglios linfáticos a nivel inguinal acompañado de cambios inflamatorios de la piel suprayacente.

### 5.2. Etiología

El síndrome de bubón inguinal es ocasionado, principalmente, por linfogranuloma venéreo y chancroide. Otras causas de bubón inguinal son tuberculosis y peste. Es

importante recordar que el evento de linfadenopatía inguinal (solo crecimiento ganglionar inguinal) es más frecuente que el de bubón inguinal y que su correcta diferenciación es crucial para la adecuada indicación terapéutica, por lo que siempre se debe determinar si el aumento en el tamaño de los ganglios linfáticos inguinales corresponde realmente a un bubón.

La linfadenopatía inguinal puede ser ocasionada por infecciones localizadas en la región genital y

de los miembros inferiores, puede acompañar al síndrome de úlcera genital, o ser manifestación de infección por el VIH.

### 5.3. Tratamiento del Síndrome de Bubón Inguinal

Después de haber determinado que un paciente es portador del síndrome de bubón inguinal, debemos descartar la presencia de úlcera genital. En ausencia de úlcera genital, deberá emplearse el fluxograma de bubón inguinal y tratar según lo indicado. Si durante el examen físico se demuestra la existencia de úlcera genital, deberá emplearse el fluxograma de úlcera genital.

<b>ESQUEMA RECOMENDADO</b>	<b>ESQUEMA ALTERNATIVO</b>	<b>ESQUEMA PARA GESTANTE</b>
<b>Doxiciclina</b> 100 mg/ VO cada 12 horas por 21 días	<b>Eritromicina</b> base 500 mg por vía oral cada 6 horas por 21 días	<b>Eritromicina</b> base 500 mg vía oral cada 6 horas por 21 días.

### 5.4 Manejo de los contactos

- Se considerará como contacto a toda persona que hubiese tenido relaciones sexuales con el caso índice en los últimos 90 días.
- El contacto asintomático recibirá como tratamiento Azitromicina 1g vía oral dosis única si se trata de una gestante se recomienda
- Si además se evidenciara otro síndrome, se usará el fluxograma correspondiente.
- Debe brindársele información y las 4 C.
- El tratamiento debe ser proporcionada durante la primera consulta

## TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH

Se han descrito tres tiempos en los cuales la transmisión vertical puede ocurrir :

**\*Transmisión Intraútero:** El virus se ha detectado en el tejido fetal y en el tejido placentario

Desde temprano como el primer trimestre de gestación, lo cual sugiere rol patogénico en la transmisión in utero. El test virológico es positivo en las 48 horas de vida.



**\*Transmisión Intraparto:** Este tipo de transmisión ocurre ante la exposición a sangre materna o secreciones genitales infectadas. El niño tiene un test virológico negativo durante la primera semana de vida y luego se hace positivo (infección tardía).



**\*Transmisión post parto vía lactancia materna:** El virus ha sido detectado en leche materna por cultivo. Hay reportes bien documentados de transmisión de VIH de madres, quienes adquirieron el virus después del parto y lactaron a sus niños



Hay estudios que sugieren que el 35% se pueden infectar en el embarazo, el 50-70% de la transmisión vertical del VIH puede ocurrir intraparto y el riesgo de transmisión de madres infectadas después del parto es de alrededor de un 29%. Si la madre se ha infectado alrededor del parto, el riesgo estimado para el niño a través de la lactancia materna es de aproximadamente un 14% a 17%. Se ha estimado que aproximadamente 20-30% de los niños nacidos de madres infectadas por VIH adquieren la infección, este porcentaje desciende notablemente con el uso de terapia antiretroviral como protocolo de tratamiento en la embarazada.

### **Factores de Riesgo para la Transmisión Vertical del VIH**

#### **Factores Maternos:**

Madres con enfermedad avanzada de VIH, con conteo de CD4 bajo y presencia de antigenemia p24, parecieran ser más propensas a transmitir el virus a sus hijos. Igualmente, las madres con alta carga viral se asocian a alto riesgo de transmisión. Dos estudios recientes reportan que cargas virales por encima de 100.000 copias/ml tienen un riesgo de transmisión hasta un 40.6%, descendiendo hasta un 0% con carga viral menor de 1000 copias/ml.

La drogadicción endovenosa durante el embarazo en mujeres con conteo de CD4 bajo y el hábito del tabaquismo materno, han sido asociados con el aumento del riesgo de transmisión perinatal. Algunos estudios sugieren que la edad maternal (por cada 5 años por encima de los 25 años) pudiera estar relacionado con un aumento del riesgo de transmisión.

## Factores Obstétricos

Se han realizado estudios valorando la relación entre transmisión vertical y modo de parto. Con esto se demuestra que la cesárea electiva es capaz de disminuir la transmisión en un 50% en comparación con otros métodos de parto, el cual unido a la utilización de la terapia antiretroviral con ZDV en la etapa perinatal, intraparto y neonatal como está descrito en el protocolo ACTG 076, puede disminuirse hasta un 87%.

Otros factores de riesgo que están involucrados son la ruptura prematura de membranas, la presencia de corioamnionitis y de úlceras genitales. Asimismo, también están asociadas las enfermedades de transmisión sexual que pueden estar en estado de coinfección con el virus de VIH, observándose que si la ruptura de membranas es mayor de 4 horas hay mayor posibilidad de aumentar esta tasa

## Factores relacionados al feto

Niños prematuros y con muy bajo peso al nacer pueden ser de alto riesgo para adquirir la infección.

Esta asociación pudiera ser la consecuencia de la infección por VIH *in utero*, lo que resulta en anomalías en el desarrollo fetal y parto prematuro. Es posible que el prematuro tenga cierta inmadurez en el desarrollo del sistema inmune, lo cual lo hace más susceptible a infección durante el parto.

El orden de nacimiento de gemelos se ha relacionado con riesgo de infección. Cuando el modo de parto es vaginal el primer feto tiene un riesgo de infección de 35% a diferencia del segundo que es de un 15%. Si el modo de parto es cesárea el riesgo baja a un 16% y 8% respectivamente.

## Lactancia Materna:

El VIH-1 ha sido aislado en la leche materna y el VIH DNA en la mayoría de las muestras de leche provenientes de madres infectadas por VIH. Hay una clara asociación entre la duración de la lactancia materna y transmisión del VIH. Durante los meses 2 a 6, después del parto, la incidencia de transmisión a través de la lactancia es de 0.7% por mes con un riesgo acumulativo de 3.5%, de 6 a 11 meses es de 0.6% por mes y de 0.3% desde los 12 a 18 meses con un riesgo acumulativo de 7.0% y

8.9% respectivamente. En un metanálisis de cinco estudios diferentes de transmisión postnatal, el riesgo de transmisión a través de la lactancia fue de 14 % en mujeres con infección por VIH ya establecida y de un 29% en aquellas mujeres que desarrollaron la infección primaria durante el período de postparto

## **Escenarios clínicos y terapia antirretroviral**

### **I.- Embarazada VIH positivo que no ha recibido terapia antiretroviral previa:**

Se recomienda tratamiento antiretroviral inicial basado en los mismos parámetros que se usarían si no fuera gestante. Se debe informar sobre los riesgos conocidos y desconocidos de los medicamentos durante la gestación. Ofrecer Zidovudina (ZDV) como parte del tratamiento. Las gestantes en el primer trimestre deben iniciar tratamiento después de las 12 semanas de gestación.

### **II.- Mujer embarazada que viene recibiendo tratamiento antiretroviral:**

Si el diagnóstico del embarazo es después del primer trimestre de gestación, se debe continuar con la terapia. Si el diagnóstico de embarazo es durante el primer trimestre, se debe considerar si se continúa el tratamiento. Si se decide parar la terapia, todas las drogas deben ser suspendidas a la vez para evitar el desarrollo de resistencia y reiniciar las mismas posteriormente. Si el esquema que viene utilizando la gestante, después de las 14 semanas de embarazo, no incluye ZDV, debe colocarse ésta en el tratamiento a recibir

### **III.-Cuando la gestante infectada no ha recibido terapia previa y se encuentra en trabajo de parto:**

Se le administra ZDV endovenosa en el intraparto y seguir con ZDV en el recién nacido hasta las seis semanas de vida. Se debe realizar un control adecuado de la madre y el niño para el diagnóstico y seguimiento

### **.IV.-Niño Recién Nacido de madre VIH positivo sin tratamiento:**

Comenzar con ZDV entre las 12-24 horas de vida hasta las seis semanas de edad. Control adecuado de la madre y el niño para el diagnóstico y tratamiento

## **Medidas de prevención para disminuir la transmisión vertical**

### **Detección precoz del VIH:**

- Se debe ofrecer test de ELISA VIH o prueba rápida a todas las embarazadas con consejería y no es necesario el consentimiento informado por escrito.
- El test de ELISA VIH debe ser realizado a nivel local por laboratorios adscritos al Programa de Evaluación Externa de Calidad del ISP, mediante kits disponibles en el mercado, evaluados y recomendados por el ISP.

- Las muestras positivas con pruebas rápidas deben ser reanalizadas con la prueba de Elisa y, en caso de persistir el resultado reactivo, deben ser enviadas a confirmación en el ISP.
- En el ISP las muestras reactivas deben ser confirmadas mediante pruebas suplementarias como IFI, wester Blot
- En los casos positivos confirmados debe efectuarse confirmación de identidad antes de la entrega del resultado a la paciente.

#### •Atención del parto por cesárea electiva

•En general se recomienda la cesárea electiva a las 38 semanas de gestación en embarazadas VIH+ de manera de coordinar efectivamente la TAR intraparto y la atención del neonato.

•Se debe efectuar siempre cesárea electiva a las 38 semanas de gestación en mujeres sin TAR en el embarazo

•En mujeres que recibieron TAR con 3 drogas durante el embarazo se debe efectuar CV a las 34 semanas de gestación y su resultado debe estar en conocimiento del equipo obstétrico y pediátrico de manera de poder resolver la situación obstétrica de manera objetiva.

•Se debe efectuar siempre cesárea electiva a las 38 semanas de gestación en mujeres con TAR en el embarazo, pero con CV mayor de 1.000 copias/ml a la semana 34.

Aproximadamente el 65% de los casos de transmisión vertical se produce durante el parto como consecuencia de la exposición del recién nacido a sangre y secreciones genitales durante el parto vaginal, situación que se ve favorecida en casos de Carga Viral alta en la madre, membranas rotas por más de 4 horas e infección ovular. La cesárea electiva a las 38 semanas de gestación, antes de una eventual rotura de membranas o del inicio del trabajo de parto espontáneo, reduce sustancialmente el riesgo de transmisión del VIH. La cesárea electiva reduce por sí sola en un 50% el riesgo de transmisión del VIH y, asociada a la terapia antiretroviral durante el período prenatal, el parto y al recién nacido, logra reducciones cercanas al 90% con tasas finales de transmisión vertical menores al 2%, lo que ha sido demostrado en múltiples estudios extranjeros y nacionales. Además permite la planificación de la terapia antiretroviral durante el parto y la coordinación con el equipo de pediatría para la atención del neonato.

•Es importante destacar además que el beneficio de la cesárea en la prevención de la transmisión vertical ha sido demostrado en casos de intervención electiva y diferentes estudios muestran que la cesárea de urgencia no tiene el mismo impacto protector de la transmisión vertical e incluso podría asociarse a mayor transmisión. Por otra parte se ha

reportado una tasa de complicaciones maternas mayor en cesárea de urgencia respecto de parto vaginal, especialmente en mujeres con enfermedad VIH avanzada

•Uso de antirretrovirales

Escenarios	Tipo de usuario	Consideraciones	Medicamentos
Escenario 1	Gestante infectada por el VIH, diagnosticada por primera vez en el embarazo	Inicia a las 14 semanas Solicitar CD4 + Carga viral No esta condicionada a los análisis anteriores	Zidovudina (AZT) 300mg vo c/12 h. Lamivudina (3TC) 150mg vo c/12h. Lopinavir/ritonavir (LPV/rtv)100mg vo c/12 h Parto: AZT 300mg c/ 3 horas RN: AZT 2mg/kg vo c/6 h x 7 días
Escenario 2	Gestante con VIH, que estuvo recibiendo TARGA antes del embarazo	Continuar el tratamiento No necesita realizarse los estudios diagnósticos	Suspender Efavirenz si lo usara y reemplazar por Nevirapina Parto: AZT 300mg c/ 3 horas RN: AZT 2mg/kg vo c/6 h x 7 días
Escenario 3	Gestante diagnosticada con VIH por primera vez durante el trabajo de parto	Diagnosticada con prueba rápida en el trabajo de parto Firmar su consentimiento para el tratamiento	Al iniciar la labor del parto: Zidovudina (AZT) 300mg vo DU. Lamivudina (3TC) 150mg vo DU. Nevirapina

		Dilatación mayor de 4 cm con membranas rotas, el parto es vaginal	(NVP)200mg vo DU. Continuar Zidovudina (AZT) 300mg vo c/3 h. y Lamivudina (3TC) 150mg vo c/12h hasta el nacimiento. RN:AZT 2mg/kg vo c/6 h x 6 sem y Lamivudina (3TC) 2mg/kg vo c/12h x 7 d.
Escenario 4	Recién nacido hijo de madre infectada por el VIH, que no recibió profilaxis antirretroviral	La profilaxis en los RN sera dentro de las 8 horas hasta las 24 horas de nacido Suspender lactancia materna	RN:AZT 2mg/kg vo c/6 h x 6 sem y Lamivudina (3TC) 2mg/kg vo c/12h x 7 d.

**•Suspender la lactancia materna**

- La lactancia materna exclusiva o mixta debe prohibirse siempre en madres VIH +
- También se debe prohibir la alimentación por nodrizas y por leche proveniente de bancos de leche.
- Los RN de madres VIH + deben recibir alimentación artificial exclusiva y se debe proceder a la interrupción farmacológica de la lactancia en la madre.

## CANCER DE MAMA

El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado del tejido adiposo. La mayoría de los tumores son benignos debido a formaciones fibroquísticas. El quiste es como una bolsa llena de líquido y la fibrosis es un desarrollo anormal del tejido conjuntivo, no requiere de un tratamiento especial y no aumenta el riesgo de desarrollar un tumor, si son grandes pueden resultar dolorosos.



### TIPOS DE CÁNCER DE MAMA

Tumores malignos; existen varios tipos en función del lugar de la mama donde se produzca el crecimiento anormal de las células y según su estado.

Los tipos de cáncer de mama se clasifican en:

- **El carcinoma ductal in situ:** Se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios, no se ha extendido a otras zonas ni ha producido metástasis premaligna, puede extirparse fácilmente y se puede detectar a través de una mamografía.
- **El carcinoma ductal infiltrante o invasivo:** Es el que se inicia en el conducto mamario pero logra traspasarlo y pasa al tejido adiposo de la mama. Es más frecuente de los carcinomas de mama.
- **El carcinoma lobular in situ:** Se origina en la glándula mamaria (o lóbulos) aumenta el riesgo de que la mujer pueda desarrollar un tumor en el futuro. Se puede dar antes de la menopausia.

Es importante que la mujer se realice una mamografía de control al año y varios exámenes clínicos para vigilar el posible desarrollo de cáncer.

☐ **El carcinoma lobular infiltrante o invasivo:** Comienza en la glándula mamaria pero se puede extender y destruir otro tejido del cuerpo. Es más difícil de detectarse a través de una mamografía.

☐ **El carcinoma inflamatorio:** Poco común. Es agresivo y de rápido crecimiento, enrojece la piel del seno y aumenta su temperatura, la piel se vuelve gruesa como la de un naranja.

## ESTADIOS DE CÁNCER

El comité americano de cáncer utiliza clasificación TNM:

☐ **Letra T:** Va del 0 al 4, indica el tamaño del tumor y la propagación a la piel o a la pared del tórax debajo de la mama.

☐ **Letra N:** Va del 0 al 3, indica si el cáncer se a propagado a los ganglios cercanos a la mama.

☐ **Letra M:** 0 ó 1 indica si el cáncer se ha extendido a otros órganos distantes.

✓ **Estadio I:** Indica que el tumor es menor de 2 cm. Y no hay metástasis

✓ **Estadio II:**

No más de 2 cm. , pero los ganglios de la axila están afectados

Mide entre 2 y 5 cm. Y puede o no haberse extendido.

Mide más de 5 cm. Pero los ganglios linfáticos axilares no están afectados.

✓ **Estadio III:** Se divide entre III A III B.

Estadio III A: El tumor mide menos de 5 cm. Y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

Estadio III B: El cáncer se a extendido a otros tejidos cerca de la mama (piel, pared torácico, incluyendo costillas y músculos del tórax).

✓ **Estadio IV:** El cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo. Los órganos en los que suele aparecer metástasis son los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro.

## FACTORES DE RIESGO

☐ **SEXO:**

Principalmente en las mujeres.

☐ **EDAD:**

A partir de los 20 años aumentando progresivamente hasta el climaterio.

Entre los 45-55 años. La mujer de 80 años tiene 30 veces más riesgo.

☐ **RAZA:**

Las mujeres rubias de piel fina presentan mayor incidencia.

☐ **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Parientes de 1º grado (madre, hermana, hija) que haya tenido cáncer, se duplica el riesgo

☐ **ANTECEDENTES PERSONALES**

Una enfermedad benigna mamaria previa, parece aumentar el riesgo

☐ **Obesidad:** Consumo elevado de grasa.

☐ **Hábitos nocivos:** Tabaquismo, alcoholismo.

☐ **Fisiológicas:**

La menopausia tardía

La menarquía precoz (antes de los 12 años)

Los anticonceptivos orales pues si bien los estrógenos no son la causa, puede estimular la enfermedad cancerosa pre-existente oculta o no manifiesta.

☐ **Obstétricos:**

Mujeres solteras sin actividad sexual.

☐ **Patológicos:**

Factores pre-disponentes son las enfermedades fibroquísticas.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS

● **Tumoración:** El primer síntoma suele ser un bulto al tacto diferente del tejido mamario que lo rodea.

● **Dolor:** Es el síntoma cuando la paciente presenta grietas y fisuras en el pezón.

● **Telorrea:** Secreción espontánea no fisiológica procedente del pezón.

La secreción puede ser:

**Secreción lechosa.-** La galactorrea se caracteriza por una secreción bilateral espontánea que posee el color y la consistencia de la leche batida. Las causas fundamentales se debe a la falta de inhibición hipotalámica sobre la glándula pituitaria con incremento de la producción de la prolactina.

**Secreción lechosa.-** La galactorrea se caracteriza por una secreción bilateral espontánea que posee el color y la consistencia de la leche batida. Las causas fundamentales se debe a la falta de inhibición hipotalámica sobre la glándula pituitaria con incremento de la producción de la prolactina.

## **OTRAS PATOLOGIAS DE MAMA**

### **ENFERMEDAD DE PLAGET DE LA MAMA.**

Puede definirse como carcinoma que se inicia en los conductos galactóforos de la profundidad del pezón y que asciende lentamente hacia la epidermis determinando lesiones características de erosiones y úlceras.

Aproximadamente en el 50 % de los casos el tumor carece simultáneamente hacia el interior de la mama lo que se traduce por un tumor palpable cosa que facilita el diagnóstico a costa de ensombrecer el pronóstico. Es unilateral y propio de mujeres climatéricas y menopáusicas.

### **MASTOPATÍA FIBROQUISTICA.**

Es la responsable del 70 – 80 % del total de las afecciones benigna de los senos. Se suele manifestar en especial premenstrualmente la mama se caracteriza por la consistencia dura, tensa pletórica y dolorosa a la presión.

Con la palpación pueden diferenciarse tres formas principales: la llamada mama en forma de pastel con espesamiento de difusión uniforme; la mama de espesamiento difuso en pequeños nódulos o mama perdigonera y la mama en forma de saco de bolas que presenta varias formaciones huecas císticas de mayor tamaño.

### **PAPILOMA INTRADUCTAL.**

Los dos síntomas son el derrame por el pezón sanguinolento: seroso y tumoración sub. O yuxtareolar.

Se trata de abultamiento alargado en proyección radial y de escasos centímetros. Su tacto es blando y la presión ejercida sobre él provoca la emisión del derrame por uno o varios de los conductos del pezón y que siempre son los mismos

### **FIBROADENOMAS.**

Se presenta en la juventud o pospuberales. No son dolorosos adhieren a los planos vecinos, a veces hacen relieve en la piel sin afectarla. Crecimiento muy lento salvo caso de degeneración mixorde del estroma conjuntivo que lo constituye el fibroadenoma gigante (o mixoadenoma gigante).

### **LIPOMAS**

Son más frecuentes en mujeres añosas y suelen presentarse en la periferia de la mama bordeando muchas veces sus límites.

## HEMANGIOMAS

Son tumores de tipo cavernoso que transparentan su color azulado en la piel, lo cual es un signo que les particulariza y diferencia de los demás.

## ADENOLIPOMAS – LEIOMIOMAS.

A partir de la musculatura lisa que rodea los conductos acincondromas y osteomas. En la mayoría de los casos se desarrollan en antiguos fibroadenomas, son rarezas cuyo diagnóstico nunca puede hacerse a priori antes de su exéresis y subsiguiente.

## EXÁMENES AUXILIARES DE APOYO AL DIAGNOSTICO

☐ Mamografía.

Se debe realizar una mamografía cada dos años a partir de los 40 a 50 años. La mamografía es una exploración que se utiliza los rayos x de baja potencia para localizar zonas anormales en la mama. Es una de las mejores técnicas para detectar el cáncer de mama en sus primeras fases.

☐ Ultrasonidos: Ecografía:

Su utilidad se encuentra en que con ella, se puede diferenciar los tumores formados por líquidos (quiste) de las masas sólidas la importancia de detectar esa diferencia es mucha, pues los quistes no suelen necesitar un tratamiento si no hay otros síntomas.

☐ Examen Citológico: Estudio de las células mediante el papanicolaou

☐ Biopsia por incisión: Estudio de los tejidos

☐ Transiluminación

☐ Escentigrafía

☐ Termografía

☐ Fotografía Infrarrojo

## TÉCNICAS DE EXAMEN CLÍNICO Y AUTOEXAMEN DE LA MAMA

### EXAMEN CLÍNICO DE LA MAMA (ECM)

#### Primer paso: Inspección

Identificar retracciones o deformaciones del pezón. Con la paciente en posición sentada, se realiza tensión del ligamento suspensorio, primero con las manos presionando las caderas y luego con las manos por encima de la cabeza

Examen de axila en busca adenopatías. Se palpa la fosa y paredes de la axila. 1-2% de cáncer de mama debuta con adenopatías.



### Segundo paso: Palpación de la mama

Se inicia el examen en el mama sintomática.

El examinador en el lado contralateral

Empezar por el cuadrante inferior interno, palpando con el pulpejo de los dedos.

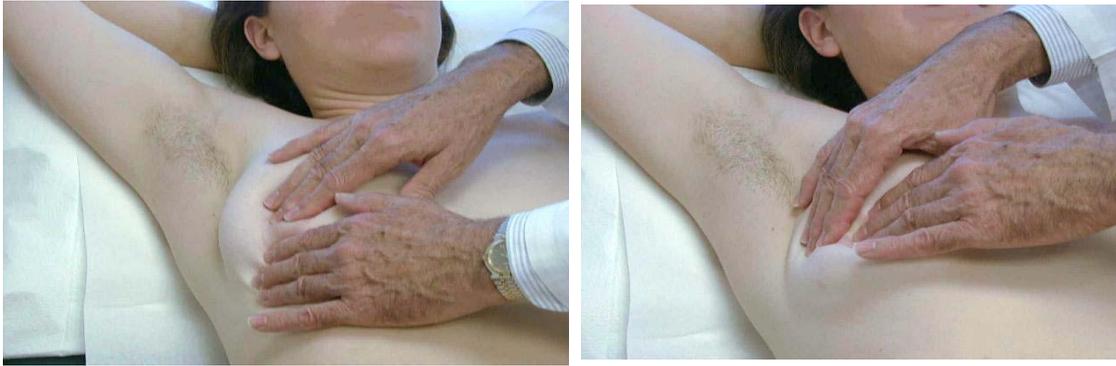
La mano derecha se mantiene en la posición central y la otra define el contorno glandular que son más densos que la grasa



El tejido glandular se va reconociendo a medida que se avanza en sentido de las agujas del reloj

Hay disminución del tejido glandular por debajo del complejo areola-pezones. La mano derecha se mantiene en esta área. La presencia de una masa hay que notar la variación de consistencia y elasticidad.

En la medida que se avanza se cambian la posición de las manos evitando cruzarlas



El examen se culmina en el CSI

Ha delimitado el área glandular de la mama. El tejido glandular es más abundante en el cuadrante supero externo y disminuye hacia línea media.



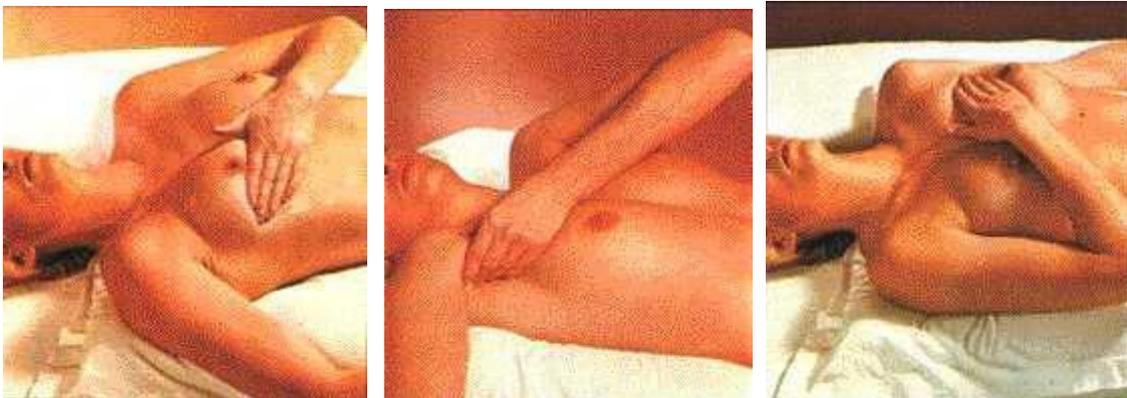
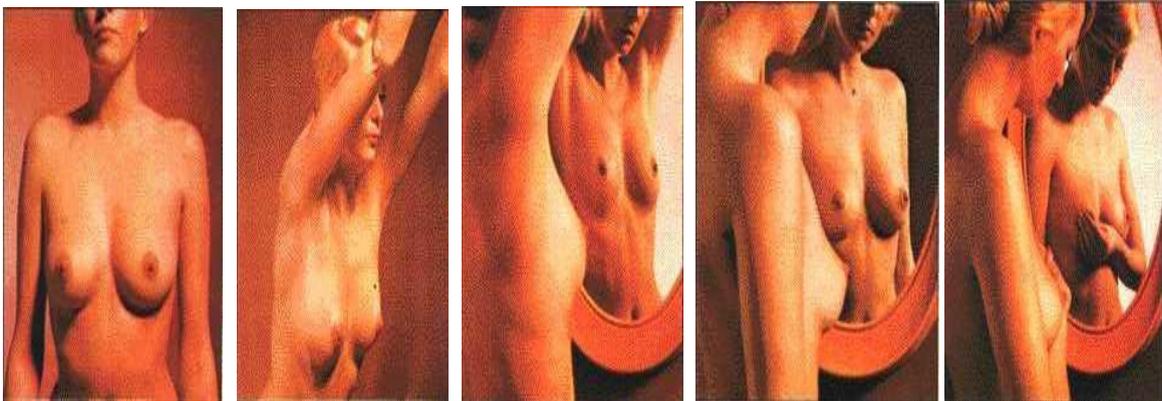
Se recomienda confeccionar un esquema de la glándula en la historia clínica de la misma forma se procede en la otra mama. La distribución glandular es casi simétrica y no cambia a lo largo de la vida, progresando a la atrofia durante la menopausia



## AUTOEXAMEN DE LA MAMA

- 80% de nódulos los detecta la mujer accidentalmente y casi siempre de > 2 cm. (50% ya tiene diseminación sistémica)
- Baja sensibilidad, entre el 15 y el 30%, que además disminuye con la edad.
- Se aconseja iniciar el auto examen mamario durante la juventud, a los 25 años de edad, una vez por mes, fuera del periodo menstrual.
- En las menopáusicas, se establecerá disciplina de vigilancia eligiendo una fecha fija, un determinado día cada mes.

Es importante instruir de la misma manera a la paciente en la realización del autoexamen



## TRATAMIENTO

El tratamiento vendrá determinado por el tamaño del tumor y si habido extensión a los ganglios u otras zonas del cuerpo, cuando el tumor es menos de un centímetro de diámetro la cirugía es suficiente para terminar con el cáncer y no se precisa de quimioterapia.

Hay pocos casos en los que no se requiera de un tratamiento complementario a la cirugía, bien con quimioterapia o con hormonoterapia.

La intervención quirúrgica siempre realizada por un cirujano/ginecólogo experto en cáncer de mamas permite el control local de la enfermedad y llevar a cabo un diagnóstico riguroso gracias a que se puede determinar las características del tumor y el número de ganglios afectados por células malignas.

### **La radioterapia.**

Consiste en el empleo de rayos alta energía, como rayos X, para destruir o disminuir el número de células cancerosas. Es un tratamiento local que se administra después de la cirugía conservadora (cuando se emplea después de la mastectomía es porque se considera que existe riesgo de que el tumor se reproduzca).

Se desarrolla a lo largo de unos 20 -30 días (o los que los que el oncólogo y el Los efectos secundarios e este tratamiento son:

- Cansancio o fatiga.
- Inflamación y pesadez en la mama.
- Enrojecimiento y sequedad en la piel (como después de una quemadura solar).



National Cancer Institute

### **La Quimioterapia.**

Consiste en la administración de medicamentos que destruyen las células cancerosas y evitan la aparición del tumor en otras partes del cuerpo (existen varias vías de administración, pero la más frecuente son la vía oral y la vía intravenosa). El tratamiento quimioterápico puede realizarse a modo:

● **La Quimioterapia Neoadyuvante:** Es aquella que se realiza antes de la cirugía y solo en algunos casos. Su objetivo es reducir el tamaño del tumor y poder realizar una operación que permita conservar la mama en mujeres para las que la primera opción era la mastectomía

● **La Quimioterapia Adyuvante:** Se realiza después de la cirugía para eliminar las posibles células cancerosas que hayan quedado en cantidades microscópicas e impedir su crecimiento.

Debido a que son medicamentos muy fuertes presentan unos efectos secundarios, que en algunos casos resultan ser muy molestos. Los más frecuentes son:

- Náuseas y vómitos.
- Pérdida de apetito.
- Pérdida del cabello.
- Llagas en la boca.
- Cansancio
- Riesgo elevado de infecciones por la disminución de los glóbulos blancos.
- Cambios en el ciclo menstrual.
- Hematomas.

### **Terapia hormonal.**

Consiste en la administración de fármacos que bloquean la acción de las hormonas que estimulan el crecimiento de las células cancerosas. Se les da aquellas pacientes que tienen receptores positivos, esto vienen a ser el 60 -70 % del total de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. Los fármacos para esta terapia son:

- Fármacos antiestrógenos o moduladores del receptor estrogénico.
- Agonistas de la hormona luteinizante a nivel de la hipófisis que se encarga de la producción de estrógenos en mujeres premenopáusicas.
- Fármacos de la aromatasa, enzima que produce estrógenos en mujeres cuyos ovarios ya no los producen, es decir menopáusicas.

Los efectos secundarios de estos fármacos son parecidos a los síntomas que se dan en la menopausia, es decir, sofocos, nerviosismo, etc. Estos medicamentos tienen varias vías de administración que se elegirán en función de lo que decida el médico y la paciente. Estas vías son la oral, la subcutánea y la intramuscular (a través de una inyección).

## La cirugía.

Se realizará una vez obtenido el resultado de la biopsia, con ella se pretende conseguir la extirpación total del tumor. Dependiendo de éste la cirugía será más o menos complicada.

La cirugía conservadora de la mama consiste en extirpar el tumor intentado conservar la mayor cantidad de tejido mamario intacto. En función del tamaño del tumor tenemos las siguientes cirugías:

- ☐ **Lumpectomía:** extirpación del tumor junto con un borde del tejido normal.
- ☐ **Mastectomía Parcial o escisión amplia:** extirpación del tumor junto con una cantidad mayor del tejido normal.
- ☐ **Mastectomía simple:** se extirpa la totalidad del tejido mamario, pero se deja el músculo subyacente intacto y suficiente piel como para cubrir la herida.
- ☐ **Mastectomía radical modificada:** se extirpa toda la mama, algunos ganglios axilares del mismo brazo de la mama y una pequeña sección del músculo pectoral.
- ☐ **Mastectomía radical:** se extirpan el tumor y la mama, los músculos pectorales subyacentes y los ganglios axilares.
- ☐ **Cuadrantectomía:** extirpación de un cuarto de la mama. Estos tipos de cirugía se realizará en aquellos casos en que el tumor sea pequeño.

## SEGUIMIENTO

Después de que la mujer se haya sometido al tratamiento para la eliminación del cáncer de mama tiene que realizar unos controles más estrictos durante los primeros cinco años. Luego deberá seguir controlándose como cualquier mujer sana; los controles son los siguientes:

- ☐ Durante los dos primeros años tendrán que realizarse exploraciones físicas cada tres meses y una mamografía anual.
- ☐ Durante los siguientes tres años las exploraciones físicas las realizará cada seis meses y la mamografía será anual.
- ☐ Estos controles no precisaran de ninguna otra prueba siempre que la mujer se encuentre asintomático y su médico así lo crea conveniente

## CANCER DE CERVIX

### DEFINICION

Es una forma de cáncer en la cual se encuentra células cancerosas en los tejidos del cuello uterino y el útero. El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con al vagina (canal de nacimiento).



### FACTORES DE RIESGO

- Obesas con Diabetes tipo 2
- La infecciones del cuello uterino por el VPH, además herpes Simples tipo II y Clamidia.
- Inicio de menstruaciones a temprana edad (menores de 12 años) o de menopausia tardía después de los 52 años.
- En tratamiento con estrógeno sin progesterona.
- Múltiples compañeros sexuales.
- En tratamiento prolongado con la droga tamoxifen para el cáncer de seno.
- El inicio de las relaciones sexuales a temprana edad.
- Tabaco y alcohol



## SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas son iguales a los que comúnmente ocurren en cualquiera de las enfermedades del sistema reproductivos femenino y son específicas de esta enfermedad.

- Sangrado vaginal anormal.
- Sangrado ínter menstrual vaginal y hemorragia.
- Flujo vaginal con mal olor.
- Dolor durante las relaciones sexuales.
- Leucorrea teñida de sangre.
- Irritación vesical
- Molestias rectal
- Triada: Dolor en el sacro, linfedema unilateral y obstrucción uretral unilateral.
- Uremia.
- En etapa tardía: dolor abdominal bajo.

## DIAGNOSTICO.

- Papanicolaou.
- Colposcopia.
- Biopsia sólo se necesita una pequeña cantidad de tejido y puede hacerse en el consultorio médico. Si para hacer la biopsia el médico necesita extraer una muestra mayor en forma de cono (conización), la paciente quizás tenga que ir al hospital.

## CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

## TRATAMIENTO

Existen tratamientos para todas las pacientes con cáncer cérvicouterino. Se emplean tres clases de tratamiento:

- Cirugía (extracción del cáncer en una operación).
- Radioterapia (uso de rayos X de alta energía u otros rayos de alta energía para eliminar las células cancerosas).
- Quimioterapia (uso de medicamentos para eliminar las células cancerosas).

El tratamiento se basa en la extensión de la enfermedad, si el cáncer es localizado en útero se maneja con histerectomía, con o sin radioterapia. Sin embargo, si el cáncer esta esparcido en el momento del diagnostico, existen variadas formas de tratamiento: cirugía ampliada, radiación, terapia hormonal y quimioterapia.

### ***Tratamiento por Estadios del Cáncer***

#### **ETAPA 0 o Carcinoma in situ**

1. Conización.
2. Cirugía con rayos laser.
3. Procedimiento de division electroquirúrgica (LEEP).
4. Criocirugía.
5. Cirugía para eliminar el area cáncerosa, cuello uterino y útero (histerectomia vaginal) para aquellas mujeres que no pueden o no desean tener hijos.

#### **ETAPA o ESTADIO I**

1. Histerectomia abdominal total, con o sin salpingooforectomia bilateral.
2. Conización.
3. Histerectomia radical, con o sin disección de ganglios linfáticos).
4. Radioterapia.

#### **ETAPA o ESTADIO II.**

1. Radioterapia.
2. Histerectomia abdominal total, con o sin salpingooforectomia bilateral.
3. Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

#### **ETAPA o ESTADIO III**

1. Radioterapia.
2. Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

#### **ETAPA o ESTADIO IV**

1. Radioterapia.
2. Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia

## PRONOSTICO

□ El pronóstico (posibilidades de recuperación) y la selección del tratamiento dependen de la etapa en que se encuentra el cáncer (si se encuentra en el cuello uterino o si se ha diseminado a otros lugares) y el estado de salud en general de la paciente.

□ Entre más temprano se diagnostique el cáncer uterino mejor es el pronóstico. Hasta un 90% sobreviven a los 5 años luego del diagnóstico cuando la enfermedad está localizada en el útero.

Sin embargo si hay invasión al recto o la vejiga o a cualquier otro órgano abdominal, la supervivencia a los 5 años es tan solo del 9% de las pacientes.

□ A veces los ovarios y las trompas de Falopio también son extraídas

## MEDIDAS PREVENTIVAS

### EL PAPANICOLAOU

Es el método de laboratorio a través del cual se estudian las células del cuello uterino, para detectar tempranamente cambios que hagan sospechar cáncer, y también infecciones como la causada por el virus Papiloma, y que está estrechamente asociada con el desarrollo de cáncer del cuello uterino.

### ¿Quiénes debería realizarse el Papanicolaou

□ Según el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), la Sociedad Estadounidense del Cáncer (ACS), y el Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología (ACOG), las pautas generales incluyen:

□ Las pruebas de detección del cáncer cervical, se deben iniciar aproximadamente a los tres años de que la mujer comenzó a tener relaciones sexuales.

□ El cáncer *cervical* es muy poco frecuente en mujeres menores de 25 años.

□ Las mujeres deberían someterse a una prueba de Papanicolaou por lo menos una vez cada tres años.

### ¿Cuáles son los requisitos?

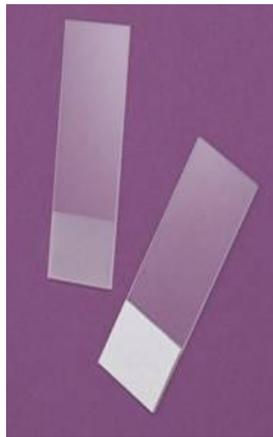
□ No estar en el período menstrual

□ No haber tenido relaciones sexuales las 48 horas anteriores

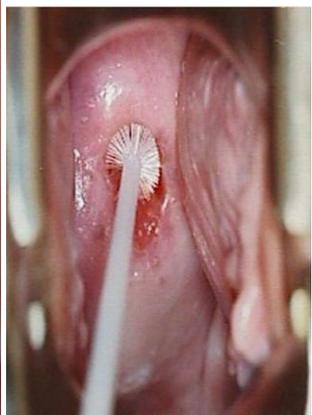
□ No haberse realizado duchas vaginales en el lapso de 48 horas antes.

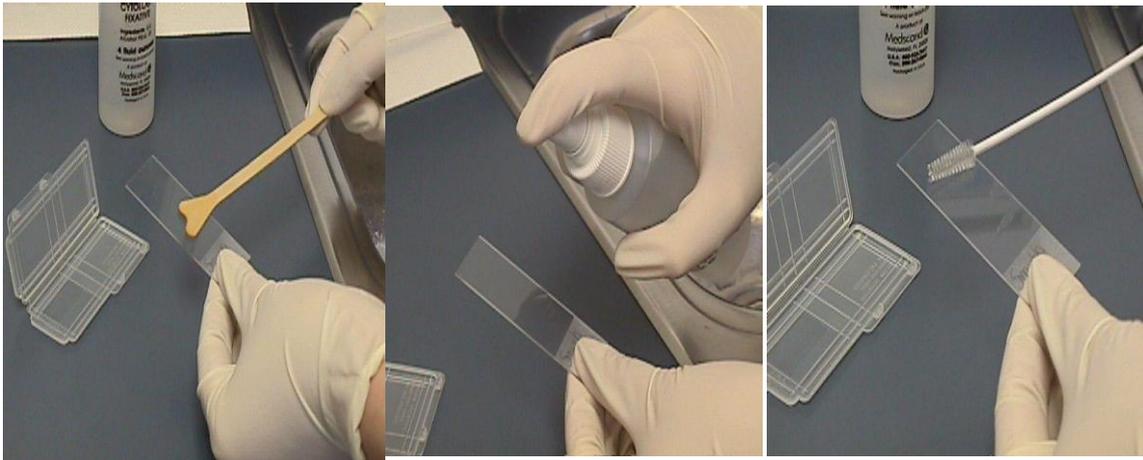
□ No haberse aplicado ningún tratamiento médico vaginal (óvulos o cremas), durante las últimas 48 horas

## ¿Con qué material debo contar para tomar un PAP?



## Toma de la muestra





- Glúteos al borde y apoyado en la camilla

### **Inserte el espéculo**

- Separe los labios
- Lubricar espéculo con agua tibia
- Manténgalos separados mientras se introduce el espéculo
- Después de insertar completamente las valvas abrirlas

### **Unión Escamo-Columnar**

- Es importante identificarla
- Es el área con mayor probabilidad de displasia

### **Muestra cervical**

- Use el lado concavo
- Rote 360 grados
- No aplique demasiada fuerza (sangrado, dolor)
- No aplique poca fuerza (muestra inadecuada)

### **Citocepillo**

- Inserte el cepillo en el canal ~ 2 cm.
- Rotelo sólo 180° (si no causaría sangrado)

### **Extendido del Pap**

- Tan delgado y uniforme como pueda.
- Identifique adecuadamente la muestra

### **Fijar con spray**

- En los primeros 15 segundos aplique en cito fijador.
- Deje secar completamente antes de empacar.
- Laca, alcohol absolute y comercial o alcohol al 95%.

### **Tener en cuenta**

- ▶ No tacto vaginal antes de la toma
- ▶ Espéculo sin lubricante
- ▶ Exponer muy bien el cérvix
- ▶ Limpiar el exceso de flujo con torunda de algodón.
- ▶ El extendido debe ser delgado
- ▶ Fijar la muestra: cito-spray, fijador
- ▶ Identificar adecuadamente la lámina.
- ▶ Informar a la usuaria sobre la importancia de reclamar oportunamente el resultado.
- ▶

### **Lectura del resultado de papanicolaou según el sistema de BETHESDA**

- Negativo
- Ascus-Asgus
- Lesión intraepitelial de bajo grado
- Lesión intraepitelial de alto grado
- Carcinoma invasor

## **BIBLIOGRAFIA**

1. *MINISTERIO DE SALUD Normas técnico del programa de planificación familiar. Perú. 2005*

## **CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN**

1. **¿Cuáles son los pasos de la consejería?**
2. **¿Cuáles son los modelos de consejería?**
3. **¿Cómo se clasifica las ITS sindromicamente?**
4. **¿Describa las medidas de prevención del cáncer de cuello uterino**
5. **¿Cuáles son los pasos para la toma del Papanicolaou?**

# **TERCER CAPITULO**

---

---

## **Métodos Anticonceptivos Naturales**

## **ORIENTACION/CONSEJERIA PARA LOS ADOLESCENTES**

Los/as adolescentes experimentan cambios físicos, emocionales y sociales que influyen en su sexualidad, tienden a preocuparse particularmente por la privacidad. Les preocupa que sus padres o amigos descubran que están practicando la anticoncepción.

Los adolescentes, en especial las mujeres, son un grupo vulnerable debido a la limitación de acceso a la información, educación, servicios integrales y diferenciados.

### **Información indispensable para la orientación/consejería**

#### **☐ Momento para brindar la orientación/consejería:**

Se debe considerar la posibilidad de ofrecer información, orientación/consejería desde que empieza la adolescencia; recomendándose aprovechar de organizaciones como clubes, colegios, etc., que agrupen a adolescentes, para motivarlos, informarles y promocionar la formación de líderes juveniles (promotores), que apoyen al servicio.

Todo momento en que un/a adolescente acude al establecimiento a solicita información se deberá considerar como oportuno, ya que si no recibe la atención solicitada se corre el riesgo que no regrese. Sin embargo se recomienda facilitar el acceso al servicio proporcionándoles espacios y horarios especiales para promover su participación.

#### **☐ Información que se debe Brindar:**

Brindar conocimientos de fisiología, reproducción, sexualidad, paternidad y maternidad responsable, preparación para lograr un embarazo saludable, opciones anticonceptivas, anticoncepción oral de emergencia, consecuencias y riesgos del embarazo no deseado, del aborto, ITS, VIH/SIDA, para facilitar la toma de decisiones sobre su vida sexual. También brindar información sobre factores protectores y de riesgo, sobre prevención de violencia basada en género, del consumo de drogas y referencias a quien solicitar ayuda en caso de enfrentar estos problemas •

#### **Métodos Anticonceptivos Apropriados:**

Los métodos anticonceptivos, para este grupo específico son los de barrera, hormonales (oral o inyectable) y de abstinencia periódica (ver: Norma Técnica de Planificación Familiar del Ministerio de Salud y Guías Nacionales de Atención Integral de a Salud Sexual y Reproductiva). No está indicada la AQV.

#### **☐ Consideraciones o Cuidados:**

Durante la consejería se debe considerar aspectos relacionados a su desarrollo psíquico y social, así como a sus relaciones interpersonales, necesidad de atención, búsqueda de aventuras y el proceso de enamoramiento en esta etapa de desarrollo.

En los varones se debe tener especial cuidado en reforzar el respeto que éste debe tener por la decisión de su pareja.

### **ORIENTACION/CONSEJERIA EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO**

Generalmente los usuarios no se sienten cómodos de asistir a los servicio de salud sexual y reproductiva, observándose que el mayor porcentaje de usuarios son mujeres. Algunos varones encuentran más fácil discutir sobre su salud sexual y reproductiva con consejeros de su mismo sexo, otros pueden sentirse mas en confianza conservando con una consejera.

#### **Información indispensable para la orientación/ consejería**

##### **o Momento para Brindar la consejería**

Cualquier momento que el usuario asista en busca de información es oportuna para brindarla, sin embargo se recomienda adecuar un servicio de orientación/ consejería con espacio y horario especial para facilitar el acceso de los usuarios.

Se recomienda que el / la consejero/a promueva la participación más activa de los varones que están acompañando a sus esposas o parejas, sensibilizándolos sobre las necesidades que ellos también se sientan sujetos de derechos sexuales y reproductivos y que compartan las decisiones y la práctica de la anticoncepción, así como la paternidad responsable.

##### **o Información que se debe brindar**

Se deberá involucrar al usuario en el cuidado de su salud y la de su pareja, brindándole información acerca de los derechos sexuales y reproductivos, la reproducción, fisiología femenina y masculina, sexualidad, educación sexual, paternidad responsable, planificación familiar, ITS , VIH ,etc.

Se debe informar acerca de todos los anticonceptivos disponibles en el establecimiento, resaltando especialmente el condón para la anticoncepción temporal y la vasectomía para la anticoncepción definitiva

##### **o Consideraciones o Cuidados :**

Considerar en casos necesarios la participación de la pareja, brindándole a cada uno de ellos la posibilidad de conversar en privado con el/la consejero/a. Discutir con el usuario sobre su salud reproductiva, riesgos de contraer y/o transmitir una ITS, VIH, relación entre métodos anticonceptivos y sexualidad, tomando en cuenta mitos, rumores y prejuicios.

## **ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA PARA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA**

□ La Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria es un método anticonceptivo permanente que requiere de una orientación/consejería especializada por lo tanto, se hace necesario tomar ciertas consideraciones que se detallan a continuación.

□ Esta normado que quienes opten por este método, deben tener, por lo menos, dos sesiones de orientación/Consejería. Dado que es un procedimiento quirúrgico que conlleva a la esterilización permanente, es importante informar a los/las usuarios/as sobre sus riesgos sin atemorizarlos, indicando que existen riesgos asociados a la cirugía y a la anestesia como en cualquier otro procedimiento quirúrgico. Es conveniente comparar los riesgos de la AQV con otros riesgos que enfrentan los usuarios. Según las estadísticas, el riesgo de mortalidad de la intervención de AQV femenina es mucho menor que la de un embarazo, y el riesgo de complicación o muerte por la AQV masculina es menor que el de la mujer.

□ Tener en cuenta que la reversión de la cirugía no es una alternativa realista, ya que el procedimiento no está disponible en todos los establecimientos de salud y no todas las personas son candidatas y el porcentaje de éxito es bajo.

□ Debido a que la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria es un método permanente se han establecido consideraciones éticas y legales específicas. En nuestro país, la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria está comprendida en la Norma Técnica de Planificación Familiar, así como en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.

### **5.1 Consideraciones para la Orientación/Consejería de AQV Femenina:**

□ Es importante ofrecer información amplia sobre el procedimiento, para lograr que la elección sea libre e informada.

□ Destacar en todo momento que se trata de un procedimiento definitivo

□ Ofrecer información básica acerca de los procedimientos en el post-parto transcesárea el intervalo, que incluya criterios de elección, duración riesgo, eficacia, recuperación signos de alarma, etc. (referencia en Normas Técnicas de Planificación Familiar y Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva).

□ Aclarar conceptos erróneos y prejuicios que pueda tener la/el usuario con relación al método.

□ Tener en cuenta que la usuaria deberá contar con un periodo de reflexión de por lo menos 72 horas para confirmar su decisión o desistir de la misma. Una vez que ha firmado la solicitud de Intervención, se le entregará una copia y el original quedará en la Historia Clínica..

Considerar que la orientación/consejería no termina con la elección del método anticonceptivo, sino, que el consejero/a debe estar capacitado para brindar apoyo en sala de operaciones, durante y después de la cirugía, según corresponda.

Recordar la importancia del uso de material de apoyo (rotafolios, folletos, maquetas), para facilitar la comprensión del método anticonceptivo.

### **5.2 Consideraciones para la Orientación/Consejería de AQV Masculina:**

Al igual que para la ligadura de trompas la información que se brinde, debe ser clara y precisa.

Destacar en todo momento que se trata de un procedimiento definitivo

Aclarar conceptos erróneos relacionados a la vasectomía, suministrando información correcta en forma sencilla para facilitar la comprensión. (Referencia: Norma Técnica de Planificación Familiar).

Una preocupación constante en el varón, es el efecto de la vasectomía sobre su actividad sexual. Se debe mencionar que el comportamiento sexual no se verá afectado en su funcionamiento como efecto de la intervención.

Es muy importante recordar la importancia del uso del condón o un método anticonceptivo para la pareja en el periodo post-operatorio de la vasectomía, hasta contar con el resultado negativo del espermatograma y/o que hayan transcurrido tres meses luego de la operación. Puede producirse un embarazo cuando no se ha protegido con un método anticonceptivo y se atribuya la falla a la vasectomía

Terminada la sesión de orientación/consejería, a todos los usuarios interesados en la AQV se les entregará un folleto con información que explique en qué consiste la intervención y los cuidados que deben tener.

### **5.3 Señales de una Decisión Sólida y de Retracción en AQV**

**Evaluación de la solidez de la Decisión AQV:** La evaluación de la solidez de la decisión de un usuario por la anticoncepción quirúrgica, es fundamental dentro del proceso de orientación/consejería ya que permite detectar personas con probabilidades de retractarse de su decisión.

#### **Características asociadas a una decisión sólida:**

Madurez de la persona.

Ha logrado o excedido el tamaño de familia deseado.

La decisión del usuario cuenta con el apoyo de su cónyuge o de sus parientes.

Estabilidad en la relación marital

El usuario no se encuentra en un periodo de inestabilidad seguridad en la decisión que ha tomado.

emocional. Sentido de

Un deseo real de terminar su fecundidad.

El usuario está bien informado.

#### **Señales de advertencia de posibilidad de retractación posterior**

Persona muy joven (no se recomienda operar a usuarios menores de 25 años, por el alto riesgo de retractación - NT N° O32MINS/DGSP).

Inseguridad respecto al número de hilos.

Presión por parte de otras personas.

Inestabilidad en la relación marital,

Expectativas del tamaño familiar poco realistas.

Cónyuge no está de acuerdo.

Tensión emocional temporal.

Conflicto o duda sin resolver con relación a su pareja.

Motivos económicos.

Interés excesivo en las posibilidades de reversión de la operación.

Decisión tomada bajo la presión de un evento relacionado con la fecundidad (parto o aborto).

#### **5.4 Consentimiento Informado y solicitud para AQV Femenino (Ligadura de Trompas) y Masculino (Vasectomía):**

Es la certificación de la decisión voluntaria que da la/el mujer/varón para realizarle un procedimiento quirúrgico, con pleno conocimiento y comprensión de los hechos pertinentes. El consentimiento informado debe ser leído por la usuaria analizando detenidamente y el consejero verificará su comprensión en cada uno de los puntos. Si desea la intervención procederá a firmarlo.

Una vez firmado el consentimiento informado por la/el usuaria/o, se le entregará una copia y el original quedará en la Historia Clínica.

#### **Elementos del Consentimiento Informado**

Antes de tomar una decisión informada, la/el usuaria/o debe conocer y comprender los siguientes elementos

Los métodos anticonceptivos temporales están disponibles para el usuario y su pareja.

El usuario puede elegir entre los métodos temporales y el permanente.

La Ligadura de Trompas para el caso de las mujeres y vasectomía para el caso de los varones es una operación electiva, no es una operación de emergencia.

La operación, como otras, tiene riesgos, complicaciones y mortalidad, poco frecuentes.

Existe un riesgo mínimo de falla del método que podría dar lugar a un embarazo.

Se le ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación.

- ☐ La operación los cuidados, medicinas, controles, y atención de las complicaciones son gratuitas en los servicios de MINSA.
- ☐ Dispone de por lo menos 72 horas para pensar cuidadosamente sobre la Ligadura de Trompas y después, si es su decisión, regresará al servicio de salud para operarse.
- ☐ Puede pedir más explicaciones sobre la intervención quirúrgica y desistir de la operación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud.
- ☐ Después de la Ligadura de Trompas/ Vasectomía no podrá tener más hijos, su efecto es permanente.
- ☐ Que ni la persona, ni su pareja, ni sus parientes perderán su derecho a atenderse o beneficiarse de los servicios de salud del MINSA cualquiera sea la decisión con respecto a la Ligadura de Trompas/Vasectomía de acuerdo a la normatividad vigente, la autorización de intervención para Ligadura de Trompas, que se encuentra en el consentimiento informado deberá firmarse mínimo 72 horas antes de la operación.

### **ORIENTACION/CONSEJERIA A MUJERES EMBARAZADAS Y EN EL POST PARTO**

Para las mujeres embarazadas, así como para las mujeres que se encuentran en el periodo postparto; los cuidados de su salud y la de su niño son primordiales. Razón por la que se recomienda que la consejería sea una actividad integral, que se brinde durante el embarazo y/o durante el periodo post parto, ya que permitirá a la usuaria conocer los aspectos importante sobre los cuidados de su salud durante el embarazo, signos de alarma, cuidados post parto, anticoncepción y cuidados del recién nacido y permite a la usuaria y a su pareja tener el tiempo suficiente para tomar una decisión pensada y que satisfaga sus necesidades en planificación familiar.

Los/as consejeros/as deben recordar que las mujeres embarazadas y en el post – parto a menudo presentan cambios emocionales, físicos y en algunos casos ansiedad, preocupándose no solo por los cuidados de su salud y signos de alarma, sino también por aspectos de la sexualidad.

#### **Información Indispensable para la orientación/consejería**

##### **☐ Momento para brindar la orientación/consejería en anticoncepción**

El periodo prenatal es ideal para brindar la orientación/consejería a la gestante, ya que tienes tiempo suficiente para tomar su decisión. De acuerdo al estado y deseos de la gestante, se puede ofrecer la orientación/consejería durante la permanencia en el establecimiento, antes del alta. Los estudios realizados demuestran que la consejerías es mas afectivas en el periodo prenatal que durante el puerperio. Idealmente se debería lograr que participe el esposo o pareja en la orientación/Consejería sobre anticoncepción.

##### **☐ Información que se debe brindar a la persona y a su pareja**

---

Se debe informar sobre el tiempo de retorno de fecundidad y riesgos de un nuevo embarazo, así como metodología anticonceptiva.

#### **□ Información sobre las ventajas de la lactancia materna**

Se debe informar a las usuarias que la leche materna es el mejor alimento para el niño menor de 6 meses que es de fácil digestión y que protege contra las infecciones más frecuentes.

Toda madre debe conocer sobre la importancia de la lactancia materna para favorecer el vínculo efectivo entre la madre y el recién nacido.

#### **□ Métodos anticonceptivos recomendados**

Durante este periodo se recomienda el método de la lactancia materna exclusiva (MELA), dispositivos intrauterinos (DIU), AQV, píldoras e inyectable de solo progestágeno y métodos de barrera. Si la mujer da e lactar, se recomienda píldoras anticonceptivas combinadas después de los seis meses.

#### **□ Consideraciones o Cuidados:**

Se debe considerar el estado emocional de la usuaria y respetar la decisión de conversar o no, sobre la posibilidad de usar anticonceptivos. Para realizar la consejería en forma adecuada, se debe tomar en cuenta las diferencias entre una mujer y otra con respecto a sus necesidades anticonceptivas. En caso que la usuaria sea adolescente, la orientación/consejería deberá también brindarse a los padres y/o acompañantes. Además los/las consejeros/as deberán considerar que durante el trabajo de parto y el parto no se debe brindar la orientación/consejería debido al estrés y/o dolor a los que están sometidas. En estas condiciones, cualquiera sea la decisión que toma la usuaria, tiene alto riesgo de retractación posterior.

### **ORIENTACIÓN/CONSEJERIA EN EL POST-ABORTO**

Es muy probable que una mujer a quien se le acaba de realizar un legrado uterino o un procedimiento de Aspiración manual endouterina (AMEU) por un aborto incompleto se encuentre muy preocupada por su salud. Puede no estar interesada en hablar sobre anticoncepción y hay que respetar sus sentimientos y deseos; probablemente la mujer no está pensando en reanudar la actividad sexual de inmediato y no necesite protección anticonceptiva. También es probable que esté atemorizada, sedada, con dolor o con sentimiento de culpa en el cual es importante brindar el apoyo emocional adecuado a la usuaria.

La orientación/consejería en el post aborto debe contar con aspectos integrales de salud sexual y reproductiva, además de planificación familiar y se puede ofrecer a la usuaria antes del procedimiento, antes del alta o durante la visita de seguimiento. Mediante una

consejería que evite juicios de valor y que se brinde con amabilidad y empatía, los profesionales de salud pueden tener un importante efecto en la vida de una mujer que haya recibido atención por complicaciones post - aborto. Los/las consejeros/as deben tener siempre presente, que muchas de las mujeres sólo establecen contacto con los servicios de salud en el caso de un aborto incompleto. Por esa razón se considera indispensable que se dé orientación/consejería a este grupo de mujeres y en lo posible involucrar también a sus parejas.

### **Información indispensable para la orientación/consejería**

#### **□ Momento para brindar la orientación/consejería**

En caso de tratarse de un aborto incompleto no complicado, la orientación/consejería podrá realizarse antes o después del procedimiento. Lo ideal es abarcar los dos periodos, ya que la consejería se considera como un proceso. En caso de tratarse de un aborto con complicaciones, el momento adecuado para brindar consejería será después del procedimiento.

De modo general, la orientación/consejería en planificación familiar y en salud sexual y reproductiva debe ofrecerse en el momento en que la usuaria esté más receptiva.

#### **□ Información que se debe brindar**

Se debe informar a la mujer acerca de: Los cuidados que debe tener post intervención signos de alarma que pueden indicar alguna complicación, cuando regresar al hospital para una atención de emergencia, cuando regresar para su control.

El tiempo de retorno de la fecundidad, asegurándose que la usuaria comprenda que luego de un aborto del primer trimestre puede ser fecunda en dos semanas, es decir, se considera el aborto como una menstruación. Razón por la que una mujer que no desea quedar embarazada, necesita protección anticonceptiva desde la primera relación sexual posterior al evento del aborto, explicar que existe riesgo de un embarazo inmediato.

#### **□ Métodos anticonceptivos disponibles**

Puede utilizar todos los métodos disponibles después del aborto no complicado, como el DIU, hormonales, barrera, AQV, a excepción del MELA. Para usar métodos anticonceptivos de abstinencia periódica, se recomienda esperar a que se normalice el ciclo menstrual.

Después del tratamiento de un aborto del segundo trimestre, si se efectúa la anticoncepción quirúrgica, se debe tomar en cuenta la posición de las trompas de Falopio.

También en este momento es posible que la tasa de expulsión del DIU sea más alta de lo normal.

En caso de aborto complicado, luego de solucionada la complicación, se recomendará el método de acuerdo a la evaluación.

**Aspectos importantes a considerar: Todo proveedor de salud puede ayudar a.**

#### **Tratando respetuosamente a la mujer y/o al hombre**

- Pregúntele si desea conversar.
- De ser así, muestre interés en sus sentimientos y en su experiencia.
- Si ella/el no se siente bien, bríndele orientación cuando se sienta mejor.
- Proporcione un ambiente privado durante la sesión de orientación.
- Bríndele apoyo y seguridad emocional.

#### **b. Informando sobre la situación y las necesidades de la mujer y/o el hombre**

- Pregúntele si desea volver a quedar embarazada pronto o tener hijos en adelante.
- Pregúntele si ha usado algún método anticonceptivo y si hubo algún problema en usarlo.
- Pregúntele si prefiere algún método específico.

#### **c. Proporcionando la información adecuada para la mujer y/o el hombre**

- Oriente para obtener el anticonceptivo de su elección, siempre y cuando no esté contraindicado.
- No presione a la persona a aceptar un método anticonceptivo si él/ella desea tener más hijos inmediatamente; sin embargo se debe considerar que, en general, se recomienda esperar como mínimo tres meses antes que la mujer quede nuevamente embarazada.
- Haga una cita de seguimiento o refiérala si ella tiene cualquier otra necesidad relacionada con su salud sexual y reproductiva.

### **ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA PARA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA**

La anticoncepción oral de emergencia es un método para prevenir un embarazo; no reemplaza al uso continuo de otros métodos anticonceptivos.

La anticoncepción de emergencia se debe usar en las siguientes situaciones:

- 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 si se ha retrasado más de 2 semanas en recibir su inyectable anticonceptivo.
- Si ha tenido una relación sexual sin protección.

Como con cualquier otro anticonceptivo, en esta oportunidad la orientación/consejería debe darse de manera respetuosa.

Los prestadores de servicios deberán asegurar a sus usuarias, independientemente de su edad o estado civil, que toda la información es confidencial. También deberá apoyar la

decisión informada de la usuaria y abstenerse de hacer comentarios prejuiciosos o que indiquen desaprobación a través de su lenguaje verbal y no verbal, al momento de hablar con sus usuarias acerca del uso de la anticoncepción de emergencia o de cualquier otro aspecto relacionado a ello. Las actitudes de apoyo ayudarán a mejorar su nivel de uso y sentarán las bases para una orientación/consejería de seguimiento efectiva acerca del uso anticonceptivo regular y la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Se debe asegurar la privacidad y confidencialidad durante la orientación/consejería; además proporcionar instrucciones apropiadas de uso, tanto impresas como verbales. Existen aspectos particulares relacionados con la orientación/consejería en anticoncepción oral de emergencia que el/la consejero/a deberá considerar, como:

☐ **El Estrés:** Las usuarias pueden sentirse ansiosas después de una relación sexual sin protección, a causa del miedo a embarazarse, pueden estar preocupadas por el tiempo transcurrido entre la relación sin protección y la toma de la anticoncepción oral de emergencia; pueden experimentar angustia o vergüenza al tener que abordar cualquier aspecto de tipo sexual; pueden experimentar traumas relacionados con una violación; inquietudes acerca del SIDA, o una combinación de estos factores. Por esta razón, resulta especialmente importante mantener una atmósfera de apoyo y confianza durante la consejería.

☐ **Frecuencia de uso:** Se debe enfatizar que la anticoncepción oral de emergencia es para uso en caso de emergencia únicamente. No se recomiendan el uso continuo, debido a que el uso repetido incrementa las posibilidades de falla en comparación con los anticonceptivos regulares.

☐ **Infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH:** Las usuarias pueden encontrarse muy preocupadas acerca de posibles infecciones, especialmente en casos de violación. Deberá ofrecerse orientación/consejería relacionada a este aspecto junto con servicios de diagnóstico para ITS, al igual que información acerca de las medidas para prevenir las ITS y VIH. Las usuarias deberán entender que este método no ofrece protección alguna en contra de las ITS, incluyendo el VIH-SIDA.

☐ A las usuarias que soliciten anticoncepción oral de emergencia se les deberá informar sobre anticoncepción regular. Aquellas que no deseen esta información en el momento deberán ser informadas durante su seguimiento.

**Durante la orientación/consejería, también deberá aclararse los malentendidos comunes como:**

☐ La creencia de que la anticoncepción oral de emergencia la protegerá en los días y semanas siguientes al tratamiento.

☐ La creencia de que la anticoncepción oral de emergencia puede interrumpir la implantación una vez que esta se haya llevado a cabo

☐ La creencia que la anticoncepción oral de emergencia hará que la menstruación llegue inmediatamente (la menstruación se adelantará pero no será inmediata).

#### **Otra información que se debe dar a la usuaria**

☐ Asegúrese de que la usuaria no desea quedar embarazada, pero que comprende que todavía existe la posibilidad de embarazo después del tratamiento con la anticoncepción oral de emergencia.

☐ Explique que no existe razón para pensar que la anticoncepción oral de emergencia perjudicará al feto si fallan en prevenir el embarazo.

☐ Explique la forma adecuada en que se deben tomar. Recomiende a las usuarias que no tomen ninguna dosis extra, ya que ello podría aumentar los efectos colaterales pero no aumentaría la efectividad. ☐ Describa cuáles son los efectos colaterales comunes. Recuerde que la orientación/consejería previa sobre los posibles efectos colaterales ayuda a las mujeres a saber qué esperar y puede conducir a una mejor tolerancia.

☐ Indique a la usuaria que beber leche o comer algo al momento de tomar las píldoras o tomarlas poco antes de irse a la cama puede reducir la náusea. Ayude a la usuaria a decidir el momento adecuado para tomar la primera dosis, de forma que la toma de la segunda dosis 12 horas después no sea un inconveniente para ella. Sin embargo, la primera dosis no debe retrasarse innecesariamente, ya que la eficacia puede disminuir con el paso del tiempo.

☐ Explique que la dosis necesita ser repetida si la usuaria vomita dentro de 2 horas después de haber tomado la anticoncepción oral de emergencia.

☐ Asegúrese de que la usuaria comprende que la anticoncepción oral de emergencia no la protegerá de un embarazo si mantiene contacto sexual sin protección en los días o semanas siguientes al tratamiento. Este es un malentendido común entre algunas usuarias, Aconseje a la usuaria que utilice un método de barrera, como el condón, para el resto de su ciclo menstrual. Al comienzo de su siguiente ciclo menstrual, puede utilizar un anticonceptivo diferente.

☐ Explique que la anticoncepción oral de emergencia por lo general no hace que la menstruación de la usuaria llegue inmediatamente. Este es otro malentendido común. La usuaria debe comprender que su periodo menstrual puede llegar unos pocos días antes o más tarde de lo normal. Explique que si su periodo menstrual se retrasa más de una semana, podría estar embarazada. Se recomienda realizar un diagnóstico de embarazo.

☐ Recomiende a la usuaria que vuelva o que visite un establecimiento de salud (según sea apropiado) si existe un retraso en su menstruación de más de una semana; si tiene

algún motivo para preocuparse o lo antes posible después del periodo menstrual para recibir orientación/consejería sobre anticonceptivos, si lo desea.

☐ Utilice instrucciones sencillas por escrito o gráficas para ayudar a reforzar la importancia de los mensajes sobre el uso correcto de la anticoncepción oral de emergencia.

## **METODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES O ABSTINENCIA PERIÓDICA**

Son aquellas técnicas que permiten a una pareja, mediante la observación de procesos relacionados con la ovulación, evitar un embarazo sin utilizar ningún procedimiento artificial. La concepción se previene absteniéndose de tener relaciones sexuales durante el período fértil de la mujer.

Como puntos a favor puede mencionarse que no producen los efectos secundarios en el cuerpo que podrían generar los métodos artificiales y que no involucran gasto económico alguno. Entre sus desventajas encontramos que no son muy confiables, en tanto se basan en patrones menstruales regulares sin tener en cuenta factores que puedan alterarlos. Además, ninguno ofrece protección contra el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

### **RITMO CALENDARIO**

Este método es uno de los métodos naturales más antiguos descritos y ha sido usado por muchos años, sin embargo, es también uno de los métodos más inexactos y con mayor porcentaje de falla, que resulta en embarazos no deseados, ya que la ovulación de la mujer puede variar por diversas circunstancias

Consiste en determinar los días fértiles del ciclo menstrual, lo cual corresponde a aquellos días en que puede estar presente la ovulación. Se deben considerar los siguientes aspectos:

- Requiere registrar los periodos menstruales para realizar el cálculo(mínimo 6 consecutivos).
- El periodo correspondiente al ciclo menstrual en que no se pueden tener relaciones se denomina periodo fértil.
- Tener en cuenta que el óvulo puede ser fecundado 12 a 24 horas de sucedido la ovulación. Pero el espermatozoide tiene una viabilidad de 48 a 72 horas.
- Es aplicable solo para mujeres con periodos regulares.
- Referenciar siempre como el primer día del ciclo menstrual el día que inicia la menstruación.
- La ovulación se produce el 14 día del ciclo menstrual
- Los ciclos regulares en su registro varían de 26 a 32 días

### Tasa de falla

Falla teórica o de uso perfecto 9 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

### Mecanismo de acción

Evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual. Para evitar la concepción

### ¿Cómo se usa el método del ritmo?

El método del ritmo, también conocido como "determinación del período fértil", es un método para la regulación de la fertilidad que utiliza el ciclo menstrual para predecir tu momento de mayor fertilidad en el mes es decir, cuando eres más propensa a quedar embarazada. Una vez que has identificado tu mayor período de fertilidad, simplemente no debes tener relaciones sexuales

### La regla de los periodos cortos y largos:

La mujer sustrae 18 del número de días de duración del ciclo más corto que tiene en su registro. Esto le indica aproximadamente cuál es el primer día de su período fértil. Luego, ella sustrae 11 días del número de días de duración del ciclo más largo que tiene en su registro. Esto le indica cuál es el último día de su etapa fértil.

### La regla de los ochos

La mujer puede tener relaciones sexuales los ochos primeros días del ciclo menstrual empezando desde el primer día de la menstruación y ocho días antes del próximo ciclo menstrual.

The image shows a calendar for the month of January. The days of the week are abbreviated as D, L, M, M, J, V, S. The dates are arranged in a grid. The number 1 is circled in red. The numbers 11, 12, 13, 14, 15, 16, and 17 are circled in pink. The number 14 is also circled in black. The numbers 4, 18, and 25 are in blue. The numbers 5, 6, 7, 8, 9, 10, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, and 31 are in black.

Enero						
D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

## TEMPERATURA BASAL

Este método tiene como fundamento el incremento de la temperatura corporal después de la ovulación. El ascenso oscila entre 0.2 a 0.5 grados y es debido a la liberación de progesterona. Es de destacar que 12 a 24 horas de la ovulación la temperatura corporal puede bajar levemente.

Se deben considerar los siguientes aspectos:

- La temperatura debe tomarse todas las mañanas a la misma hora preferiblemente antes de levantarse y sin haber ingerido alimentos o bebidas.
- Se debe tomar la temperatura oral, rectal o vaginal, pero siempre en el mismo lugar.
- El tiempo de toma debe ser no menor a 3 minutos.
- Una vez sucedido el ascenso de la temperatura requiere de 3 días de abstinencia sexual.
- 72 horas después del ascenso pueden tenerse relaciones hasta el inicio del periodo menstrual.
- En el 15% de las mujeres el ascenso es lento, lo cual puede confundir a sus usuarias.
- La fiebre puede confundir la aplicabilidad de este método.

Deben abstenerse de este método en las siguientes circunstancias:

- Periodos de estrés
- Ingestión de bebidas alcohólicas
- Toma de medicamentos
- Viajes

Una mujer que usa el método de la TCB predice su período fértil anotando diariamente su temperatura durante el reposo, detectando así la elevación de temperatura que causa la ovulación.

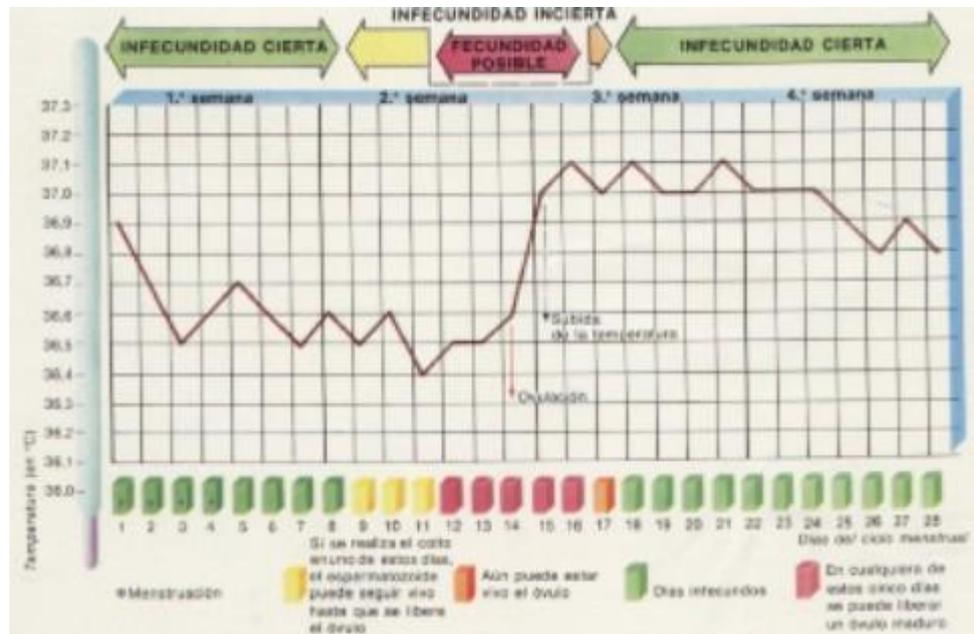
### ¿Cómo funciona el método de TCB?

La mujer debe tomarse la temperatura corporal durante 3 ó 5 minutos todas las mañanas antes de levantarse o de comer. Debe tomarse la temperatura de la misma manera (rectal u oral) a lo largo del ciclo menstrual. Se necesita un termómetro especial. La mujer debe anotar su temperatura en una gráfica especial para notar cuándo ocurre el aumento de temperatura.

Después de la ovulación, el aumento de los niveles de progesterona hará que la temperatura se eleve aproximadamente de 0,2 a 0,5 grados centígrados.

Cuando la TCB se ha mantenido elevada durante 3 días, la mujer puede estar segura de que la ovulación ha terminado y de que ya no es fértil durante ese ciclo menstrual.

Cuando una pareja usa este método, debe abstenerse de relaciones sexuales, o bien usar un método de barrera, desde el día 1 del ciclo menstrual hasta 3 días después de que aumenta la temperatura.



## MOCO CERVICAL

Este método se basa en la identificación de las características adquiridas por el moco cervical en el periodo ovulatorio.

- El moco ovulatorio es: Cristalino
- Elástico
- Resbaloso
- Abundante
- Lubricante
- Apariencia similar a la "clara de huevo" Estos cambios son considerados "días húmedos" o fértiles.
- La ovulación coincide con la desaparición de estas características, adquiriendo el moco un aspecto grueso, denso y viscoso (días secos).
- Se deben restringir las relaciones sexuales entre 2 días antes y 4 después de la aparición del moco ovulatorio.
- Evitar relaciones durante la menstruación cuando los ciclos son muy cortos. La ovulación podría darse antes de terminar el sangrado.
- Los flujos vaginales dificultan el reconocimiento del moco cervical en la fase ovulatoria.

- Se recomienda en los días secos tener relaciones interdiarias para que las características del semen no sean confundidas con el moco.

### Mecanismo de acción

Evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual, para evitar la concepción.

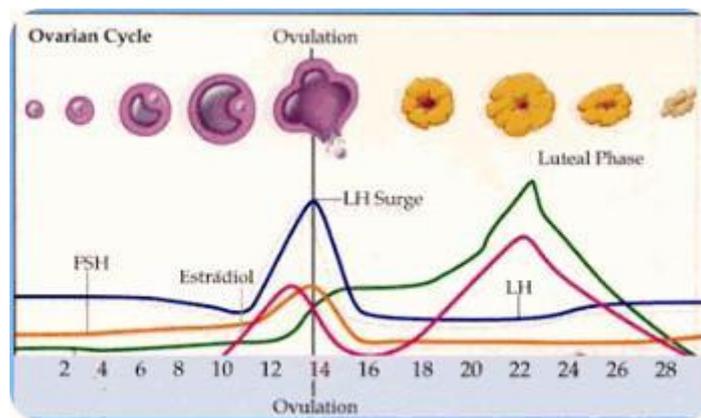
### Tasa de falla

Falla teórica o de uso perfecto 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

### ¿Cómo funciona el método del moco cervical?

Al inicio del ciclo, después de que el sangrado menstrual termina ó cesa, la mayoría de las mujeres no secretan moco cervical por uno o más días y la vagina se siente seca. Luego, aparece un poco de moco opaco, denso y pegajoso. A medida que se aproxima la ovulación y aumenta a su máximo la concentración de estrógeno en la sangre, el volumen del moco cervical aumenta y el moco se convierte en una sustancia transparente, escurridiza y elástica. Este moco nutre a los espermatozoides y les ayuda a desplazarse hacia el útero. Este período dura de dos a cuatro días 3 en la mayoría de las mujeres. Después de la ovulación, la progesterona inhibe la producción de moco cervical. El volumen del moco generalmente disminuye, y nuevamente éste se vuelve opaco, denso, pegajoso y, por lo tanto, menos penetrable para los espermatozoides



### Características de los Métodos Naturales

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por razones religiosas o filosóficas no deseen usar otros métodos.

- Útil para mujeres con ciclos regulares, entre 27 y 30 días.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Los periodos de abstinencia pueden ser prolongados
- Su eficacia puede ser afectada por factores externos, que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros).
- No previenen las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1.
- Para mayor protección es recomendable el uso del condón en parejas en riesgo.

#### **No lo deben usar:**

- Mujeres con menstruaciones irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.
- Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual, como por ejemplo personas con trastornos psiquiátricos

#### **Programación de seguimiento:**

- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los treinta días de iniciar el método y luego cada cuatro meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método y luego cada año para una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es recomendable que la pareja acuda cada año al establecimiento para evaluación integral de su salud.
- Es conveniente mencionar a la usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crea necesario.

#### **MELA**



El método de amenorrea de la lactancia (MELA) es un método de planificación familiar para las mujeres que amamantan; éste debe satisfacer los siguientes tres criterios:

1. La mujer debe estar en los primeros 6 meses después del parto.

2. La mujer debe estar amamantando totalmente o casi totalmente.

3. La mujer debe tener amenorrea (no tener sangrado menstrual). El sangrado que ocurre en los primeros 56 días después del parto no se considera sangrado menstrual.

Si una mujer está "amamantando totalmente o casi totalmente" y tiene amenorrea, este método anticonceptivo tiene una efectividad de un 98% durante los primeros 6 meses del postparto o hasta el primer período menstrual. El sangrado que ocurre durante los primeros 56 días (8 semanas) después del parto en una mujer que está amamantando no se considera menstruación porque este sangrado no es precedido por una ovulación.

Estar "amamantando totalmente o casi totalmente" significa amantar cada vez que lo pida el bebé, de ambas mamas, sin que pasen más de 4 horas entre dos alimentaciones durante el día, ni más de 6 horas durante la noche. Al bebé no debe dársele regularmente comida o líquido como sustituto de la leche materna.

Antes de que deje de satisfacerse alguno de los criterios para el MELA, se le debe ayudar a la mujer a seleccionar otro método de planificación familiar que esté disponible y que sea aceptable.

Si la mujer decide usar anticonceptivos orales, se le debe dar los paquetes de píldoras con anterioridad (mientras está todavía usando el MELA), para que así no haya ninguna tardanza en iniciar el nuevo método cuando lo necesite.

### **Mecanismo de acción**

Supresión de la ovulación ocasionada por el incremento de la hormona prolactina como consecuencia de la lactancia exclusiva.

### **Tasa de falla**

Dos embarazos por 100 mujeres, en los primeros seis meses post parto.

### **¿Cómo actúa el método de la amenorrea de la lactancia (MELA)?**

La succión frecuente disminuye la secreción de FLGn (factor liberador de gonadotropinas) del hipotálamo. Esto, a su vez, suprime la secreción de la hormona luteinizante (HL) del lóbulo anterior de la glándula pituitaria. Por lo tanto, no ocurre la elevación súbita de niveles de HL requerida para la ovulación

### **Programación de seguimiento:**

Es importante que las mujeres acudan al primer control a los cuarenta y cinco días para su control puerperal.

Posteriormente al cumplir los seis meses de post parto para orientarla en la elección de un método alternativo.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. *MINISTERIO DE SALUD Normas técnico del programa de planificación familiar.Perú.2005*

### **CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN**

1. *Explique los aspectos a considerar en la consejería a adolescentes,*
2. *Explique los aspectos a considerar en la consejería a mujeres en el climaterio*
3. *¿Cuáles son los métodos de abstinencia periodica?*
4. *¿Cómo se evita el embarazo con los métodos naturales?*
5. *¿Cuáles son los criterios para usar MELA?*