



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social



“Orientaciones prácticas para la atención en salud sexual y reproductiva a nivel comunitario”

EXTENSIÓN DE
COBERTURA *Rural*





“Orientaciones prácticas para la atención en salud sexual y reproductiva a nivel comunitario”

Coordinación:

Dr. Matías Villatoro Unidad de Extensión de Cobertura- MSPAS

Asistencia técnica, revisión y aprobación:

Dra. Ruth Bengoa de Yánes Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud Rural

Dr. Mario Morales Velado Fondo de Población de las Naciones Unidas

Lic. Lidia Hortensia Lemus Fondo de Población de las Naciones Unidas

Participantes en el proceso de validación y consulta para la elaboración – MSPAS:

Nivel Central	Unidad de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud Laboratorio Central
Región Occidental	Unidad Integral en Salud Mujer y la Niñez Unidad de Salud de Cuisnahuat
Región Paracentral	Unidad de Salud de Tacuba Supervisor de Extensión de Cobertura de la Región Paracentral.
Región Central	Unidad de Salud de Tecoluca Supervisora de Extensión de Cobertura de la Región Central. Equipo Móvil de La Libertad
Región Oriental	Unidad de Salud de La Palma Supervisor de Extensión de Cobertura de la Región Oriental. Unidad de Salud de Nueva Granada SIBASI de La Unión.

Consultoras:

Dra. Sofía Cecilia Villalta de Delgado.

Dra. Hilda Gladys Navarrete Marín, MSR.

Consultoras del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Indice

Introducción	4
Objetivo	5
Marco de referencia	5
Capítulo I. Salud Materno – Perinatal	9
Objetivos de la salud materno-perinatal	11
Requisitos para un Adecuado Control Prenatal.....	12
Cuadro No.1: Actividades a efectuar en el control prenatal durante la atención de la embarazada.....	13
Cuadro No. 2: Manejo de casos especiales durante el embarazo.....	15
Salud sexual durante el embarazo	21
Plan de parto.....	21
Cuadro No. 3: Acciones a realizar en la implementación del Plan de Parto en los diferentes ámbitos.....	22
Cuadro No. 4: Acciones a realizar al detectar una emergencia obstétrica	23
Atención en el puerperio.....	24
Atención del recién nacido	25
Cuadro No. 5: Manejo de casos especiales durante el puerperio.....	26
Anexos.....	28
Capítulo II. Prevención del Cáncer del Aparato Reproductor en la mujer.....	35
Cáncer cervico-uterino. Importancia de la toma de PAP	37
Toma de citología.....	37
Flujograma para el tamizaje de prevención del cáncer de cérvix ...	40
Cuadro No. 6: Conducta a seguir con base al reporte citológico según clasificación sistema BETHESTA	41
Cáncer de cérvix	42
Prevención de cáncer de mama	42
Detección precoz.....	43
Cuadro No. 7: Alternativas de Tamizaje.....	43
Técnicas de Auto-Examen	43
Capítulo III. Planificación familiar.....	49
Cuadro No. 8: Métodos de Planificación Familiar ofertados por el MSPAS.....	52
Métodos temporales.....	53
Anticonceptivos Hormonales	61
• Anticonceptivos hormonales orales.....	61
• Anticonceptivos inyectables combinados.....	62

• Anticonceptivos orales sólo de progestina.....	63
• Anticonceptivos inyectables sólo de progestina.....	64
• Anticonceptivo subdérmico sólo de progestina (implantes).....	65
• Dispositivos intrauterinos (DIU).....	67
Métodos de barrera.....	69
• Condón masculino y femenino.....	69
Métodos anticonceptivos permanentes.....	70
• Esterilización quirúrgica femenina.....	70
• Esterilización quirúrgica masculina.....	71
Anticoncepción en situaciones especiales.....	72
• Cuadro No. 9: Sinopsis de métodos a utilizar post-aborto.....	73
• Anticoncepción post parto.....	74
• Anticoncepción en la perimenopausia.....	75
• Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE).....	76
• Cuadro No. 10: Sinopsis dosis (PAE).....	77
Anexos.....	78
Capítulo IV. Atención de SSR en Adolescentes.....	89
Características Biopsico – Sociales de los Adolescentes.....	91
Manejo.....	92
Embarazo en Adolescentes.....	93
Anticoncepción en la Adolescencia.....	94
Capítulo V. Infecciones de Transmisión Sexual. VIH – SIDA.....	99
Abordaje Sindrómico del Paciente con ITS.....	102
Tratamiento de los Síndromes asociados a las ITS.....	103
Clasificación de las Infecciones de trasmisión sexual según el abordaje sindrómico.....	103
Capítulo VI. Climaterio.....	117
Definición de las fases del Climaterio.....	119
Cambios Secundarios al Climaterio y la Menopausia.....	120
Capítulo VII. Prevención de la Violencia de Género.....	123
Etiología.....	125
Tipos de Violencia.....	125
Diagnóstico.....	126
Manejo.....	129
Manejo de Casos Especiales.....	130
Flujograma para la Atención de una persona víctima de violencia.....	131
Anexos.....	132
Glosario.....	137
Bibliografía.....	141

Introducción

Un componente esencial de la vida de las personas, abordado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994, es la salud reproductiva, que es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia. En consonancia con lo anterior, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva.

El presente documento contiene **Orientaciones prácticas para la atención en salud sexual y reproductiva a nivel comunitario**, el cual está dirigido principalmente para médicos y enfermeras de los Equipos Móviles de Salud Rural, que implementan la estrategia de extensión de cobertura de servicios de salud en el ámbito comunitario, con el fin de facilitar el abordaje de las usuarias y usuarios de los servicios de salud en temas relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva incluyendo los componentes: salud materna, planificación familiar, salud sexual y reproductiva en los y las adolescentes, prevención y atención del climaterio, cáncer de cuello uterino y mama, ITS VIH-Sida y de violencia basada en género.

En el documento se ha sintetizado la información y lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en lo relacionado con las guías de atención de los diferentes componentes de la salud sexual y reproductiva. Contiene aspectos técnicos esenciales, así como flujogramas para facilitar la atención por los prestadores de servicios a nivel comunitario.

Este documento técnico pretende ser un apoyo en la prestación de servicios y se invita hacer uso del mismo por parte de los proveedores de salud.

Objetivo

Facilitar a los proveedores de servicios en salud del primer nivel de atención, un instrumento de consulta rápida que les facilite la aplicación de las normativas del Ministerio de Salud en la atención integral de la población en los componentes de Salud Sexual y Reproductiva.

Marco de Referencia

En el marco del plan de gobierno 2009-2014, y la Política de Salud “Construyendo la esperanza. Estrategias y recomendaciones en salud”, principalmente en su estrategia plasmada en el numeral 15: Salud sexual y reproductiva, la cual plantea “Establecer programas de información, educación sexual y atención en salud sexual y reproductiva orientados a los grupos de edad escolar, adolescentes, mujeres y hombres durante todo el ciclo vital” y que considera garantizar el derecho de la salud para toda la población salvadoreña a través de un sistema nacional de salud que establece el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, un ambiente sano y seguro, incluyendo la creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente de alta resolutivez y con acceso equitativo con servicio de calidad para todas las personas.

La conferencia mundial sobre población y desarrollo, Cairo, Egipto, 1994, planteó el enfoque de derechos, que establece que todos los seres humanos nacen con vida propia, dignidad, libres e iguales, con capacidad y libertad para ir construyendo su existencia en un proceso social continuo, con necesidades particulares en cada etapa de su desarrollo.

En El Salvador, *el derecho a la salud*, es un derecho humano inalienable, elevado a la categoría de bien público, según el artículo 65, de la constitución de la república. En este marco, están incluidos los relacionados con la salud sexual y reproductiva, que están contemplados en las leyes nacionales y tratados internacionales. Los Derechos Sexuales y Reproductivos se conceptualizan como “Aquellas facultades que garantizan que las personas vivan la

sexualidad en forma autónoma, plena, segura, equitativa, responsable y placentera; y la reproducción en forma voluntaria, responsable y sin riesgo”; y se describen a continuación:

- Derecho a la vida
- Derecho a la libertad y la seguridad de la persona
- Derecho al nivel más alto posible de salud
- Derecho a la planificación de la familia
- Derecho a contraer matrimonio y fundar una familia
- Derecho a la vida privada y a la vida en familia
- Derecho a los beneficios del adelanto científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimento científico
- Derecho a recibir e impartir información y a la libertad de pensamiento
- Derecho a la educación y a la información
- Derecho a la no discriminación por motivos de sexo
- Derecho a la no discriminación por motivos de edad
- Derecho a la libertad de reunión y a la participación política
- Derecho al empleo y a la seguridad social

Además se incluyen los derechos relacionados con la salud sexual

- Derecho a la intimidad sexual
- Derecho a la seguridad sexual
- Derecho al placer
- Derecho a una vida sexual libre de coacción y violencia.

En el marco de estos derechos se considera el principio de la equidad en todos sus aspectos, *siendo relevante el enfoque de equidad de género*, que plantea un abordaje de la realidad buscando la equidad e igualdad de oportunidades entre los hombres y las mujeres, considerando las condiciones económicas, políticas y sociales en que se desenvuelven.

El concepto de género se fundamenta en los roles de los hombres y las mujeres, de los niños y las niñas, construidos socialmente, en torno a las diferencias sexuales.

Significa, igual tratamiento de las mujeres y los hombres ante la ley y las políticas y el acceso a recursos y servicios, tomando en cuenta las necesidades específicas de cada persona de acuerdo a su edad, dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general. La equidad

de género significa imparcialidad y justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres y mujeres, y requiere de proyectos y programas para poner fin a las desigualdades existentes.

Para el efectivo cumplimiento del derecho a la salud con equidad de género se requiere un *enfoque de atención integral e integrada*, el cual considera que las intervenciones dirigidas a las personas deberán basarse en un abordaje biosicosocial, donde se les conciba como sujetos que tienen un cuerpo físico y una mente, que se encuentren interactuando dentro de un sistema social y natural. **Lo que implica además proporcionar servicios integrales de salud no solo para el motivo de consulta principal, sino que también para otros problemas asociados.**

Los servicios de Salud Reproductiva, deben considerar atenciones integrales que puedan dar respuesta al nuevo enfoque, estos elementos son básicos para los planes de acción a escala nacional e incorporan los diferentes componentes: educación sexual, atención perinatal (prenatal, parto, post parto), planificación familiar, infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH - Sida, cáncer del aparato reproductor femenino (cérvix, útero y mama), atención durante el climaterio; favoreciendo la detección, prevención y asistencia de la mujer en las diferentes etapas de su vida (adolescencia, edad fértil, durante la gestación, en los períodos intergenésicos y durante el climaterio), tomando como base la Atención Primaria en Salud.

Para el abordaje integral de la población a lo largo del ciclo de vida, se debe tomar en cuenta los diferentes ámbitos en los que se desenvuelve, tales como su familia y sus comunidades. Al interior de los cuales se debe garantizar la Participación Social y Comunitaria y la Contraloría Social, con la finalidad de mejorar las condiciones en todos los aspectos de la vida de las personas, haciendo énfasis en los relacionados con su salud y con su salud sexual y reproductiva.

A partir de lo anterior, considerando la máxima optimización de los recursos en función de las prioridades la atención en salud deberá tener en cuenta el *enfoque de riesgo*, que es la probabilidad o grado de peligro que tienen las personas de experimentar enfermedad, lesión o muerte.

Dicho enfoque se fundamenta a partir de causas potenciales de daños a la salud, identificando factores de riesgo, que son características, hechos o circunstancias que determinen la probabilidad de enfermar o morir.

Aplicado en la salud sexual y reproductiva de la mujer, considera la probabilidad de sufrir algún daño en su salud, ante la presencia de condiciones como: embarazo en edades extremas de la vida reproductiva, la ocurrencia de enfermedades crónicas degenerativas, alteraciones físicas, así como factores sociales y psicológicos que contribuyen a incrementar la morbilidad materna y perinatal.

La atención integral en salud con enfoque de riesgo, implica una necesidad de mayor cuidado de la mujer en su salud sexual reproductiva, de acuerdo a su riesgo, para lo cual se requiere tomar en cuenta los recursos y tecnologías existentes en los niveles y grados de complejidad que la atención requiera, tomando como base los pilares de la maternidad segura.

En este marco es trascendental que las personas proveedoras de servicios de atención integral durante el embarazo, parto, post parto y post aborto consideren el enfoque de riesgo como una estrategia de salud que conlleve un cambio individual, familiar, social y cultural, acorde con los derechos reproductivos de las personas.

A fin de que esta guía sirva de consulta rápida al personal de salud a nivel local y comunitario para la prestación de servicios de salud, se han sintetizado los principales aspectos técnicos normativos de atención para los diferentes componentes de la salud sexual y reproductiva, los cuales se detallan a continuación.

Capítulo I



Salud Materno Perinatal



La maternidad sin riesgo un tema de derechos humanos y justicia social. El embarazo es un estado que vuelve a la mujer más vulnerable, por lo cual se requiere cuidados especiales que aseguren un bienestar para ella y su hijo/a. Aproximadamente el 85% de los embarazos cursan con bajo riesgo y el 15 % restantes presentan un alto riesgo, que puede llevar a muertes maternas, que producen un gran impacto negativo a nivel socioeconómico para la familia y la comunidad.

Es una injusticia social que una mujer muera a causa del embarazo o el parto. Estas muertes tienen raíces en la falta de poder de decisión y desigualdad de acceso de las mujeres al trabajo, finanzas, educación, atención básica de la salud y otros. Estos factores preparan el terreno para una salud materna precaria aún antes de que ocurra el embarazo y la empeoran a la hora del embarazo y el parto.

Para lograr que la maternidad sea menos riesgosa, se requiere algo más que servicios de salud de buena calidad. Las mujeres deben tener autonomía en sus decisiones y se le deben garantizar sus derechos humanos, incluyendo sus derechos a servicios de buena calidad e información durante y después del embarazo y el parto.

Atención prenatal es el cuidado periódico y sistemático de la embarazada por personal de salud, para: vigilar la evolución de proceso de gestación; identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando corresponde; dar consejería; y lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre o para su hijo/a.

Objetivos de la salud materno-perinatal

1. Garantizar la atención integral con calidad y calidez, basada en el enfoque de derecho.
2. Detectar en la mujer enfermedades preexistentes.
3. Detectar y garantizar la atención integral durante el embarazo, parto y post parto, con énfasis en los cuidados obstétricos esenciales.
4. Fomentar el auto cuidado materno y nutrición.
5. Aumentar la participación de la familia en el acompañamiento, reconocimiento de complicaciones y la toma de decisiones.

6. Fortalecer la participación de la comunidad en la promoción del plan de parto.
7. Promover la prevención de infecciones inmunoprevenibles con énfasis en el manejo del tétano neonatal y el VIH entre otras.
8. Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
9. Proporcionar consejería sobre: cuidados personales, salud sexual, lactancia materna, prevención de la violencia hacia la mujer, garantizar el uso de un método de planificación familiar en el post parto y post aborto.
10. Fomentar el parto institucional.
11. Fomentar la participación y apoyo del hombre hacia la mujer durante el embarazo, parto, post parto y en el cuidado del R.N.

Requisitos para un Adecuado Control Prenatal.

- ***Precoz o temprano***, debe iniciar antes de las 12 semanas.
- ***Periódico o continuo***, la frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada. El número mínimo de controles prenatales, son 5 según norma del MSPAS.
- ***Completo e integral***, los contenidos del control prenatal deberán garantizar las acciones de información, educación, comunicación, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- ***Ampliación de la cobertura***, en la medida que el porcentaje de la población intervenida sea mayor del 80% o más, pudiendo causar impacto en las tasas de morbi - mortalidad materna y perinatal. (lo ideal sería atender el total de embarazadas).

Cuadro No.1: Actividades a efectuar en el control prenatal durante la atención de la embarazada

Actividades	Inscripción	Controles Subsecuentes			
		Antes de las 12 semanas	Primero Entre 20 y 22 semanas	Segundo Entre 25 y 27 semanas	Tercero Entre 31 y 33 semanas
Diagnóstico clínico de embarazo	X				
Utilización de tiras para la detección de la embarazada	X				
Cálculo de la Amenorrea	X	X	X	X	X
Medición del Peso	X	X	X	X	X
Historia Clínica	X	X	X	X	X
Examen Clínico General	X	X	X	X	X
Llenado de gráfica de Índice de masa corporal	X	X	X	X	X
Llenado de curva de ganancia ponderal, comparada con edad gestacional	X	X	X	X	X
Medición de la Presión Arterial	X	X	X	X	
Medición de la Talla	X				
Evaluación del crecimiento fetal (altura uterina)	(Tacto Vaginal)	X	X	X	
Llenado de curva de Altura Uterina, comparada con edad gestacional	X	X	X	X	X
Contenidos educativos (Importancia del CP, nutrición, cuidados personales, vivencia de la sexualidad, síntomas y signos de alarma durante el embarazo, parto y puerperio, lactancia materna, violencia Intrafamiliar, PF)	X	X	X	X	X
Suministro de hierro y ácido fólico	X	X	X	X	X
Diagnóstico del número de fetos			X	X	X

MSPAS / EXTENSIÓN DE COBERTURA RURAL

Actividades	Inscripción	Controles Subsecuentes			
		Antes de las 12 semanas	Primero Entre 20 y 22 semanas	Segundo Entre 25 y 27 semanas	Tercero Entre 31 y 33 semanas
Evaluación de riesgo*	X	X	X	X	X
Examen de mamas (preparación de pezón)	X	X	X	X	
Diagnóstico de vida fetal (depende de las semanas de gestación)		X	X	X	X
Diagnóstico de la presentación fetal				X	X
Examen General de orina**	X				
Detección de la Sífilis (V.D.R.L.)**	X		X		
Determinación de Hemoglobina**	X		X		
Investigación de VIH (previo consentimiento y consejería)**	X		X		
Determinación Tipo sanguíneo y Rh**	X				
Detección de la glucosa en ayunas**	X			X	
Vacunación con DT ***	X	X			
Examen Gineco – Obstétrico y toma de citología****	X				
Evaluación de la pelvis	X				X
Examen Odontológico	X		X		
Llenado de la ficha de Plan de Parto	X	X	X	X	X
Identificación de Síntomas y Signos de peligro	X	X	X	X	X
Verificar el cumplimiento de toma de exámenes según perfil prenatal		X		X	
Registrar datos en la HCPB y carnet materno	X	X	X	X	X

*En cualquier momento del embarazo, la mujer puede presentar síntomas y signos de complicaciones, que agraven su situación de embarazada.

**Ver Anexo I

*** Ver Anexo II

****Si le corresponde

Cuadro No. 2: Manejo de casos especiales durante el embarazo

Síntomas y Signos de Alarma	Diagnóstico	Manejo
<p>Tensión Arterial</p> <p>Tensión Arterial > de 140/90 ó Incrementos: sobre las presiones mayores o iguales a 30 mmHg. sobre las presiones basales conocidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diastólicos mayores o iguales a 15 mmHg sobre las presiones basales conocidas. • Incremento > de 4 lbs. en un mes • Presencia de edemas, cefalea, visión borrosa, epigastralgia y/o náuseas y vómitos. • Proteinuria • Convulsiones 	<p>Descartar</p> <ul style="list-style-type: none"> • En el primer trimestre del embarazo: Hipertensión Crónica • En el segundo y tercer trimestre del embarazo: Trastornos Hipertensivos en el Embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica y Examen Físico • Verificar: <ul style="list-style-type: none"> ◊ Incremento de peso. ◊ Presencia de edemas, visión borrosa y/o epigastralgia, cefalea. ◊ Tomar Proteínas en orina • Si hay disponibilidad aplicar LEV • Sulfato de Magnesio(Ver anexo IV): <ul style="list-style-type: none"> ◊ Dosis de impregnación: 4 gr. al 20% EV lento (15 – 20 min) ◊ Forma de preparar la dilución al 20%: Forma de preparar la dilución al 50% en 12 cc de agua destilada. • Luego cumplir dosis IM 5 gr. (50%) en cada glúteo. • Una vez aplicada la dosis de impregnación, trasladar a paciente a nivel correspondiente para manejo de trastornos hipertensivos durante el embarazo; • Se refiere a nivel correspondiente para verificar diagnóstico y proporcionar manejo adecuado
<ul style="list-style-type: none"> • Tensión Arterial < de 80/60 • Mareos, síncope, desmayos, • Náuseas, vómitos 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión Postural 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica y Examen Físico • Recomendaciones • Seguimiento periódico • Referir a nivel correspondiente para descartar hipotensión postural, verificar diagnóstico y proporcionar manejo adecuado.

Síntomas y Signos de Alarma	Diagnóstico	Manejo
<p>Peso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento > de 4 lbs. en un mes sin acompañamiento de otros síntoma 	<p>Descartar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Trastornos Hipertensivos durante el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica y Examen Físico • Verificar Tensión Arterial • Verificar presencia de Edemas • Indicar tipo de alimentación • Recomendaciones • Seguimiento periódico • Referencia a Nutricionista • Referencia a nivel correspondiente para verificar diagnóstico y manejo adecuado
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de peso • Náuseas y/o vómitos • Deshidratación • Cambios posturales de TA y Pulso 	<p>Descartar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiper Emésis Gravídica • Desnutrición Materna 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica y Examen Físico • Indicar mejorar alimentación • Suplementos vitamínicos • Alimentación suplementaria (si es posible) • Uso de antieméticos(Ver anexo IV): <ul style="list-style-type: none"> ◊ Dimenhidrinato 50 mg c/8h vía IM ◊ Metoclopramida: 10 mg c/8h IM • Seguimiento periódico • Referencia a Nutricionista • Si no mejora, referencia a nivel correspondiente para verificar diagnóstico y adecuado manejo.
<p>Temperatura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura > de 37.5° • Síntomas de vías urinarias • Síntomas de procesos infecciosos (faríngeos, oídos, abdominales, entre otros) 	<p>Descartar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso Infeccioso • Corioamionitis 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica y Examen Físico • Indicar EGO, Leucograma • Manejo según resultados de exámenes • Seguimiento periódico • Si no mejora, referencia para diagnóstico y manejo oportuno.

Síntomas y Signos de Alarma	Diagnóstico	Manejo
<p>Examen General de Orina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leucocituria asintomática • Sintomática: <ul style="list-style-type: none"> ◊ Disuria ◊ Dolor Lumbo – Pélvico ◊ Con o sin fiebre ◊ Sin Sangramiento Vaginal 	<p>Considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infección de Vías Urinarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica y Examen Físico • Indicar Urocultivo • Iniciar Antibiototerapia (Ver anexo IV): <ul style="list-style-type: none"> ◊ Amoxicilina: 500 mg c/8h/7 días ◊ Nitrofurantóina: 100 mg c/6h/7 días • Recomendaciones • Seguimiento periódico • Si no mejora, referencia al nivel correspondiente
<ul style="list-style-type: none"> • Proteinuria Asintomática • Síntomas de vías urinarias. 	<p>Considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos hipertensivos del embarazo • IVU 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Tensión Arterial • EGO • Seguimiento periódico
<p>Hemograma</p>		
<p>Hemoglobina < de 11 g/dl</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asintomática • Sintomática: mareos, debilidad, cefalea, palidez, disminución de peso 	<p>Considerar :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia fisiológica del embarazo • Anemia • Desnutrición 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica y Examen Físico • Indicar mejorar alimentación • Indicar suplementos vitamínicos • Alimentación suplementaria (si es posible) • Recomendaciones • Seguimiento periódico • Referencia a Nutricionista
<p>Paciente Rh (-)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asintomática 	<p>Considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incompatibilidad Rh 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica y Examen Físico • Antecedentes de embarazos previos • Verificar Tipoe y Rh de pareja
<p>Prueba VIH (+)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asintomática 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo en Persona VIH (+) 	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería Post prueba • Referencia al nivel correspondiente, para manejo y seguimiento adecuado • Seguimiento periódico • Garantizar parto hospitalario

Síntomas y Signos de Alarma	Diagnóstico	Manejo
<p>Glucosa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiperglicemia (Mayor o igual a 105 mg /dl), para su confirmación se repetirá dicha prueba, si la segunda determinación es mayor o igual a 105 mg/ dl se hace el diagnóstico de Diabetes Gestacional. En pacientes con las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Mujer mayor de 25 años • Antecedentes familiares de diabetes • Historia de diabetes gestacional, embarazos con bebés macrosómicos, o nacidos muertos. • Síntomas o signos de diabetes • Glucosa en orina 	<p>Descartar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Gestacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica y Examen Físico • Glicemia en ayunas • Glicemia post prandial • Referencia al nivel correspondiente, para manejo y seguimiento adecuado
<p>Hipoglicemia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sintomática: desmayos, falta de orientación, falta de concentración, pérdida de la memoria, miedo, cambios en las emociones, irritabilidad, cansancio, trastorno del sueño, gastritis 	<p>Descartar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipoglicemia reactiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica y Examen Físico • Glicemia en ayunas • Referencia al nivel correspondiente, para manejo y seguimiento adecuado • Seguimiento periódico
<p>Hallazgos durante el embarazo</p> <p>Hemorragia Transvaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor Lumbo – pélvico • Salida de restos placentarios ó como gajos de uva 	<p>Descartar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amenaza de Aborto • Aborto incompleto • Mola hidatiforme • Placenta Previa • Abrupecio de Placenta 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica y Examen físico • Verificar viabilidad fetal • Indicar EGO para descartar IVU • Verificar si hubo traumatismo • Referencia al nivel correspondiente para manejo adecuado • Seguimiento al cumplimiento de la referencia

Síntomas y Signos de Alarma	Diagnóstico	Manejo
<ul style="list-style-type: none"> • Salida de líquido transvagina • Dolor Lumbo - pélvico 	Descartar: <ul style="list-style-type: none"> • Aborto Inevitable • Ruptura Prematura de Membranas 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica y Examen físico • Verificar viabilidad fetal • Referencia al nivel correspondiente para diagnóstico y manejo adecuado
<ul style="list-style-type: none"> • No incremento del crecimiento uterino 	Descartar: <ul style="list-style-type: none"> • Aborto Fallido • RCIU • Óbito Fetal 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica y Examen físico • Verificar viabilidad fetal • Referencia al nivel correspondiente para Dx y manejo adecuado
<ul style="list-style-type: none"> • Incremento del crecimiento uterino mayor de lo normal 	Descartar : <ul style="list-style-type: none"> • Mola Hidatidiforme • Embarazo Gemelar • Macrosómico • Diabetes Gestacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica y Examen físico • Verificar tiempo de embarazo • Referencia al 2do. Nivel para USG • Glicemia en ayunas
Secreción vaginal: <ul style="list-style-type: none"> • Leucorrea con características específicas • Prurito vaginal • Ardor • Disuria • Dispareunia 	Considerar: <ul style="list-style-type: none"> • Cervicitis • Vulvo vaginitis • Ruptura prematura de membranas 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica y Examen físico • Examen Ginecológico • EGO • Examen Directo de secreción • Antibióticoterapia • Cremas vaginales
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de Movimientos Fetales 	Descartar: <ul style="list-style-type: none"> • Sufriamiento Fetal Agudo • Óbito Fetal 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica y Examen Físico • Verificar tiempo de embarazo • Verificar Viabilidad fetal • Referencia a nivel correspondiente para USG, verificar diagnóstico y manejo adecuado

Síntomas y Signos de Alarma	Diagnóstico	Manejo
<ul style="list-style-type: none"> Alteración en la FCF 	Considerar: <ul style="list-style-type: none"> Sufrimiento Fetal Agudo 	<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica y Examen Físico Verificar tiempo de embarazo Verificar viabilidad fetal Referencia a nivel correspondiente para USG, verificar Diagnóstico y proporcionar manejo adecuado
<ul style="list-style-type: none"> Dolores Lumbo pélvicos equivalentes a Contracciones uterinas Cambios a nivel cervical 	Descartar: <ul style="list-style-type: none"> Amenaza de Parto Prematuro Inicio de Trabajo de Parto 	<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica y Examen Físico Verificar Tiempo de Embarazo Si es posible LEV Salbutamol(Ver anexo IV) 2 – 4 mg c/6 – 8h Referencia al nivel correspondiente, para diagnóstico y manejo adecuado
Hallazgos de Consulta al final del Embarazo		
<ul style="list-style-type: none"> No inicio de trabajo de parto con Embarazo > 41 semanas 	Considerar: <ul style="list-style-type: none"> Error en el fechado del embarazo Embarazo Prolongado 	<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica y Examen Físico Verificar Tiempo de embarazo Verificar viabilidad fetal Verificar signos vitales Verificar vía de partos previos Referencia al nivel correspondiente, para diagnóstico y manejo adecuado
<ul style="list-style-type: none"> Dolores Lumbo – Pélvicos (Contracciones uterinas periódicas) con Embarazo de término 	Considerar: <ul style="list-style-type: none"> Inicio de Trabajo de Parto Parto Inminente 	
<ul style="list-style-type: none"> Detención del trabajo de parto 	Considerar: <ul style="list-style-type: none"> Prolongación del segundo período 	
<ul style="list-style-type: none"> Salida de líquido transvaginal > de 12 horas de evolución 	Considerar: <ul style="list-style-type: none"> Ruptura Prematura de Membranas Si hay fiebre descartar: Corioamionitis 	

Salud Sexual durante el Embarazo

Las embarazadas y sus parejas deben tener un ejercicio sano y responsable de la sexualidad durante el embarazo.

Toda embarazada debe conocer aspectos higiénicos para la actividad sexual por ejemplo lavado de manos antes y después del coito, realización del mismo con mutuo consentimiento, evitando relaciones forzadas o violentas, posiciones riesgosas, compresión del abdomen en el coito a partir del cuarto mes y disminuir la frecuencia de las relaciones coitales en el último mes de embarazo. Utilizar el uso profiláctico del preservativo, previa consejería, en procesos infecciosos del área genital de la embarazada y/o de su pareja.

Toda embarazada debe evitar relaciones sexuales coitales:

- Durante una amenaza de aborto.
- Sangrado vaginal.
- Amenaza de parto prematuro.
- Ruptura prematura de membranas.
- Procesos infecciosos. (ITS, Vaginitis)

Plan de Parto

El personal de Salud que identifique a una mujer embarazada y realice la inscripción de la misma debe elaborar el Plan de parto, (Ver anexo II), las acciones a realizarse son:

- Iniciar de forma temprana de preferencia antes de las 12 semanas. Sin embargo, de no ser esto posible, debe implementarse en cualquier momento del embarazo (independientemente su edad gestacional), parto o posparto.
- Es importante señalar, que en el área rural donde exista Promotor de Salud, éste será el responsable de facilitar la operativización de la Estrategia;
- En el área urbana, periurbana y rural donde no se cuente con Promotor de Salud, el responsable será asignado por el (la) Director(a) de la Unidad de Salud, sugiriendo al Coordinador(a) del Programa Materno, quienes diseñarán los mecanismos adecuados para el involucramiento y la participación activa de la familia y la comunidad cercana a la mujer embarazada.
- Es importante mantener al día el censo de las embarazadas en coordinación con los promotores de salud.
- Realizar Visita Domiciliar a mujeres embarazadas faltistas de control, detección de riesgo, renuencia a atención médica.

Cuadro No. 3: Acciones a realizar en la implementación del Plan de Parto en los diferentes ámbitos

Comunidad	Establecimiento de Salud
<ul style="list-style-type: none"> • Promoción sobre aspectos importantes, como: el auto cuidado, la prevención de enfermedades, el desarrollo del embarazo: Alimentación adecuada, ejercicio físico, micronutrientes necesarios, Vacunación, síntomas y signos de complicaciones durante el embarazo, parto y post parto, planificación familiar, lactancia materna, señales de inicio del trabajo de parto. • Conciliar a la pareja, en el cuidado y quehaceres del hogar en el transcurso del embarazo, mientras dure su hospitalización durante el parto y en el post parto. • Conciliar sobre la responsabilidad de las mujeres embarazadas: • Inscribirse (idealmente) antes de las 12 semanas de embarazo y asistir puntualmente a sus controles prenatales. • Identificar y decidir en qué hospital verificará el parto, • Cuidar y portar permanentemente la ficha de plan de parto y carnet materno. • Establecer comunicación con su pareja y su familia (padres, suegra, abuela, hermana), los actores sociales de su comunidad identificados, el Promotor de Salud y el establecimiento de salud, para organizar el transporte de emergencia al lugar donde verificará parto o se le atenderá una complicación obstétrica. • Identificar las personas o instituciones en la comunidad que cuentan con vehículo. • Generar los recursos financieros (ahorro para el momento del Parto). • Identificar y establecer comunicación con las personas que pueden colaborar con el cuidado de sus hijos y de su hogar durante su hospitalización. • Estar pendiente de la fecha probable del parto, para buscar alojamiento cercano al hospital o en el Hogar de Espera Materna (si éste existe) dos semanas previas si fuera necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llenar conjuntamente con la embarazada y entregar Ficha Plan de Parto más carnet materno a la interesada (Ver anexo II), en cada control prenatal. • Mantener actualizado el libro de control de embarazadas de su área geográfica de influencia. • Coordinar con el Promotor de Salud y comunidad la organización y capacitación de la red social para la implementación de la Estrategia. • Brindar promoción y educación a la embarazada, familia y comunidad • Recibir y dar seguimiento a las referencias del Promotor de Salud. • Fortalecer mecanismos de coordinación y comunicación con el Hogar de Espera Materna y el hospital de referencia. • Verificar el compromiso de la embarazada y su familia con las personas de la comunidad que pueden transportarla al hospital • Elaborar y actualizar el mapa de riesgo del área geográfica de influencia. • En caso de tener una embarazada que no corresponde a la población de responsabilidad de la unidad, se coordinará con la unidad de salud del área geográfica de influencia del domicilio (de la embarazada) para hacerles participar en el seguimiento de la usuaria. <p>Ante la presencia de emergencia obstétrica o inicio de trabajo de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una evaluación clínica completa de la embarazada. • Registrar en la Ficha Plan de Parto. • Elaborar referencia hacia el hospital donde ha decidido la gestante ser atendida. • Activar la red de transporte de la embarazada y que un familiar lo acompañe al hospital hasta su ingreso. • En caso de contar con transporte institucional, se facilitará a la usuaria su traslado al hospital. • En casos excepcionales de parto extrahospitalario, se evaluará y estabilizará a la mujer y su recién nacido, previamente a su referencia al centro hospitalario y se coordinará con la red de transporte comunitario para su traslado. • En caso de alguna complicación obstétrica, la usuaria se hará acompañar por un miembro del equipo de salud.

Cuadro No. 4: Acciones a realizar al detectar una emergencia obstétrica

<p>1. Asegúrese de mantener la vía aérea permeable</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar si la paciente tiene prótesis dental o cualquier otro contenido en la boca y retirarlos • Colocar un baja lengua si hay compromiso de conciencia
<p>2. Evalúe severidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado de conciencia • Funciones vitales: Piel • Bienestar fetal • Dinámica uterina 	<p>La presencia de compromiso de conciencia, sudoración fría, palidez y frialdad de piel son signos que sugieren hipotensión</p> <p>En casos no severos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buscar ortostatismo: tomando la presión arterial (PA) y el pulso en decúbito dorsal y luego sentada. Si hay caída del valor de la presión arterial o aumento en el pulso sugiere hipovolemia. • Ver bienestar fetal auscultando frecuencia cardíaca fetal (normal entre 120 a 160 por minuto). Una caída de la frecuencia cardíaca post contracción de más de 20 por minuto de la frecuencia basal, debe ser considerado signo de alerta de SUFRIMIENTO FETAL y debe ser manejado en un establecimiento con capacidad resolutive. • Ver presencia de dinámica uterina que indique inicio de trabajo de parto.
<p>3. Simultáneamente colocar vía endovenosa (venoclisis)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De ser posible canalizar vena • Si el sangrando es muy abundante, es preferible canalizar dos vías
<p>4. Evaluar cual va a ser la mejor posición para colocar a la paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La posición de Trendelenburg (pies elevados en relación con el dorso) es muy adecuada para casos de hipovolemia. • La posición mahometana (paciente arrodillada con el cuerpo pegado a la cama) es adecuada en caso de prolapso de cordón. • La posición en decúbito lateral y semi – sentada en el resto de emergencias
<p>5. Atención de Parto en caso de que éste sea inminente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de parto • Atención del Recién nacido • Atención post parto inmediato • Garantizar el traslado de manera oportuna y en las mejores condiciones • Garantizar una fuente de calor(frazadas o bolsas de agua caliente) para la atención del Recién Nacido si el parto se verifica durante el traslado • Garantizar el masaje uterino durante el traslado
<p>6. De no tener capacidad resolutive transferir rápidamente a un establecimiento donde pueda realizarse el manejo definitivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando más rápido se solucione la emergencia mejor va a ser el pronóstico • El manejo final de la patología obstétrica debe ser realizado en establecimiento con capacidad resolutive para la patología • Idealmente los que tienen capacidad quirúrgicas las 24 horas • Para cualquier transferencia asegúrese que la paciente sea acompañada por un familiar y un miembro del personal de salud.

Atención en el puerperio

Puerperio se define como el periodo después del parto y se divide en 3 ciclos o etapas que son:

- **Inmediato:** comprende las primeras 24 horas después del parto.
- **Mediato o temprano:** desde el segundo al décimo día posterior al parto.
- **Tardío:** comprende desde el onceavo día a los 42 días posteriores al parto.

Aspectos a considerar en el control puerperal.

Durante el puerperio se pueden presentar alternaciones que deberán ser detectadas oportunamente, a fin de evitar cualquier complicación que pueden conducir hasta una muerte materna; por lo cual se requiere la evaluación acuciosa por el médico o enfermera del primer nivel de atención.

El control puerperal deberá incluir:

- **Historia Clínica:** Tipo de parto (Distócico, eutócico), indagar si se presentó alguna complicación durante el parto, Ruptura Prematura de Membranas, sangramiento transvaginal, proceso febril, trastornos hipertensivos del embarazo.
- **Examen físico:** incluir la evaluación de genitales y examen de mamas.
- **Consejería orientada a:**
 - ◊ Alimentación de la madre y su recién nacido/a
 - ◊ Importancia de la Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros seis meses
 - ◊ Cuidado de mamas
 - ◊ Cuidado del recién nacido/a y estimulación temprana
 - ◊ Ejercicio durante el puerperio
 - ◊ Inicio de relaciones sexuales
 - ◊ Uso de métodos de planificación familiar
 - ◊ Cuidado de higiene y descanso
 - ◊ Reconocimiento de signos y síntomas de alarmas
 - ◊ Importancia del control post-parto y control del recién nacido/a
 - ◊ Uso de medicamento en base a prescripción médica
 - ◊ El nivel de riesgo reproductivo en el que se encuentra
 - ◊ Manejo psico – afectivo del puerperio

Acciones a Desarrollar para la implementación del Plan de Parto, por Personal de Salud en el Post Parto

- Cumplir con lo establecido en la Norma de Atención post parto.
- Notificar al promotor de salud o a la red social para el seguimiento respectivo.

- Brindar consejería a la mujer y familia sobre alimentación, higiene y signos de complicaciones puerperales, así como el registro del recién nacido a la Alcaldía.
- Si hay complicación puerperal, solicitar a un familiar que notifique y active red social para el traslado al hospital si fuera necesario.
- Promover control puerperal y la inscripción infantil en los primeros 8 días.

Abordaje de la Salud Sexual durante el Puerperio. Toda puérpera en su control post-parto debe conocer sobre el ejercicio de su sexualidad con su pareja abordándose con confidencialidad y privacidad.

Toda puérpera deberá evitar relaciones sexuales antes de los 40 días posteriores al parto para prevenir infecciones u otros tipos de riesgos. Debe darse consejería sobre:

- Métodos de planificación familiar posterior al parto.
- Problemas psicológicos como depresión post-parto.
- Problemas físicos relacionados a disminución de lubricación vaginal.
- Cuidados de Episiotomía,
- Dispareunia
- Alteraciones del Deseo Sexual.
- Inicio y frecuencia del acto sexual con mutuo consentimiento.

Atención del recién nacido.

Si durante el desarrollo de la visita domiciliar, brigada médica o en el establecimiento de salud de primer nivel de atención, se detecta un recién nacido, las acciones a realizarse comprenden:

- ***Inscripción*** de atención integral al/la menor de 8 días (según Guía de Atención del Menor de 5 años, en el capítulo de Atención del Recién Nacido)
- ***Llenado completo*** de hoja de inscripción
 - ◊ Historia clínica completa: antecedentes maternos, del parto y del recién nacido, verificación de inmunización, Identificación y clasificación del Recién Nacido, según signos de enfermedad muy grave.
 - ◊ Diagnóstico clínico y nutricional.
 - ◊ Conducta a seguir según diagnóstico.
 - ◊ Referencia al nivel correspondiente si el caso lo amerita.
- ***Realización del tamizaje neonatal***

Cuadro No. 5: Manejo de casos especiales durante el puerperio

Síntomas y Signos de Alarma	Diagnóstico	Manejo
Post Parto Inmediato		
<ul style="list-style-type: none"> Hemorragia post parto 	<p>Considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Retención de Placenta Atonía Uterina 	<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica y Examen Físico Masaje Uterino Líquidos Endovenosos (si hay disponible) Referencia al nivel correspondiente, para diagnóstico y manejo adecuado
<ul style="list-style-type: none"> Temperatura > 37.5° Dolor pélvico Hemorragia transvaginal fétida 	<p>Considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mastitis 	<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica y Examen Físico Verificar estado de mamas Antibiototerapia de amplio espectro(Ver anexo IV): <ul style="list-style-type: none"> Pen procainica 800 mgr c/d por 7 días Amoxicilina 500 mgr. c/8 h por 7 a 10 días Medidas generales (compresas frías en mamas) <ul style="list-style-type: none"> No suspender la lactancia con la mama sana Extracción de la leche materna de la mama afectada. Seguimiento periódico Si no mejora, referencia al nivel correspondiente, para diagnóstico y manejo adecuado
Post Parto Mediato y Tardío		
<p>Tensión Arterial > de 140/90 ó Incrementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sistólicos mayores o iguales a 30 mmHg, sobre las presiones basales conocidas. Diastólicos mayores o iguales a 15 mmHg sobre las presiones basales conocidas. 	<p>Considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Trastornos Hipertensivos en el post parto Hipertensión arterial crónica 	<ul style="list-style-type: none"> Historia Clínica y Examen Físico Verificar incremento de peso. Presencia de edemas, visión borrosa y/o epigastralgia Tomar Proteínas en orina Referir a nivel correspondiente para verificar diagnóstico y proporcionar manejo adecuado

Síntomas y Signos de Alarma	Diagnóstico	Manejo
Disminución de la Tensión Arterial <ul style="list-style-type: none"> • Tensión Arterial < de 80/60 • Sangramiento transvaginal mayor que regla 	Considerar: <ul style="list-style-type: none"> • Shock Hipo – volémico • Hemorragia post parto 	Historia Clínica y Examen Físico <ul style="list-style-type: none"> • Verificar estado uterino • Masaje uterino • Líquidos Endovenosos (Si es posible) • Uso de Oxitócicos (si es posible) • Referir a nivel correspondiente para verificar diagnóstico y proporcionar manejo adecuado
<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura > 37.5° • Dolor pélvico • Hemorragia transvaginal fétida • Expulsión de restos placentarios 	Considerar: <ul style="list-style-type: none"> • Infección Puerperal 	Historia Clínica y Examen Físico <ul style="list-style-type: none"> • Verificar estado de mamas • Masaje Uterino • Líquidos Endovenosos (si hay disponible) • Referencia al nivel correspondiente, para diagnóstico y manejo adecuado
<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura > 37.5° • Calor, rubor, dolor mamario • Secreción purulenta por el pezón 	Considerar: <ul style="list-style-type: none"> • Mastitis 	Historia Clínica y Examen Físico <ul style="list-style-type: none"> • Verificar estado de mamas • Antibiototerapia de amplio espectro(Ver anexo IV): <ul style="list-style-type: none"> ◊ Amoxicilina 500 mgr. c/8 h por 7 a 10 días ◊ Medidas generales (compresas frías en mamas) • Mantener la lactancia materna o extraer la leche manualmente • Seguimiento periódico • Si no mejora, referencia al nivel correspondiente, para diagnóstico y manejo adecuado

Anexo I

Parámetros normales de laboratorio esperados en una embarazada

Examen	No Gestante	Gestante
Hematocrito	37 – 47 %	33 – 44 %
Hemoglobina	12 – 16 g/dl	11 – 14 g/dl
Glucosa en ayunas	75 – 115 mg/dl	60 – 105 mg/dl
Leucocituria	< 10 L/c	< 10 L/c
Proteinuria	>30 mg/dl	>30 mg/dl
VDRL	No reactivo	No reactivo
VIH	(-)	(-)
Toma de Citología (en el momento de la inscripción hasta la semana 32)	ver lectura de citología	ver lectura de citología

Anexo II

Esquema de Vacunación con Toxoide Tetánico

Dosis	Momento de Aplicación
Primera	Al primer contacto con la mujer en edad fértil o a la primera visita prenatal 0.5 cc IM zona deltoidea.
Segunda	4 semanas después de la primera.
Tercera	6 a 12 meses después de la segunda ó durante el embarazo siguiente.
Cuarta	1 a 5 años después de la tercera dosis ó durante el embarazo siguiente.
Quinta	10 años después de la cuarta dosis.

Anexo III

Plan de parto

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
UNIDAD DE SALUD COMUNITARIA**

FICHA DE PLAN DE PARTO
Paso a paso hacia una Maternidad Segura

Nombres y apellidos de la embarazada _____

Edad _____ años Teléfono(casa / Cel.): _____

Dirección (anote un punto de referencia) _____

Caserío, Cantón (Colonia, Barrio): _____

Establecimiento de Salud _____



Fecha de inicio del Plan de parto: _____



Nombre de la persona que lo inicia: _____



Se anotará en cada casilla (+) si lo tiene o lo hace y reforzar educación por el PS y (-) se la respuesta es negativa.



Fecha	Control Prenatal a tiempo obstétricas	Complicaciones	Alimentación adecuada	Está tomando el hierro con Ácido fólico	Firma

SEÑALES DE COMPLICACIONES DEL EMBARAZO



Dolor en la boca del estómago que se extiende a la espalda  **El niño se mueve menos o no se mueve** 



Salida de sangre o agua por la vagina  **Fiebre o escalofríos, ardor y dolor al orinar** 

Dolor de cabeza fuerte y continuo  **Dolores de parto antes de la fecha del parto** 



Pérdida momentánea de la visión, ve luces o borroso  **Convulsiones o ataques** 



SEÑALES DE COMPLICACIONES ANTES O DURANTE EL PARTO

El niño viene en mala posición  **Sangrado abundante durante el parto** 

La placenta no se desprende después de 20 minutos  **Pérdida momentánea de la visión, ve luces o borroso** 

SEÑALES DE COMPLICACIONES DESPUÉS DEL PARTO

La hemorragia no se detiene después del parto  **Pérdida momentánea de la visión, ve luces o borroso** 

Convulsión o ataques  **Fiebre o escalofríos, ardor y dolor al orinar** 

Fecha de última menstruación	
Día	Año
Fecha probable de mi parto	
Día	Año

Grupo Sanguíneo:

Rh: + -

Cesárea previa:
SI NO

Hospital en el que planea que le atiendan su parto:

Persona que la acompañará para la atención del parto:

Tiene dinero ahorrado para la atención del parto
Si la respuesta es No SI NO

¿Que hará usted y su familia para conseguir dinero?

Si el hospital le queda lejos, ¿piensa salir de su comunidad antes del parto? SI NO

¿A dónde iría? Familia Amigos Hogar de Espera Materna
Dirección

Persona que transportará a embarazada

Teléfono de la persona que transportará a embarazada:

¿Quién cuidará a los hijos? Esposo Mamá o Suegra Amigos, Parientes o Vecinos

SIGNOS DE PELIGRO EN EL RECIÉN NACIDO



Si tiene fiebre o está heladito



Si se pone amarillo



Si no puede agarrar el pecho



Si respira como cansadito



Si el ombligo está rojo y le sale pus

CUIDOS DEL RECIÉN NACIDO



Bañe diariamente el bebé sin mojarle el ombligo hasta que lo bota



Cure a diario el ombligo del bebé con alcohol al 70



Manténgalo abrigado y calentito



Déle solo leche materna. No le de otros líquidos, ni siquiera agua



Para que crezca saludable debe inscribirse en el Unidad de Salud

Anexo IV

Medicamentos en el embarazo según categorías

CATEGORIA A

- Estudios controlados no demuestran riesgo al feto.

CATEGORÍA B

- No hay evidencia de riesgo en humanos.
- Estudios en modelo animal no demuestran riesgo para el feto
- No hay estudios controlados en humanos.
- Estudios en animal demuestran efectos adversos pero no hay estudios controlados en humanos.

CATEGORIA C

- No se puede excluir el riesgo.
- Estudios en animales demuestran efectos adversos pero no estudios controlados en humanos
- No existen estudios en animales o humanos.
- Estos medicamentos deben ser administrados sólo si el beneficio potencial justifica el riesgo potencial al feto.

CATEGORIA D

- Existe evidencia positiva de riesgo al feto, pero los beneficios a la embarazada son aceptables a pesar del riesgo.
- Estos medicamentos son utilizados para combatir estados de vida o muerte o para enfermedades graves en donde otro medicamento más seguro no es utilizable o es inefectivo.

CATEGORIA X

- Estudios en animales o en humanos han demostrado daño al feto y el riesgo de utilizar el medicamento supera cualquier beneficio posible.

Anexo V

Tabla de medicamentos según categoría

Medicamento	Categoría	Medicamento	Categoría
Penicilina g	B	Prednisona	B
Ampicilina	B	Prednisolona	B
Amoxicilina	B	Dexametasona	C
Dicloxacilina	B	Betametasona	C
Carbenicilina	B	Cortisona	D
Meticilina	B	Gentamicina	C
Cefaclor	B	Amikacina	C
Cefadroxil	B	Neomicina	C
Cefamandol	B	Tobramicina	D
Cefalotina	B	Espectinomicina	B
Cefoperazone	B	Kanamicina	D
Cefotaxime	B	Estreptomina	D
Cefoxitin	B	Clortetraciclina	D
Ceftriaxona	B	Oxitetraciclina	D
Cefuroxime	B	Doxiciclina	D
Cefalexina	B	Minociclina	D
Moxalactam	C	Tetraciclina	D
Vancomicina	C	Metronidazol	B
Poliximina b	B	Cloramfenicol	C
Eritromicina	B	Clindamicina	B
Lincomicina	B	Sulfonamidas	B
AC. Nalídixico	B	Cerca del término	D
Norfloxacina	C	Trimetoprim	B
Ciprofloxacina	C	Furazolidona	C
Etambutol	B	Acido mandelico	C
Isoniacida	C	Fenazopiridina	B
Rifampicin	C	Nitrofurantoina	B
Aspirina	C	Clotrimazole	B
En tercer trimestre	D	Anfotericina B	B
Ibuprofen	B	Griseofulvina	C
En tercer trimestre	D	Nistatina	B
Indometacina	B	Cloroquina	C
En tercer trimestre	D	Primaquina	C
Oxifenbutazona	D	Pirimetamina	C
Fenilbutazona	D	Isoproterenol	C
Sulindac	B	Fenoterol	B
Fenacetina	B	Coumadin	D
Acetaminofen	B	Heparina	C
Ritodrine	B	Atropina	C
Albuterol	C	Dopamina	C
Teofilina	C	Dobutamina	C
Diazepán	D	Cimetidina	B
Lorazepán	C		
Promacina	C		

Tabla de medicamentos según categoría

Medicamento	Categoría	Medicamento	Categoría
Cloropromacina	C	Ranitidina	B
Clordiazepoxido	D	Hiperalimentación Parenteral	C
Meprobamato	D	Ácido Fólico	A
Meperidina	B	Piridoxina	A
Uso prolon. A termino	D		
Nalorfina	D	Multivitaminas	A
Etanol	D	Vitamina A	A
Litio	D	Vitamina B12	A
Amobarbital	D	Vitamina C	A
Clomifeno	X	Vitamina D	A
Colestiramina	C	Vitamina E	A
Aciclovir	C	Fenobarbital	D
Probenecid	B	Fenitoina	D
Metotrexate	D	Carbamacepina	C
Insulina	B	Primidona	D
Ioduro de Potasio	D	Clonacepám	C
Codeína	C	Trimetadiona	D
Propanolol	C	Acido valproico	D
Nifedipina	C	Propiltiouracilo	D
Hidralazina	C	Clorpropamida	D
Diazóxido	C	Tolbutamida	D
Metildopa	C	Levotironina	A
Sulfato de Magnesio	B	Doxilamine	B
Digital	C	Clorfeniramina	B
Clorotiazida	D	Bromfeniramina	C
Espironolactona	D	Buclizine	C
Furosemide	C	Dimenhidrinato	B
Prometacina	C	Noretinodrel	D
Estradiol	X	Pirerazina	B
Estrógenos conjugados	X	Anticonceptivos Orales	X
Etinil estradiol	X	Norgestrel	D
Hidroxi-Progesterona	D	Noretindrona	D
Medroxi-Progesterona	D	Pamdato de Pirantel	C
Difenoxlato	C	Belladona	C
Paregórico	B	Aceite mineral	C

Notas:

Capítulo II

Cuello Uterino normal



Células cervicales normales



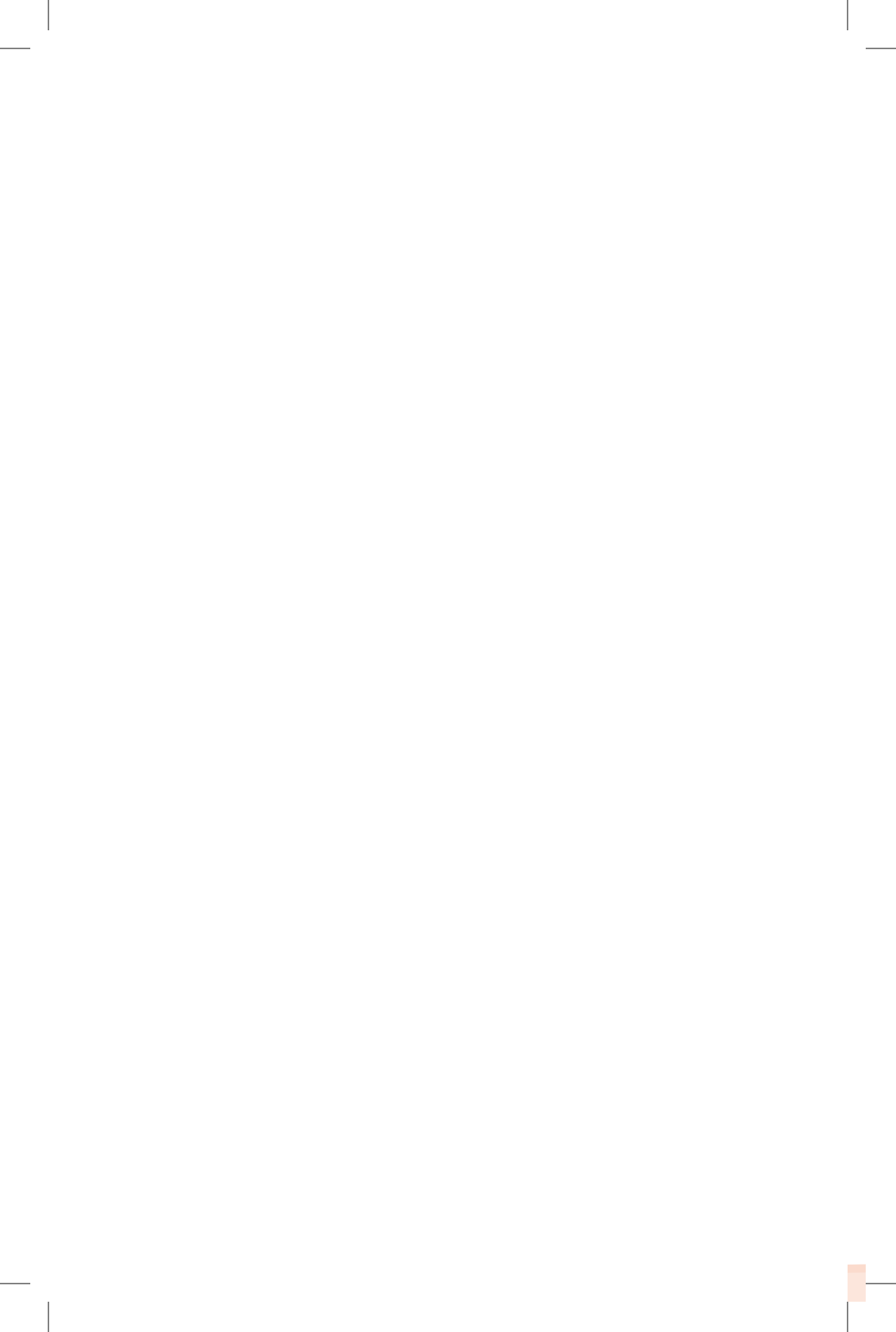
Displasia cervical



*Células cervicales
Cancerosas o pre-cancerosas*



Prevención del Cáncer del Aparato Reproductor



Cáncer Cervico-Uterino/ Importancia de la Toma del PAP

El cáncer cervico-uterino tiene enormes repercusiones para las mujeres de todo el mundo, con énfasis en los países en desarrollo como el nuestro. La causa sub-yacente primaria más frecuente es el virus del papiloma humano, una infección de transmisión sexual común. El éxito en la lucha contra este tipo de cáncer son las pruebas de tamizaje efectivas y los sistemas de derivación para el diagnóstico y tratamiento.

Por lo que en los servicios de atención de salud sexual y reproductiva debe de tomarse en cuenta programas de detección precoz, así como un sistema integrado de registro y vigilancia epidemiológica de los casos con lesiones pre – invasivas, sospechosas o con cáncer de cérvix, que permita la toma de decisiones a nivel local, regional, nacional.

Toma de Citología

La prueba de tamizaje recomendada por el MSPAS es la toma de Citología, también denominada prueba de Papanicolaou (PAP), frotis de Papanicolaou y frotis cervicouterino, la cual detecta células anómalas en una muestra tomada del cuello uterino permitiendo ofrecer tratamiento ambulatorio apropiado y eficaz para las lesiones precancerosas. Independientemente de la prueba de tamizaje usada, este se vinculará al tratamiento para garantizar la eficacia del programa.

Es importante bajo este contexto tener claro cuál es el procedimiento o técnica adecuada para realizar la toma de citología, sin embargo antes de realizarse deben de tenerse en cuenta estas recomendaciones:

- La realización del PAP **no debe ser una experiencia** desagradable o dolorosa.
- Asegúrese de explicar claramente la importancia del procedimiento y los pasos a seguir.
- Previo al examen la paciente **no debe: tener relaciones sexuales, efectuarse duchas vaginales o utilizar óvulos o cremas vaginales en las 24 horas previas a la toma del examen.**
- Preferentemente será tomada en período sin menstruación.
- Se tomará la citología Cérvico-uterino **a toda mujer que haya tenido su primera relación sexual independiente que tenga o no vida sexual activa.**

- **En la mujer embarazada** la toma de muestra se realizará antes de las 32 semanas y posterior al parto, el momento recomendado es ocho semanas después del mismo.
- **No realizar biopsia vaginal, cervical o endometrial ni extirpación de pólipos antes de tomar la muestra.**
- En caso de abundante flujo vaginal, puede limpiarse el cuello uterino con una torunda de algodón antes de tomar la muestra, excepto si esta no se considera adecuada para la interpretación del cito - patólogo.
- **El cuello del útero debe visualizarse totalmente para poder observar y describir cualquier cambio o alteración local.**
- Para la toma de citología Cervico – vaginal, se utiliza idealmente espátula de aire y/o hisopo para el exocérvix e hisopo previamente humedecido en SSN para el endocérvix.

Con respecto a la obtención de la muestra, se debe de tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ◊ No usar lubricantes para la introducción del espéculo, en caso de gran sequedad de la mucosa humedecer con SSN.
- ◊ No realizar examen bimanual antes de la toma de la citología.
- ◊ La muestra debe tomarse de toda la circunferencia correspondiente a la zona de unión escamo – columnar del cuello uterino, además, del canal endocervical.
- ◊ Informar claramente a la usuaria la fecha y lugar para la entrega de los resultados, haciendo énfasis en que se debe interesar personalmente por el proceso.

El procedimiento se describe a continuación:

- 1- Consejería previa sobre el procedimiento
- 2- Previo a la toma de la muestra debe **identificarse apropiadamente la laminilla** colocando en forma clara y legible el número de registro de la paciente para evitar confusiones o errores de identificación.
- 3- La hoja de reporte citológico se completará adecuadamente.
- 4- Colocar a la paciente en posición ginecológica
- 5- Introducir espéculo **sin lubricar y visualice estado del cuello uterino.**
- 6- Colocar la espátula de aire y/o el hisopo contra el cuello uterino (exocérvix) y girarlo con firmeza en el sentido de las manecillas del reloj.
- 7- Retirar la espátula de aire y/o el hisopo y colocar la muestra en una laminilla porta objetos.
- 8- Colocar la espátula y/o el hisopo en el interior del endocérvix y girarlo con firmeza contra las paredes del conducto.

- 9- Retire el hisopo y coloque la muestra en la parte inferior de la laminilla.
- 10- Fije de inmediato el material con un fijador y seque al aire libre.
- 11- Las laminillas serán colocadas y transportadas en la caja porta láminas y deberán llegar al laboratorio de procesamiento y lectura de PAP dentro de la primera semana después de la toma de la muestra.

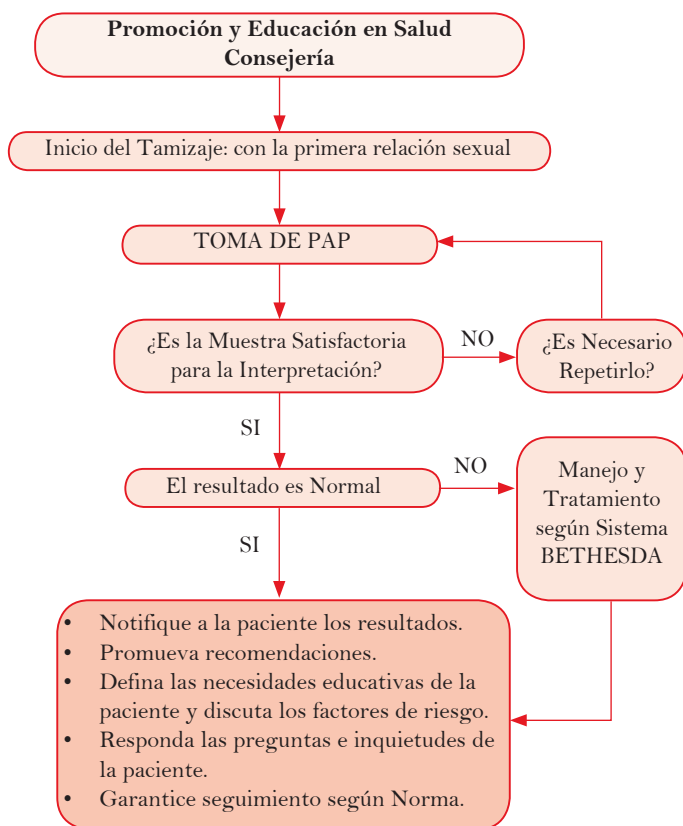
Con respecto a la fijación de la lámina, hay que tomar en cuenta:

- a) **Fijación con citospray:** debe ser inmediatamente posterior a la toma, a fin de evitar que se seque la muestra.
- b) **Fijación con alcohol:** Después de obtenido el frotis, la lámina debe fijarse inmediatamente con alcohol etílico al 90%, ya sea sumergidas o con atomizador.
- c) **El tiempo entre la fijación de las láminas y su coloración** en el laboratorio no debe ser superior a los 10 días, por lo que el envío debe tener una periodicidad semanal.

Otras recomendaciones generales para el tamizaje en situaciones especiales son:

- La realización del PAP podrá obviarse en mujeres histerectomizadas, si la indicación de la misma no tuvo relación alguna con cáncer de cérvix o sus precursores y si ha tenido 2 citologías previamente negativas en forma consecutiva.
- El tamizaje podrá ser discontinuado a los 65 años de edad si se cumplen los siguientes requisitos:
 - ◊ Las mujeres han sido regularmente tamizadas.
 - ◊ Ha tenido dos muestras satisfactorias/negativas en forma consecutiva.
 - ◊ No ha tenido citologías anormales en los seis años previos.
 - ◊ En mujeres mayores de 65 años que no han sido previamente tamizadas, tres citologías satisfactorias/negativas cada dos años deberán ser documentadas antes de discontinuar el tamizaje.

Flujograma para el Tamizaje de prevención del Cáncer de Cérvix



Cuadro No. 6: Conducta a seguir con base al reporte citológico según clasificación sistema *BETHESTA*

Reporte Citológico	CONDUCTA A SEGUIR
Insatisfactoria para evaluación por calidad de la muestra.	Referir a PAP inmediatamente
Satisfactoria para evaluación/ Negativa para lesión intra epitelial o malignidad.	Repetir en 2 años
Tres satisfactorias para evaluación / Negativa para lesión intra epitelial o malignidad en forma consecutiva.	Repetir PAP en tres años
Satisfactoria para evaluación/ Negativa para lesión intra epitelial o malignidad con cambios asociados a inflamación	Dar tratamiento según el caso repetir PAP en un año.
Satisfactoria para evaluación/ Negativa para lesión intra epitelial o malignidad con presencia de microorganismos	Tratamientos específico según normas de ITS y repetir PAP en dos años
Células escamosas atípicas de significado no determinado (ASC-US)	Referir a Colposcopia
Células escamosas Atípicas donde no puede descartar lesión de alto grado (ASH-H)	Referir a Colposcopia
Células glandulares atípicas de significado No determinado (Todas las categorías)	Colposcopia y legrado diagnóstico
LEI de Bajo Grado	Referir a Colposcopia
LEI de Alto Grado	Referir a Colposcopia
Carcinoma de Células Escamosas	Referir a Colposcopia
Adenocarcinoma (Todas las Categorías)	Referir a Colposcopia

Cáncer de Cérvix

- **Factores de Riesgo:** Actividad sexual precoz (cerca de la menarquía), múltiples parejas sexuales, compañero sexual con múltiples parejas, infección cervical por el virus del papiloma humano, tabaquismo e infección por el virus de Inmunodeficiencia Humana.
- **Sintomatología.** Las etapas tempranas del cáncer de cérvix generalmente son asintomáticas de ahí la importancia de la toma de la citología de forma rutinaria. En estados avanzados de la enfermedad los síntomas son:
 - ◊ Hemorragia vaginal
 - ◊ Sangrado post-coital
 - ◊ Descarga vaginal que puede ser líquida, mucoide, purulenta o mal oliente
 - ◊ Pérdida de peso
 - ◊ Uropatía obstructiva
 - ◊ Dolor lumbo – pélvico o referido a los miembros inferiores
 - ◊ Disuria, hematuria, rectorragia o estreñimiento
 - ◊ Edema persistente de uno o de ambos miembros inferiores

Si hay alguno de estos síntomas y/o signos o hay una lesión evidente a nivel cervical referir inmediatamente al hospital de segundo nivel para su evaluación diagnóstica y adecuado manejo.

Prevención de Cáncer de Mama

Según OMS, el cáncer mamario es un padecimiento común padecido por las mujeres en todo el mundo.

Según los datos del Registro Nacional de Tumores en el área metropolitana de San Salvador el cáncer de mama, representa la cuarta causa de muertes por tumores malignos en el sexo femenino después del cáncer de cuello uterino, el cáncer gástrico y el de sitio primario desconocido.

Entre los factores de riesgo, el mayor aporte al cáncer de mama corresponde a la edad, antecedentes familiares y reproductivos; a pesar que las intervenciones primarias de salud pública no pueden modificarlos, la búsqueda activa de estos factores de riesgo, la promoción de estilos de vida saludable y principalmente la detección precoz, son alternativas que ofrecen mejores posibilidades de reducir significativamente la mortalidad por cáncer de mama.

Detección Precoz mejora el pronóstico de vida e incluyen tres tipos de intervención dirigida a la población femenina de acuerdo a edad y factores de riesgo en general:

Cuadro No. 7: Alternativas de Tamizaje

	Alternativas de Tamizaje	Edad Recomendada	Frecuencia
I	Auto examen de la mama	Mujeres en edad reproductiva, desde la menarquía y posmenopáusicas	Mensual
II	Examen clínico de la mama	Mujeres a partir de los 25 años	Anual
III	Mamografía*	Mujeres entre los 40 y 49 años asintomáticas	Cada dos años
		Mujeres entre los 50 a 69 años	Anual

*La toma de mamografía debe ser indicada por el médico y con autorización de la interesada.

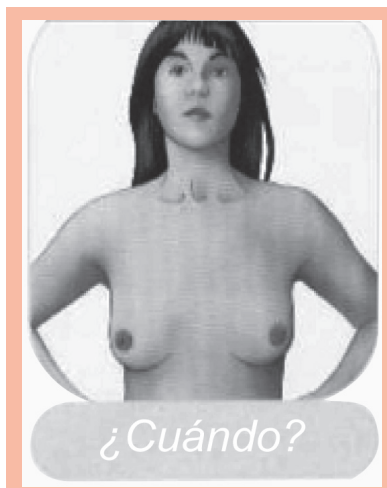
Técnicas de Auto-Examen idealmente las mamas se examinan una vez por mes y es aconsejable que se elija siempre el mismo momento del mes para hacerlo, ya que las mamas suelen modificarse con el ciclo menstrual. El mejor momento para realizarte un autoexamen mamario es alrededor de una semana después del inicio de su período. El autoexamen mamario se divide en dos partes:

- La inspección Visual (el aspecto de las mamas).
- Palpación (la manera en que se perciben).

Inspección visual frente a un espejo, observe con atención el aspecto de sus senos, en diferentes posiciones:



Con los brazos flexionados colocados en la región occipital



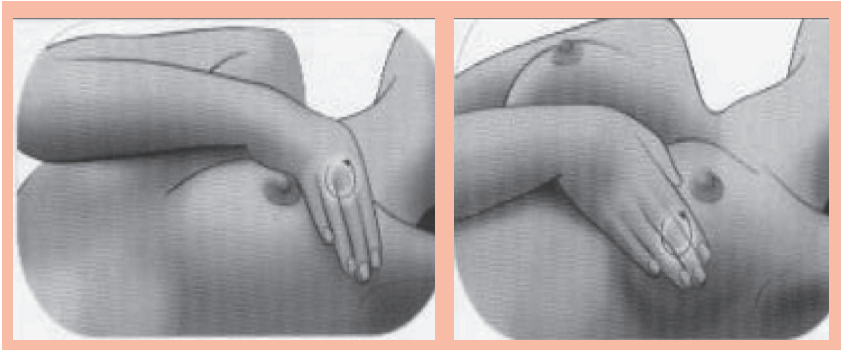
Con las manos en la cintura.



Con los brazos estirados sobre la cabeza.

- Busque algo inusual, como un cambio en el aspecto de los pezones, cambios en la piel. Es necesario aprender a conocer el aspecto de sus mamas.
- Compare ambos pechos, busque alteraciones en su contorno, nódulos, durezas, retracción del pezón o la piel, ulceraciones, eczemas o secreción de leche.

Palpación la segunda parte consiste en tocar cómo se palpan las mamas, es ideal realizarla acostada para que los músculos se relajen.



- Si comienza con la mama derecha, levante el brazo derecho, coloca la mano derecha detrás de la cabeza y usa su mano izquierda para palparse la mama.
- Un modo de examinarlas es pensar en ellas como círculos y hacer los siguientes movimientos:
 - ◊ Mueve los dedos con un movimiento en espiral desde el exterior hacia el interior del círculo, acercándote gradualmente al pezón, para percibir qué se siente normal y qué se siente diferente en relación con la última vez que se examinó las mamas.
 - ◊ Aplica distintos niveles de presión: leve, moderada y fuerte. Esto permitirá sentir las distintas capas de tejido de las mamas. Comience con una presión leve, sigue con una moderada y termina con una presión fuerte para sentir el tejido más profundo.
 - ◊ Presione el pezón con los dedos y observe si existe secreción. Después, levante el pezón para comprobar si tiene buena movilidad, y no tiene adherencias.
 - ◊ Presione sobre la axila de manera más firme, para poder localizar algún posible nódulo.
 - ◊ Repita el mismo procedimiento, pero colocando el brazo izquierdo

detrás de la cabeza para palpar la mama izquierda.

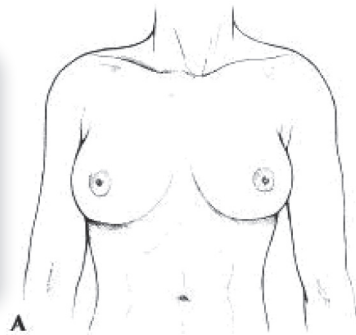
- ◊ Mientras practique el auto examen, lo ideal es que no retire la mano de la mama, para que no se deje de percibir alguna anomalía.

Durante el baño, es más sencillo practicar la palpación de la mama, esto no sólo es cómodo, sino que, además, el jabón y el agua ayudan a que sus manos se muevan con mayor facilidad sobre las mamas; con las manos enjabonadas y los dedos extendidos examine ambas mamas usando la misma técnica descrita en el paso “acostada”.

Examen clínico la exploración física general deberá ser realizada siguiendo una pauta previamente definida.

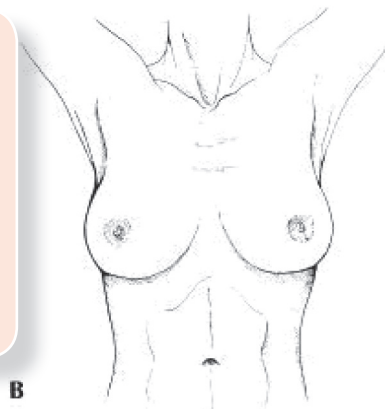
A. Inspección estática:

Con la mujer sentada frente al examinador para visualizar diferencias entre ambas mamas, retracciones, ulceraciones, enrojecimiento, edema, etc.



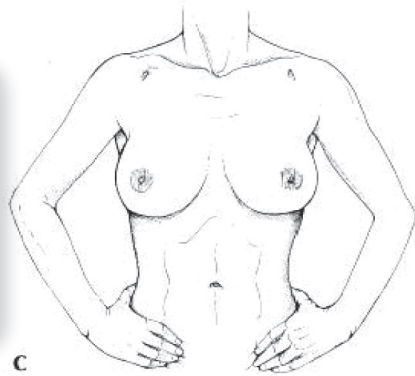
B. Inspección dinámica:

Solicitando a la mujer que levante ambos brazos por encima de la cabeza lo que hará más evidente posibles alteraciones mamarias e indicara la zona de la mama que merece mayor atención.



C. Inspección dinámica:

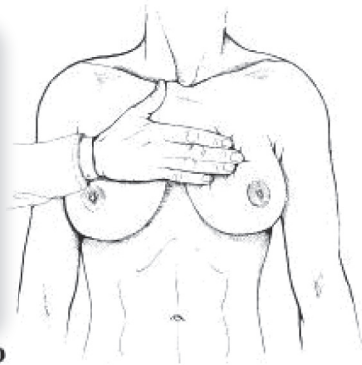
A continuación pedirle que ponga sus manos a la cintura y presione fuertemente para contraer los músculos pectorales.



C

D. Examen de ambas fosas supraclaviculares:

se examinará con la mujer sentada. Facilita la palpación, el descenso del mentón, para relajar la musculatura del cuello.

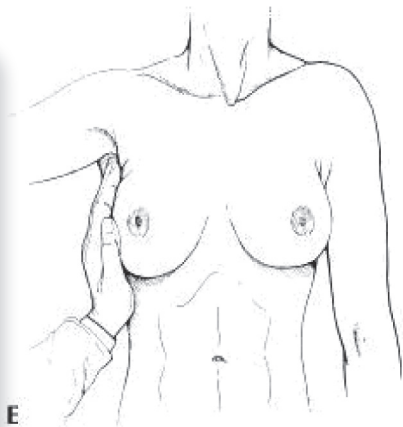


D

E. Examen de ambas axilas:

Con la mujer sentada con el antebrazo en flexión sostenido por la mano del examinador y frente a este para determinar la presencia, cantidad y tipo de adenopatías.

El examen puede extenderse hacia la clavícula, zona media esternal y principalmente hacia la axila.



E

F. Palpación mamaria:

Para esta maniobra, es conveniente que la mujer se encuentre en decúbito dorsal con ambos brazos detrás de la cabeza.



G. Palpación mamaria:

Deberá palparse la totalidad de la mama en forma suave, precisa y ordenada con las yemas de los dedos de la mano, desde el lado contralateral a la mama examinada.



Búsqueda de secreción del pezón el examen de la areola y el pezón debe realizarse en forma sistemática con inspección y palpación. Si hay secreción por el pezón se determinará si es espontáneo o provocado, el tipo de secreción (en especial si es seroso o sangre) si es unilateral, multiorifical o uniorifical. (Cualquier alteración detectada en el examen físico, consultar la Guía Técnica de prevención y Control de Cáncer de mama).

Es importante el registro de casos sospechosos o confirmados y su seguimiento, así, hacer visitas domiciliarias y dar cuidado a las pacientes terminales. El apoyo psicológico por el personal de salud debe dársele en todos los niveles de atención.

Cáncer de Mama y Embarazo si el examen clínico de mama en una mujer embarazada da evidencias de presencias de nódulos anormales, hay que evitar la radiación y si hay evidencia de tumores la paciente debe ser referida al segundo nivel de atención para su manejo.

Capítulo III



Planificación Familiar



La implementación de programas de Planificación Familiar ha evidenciado en el transcurso del tiempo una relación directa entre los beneficios en la salud de las mujeres, niños y los beneficios en la pareja, la familia y la comunidad.

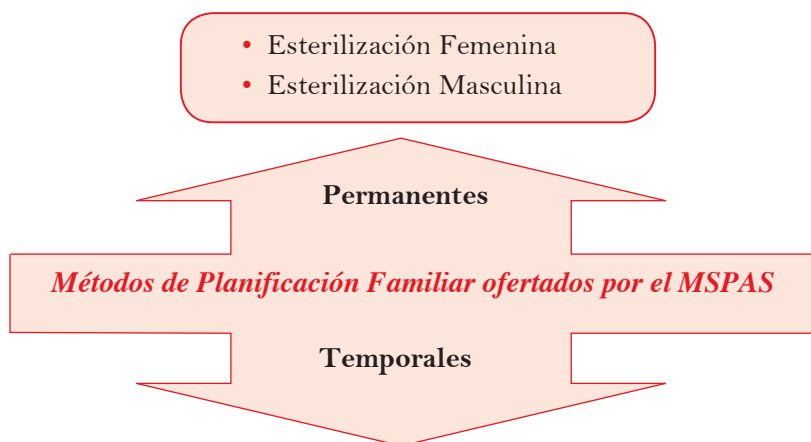
El enfoque de estos programas, permite a hombres y mujeres la posibilidad de elegir libremente y con responsabilidad, el número y el espaciamiento de sus hijos y optar por una familia menos numerosa, logrando beneficios en los aspectos económicos, sociales, emocionales y biológicos.

En la Provisión de servicios en el primer nivel de atención, se ha considerado prioritario y necesario establecer procesos para proporcionar servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva que incluyan la anticoncepción, con la finalidad de obtener satisfacción para la usuaria(o) y una mayor eficacia para la ampliación de coberturas de métodos temporales y permanentes.

En la implementación de estos programas, se debe de hacer énfasis en las acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC), integralidad y calidad de los servicios contando con toda la gama de métodos de planificación familiar, lo que permite garantizar el acceso a los mismos y una mayor permanencia en su uso, tomando en cuenta las necesidades propias de la población usuaria, tales como sus situaciones de vida en las diferentes esferas (Biológica, social, familiar y económica) y los problemas reproductivos de base; por lo que es necesario la motivación al uso de la Planificación Familiar a través de la elección libre e informada (Ver Anexo V)

En este marco es importante describir la oferta de métodos de Planificación Familiar con que cuenta el MSPAS, para solventar las necesidades de la población en el primer nivel de atención:

Cuadro No. 8: Métodos de Planificación Familiar ofertados por el MSPAS



I. Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad:

- Método de los Días Estándar
- Método del Ritmo del Calendario
- Suministro de Métodos Basados en los Síntomas
- Método de los Dos Días
- Método de la Temperatura Corporal Basal (TCB)
- Método de la Ovulación
- Método con Base en TCB + secreciones cervicales + otros signos de fertilidad)

II. Otros Métodos Naturales

- Retiro
- Método de Amenorrea de la Lactancia

III. Anticonceptivos Hormonales

- Anticonceptivos Orales Combinados
- Anticonceptivos Inyectables Combinados
- Anticonceptivos Orales sólo de Progestina
- Anticonceptivos Inyectables sólo de Progestina
- Implantes Sub dérmicos sólo de Progestina
- Dispositivo Intra Uterino

IV. Método de Barrera

- Condón o preservativo

Métodos Temporales

I. Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad

Mecanismo de Acción.

- “Conocimiento de la fertilidad” la mujer se dé cuenta cuándo empieza y termina el período fértil de su ciclo menstrual. (Período cuando puede quedar embarazada.)
- Los métodos basados en el calendario implican llevar la cuenta de los días del ciclo menstrual a fin de identificar el comienzo y la finalización del período fértil.
- Los métodos basados en los síntomas dependen de la observación de los signos de fertilidad.
 - ◊ **Secreciones cervicales** si la mujer percibe secreciones cervicales, podría encontrarse fértil.
 - ◊ **Temperatura corporal basal (TCB)** la temperatura de la mujer en descanso se eleva levemente después de la liberación de un óvulo (ovulación), pudiendo quedar embarazada si tuviera un contacto sexual desprotegido.
La temperatura se mantiene elevada hasta el comienzo de su siguiente menstruación.

Efectividad.

La eficacia depende de la usuaria el riesgo de embarazo es mayor cuando las parejas tienen sexo en los días fértiles sin utilizar otro método. Retorno a la Fertilidad, este es inmediato.

¿Quiénes pueden usarlo? (anexo VI)

- Todas las mujeres pueden utilizar métodos basados en el calendario.
- Ninguna condición médica es impedimento para el uso de estos métodos, pero, algunas pueden dificultar su uso eficaz.
- En las siguientes situaciones, se deberá tener precaución con los métodos basados en el calendario:
 - ◊ *Las irregularidades en el ciclo menstrual son comunes en mujeres jóvenes en los primeros meses posteriores a su primera menstruación y en mujeres mayores que se aproximan a la menopausia. Puede resultar difícil identificar el período fértil.*
- En las siguientes situaciones postergue el comienzo de los métodos basados en el calendario:
 - ◊ Parto reciente o está amamantando (Postergue hasta que haya tenido un mínimo de 3 menstruaciones y se hayan restablecido los ciclos regulares.)

- ◊ Aborto o pérdida de embarazo (Postergue hasta el inicio de su próxima menstruación.)
- ◊ Sangrado vaginal irregular.
- En las siguientes situaciones Postergue con los métodos basados en el calendario:
 - ◊ La ingesta de medicamentos que modifican el ánimo, como ansiolíticos, antidepresivos tricíclicos, uso prolongado de ciertos antibióticos, o de cualquier antiinflamatorio no esteroideo (aspirina, ibuprofeno o paracetamol). Estos medicamentos pueden demorar la ovulación.

Beneficios Conocidos para la Salud, ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- No se utilizan hormonas que puedan ocasionar efectos secundarios incómodos para la usuaria
- Puede mejorar las relaciones afectivas en la pareja

Riesgos para la Salud, ninguno

Motivos frecuentes de consulta (Anexo VII)

Cuando Iniciar los métodos de planificación familiar (Anexo I y II) y explique como utilizarlos.

- **Método de los días estándar.**
 - ◊ La mayoría de sus ciclos menstruales tienen entre 26 y 32 días de duración.
 - ◊ **Lleve la cuenta de los días del ciclo menstrual** contando el primer día de la menstruación como día 1.
 - ◊ Se considera que el período fértil es el comprendido entre los días 8 al 19 de cada ciclo, **evite el sexo sin protección.**
 - ◊ La pareja puede tener sexo sin protección en todos los restantes días del ciclo —días 1 al 7 al principio del ciclo y desde el día 20 hasta comenzar su próxima menstruación.

Si es necesario, utilice métodos ayuda memoria

- ◊ La pareja puede utilizar CycleBeads, un collar de cuentas codificadas por color que indica los días fértiles y no fértiles del ciclo, o puede usar un calendario u otro tipo de ayuda memoria.
- ◊ Si la menstruación no comienza antes de alcanzarse la última cuenta marrón, el ciclo menstrual de la mujer es de más de 32 días.
- ◊ Si la menstruación comienza otra vez antes de alcanzarse la cuenta marrón oscuro, su ciclo menstrual es de menos de 26 días.

- ◊ El día siguiente mueva el anillo a la siguiente cuenta. Haga esto cada día, incluso los días de sangrado.
- ◊ Los días de cuentas blancas son en los que la mujer puede quedar embarazada. Debe evitar el sexo sin protección.
- ◊ Los días de cuentas marrón son días no proclives al embarazo y la mujer puede tener sexo sin protección.
- ◊ En el día 1 —el primer día de la menstruación— mueva el anillo de goma a la cuenta roja.

• **Método del Ritmo del Calendario**

- ◊ La mujer debe registrar el número de días de cada ciclo menstrual por un mínimo de 6 meses. El primer día de la menstruación siempre se cuenta como día 1.
- ◊ La mujer debe restar 18 de la duración del ciclo más corto registrado. Esto le dice cuál es el primer día estimado de su período fértil. Luego debe restar 11 días del ciclo más prolongado registrado. Esto le dice cuál es el último día estimado de su período fértil.
- ◊ La pareja evita el sexo vaginal, o utiliza condones o diafragma, durante el período fértil.
- ◊ La mujer debe actualizar estos cálculos cada mes, siempre utilizando los 6 ciclos más recientes. Ejemplo:
 - a. Si el más corto de sus 6 últimos ciclos fue de 27 días, $27-18 = 9$. Debe comenzar a evitar el sexo sin protección en el día 9.
 - b. Si el más largo de sus 6 últimos ciclos fue de 31 días, $31-11 = 20$.
La mujer puede volver a tener sexo sin protección el día 21.
 - c. Por lo tanto, ella debe evitar el sexo sin protección desde el día **9 al día 20** de su ciclo.

• **Suministro de Métodos Basados en los Síntomas.**

Método de los Dos Días

- Si la mujer presenta una infección vaginal u otra patología que modifique el mucus cervical, puede que el Método de los Dos Días sea difícil de usar.
- La mujer debe de revisar las secreciones cervicales cada tarde, en los dedos o papel higiénico.
- Tan pronto perciba cualquier tipo de secreción, debe considerar que ese día y el siguiente son días fértiles. Podrán usar también el retiro, o espermicidas.

- La pareja debe evitar el sexo vaginal o utiliza condones, el retiro, o espermicidas en cada día con secreciones y en cada día posterior a un día con secreciones.
- La pareja puede volver a tener sexo sin protección después que la mujer haya tenido 2 días sin secreciones de ningún tipo) consecutivos.

Método de la Temperatura Corporal Basal (TCB)

- Si la mujer presenta fiebre u otros cambios en la temperatura corporal, puede que sea difícil utilizar el método TCB.
- La mujer toma su temperatura corporal a la misma hora cada mañana antes de salir de la cama y antes de comer nada. Debe registrar la temperatura en una gráfica especial. Observa su temperatura elevarse levemente— 0.2° a 0.5° C (0.4° a 1.0° F)—justo después de la ovulación.
- La pareja evita el sexo vaginal, o usa condones, el retiro o espermicidas desde el primer día de la menstruación hasta 3 días después de que la temperatura de la mujer se ha elevado por encima de su temperatura regular.
- Cuando la temperatura de la mujer se ha elevado por encima de su temperatura regular y se ha mantenido más alta por 3 días enteros, ha ocurrido la ovulación y ha pasado el período fértil.
- La pareja puede tener sexo sin protección el 4^o día y hasta que comience la siguiente menstruación.

Método de la Ovulación

- Si la mujer presenta una infección vaginal u otra patología que modifique el mucus cervical, puede que este método sea difícil de utilizar.
- La mujer revisa cada día por cualquier secreción cervical en los dedos y/o papel higiénico.
- La ovulación podría ocurrir temprano en el ciclo, durante los últimos días de menstruación y el sangrado profuso podría hacer que sea difícil observar el mucus cervical.
- Entre el fin de la menstruación y el comienzo de las secreciones, la pareja puede tener sexo sin protección, pero no en 2 días consecutivos.
- Se recomienda que tengan sexo en la tarde, después que la mujer ha estado de pie al menos por unas horas y ha podido revisar el mucus cervical.
- Tan pronto como la mujer note alguna secreción, se considerará fértil y debe evitar el sexo sin protección.
- La mujer continúa revisando las secreciones cervicales cada día. Las secreciones tienen un “día pico”—el último día – en que son

transparentes, resbalosas, elásticas y húmedas.

- Se continúa considerando fértil durante 3 días después del día pico y debe evitar el sexo sin protección.
- La pareja puede tener sexo sin protección el 4º día posterior a su día pico hasta su próxima menstruación.

Método en Base a Síntomas y Temperatura

(temperatura corporal basal + secreciones cervicales + otros signos de fertilidad)

- Las usuarias identifican los días fértiles y los no fértiles combinando las instrucciones de los métodos TCB y de la ovulación.
- Las mujeres identifican el período fértil mediante otros signos tales como la tensión mamaria y el dolor ovulatorio (dolor del abdomen inferior o calambres cerca de la época de la ovulación).
- La pareja evita el sexo sin protección entre el primer día de menstruación y el cuarto día posterior al pico de secreciones cervicales o el tercer día completo después del ascenso de temperatura (TCB), lo que suceda más tarde.
- Algunas mujeres que usan este método tienen sexo sin protección entre el fin de la menstruación y el comienzo de las secreciones, pero no durante 2 días consecutivos.

• Contraindicaciones (Criterios de Elegibilidad AnexoVI)

Mitos de los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

- ◊ Pueden ser muy eficaces si se utilizan de manera consistente y correcta.
- ◊ No requieren de literatura ni de un nivel educativo avanzado.
- ◊ No hacen daño al hombre que se abstiene del sexo.
- ◊ No funcionan cuando una pareja se equivoca respecto a cuándo es el período fértil, como cuando cree que éste ocurre durante la menstruación.

II. Otros Métodos Naturales

• Retiro

Mecanismo de Acción.

- ◊ El hombre retira su pene de la vagina de su compañera y eyacula fuera de la vagina, manteniendo el semen alejado de los genitales externos de la mujer.
- ◊ Actúa haciendo que el semen no ingrese al cuerpo de la mujer.

Efectividad depende del usuario, riesgo de embarazo es mayor cuando el hombre no retira su pene de la vagina antes de eyacular en cada acto sexual.

Retorno a la fertilidad, de inmediato.

Quien puede usarlo, no existen afecciones médicas que contraindiquen su uso y puede ser utilizado en cualquier momento.

Efectos Colaterales, ninguno

Beneficios para la Salud

- ◊ No se utilizan hormonas que puedan ocasionar efectos secundarios incómodos para la usuaria
- ◊ Puede contribuir a las relaciones afectivas en la pareja

Riesgos Conocidos para la Salud, ninguno

Motivos Frecuentes de Consulta (Anexo VII).

Cuando Iniciar, estar pendiente de retirarse antes de la eyaculación y explique cómo utilizarlo. Explicar que cuando el hombre se sienta que está por eyacular debe: **retirar su pene de la vagina de la mujer para eyacular fuera manteniendo el semen alejado de los genitales externos de la mujer.**

Si el hombre ha eyaculado hace poco

- Antes de la relación sexual deberá orinar y limpiar la punta de su pene para eliminar cualquier resto de esperma.
- Tome en cuenta que el líquido preeyaculatorio contiene espermatozoides y puede ocasionar un embarazo, si se tienen relaciones sexo – coitales sin protección en el período fértil.

Contraindicaciones (Ver criterios de elegibilidad Anexo VI)

Mitos pueden ser muy eficaz si se utiliza de manera consistente y correcta.

- ◊ No requieren de literatura ni de un nivel educativo avanzado.
- ◊ No hacen daño al hombre que se abstiene del sexo.
- ◊ No funcionan cuando una pareja se equivoca respecto a cuándo es el período fértil, como cuando cree que éste ocurre durante la menstruación.

• **Método de Amenorrea de la Lactancia**

Mecanismo de Acción.

Basado en el efecto natural de la lactancia sobre la fertilidad, requiere 3 condiciones que deben cumplirse y estas son:

- ◊ La madre no ha vuelto a menstruar
- ◊ El bebé está siendo alimentado a pecho exclusivo o casi exclusivo y con frecuencia, durante el día y la noche
- ◊ El bebé tiene menos de 6 meses de edad

“Pecho exclusivo” incluye tanto la alimentación sólo en base a pecho (el bebé no recibe ningún otro tipo de líquido o alimento, ni siquiera agua, aparte de la leche materna) como el pecho casi exclusivo (el

bebé recibe ocasionalmente vitaminas, agua, jugo de fruta u otros nutrientes, además de la leche materna).

- El método básicamente funciona al impedir que los ovarios liberen óvulos (ovulación). El dar pecho con frecuencia impide que se liberen las hormonas naturales que estimulan la ovulación temporalmente.

Efectividad, depende de la usuaria, el mayor riesgo de embarazo se da cuando la mujer no puede darle pecho exclusivo o casi exclusivo a su bebé.

Retorno a la Fertilidad, depende de la frecuencia con que la madre continúa dando pecho y cuando ya no se cumplen con los 3 requisitos básicos:

- ◊ La madre no ha vuelto a menstruar
- ◊ El bebé está siendo alimentado a pecho exclusivo o casi exclusivo y con frecuencia, durante el día y la noche
- ◊ El bebé tiene menos de 6 meses de edad

Quien puede Usarlo, todas las mujeres que amamantan pueden usar **MELA** de forma segura, pero en las siguientes situaciones tal vez convenga considerar otros métodos anticonceptivos:

- ◊ Estén infectadas con VIH, incluyendo SIDA. Estén recibiendo determinada medicación durante la lactancia (incluyendo medicamentos que afectan el estado de ánimo).
- ◊ Cuando el recién nacido tiene alguna afección que dificulta su alimentación con pecho (incluyendo los recién nacidos pequeños para la edad gestacional o prematuros que requieran cuidado neonatal intensivo, que no pueden digerir alimentos normalmente, o tienen malformaciones en la boca, mandíbula o paladar)

Efectos Colaterales, ninguno, eventualmente se dan dificultades similares para todas las mujeres que dan pecho.

Beneficios para la Salud

- ◊ Ayuda a proteger contra el riesgo de embarazo
- ◊ Promueve mejores patrones de amamantamiento que benefician tanto la salud de la madre como la del bebé
- ◊ Promueven el apego entre la madre y el recién nacido

Riesgos Conocidos para la Salud, ninguno

Motivos frecuentes de consulta (Anexo VII).

Cuando Iniciar, (Anexo I y II)

Explique Cómo Utilizarlas

Dentro de los 6 meses después del parto

- ◊ Iniciar el pecho inmediatamente (a la hora) o lo más pronto

posible después del parto. Durante los primeros días que siguen al parto, el líquido amarillento que segregan los pechos de la madre (calostro) contiene sustancias muy importantes para la salud del bebé.

- ◊ En cualquier momento si ha estado dando pecho exclusivo o casi exclusivo a su bebé desde el parto y si no se ha restablecido la menstruación.

Explicación del uso dar pecho con frecuencia.

- Un patrón ideal es alimentar a demanda (o sea cada vez que el bebé quiera ser alimentado) y por lo menos 10 a 12 veces por día durante las primeras semanas luego del parto y luego 8 a 10 veces por día, incluyendo al menos una vez durante la noche durante los primeros meses.
- El espacio entre comidas no deberá exceder las 4 horas durante el día y durante la noche, no deberá exceder las 6 horas.
- Algunos bebés tal vez no quieran ser alimentados 8 ó 10 veces por día y probablemente quieran dormir durante la noche. Estos bebés deberán ser alentados suavemente a tomar pecho con mayor frecuencia.

Comenzar con otros alimentos a los 6 meses.

- Debe comenzar a darle otros alimentos, además de leche materna, cuando el bebe cumple 6 meses. A esta edad la leche materna ya no puede alimentar plenamente a un bebé en crecimiento.

Programación de la visita de seguimiento.

- Programe la próxima visita mientras se sigan aplicando los criterios del MELA, para elegir otro método y seguir protegida contra embarazo.
- De ser posible, suminístrele ahora condones o anticonceptivos orales de progestina sola.
- Podrá comenzar a utilizarlos si el bebe ya no se está alimentando con pecho exclusivo o casi exclusivo, si se restablece la menstruación, o si el bebé cumple 6 meses antes de que la madre pueda volver para obtener otro método. Programe un método de seguimiento.

Contraindicaciones (ver criterios de elegibilidad Anexo VI)

Mitos

El método de amenorrea de la lactancia:

- Es altamente eficaz si la mujer cumple con los 3 criterios para MELA.
- Es igualmente efectivo para mujeres gordas o delgadas.

- Lo pueden utilizar mujeres alimentadas normalmente. No se requiere una alimentación especial.
- Puede ser utilizado durante 6 meses enteros sin necesidad de complementar con otros alimentos. La leche materna como alimento exclusivo puede alimentar plenamente al bebé durante los primeros 6 meses de vida. De hecho es el alimento ideal para esta etapa de la vida del bebé.
- Puede ser utilizado durante 6 meses sin temor a que se le acabe la leche a la madre. La producción de leche continuará durante 6 meses y más tiempo en respuesta a la succión del bebé o la extracción de leche por parte de la madre.

III. Anticonceptivos Hormonales

• Anticonceptivos Hormonales Orales

Mecanismo de Acción, principalmente inhiben la ovulación y en forma secundaria espesan el moco cervical dificultando el paso de los espermatozoides. No actúan interrumpiendo la gestación.

Efectividad, la protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos en los cuales se ingieren las pastillas o píldoras en forma correcta y sistemática.

Retorno a la Fertilidad, el retorno de la fertilidad es inmediato a la suspensión del método.

Quien puede Usarlo (Ver criterios de elegibilidad AnexoVI)

Beneficios para la Salud, ayuda a proteger contra:

- ◊ Riesgo de embarazo, Cáncer del revestimiento del útero (cáncer endometrial), Cáncer de ovario y Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática, Quistes ováricos y Anemia por deficiencia de hierro
- ◊ **Reduce** calambres menstruales, problemas del sangrado menstrual, dolor de ovulación, síntomas de síndrome de ovario poliquístico, (sangrado irregular, acné vello excesivo en rostro o cuerpo) y síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular).

Motivos Frecuentes de Consulta (Anexo VII).

Cuando Iniciar (Anexo I y II)

Explique Cómo Utilizarlas

- ◊ Realizar un breve interrogatorio que permita evaluar los criterios de elegibilidad.
- ◊ Consejería adecuada por las personas proveedoras del servicio.
- ◊ Explique cómo es la caja de las píldoras. Muestre el sobre (21 ó 28 píldoras). Con los paquetes de 28 píldoras, señale que las 7 últimas píldoras son de distinto color y no contienen hormonas.

Muestre cómo sacar la primera píldora de su envase y luego cómo seguir la dirección de las flechas del sobre para tomar las píldoras restantes.

- ◊ Dé la información clave. Tome una píldora cada día hasta terminar el paquete. El asociar la ingesta de la píldora con una actividad diaria - como a la hora de lavarse los dientes - puede ayudar a recordar y a reducir efectos colaterales.
- ◊ Explique cómo comenzar un paquete nuevo. Paquete de 28 píldoras: Al terminar un paquete, deberá tomar la primera pastilla del siguiente paquete al día siguiente. Paquete de 21 píldoras: Después de tomar la última píldora del paquete, deberá esperar 7 días -no más- para tomar la primera píldora del nuevo paquete. Es muy importante empezar el nuevo paquete en el momento correcto. La demora en empezarlo conlleva riesgo de embarazo.
- ◊ Suministre un método de respaldo y explique su uso. Algunas veces la mujer podrá necesitar usar un método de respaldo, por ejemplo si olvida tomar sus píldoras. Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficientes. Si es posible, suminístrele condones.

Contraindicaciones (Ver criterios de elegibilidad AnexoVI)

• Anticonceptivos Inyectables Combinados

Mecanismo de Acción, principalmente inhiben la ovulación y en forma secundaria espesan el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.

Duración del Efecto Anticonceptivo, la protección anticonceptiva es por un período de 30 días.

Retorno de la Fertilidad, el retorno de la fertilidad es inmediato una vez terminados los 30 días de protección anticonceptiva. Aproximadamente un mes más que con la mayoría de los otros métodos

Beneficios para la Salud, los mismos que para los anticonceptivos orales.

Motivos Frecuentes de Consulta, (Anexo VII).

Cuando Iniciar, (Anexo I y II)

Explique cómo utilizarlas

- ◊ Se aplican una vez al mes por vía intramuscular profunda y sin masaje, en el sitio de preferencia de la usuaria.
- ◊ Cuando se utiliza la composición de 5 mg. de Valerato de estradiol más 50 mg de Enantato de noretisterona (nombre

comercial Mesygina), se inyecta mensualmente en una fecha fija, y se debe explicar a la usuaria que verá su menstruación en una fecha diferente, alrededor de dos semanas posteriores a la aplicación. También es posible que no presente sangrado menstrual.

Contraindicaciones (Ver criterios de elegibilidad Anexo VI).

Mitos

- ◊ No se acumulan en el cuerpo de la mujer.
- ◊ La mujer no necesita “descansar” de tomar AOC.
- ◊ Deben tomarse todos los días, tenga o no la mujer sexo ese día.
- ◊ No hacen infértil a la mujer.
- ◊ No causan defectos de nacimiento o nacimientos múltiples.
- ◊ No modifican el comportamiento sexual de la mujer.
- ◊ No se acumulan en el estómago. Por el contrario, la píldora se disuelve cada día.
- ◊ No interrumpen un embarazo en curso.
- ◊ Al disminuir el sangrado, este no se acumula en su cuerpo

• Anticonceptivos Orales sólo de Progestina

Mecanismo de Acción, principalmente inhibe la ovulación y en forma secundaria espesa el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.

Duración del Efecto Anticonceptivo, la protección anticonceptiva depende del uso diario y continuo. Si se omiten 1 ó más tabletas el método no es efectivo

Retorno de la Fertilidad, el retorno de la fertilidad es inmediato después de la suspensión del método

Quien puede usarlo (Ver criterios de elegibilidad Anexo VI)

Beneficios Conocidos para la Salud

- ◊ Riesgo de embarazo
- ◊ En enfermedades en las cuales los estrógenos están contraindicados
- ◊ Disminuye la enfermedad pélvica inflamatoria
- ◊ Pueden utilizarse en mujeres que están amamantando

Motivos frecuentes de consulta, (Anexo VII).

Cuando Iniciar, (Anexo I y II)

Explique cómo utilizarlo

- ◊ Se ingiere una tableta diaria, ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación, por todo el tiempo en que se desee usar el método.
- ◊ Debido a que el efecto anticonceptivo de cada tableta dura 24

horas, es necesario tomar la tableta a la misma hora, y seguir estrictamente la ingestión diaria

Contraindicaciones, (ver criterios de Elegibilidad Anexo VI)

Mitos

- ◊ No se acumulan en el cuerpo de la mujer.
- ◊ La mujer no necesita “descansar” de tomar AOC.
- ◊ Deben tomarse todos los días, tenga o no la mujer sexo ese día.
- ◊ No hacen infértil a la mujer.
- ◊ No causan defectos de nacimiento o nacimientos múltiples.
- ◊ No modifican el comportamiento sexual de la mujer.
- ◊ No se acumulan en el estómago. Por el contrario, la píldora se disuelve cada día.
- ◊ No interrumpen un embarazo en curso.
- ◊ Al disminuir el sangrado, este no se acumula en su cuerpo

• Anticonceptivos Inyectables sólo de Progestina

Mecanismo de Acción, inhibición de la ovulación, además ayuda con el espesamiento del moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides.

Duración del Efecto Anticonceptivo, la protección anticonceptiva conferida por el Enantato de Noretisterona (NET-EN) se extiende por lo menos a 60 días después de su aplicación.

La protección anticonceptiva conferida por el Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) se extiende hasta por lo menos 90 días después de su aplicación.

Retorno de la Fertilidad, es más tardío que con los otros métodos hormonales. La posibilidad de embarazo durante el primer año de discontinuación de uso del método es menor entre usuarias de DMPA que entre usuarias de otros métodos.

Aproximadamente a los 14 meses de discontinuado el método, las tasas de embarazo ya son semejantes a las de mujeres que no han usado métodos anticonceptivos. Este retraso parece ser independiente del número de inyecciones aplicadas y de la edad de la usuaria. No se han reportado casos de infertilidad permanente aducible al método.

Quien puede Usarlo, (Ver criterios de elegibilidad VI)

Beneficios para la Salud de Acetato de Medroxiprogesterona (AMPD), ayuda a proteger contra:

- ◊ Riesgo de embarazo
 - ◊ Cáncer de endometrio
 - ◊ Fibromas uterinos
 - ◊ Puede ayudar a proteger de Enfermedad pélvica inflamatoria
 - ◊ Anemia por deficiencia de hierro (También NET- EN)
 - ◊ Reduce:
 - ◊ Crisis de anemia falciforme
 - ◊ Síntomas de endometriosis (dolor pélvico y sangrado endometrial)
- NET-EN Enantato de Noretisterona, ayuda a prevenir la anemia por deficiencia de hierro

Motivos frecuentes de consulta: (Anexo VII)

Cuando Iniciar (Anexo I y II)

Explique cómo utilizarlo

- ◊ Enantato de noretisterona (NET-EN): 1 ampolla inyectable profunda cada 8 semanas (2 meses); no debe darse masaje en el sitio de aplicación. En caso necesario, puede administrarse 2 semanas antes y hasta 2 semanas después de la fecha indicada.
- ◊ Acetato de medroxiprogesterona (DMPA): 1 ampolla inyectable profunda cada 12 semanas (3 meses). En caso necesario puede administrarse 4 semanas antes y de 2 a 4 semanas después de la fecha indicada.
- ◊ Los sitios de aplicación aceptables son tanto el brazo (región deltoides) como la región glútea aunque debe considerarse según la preferencia de las usuarias, evitando dar masaje en el lugar de la inyección.
- ◊ DMPA subcutánea: una ampolleta subcutánea cada tres meses.

Contraindicaciones, (Ver criterios de Elegibilidad Anexo VI)

Mitos

Los inyectables solo con progestina:

- ◊ La mujer puede dejar de tener sangrado menstrual, pero eso no es malo. Es como no menstruar durante el embarazo. La sangre no se acumula en su cuerpo.
- ◊ No alteran el curso de un embarazo ya existente.
- ◊ No produce infertilidad en la mujer.

•Anticonceptivo Subdérmico solo de Progestina (Implantes)

Mecanismo de Acción. Espesamiento del moco cervical dificultando

la penetración de los espermatozoides. Inhiben la ovulación en cerca de la mitad de los ciclos menstruales. Existen posibles cambios en el endometrio y no actúan interrumpiendo un embarazo ya existente.

Duración del efecto anticonceptivo, el efecto anticonceptivo con la utilización de Norplant es 5 a 7 años y comienza inmediatamente después de su aplicación. Jadelle tiene una eficacia de 5 años e Implanon de 3 años. En mujeres que pesan 80 kg. o más, Jadelle y Norplant pierden eficacia después de cuatro años de uso.

Retorno de la Fertilidad, la fertilidad se restablece casi inmediatamente después que los implantes son retirados.

Quien puede Usarlo, (Ver criterios de elegibilidad Anexo VI)

Beneficios Conocidos para la Salud, ayuda a proteger contra:

- ◊ Riesgo de embarazo
- ◊ Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática
- ◊ Anemia ferropénica

Motivos frecuentes de consulta, (Anexo VII)

Cuando Iniciar, (Anexo I y II)

Explique cómo utilizarlo, el proveedor debe tomar en cuenta lo siguiente:

- ◊ Usar las medidas de asepsia para prevenir infecciones.
- ◊ Uso de anestésico local para evitar dolor.
- ◊ El proveedor realiza una incisión en la piel, en el interior de la cara superior del brazo.
- ◊ Se insertan los implantes debajo de la piel
- ◊ Se cierra la incisión con una curación adhesiva.

Contraindicaciones, (ver criterios de elegibilidad Anexo VI)

Mitos

- ◊ Dejan de funcionar una vez que se retiran. Sus hormonas no permanecen en el cuerpo de la mujer.
- ◊ Pueden interrumpir la menstruación, pero esto no hace mal. Es similar a no tener la menstruación durante el embarazo. No se acumula sangre en el interior de la mujer.
- ◊ No producen infertilidad en las mujeres.
- ◊ No se mueve a otras partes del cuerpo.
- ◊ Reduce sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico.

► **Dispositivos Intrauterinos (DIU)**

Dispositivo Intrauterino de Cobre

Mecanismo de Acción

- El cobre contenido en el dispositivo afecta la viabilidad y la motilidad de los espermatozoides, impidiendo la fecundación, por lo tanto interfiere con el proceso reproductor antes que el óvulo llegue a la trompa de Falopio.
- Un solo mecanismo de acción no explica el efecto de los DIU. Se sabe que la presencia de un cuerpo extraño en el útero, como un DIU, produce cambios anatómicos y bioquímicos que parecen ser tóxicos para los espermatozoides, interfiriendo en su motilidad y supervivencia, alterando o inhibiendo la migración de los espermatozoides hacia la parte superior del tracto reproductor femenino.
- Asimismo estimula en el endometrio, el cuello uterino y los oviductos una reacción de cuerpo extraño, liberándose glóbulos blancos, enzimas y prostaglandinas que impide que los espermatozoides lleguen a las trompas de Falopio. También se ha implicado un mecanismo de fagocitosis de los espermatozoides.
- Libera iones de cobre en los líquidos del útero y de las trompas, bloqueando los sistemas enzimáticos sensibles a la relación Cobre – Zinc originando alteraciones bioquímicas, tales como la modificación del PH vaginal, efecto que debilita e inmoviliza los espermatozoides.
- También actúa acelerando los movimientos de las trompas de Falopio, impidiendo el transporte o desplazamiento del óvulo y su fecundación.
- No hay evidencia científica que sustente que los DIU actúan como abortivos.

Duración del Efecto Anticonceptivo, la protección anticonceptiva se inicia inmediatamente después de su inserción y el efecto de la TCU-380A dura hasta 10 años.

Retorno de la Fertilidad, la fertilidad se restablece casi inmediatamente después que los dispositivos son retirados.

Quien puede Usarlo, (Ver criterios de elegibilidad Anexo VI)

Beneficios Conocidos para la Salud.

- ◊ Protege contra riesgo de embarazo
- ◊ Puede proteger contra cáncer endometrial

Motivos frecuentes de consulta, (Anexo VII).

Cuando Iniciar, (Anexo I y II)

Explique cómo utilizarlo, el profesional de salud debe realizar un examen pélvico cuidadoso y verificar en que posición se encuentra el útero para asegurarse que la usuaria pueda usar el DIU en forma efectiva y sin riesgo

Contraindicaciones, (ver criterios de elegibilidad VI)

► Dispositivos Intrauterinos Hormonales

Mecanismo de Acción, su principal mecanismo de acción es la supresión del crecimiento del endometrio.

Duración del Efecto Anticonceptivo, el efecto anticonceptivo de los DIU hormonales es de cinco años a partir de su inserción.

Retorno de la Fertilidad, el retorno a la fertilidad es inmediato después del retiro del dispositivo.

Quien puede Usarlo, (ver criterios de elegibilidad VI)

Beneficios para la Salud.

- ◊ Protege del riesgo de embarazo
- ◊ Ayuda a prevenir la anemia por deficiencia de hierro
- ◊ Puede proteger contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPIA)
- ◊ Reduce los cólicos menstruales
- ◊ Reduce los síntomas de endometriosis: dolor pélvico, sangrado irregular

Motivos frecuentes de consulta, (Anexo VII)

Cuando Iniciar, (Anexo I y II)

Explique cómo utilizarlo

- ◊ El profesional de salud debe realizar un examen pélvico cuidadoso y verificar en que posición se encuentra el útero para asegurarse que la usuaria pueda usar el DIU en forma efectiva y sin riesgo

Contraindicaciones, (ver criterios de elegibilidad VI)

Mitos

- ◊ Rara vez provocan EIP.
- ◊ No aumentan el riesgo de contraer ITS, incluyendo VIH.
- ◊ No aumentan el riesgo de pérdida de embarazo cuando una mujer queda embarazada después que se le retira el DIU.
- ◊ No producen infertilidad en la mujer.
- ◊ No provocan defectos de nacimiento.
- ◊ No causan cáncer.
- ◊ No se desplazan al corazón ni al cerebro.
- ◊ No causan incomodidad ni dolor a la mujer durante el sexo.
- ◊ Reducen sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico.

IV. Métodos de Barrera

DEFINICIÓN, son métodos temporales que impiden la unión del espermatozoide con el óvulo (fecundación).

Condón masculino, es una bolsa delgada generalmente hecha de poliuretano o látex, lubricado con sustancias inertes, tiene la función de cubrir el pene durante el acto sexual no dejando que el semen entre en contacto con la vagina. Algunos contienen espermaticidas.

Condón femenino, consiste en un tubo de poliuretano fuerte, lubricado, cerrado en un extremo, de unos 15 cm. de largo y 7 cm. de diámetro. Alrededor de su extremo abierto, se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que sostiene el condón contra la vulva. El otro extremo tiene un anillo flexible que ayuda a mantenerlo en la vagina durante el contacto sexual.

Duración del Efecto Anticonceptivo, la duración del efecto está limitada al tiempo de utilización correcta del método.

Beneficios, es el único método que protege contra ITS, incluyendo VIH así como del embarazo (método de doble protección).

Efectos Secundarios Posibles

- En muy raras ocasiones puede presentarse reacción alérgica al látex o al espermaticida, en cuyo caso se debe reforzar la consejería para orientar la elección de otro método.
- La alergia al látex puede manifestarse por enrojecimiento, escozor o hinchazón después de usar el condón.

Uso del Método

Condón masculino, el condón masculino debe usarse en cada relación sexual y debe colocarse desde el inicio del coito, con el pene erecto, antes de la penetración. Debe retirarse el pene de la vagina cuando aun esta erecto para evitar salida del semen. Para quitarse el condón, se toma de la base y se desliza suavemente desde la misma.

Condón femenino, el condón femenino debe colocarse antes de la penetración. Esta diseñado para usarse una sola vez. La mujer debe colocarlo introduciendo el extremo cerrado de la funda en el fondo de la vagina y dejar el extremo abierto fuera de la vagina. Debe cuidarse que el pene penetre dentro del condón y no lateral a este; Para quitarse

el condón se toma del extremo visible con el cuidado de no derramar el semen.

Tiempo de Inicio, el hombre o la mujer pueden iniciar el uso del condón o preservativo en cualquier etapa de su vida sexual o siempre que lo estime necesario.

V. Métodos anticonceptivos permanentes

Definición, para los efectos de la presente Guía de Atención en Planificación Familiar los Métodos Anticonceptivos Permanentes se entenderán que son aquellos que evitan de manera definitiva el embarazo y son recomendados para las personas que ya no desean tener más hijos; estos se efectúan de dos formas: la esterilización femenina y la esterilización masculina (vasectomía)

► **Esterilización Quirúrgica Femenina**

La esterilización femenina es un método permanente que evita la fertilidad en la mujer. Es un procedimiento quirúrgico en el que las trompas de Falopio, que transportan el óvulo desde el ovario hasta el útero, se bloquean (se atan y se cortan, se cauterizan o se cierran con un anillo o grapa). La esterilización quirúrgica femenina puede clasificarse según:

Momento de realización:

- Postparto
- Intervalo

Por la vía de acceso utilizada:

- Mini laparotomía
- Laparoscopia
- Laparotomía

Mecanismo de Acción, el bloqueo de las trompas de Falopio evita que los espermatozoides se unan con el óvulo, evitando así la fecundación.

Duración del Efecto Anticonceptivo, la esterilización femenina brinda protección inmediata y es de carácter permanente.

Beneficios

- Ayuda a proteger contra los riesgos del embarazo
- Protege contra la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)
- Protege contra cáncer de ovario

Signos de Alarma: Fiebre, Dolor severo en región abdominal, Distensión abdominal y Sangrado. Si después del egreso hospitalario se detecta algún signo de alarma asociado con el procedimiento la usuaria debe ser referida en forma inmediata a un servicio de salud para su atención.

Efectos Secundarios Posibles

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento, ya sea anestésico o quirúrgico.

► Esterilización Masculina

Mecanismo de Acción, es un método permanente que evita la fertilidad en el hombre. Es un procedimiento de cirugía menor que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides hacia el semen; por consiguiente, el semen es eyaculado sin espermatozoides.

El bloqueo de los conductos deferentes hace que el semen sea expulsado sin espermatozoides.

Duración del Efecto Anticonceptivo, la vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta 3 meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso de preservativo u otro método de respaldo, para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

Este método es permanente.

Beneficios.

- Segura, permanente y conveniente
- Tiene menos efectos colaterales y complicaciones que muchos MÉTODOS utilizados por la mujer.
- El hombre asume la responsabilidad de la anticoncepción y le quita la carga a la mujer
- Aumenta el disfrute y frecuencia de las relaciones sexuales, al no existir el riesgo de un embarazo no deseado.

Signos de Alarma: Fiebre, Dolor severo, Inflamación y Sangrado de herida operatoria o hematoma escrotal.

VI. Anticoncepción en Situaciones Especiales

► Anticoncepción Post Evento Obstétrico

a) Anticoncepción Post Aborto.

Los proveedores de servicios de las instituciones, tomarán en cuenta que la mujer que se ha experimentado un aborto y posiblemente complicaciones, se abordará en forma integral de acuerdo a sus necesidades emocionales y físicas, que incluyan la anticoncepción, considerando aspectos importantes como:

- ***Las mujeres pueden quedar embarazadas*** casi inmediatamente después de un aborto debido a que la ovulación retorna con rapidez.
- ***Hay que alentar a la mujer a demorar el embarazo siguiente*** hasta que esté completamente recuperada.
- ***El 75% de las mujeres ovulan en el curso de las seis semanas siguientes al aborto.*** A menudo la ovulación sobreviene a las dos semanas tras un aborto del primer trimestre y a las cuatro tras un aborto del segundo trimestre.

Cuadro No. 9: Sinopsis de métodos a utilizar post-aborto

Situación clínica de la mujer	Método Anticonceptivo
Sin complicaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar sin demora el empleo del método, la mayor parte de los métodos se pueden aplicar inmediatamente. • Esperar a que se restablezca el ciclo menstrual normal antes de iniciar métodos naturales.
Infección (confirmada o presunta) <ul style="list-style-type: none"> • Signos de aborto inducido • Signos o síntomas de sepsis o infección, imposibilidad de excluir la infección 	<ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia sexual mientras este el proceso infeccioso activo, una vez controlado iniciar método de planificación familiar • Esterilización femenina o la inserción de un DIU: aplazarla hasta haber excluido o curado la infección. • Esterilización masculina
Lesión del tracto Vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos temporales: Iniciar sin demora • Esterilización femenina aplazar hasta que esté resuelta la lesión. Si se requiere para ello una intervención quirúrgica abdominal y ésta no conlleva un riesgo adicional, podrá practicarse al mismo tiempo la esterilización. • Inserción de un DIU: aplazar hasta que esté cicatrizada la perforación uterina o cualquier otra lesión grave. • Las lesiones de la vagina o del cervix pueden limitar el empleo de métodos femeninos de barrera y espermicidas. • Esterilización masculinas
Hemorragia y Anemia grave	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos temporales: según criterios de elegibilidad • Esterilización femenina corregir la anemia y realizar procedimiento. • Esterilización masculina
Aborto en el segundo trimestre no complicado	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos temporales: según criterios de elegibilidad • Los DIU pueden dar una tasa más alta de expulsión

• **Anticoncepción Post Parto**

Al momento del Parto la mujer ya debe tener claro el método que usará para ampliar el período inter genésico, entre los métodos que se recomiendan para esta etapa están:

- **Métodos Naturales**, no son recomendables por las alteraciones menstruales ocasionadas por el post parto

MELA. Se recomienda los 6 primeros meses del post parto El método de la amenorrea de la lactancia (MELA) requiere 3 condiciones. Las 3 condiciones deben cumplirse:

1. La madre no ha vuelto a menstruar
2. El bebé está siendo alimentado a pecho exclusivo o casi exclusivo y con frecuencia, durante el día y la noche
3. El bebé tiene menos de 6 meses de edad

• **Anticonceptivos Orales e inyectable combinados.**

- ◊ Si está dando pecho exclusivo o casi exclusivo: Sumínístrele los AOC y dígame que comience a tomarlos a los 6 meses del parto o cuando la leche materna ya no sea el alimento principal del bebé —lo que ocurra primero
- ◊ Si amamanta parcialmente: La mujer puede comenzar los AOC ya a las 6 semanas después del parto (ver Amamantando parcialmente, p. 11).
- ◊ Sumínístrele los AOC ahora y dígame que empiece a tomarlos 3 semanas después del parto.

• **Inyectables de solo Progestina. (Medroxiprogesterona)**

- ◊ La mujer puede comenzar las inyectables con progestina sola ya a las 6 semanas después del parto (ver Pecho exclusivo o casi exclusivo, o Amamantando parcialmente, p. 69).

• **Dispositivo intrauterino (DIU)**

- ◊ Se puede insertar en el post parto vaginal inmediato (en las primeras 48 horas) y transcesárea.
- ◊ Posponga la inserción del DIU hasta 4 semanas o más después del parto.
- ◊ Si presenta actualmente una infección del aparato reproductor durante las 6 primeras semanas posteriores al parto (sepsis puerperal) o si una infección uterina relacionada con un aborto (aborto séptico), no le coloque el DIU. Si aún no recibe atención, dérvela para su diagnóstico y atención. Ayúdela a elegir otro método u ofrézcale un método de respaldo.* Luego del tratamiento, reevalúela para el uso del DIU.

Métodos de Barrera. En todo momento después del parto ***Esterilización Quirúrgica voluntaria***

- Inmediatamente o dentro de los 7 días siguientes al parto, si ha hecho una elección voluntaria, informada, por adelantado.
- En cualquier momento en las 6 semanas o más siguientes al parto si es razonablemente seguro que no esté embarazada.

➤ Anticoncepción en la Peri- Menopausia

La prescripción de la anticoncepción en la mujer al final de su vida reproductiva representa un reto especial. Intervienen muchos factores en la fisiología de la mujer, las variables que se toman en cuenta para la toma de decisión del método anticonceptivo adecuado y aceptado por la usuaria.

Criterios para la Selección

- Hiperestrogenismo (relativo), puede condicionar la aparición de hiperplasias de endometrio, patología mamaria, endometriosis o miomas;
- Sintomatología climatérica (trastornos trófico genitales, vasomotores, anímicos, alteraciones del sueño, etc.);
- Disminución de la masa ósea (osteoporosis);
- Aumento del riesgo cardiovascular: aumento de peso, elevación de la tensión arterial, niveles de glicemia y alteración del perfil lipídico.

Estas condiciones pueden darse simultáneamente, por lo que es necesario individualizar cada caso para proporcionar consejería y adoptar el método más seguro de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad.

Anticonceptivos Orales combinados (AOC) de baja dosis

- Principalmente los de dosis bajas, ayudan a controlar algunos síntomas de la perimenopausia incluyendo los sangrados.
- Confieren protección del 50% contra cáncer de ovario y de endometrio.
- Previenen complicaciones de osteoporosis.
- No es una terapia de reemplazo

Anticonceptivos Inyectables combinados

- No son una terapia de reemplazo

Inyectables de solo Progestina. (Medroxiprogesterona)

- Mujeres en las que estén contraindicados los estrógenos, que presenten hipermenorreas, ya que producirán una atrofia endometrial. Presenta el inconveniente de producir sangrado irregular.

Dispositivo intrauterino (DIU)

- Son apropiados para mujeres mayores que no tengan menstruación demasiado abundante o dolorosa
- Pueden ser dejados in situ hasta tener la certeza que la mujer ya alcanzó la menopausia

Métodos de Barrera

- Buena opción en la perimenopausia al no tener efecto sistémico
- Los diafragmas tienen la desventaja que pueden desprenderse al no quedar bien ajustados.
- Disminuyen el riesgo de contraer VIH/SIDA e ITS.

Métodos Naturales

- El uso de métodos basados en el calendario es difícil para mujeres perimenopáusicas

Esterilización Quirúrgica voluntaria

Tiene mayor aceptación e indicación en la fase inicial de la perimenopausia

► Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE)

Las personas proveedoras de servicios de planificación familiar deben considerar el enfoque de riesgo, como una estrategia de salud que conlleva un cambio individual, familiar, social y cultural, acordes con los derechos reproductivos de las personas. lo cual se hará tomando en cuenta los recursos y tecnologías existentes y grados de complejidad que la atención requiera.

Definición. La PAE no es un método anticonceptivo, consiste en el uso de anticonceptivos orales dentro de las primeras 120 horas posteriores a una relación sexual sin protección para la prevención del embarazo, teniendo en cuenta que cuanto más pronto se tomen, más eficaces son.

Existen dos tipos principales:

- Anticonceptivos orales combinados, aquellos que contienen tanto un estrógeno como una progestina.
- Anticonceptivos orales que contienen sólo Progestina.

Mecanismo de Acción, el mecanismo principal, es la inhibición o postergación de la ovulación, impidiendo así la fecundación. Existen estudios que sugieren la posibilidad de interferir la migración y función de los espermatozoides en la fase lenta o sostenida de la migración espermática, lo que podría reducir o anular la fecundación, en caso de llegar a producirse la ovulación. Además aumenta la viscosidad del moco cervical impidiendo el paso de los espermatozoides a la cavidad uterina.

- La PAE no son efectivas una vez que ha ocurrido la fecundación, por lo que no tienen un efecto abortivo.
- El efecto anticonceptivo está limitado estrictamente a los días en que se usa el método en la forma recomendada.
- El uso de anticoncepción oral combinada de emergencia previene el 75% de los embarazos que ocurrirían si no se usara este método.

Cuadro No. 10: Sinopsis dosis (PAE)

Formulación	Nº de tabletas que deben tomarse en la primera dosis	Nº de tabletas que deben tomarse en la segunda dosis (12 horas después de la primera dosis)
Levonorgestrel 0.25mg + Etinilestradiol 50mcg (Microgroginon)	2	2
Levonorgestrel 0.15mg + Etinilestradiol 30mcg (Lofemenal)	4	4
Levonorgestrel 0.30mg	25	25
Levonorgestrel 0.75 mg (Ovrál)	1	1

Evaluemos si no está embarazada



1. ¿La menstruación le comenzó en los últimos 7 días?



2. ¿Ha tenido un parto en las últimas 4 semanas?



3. ¿Está amamantando Y tuvo el parto hace menos de 6 meses Y aún no ha tenido la menstruación?



4. ¿Ha tenido un aborto espontáneo o inducido en los últimos 7 días?



5. ¿No ha tenido relaciones sexuales desde la última menstruación?



6. ¿Ha estado usando otro método correctamente?

Si responde afirmativamente a CUALQUIERA de estas preguntas, puede comenzar un método ahora.

ANEXO II

Preguntas para estar razonablemente segura/o de que una mujer no está embarazada (para clientes de planificación familiar que no están menstruando ahora)

Es posible que las mujeres que no están menstruando ahora puedan empezar a usar métodos hormonales (píldora, los inyectables, implantes), el DIU o hacerse una esterilización AHORA. Haga las siguientes preguntas para estar razonablemente segura/o de que no está embarazada.

Si la cliente responde NO a TODAS las preguntas, no se puede descartar el embarazo. Ella debe esperar hasta la siguiente menstruación (y evitar las relaciones sexuales o usar condones), o hacerse una prueba de embarazo.

Si la cliente contesta SI a POR LO MENOS UNA de las preguntas y no presenta síntomas o señales de estar embarazada, entreguele el método.

NO	SI
1. ¿La menstruación le comenzó en los últimos 7 días?	
2. ¿Ha tenido un parto en las últimas 4 semanas?	
3. ¿Está amamantando en forma exclusiva (o casi exclusiva) Y tuvo el parto hace menos de 6 meses Y aún no ha tenido la menstruación?	
4. ¿Ha tenido un aborto espontáneo o inducido en los últimos 7 días?	
5. ¿No ha tenido relaciones sexuales desde su última menstruación?	
6. ¿Ha estado usando un método anticonceptivo efectivo de manera consistente y correcta?	

* Signos del embarazo

Si a una mujer se le ha retrasado la menstruación o tiene otros signos, puede estar embarazada. Trate de confirmar esto con una prueba de embarazo o a través de una examen físico.

Signos tempranos

- Retraso de la menstruación
- Sensibilidad en los senos
- Náuseas
- Vómitos
- Necesidad frecuente de orinar

Signos tardíos

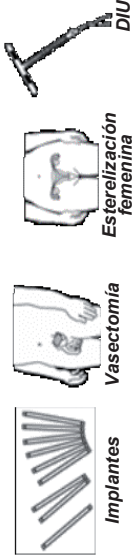
- Senos más grandes
- Oscurecimiento de los pezones
- Más secreción vaginal de lo normal
- Crecimiento del abdomen
- Movimientos del bebé

Comparación de la efectividad típica de los métodos anticonceptivos

Este cuadro muestra cuán efectivos son los métodos como se usan habitualmente. Los primeros cuatro son los más efectivos; ¡a!el usuario/a no tienen que hacer nada adicional. La efectividad de los otros métodos dependen del comportamiento del la/el usuario/a. Esos otros métodos son más eficaces cuando se usan correctamente.

Más efectivo

Generalmente
2 ó menos
embarazos por 100
mujeres en un año



Cómo hacer que su método sea más efectivo

Procedimientos que se realizan una sola vez.
Nada adicional que hacer o recordar.

Necesita repetir las inyecciones cada 1 a 3 meses



Inyectables



Pildoras



Método de la
Lactancia-Amenorrea
(MELA)

Debe seguir las instrucciones del MELA



Condones
masculinos

Debe usarlo cada vez que tiene relaciones
sexuales: se necesita la cooperación de la pareja



Diafragma

Debe usarlo cada vez que tiene relaciones
sexuales



Condón
Femenino

Debe usarlo cada vez que tiene relaciones
sexuales



Métodos basados
en el conocimiento de la
fertilidad (seleccionados)

Debe abstenerse o usar condones en los días
fértils. Requiere la cooperación de la pareja.



Espemicidas

Debe usarlos cada vez que tiene relaciones
sexuales

Aproximadamente
30 embarazos por
cada 100 mujeres
en un año

Menos efectivo

ANEXO IV

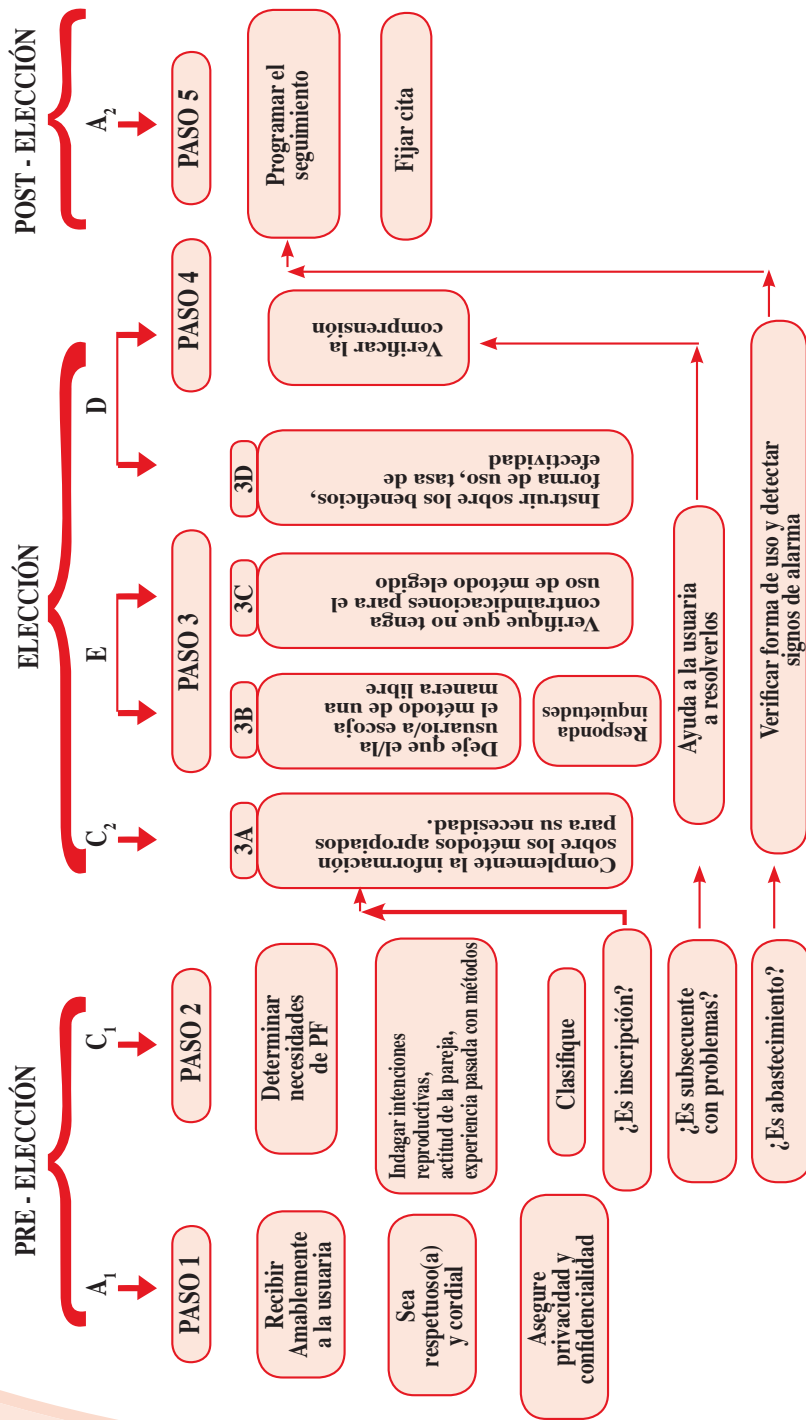
Comenzando a usar un método

Este cuadro indica cuando se pueden comenzar a usar los métodos, ya sea durante el ciclo menstrual o después del parto. **TODOS LOS MÉTODOS PUEDEN COMENZAR A USARSE CUALQUIER DÍA DEL CICLO MENSTRUAL.** Siempre que esté razonablemente seguro/a de que la clienta no está embarazada (vea las preguntas del Apéndice 1).

Tipo de método	Días de inicio en el ciclo menstrual cuando no se necesita protección adicional		Después del parto	
	Sin lactancia	Amamantando	Sin lactancia	Amamantando
DIU	1 a 12		En los dos días posteriores al parto o a las 4 semanas después del mismo	
La píldora	1 a 5		A las 3 semanas después del parto	A los 6 meses después del parto
La mini-píldora	1 a 5		Inmediatamente después del parto	A los 6 meses después del parto
Inyectable de acción prolongada	1 a 7		Inmediatamente después del parto	A los 6 meses después del parto
Inyectable mensual	1 a 7		A las 3 semanas después del parto	A los 6 meses después del parto
Implantes Norplant	1 a 7		Inmediatamente después del parto	A las 6 semanas después del parto
Vasectomía	Use protección adicional por los siguientes 3 meses			
Esterilización femenina	En cualquier momento, si usted está segura/o de que no está embarazada			
Condones (M y F)	En cualquier momento			
Diaphragma Espirmitricidas	En cualquier momento En cualquier momento		De 6 a 12 semanas después del parto. Inmediatamente después del parto	
MELA	--		--	
Conocimiento de la fertilidad (Método días fijos)	En cualquier momento (siempre que sepa cuándo le comenzó el período) 26 a 32 días de duración			

*Dependiendo de cuando el útero y el cuello uterino vuelva a su tamaño normal -- No es pertinente a este método

V.2 Pasos de la Consejería
Esquema de los pasos de consejería



ANEXO VI

Cuadro de Referencia Rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para el Uso de Anticonceptivos – para iniciar o continuar el uso de Anticonceptivos Orales Combinados (AOC), Acetato de Depósito de Medroxiprogesterona (DMPA), Enantato de Noretisterona (NET – EN), Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU de Cobre)

		AOC	DEMPA/ NET – EN	DIU de Cobre	CONDICIÓN	AOC	DEMPA/ NET – EN	DIU de Cobre
EDAD	Desde la menarquía hasta los 39 años de edad				Hiperlipidemias diagnosticadas			
	De 40 años de edad ó más				Cánceres			
	Desde la menarquía hasta los 17 años de edad				Endometrial			
	De 18 años hasta los 45 años de edad				Ovárico			
	Más de 45 años de edad				Ecтроplón Cervical			
Menarquía hasta los 19 años de edad	20 años de edad ó más				Masa no diagnosticada			
					Enfermedad			
Mamaria					Antecedentes familiares de cáncer			
					Cáncer actual			
Núliparas					Fibromas uterinos sin distorsión de cavidades			
					Endometriosis			
Lactancia Materna	Menos de 6 semanas post parto				Enfermedad trofoblástica			
	De 6 semanas a 6 meses post parto				Patrones de			
Tabaquismo	De 6 meses post parto ó más				Irregular con sangrado abundante			
	Edad < 35 años				Sangrado			
	Edad > 35 años, < 15 cigarrillos/día				Vaginal			
Hipertensión	Edad ≥ 35 años, ≥ 15 cigarrillos/día				Sangrado inexplorado			
	Historia de hipertensión cuando la TA: No se puede evaluar				Cirrosis			
Dolores de cabeza	Está controlada y puede evaluarse				Leve			
	Sistólica 149 – 159 ó diastólica 90 – 99				Grave			
Antecedentes de trombosis venosa profunda	Sistólica ≥ 160 ó diastólica ≥ 100				Enfermedad Sintomática actual de la vesícula biliar			
	Sin Migraña (leve o grave)				Relacionada con el embarazo			
Tromboflebitis superficial	Migraña sin aura (edad < 35 años)				Colestasis			
	Migraña sin aura (edad ≥ 35 años)				Hepatitis			
Enfermedades complicadas de las válvulas cardíacas	Migrañas con aura				Activa			
	Cardiopatía Isquémica/Acidente cerebrovascular				Tumores hepáticos			
Diabetes	Sin enfermedad vascular				ITS/EPI			
	Enfermedad vascular o diabetes de > 20 años				Cervicitis purulenta actual, clamidia, gonorrea			
Malaria					Vaginitis			
					Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)			
Tuberculosis no pélvica					Otras ITS (excluyendo VIH/Hepatitis)			
	Enfermedad de la tiroides				Riesgo aumentado de contraer ITS			
Anemia ferropénica					Riesgo individual muy alto a las ITS			
					Alto riesgo de VIH o está infectada por VIH			
Anemia de Células Falciformes					Sin terapia antirretroviral o no se siente bien en la terapia antirretroviral			
					Clinicamente bien en terapia antirretroviral			
Categoría 1					Rifampicina			
					Otros Antibióticos			
Categoría 2								
Categoría 3								
Categoría 4								

I/C: Iniciación/Continuación: Una mujer puede pertenecer a una categoría u otra, si ella inicia o continúa el uso de un método. P.4., una cliente que actualmente padece una EPI y desea iniciar el uso del DIU se considerará como Categoría 4, y no se debe insertar. Si embargo, si esta desarrolla una EPI mientras usa el DIU, se considera como Categoría 2. Significa que podría continuar usando el DIU y recibir tratamiento para combatir la EPI con el DIU. La Lactancia Materna no afecta la iniciación y uso del DIU. Independientemente del estado de la lactancia materna, la inserción del DIU durante el post parto es Categoría 2 hasta las 48 horas post parto, Categoría 3 de las 48 horas a las 4 semanas, y Categoría 1 cuatro semanas y después.

**La evaluación debe proseguirse cuanto antes.

No hay restricciones para el uso
Generalmente se usa; puede necesitarse algún seguimiento
Usualmente no se recomienda; para su uso se requiere juicio clínico y acceso continuo a los servicios clínicos
No se debe usar el método

ANEXO VII: Motivos de consulta en planificación familiar

Motivos de consulta	Método que lo ocasiona	Manejo
Uso Incorrecto Del Método	Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	<p>Incapacidad para abstenerse del sexo durante el período fértil</p> <ul style="list-style-type: none"> Analicé el posible uso de condones, diafragmas, retiro, o espermicidas o el contacto sexual sin sexo vaginal durante el período fértil. Si la mujer ha tenido sexo sin protección en los últimos 5 días, puede considerar PAE <p>Métodos Basados en el Calendario. Los ciclos están fuera del rango de 26–32 días del Método de los Días Estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si la mujer tiene 2 o más ciclos fuera del rango de 26 a 32 días dentro de los 12 meses, sugiérale, el uso del método del ritmo de calendario o un método basado en los síntomas. <p>Ciclos menstruales muy irregulares entre usuarias del método basado en el calendario. Sugiera usar, en cambio, un método basado en los síntomas.</p> <p>Métodos Basados en los Síntomas. Dificultad para reconocer diferentes tipos de secreciones en el método de la ovulación: ayúdela a aprender a interpretar las secreciones cervicales.</p> <ul style="list-style-type: none"> Sugiérale el uso del Método de los Dos días, que no requiere que la usuaria sepa diferenciar entre distintos tipos de secreciones. Bríndele orientación adicional de cómo reconocer secreciones. Sugiérale usar, en cambio, un método basado en el calendario.
	MELA (Amenorrea por la Lactancia Materna Exclusiva)	<ul style="list-style-type: none"> Los problemas con el amamantamiento o el MELA afectan la satisfacción de la mujer y el uso del método. Si la usuaria relata que tiene problemas, escuche sus inquietudes, asesórela y si corresponde, trátela. Ofrezcale ayuda a la usuaria en la elección de otro método – en ese mismo momento, si así lo desea, o más adelante, si no se pueden superar los problemas.
	AC Hormonales Orales Combinados	<p>Omisión de Píldoras</p> <ul style="list-style-type: none"> Olvido en la toma de 1 píldora: debe tomarla tan pronto lo recuerde y continuar con la que corresponde ese día a la hora acostumbrada. En caso de olvido de 2 ó más píldoras seguidas se necesita un método de respaldo (condón) hasta que la usuaria haya tomado 1 píldora activa diaria durante 7 días. En caso de que el olvido haya sido en las últimas 7 píldoras con hormonas, deberá continuar de forma continua un nuevo sobre, obviando el período de descanso a las pastillas sin hormonas. Si tuvo sexo en los 5 últimos días también puede considerar PAE. Si vomita dentro de las 2 horas de haber tomado la píldora, tome otra píldora del paquete lo antes posible, y luego siga tomando las píldoras como siempre. Si tiene vómitos o diarrea por 2 días o más, siga las instrucciones arriba mencionadas para los casos en que se omiten 1 o 2 píldoras.
	AC Hormonales Orales sólo de progestinas	<ul style="list-style-type: none"> Si olvidó tomar 1 píldora, debe tomarla lo antes posible. Si se ingiere después de 3 horas de la hora habitual, su efectividad disminuye, deberá agregar un método de barrera o abstinencia en las siguientes 48 horas En casos de diarrea o vómito intensos recomendar el uso adicional de un método de barrera o abstinencia mientras duren los síntomas hasta 48 horas después que hayan desaparecido.

Motivos de consulta	Método que lo ocasiona	Manejo
Uso Incorrecto Del Método	<p>AC Hormonales Inyectables combinados</p> <p>AC Hormonales Inyectables Solo de Progestina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si la usuaria llega después de 7 días para la aplicación de la inyección, debe saber que este atraso aumenta el riesgo de embarazo, por lo que se recomendará uso de método de barrera o abstinencia. Solo es razonable aplicar otra inyección a una mujer que llega después de este periodo si se está razonablemente seguro(a) que no hay embarazo (Ver anexo) • Si la usuaria no se aplica la inyección en la fecha establecida (cada dos meses en el caso de NET-EN y 3 meses en el caso de la DMPA), se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> ◊ Si la usuaria vuelve menos de 2 semanas tarde para la inyección de repetición, puede recibir su próxima inyección. No hay necesidad de pruebas, evaluación, o método de respaldo. ◊ La usuaria que vuelve 2 semanas tarde puede recibir su próxima inyección si: ◊ No ha tenido sexo desde 2 semanas después de la fecha que le correspondía la inyección ◊ Ha utilizado un método de respaldo o ha tomado LA PAE después de cualquier sexo sin protección desde 2 semanas después de la fecha que le correspondía la inyección o ◊ Está dando pecho exclusivo y tuvo el parto hace menos de 6 meses. ◊ Si no cumple con estas condiciones, precisará un método de respaldo los 7 primeros días después de la inyección. • Recomiende el uso de sostén ajustado incluso para dormir. • Utilice compresas de agua fría o caliente dos veces al día. • Puede indicar acetaminofén 500 mg cada seis horas o aspirina 500 mg cada seis horas • En caso de sintomatología leve, se debe reforzar la información, consejería y recomendar a la usuaria continuar el uso del método anticonceptivo • Usualmente cede con analgesia anti-inflamatoria no esteroidea.
Sensibilidad Mamaria	<p>AC Orales e inyectables combinados</p> <p>AC Orales, Inyectables implantes y DIU sólo Progestinas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Haga pruebas de detección de embarazo. • Si se confirma el embarazo, dígame que deje de tomar los AOC. • No se conocen riesgos para un feto concebido mientras la mujer está tomando AOC
Sospecha de Embarazo	<p>DIU</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar embarazo • Si el embarazo es: • Menor de 12 semanas, valore extraer el DIU • Mayor de 12 semanas, deje el DIU insitu y mantenga control prenatal estricto • Revise la dieta y brinde consejería.
Cambios de Peso	<p>AC Hormonales Orales e inyectables Combinados</p> <p>AC Hormonales Orales, inyectables, implantes y DIU sólo de Progestina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El aumento de peso puede ser importante en algunos casos. • Revise la dieta y brinde consejería.

Motivos de consulta	Método que lo ocasiona	Manejo
Sangra- -miento	Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Si la usuaria tiene trastornos e irregularidades menstruales tiene que valorar el uso de otro método de Planificación Familiar. • Tranquilice a la usuaria, y proporcione consejería sobre toda la gama de métodos de planificación familiar, que mejor se apege a las necesidades de ella y de su pareja.
	ACO Combinados	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilice a la usuaria y explique que no es perjudicial y que desaparecerá después de unos pocos meses de uso. Recomiende: <ul style="list-style-type: none"> ◊ tomar la píldora todos los días a la misma hora, ◊ instrúyala al respecto de las píldoras olvidadas, ◊ si a pesar de eso el sangrado persiste, indique ibuprofeno 800 mg cada ocho horas después de las comidas por cinco días desde que inicia el sangrado anormal. • Si el sangramiento persiste después de tres meses de uso recomiende cambiar de tipo de anticonceptivo oral combinado. • Si la sintomatología persiste considere otras causas de hemorragia uterina anormal. • Referencia a nivel correspondiente para manejo y tratamiento adecuado
	AC Inyectables Combinados	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilice a la usuaria y explique que no es perjudicial y que desaparecerá después de unos pocos meses de uso. Si persiste, considere otras causas no relacionadas con el método. • Sangrado fuerte o prolongado: tranquilice a la usuaria y explíquelo que con el uso, los sangrados serán menos fuertes. Sugiera la ingesta de tabletas con hierro y alimentos ricos en hierro para prevenir anemia. Utilice 800mg de ibuprofeno 3v/d después de las comidas por cinco días al inicio del sangrado. • Si persiste o empeora, considere otras causas no relacionadas con el método. • Referencia a nivel correspondiente para manejo y tratamiento adecuado
	ACO sólo de Progestinas	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de sintomatología leve, se debe reforzar la información, consejería y recomendar a la usuaria continuar el uso del método anticonceptivo
	AC Inyectables sólo de Progestinas	<p>Se debe brindar consejería y tranquilizar a la usuaria; si esto no es suficiente y ella desea continuar con el método se puede recurrir al uso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibuprofeno u otro anti-inflamatorio no esteroideo • Si la inyección previa se administró hace más de 4 semanas, la administración de otra inyección podría ser eficaz; programar la siguiente dosis 3 meses posterior a esta última. El sangrado profuso, es poco común, puede controlarse administrando dosis mayores de AOC o estrógeno (1 píldora diaria por 21 días); si el sangrado continúa, debe descartarse una patología de base y tratarse según corresponda. • Referencia a nivel correspondiente para manejo y tratamiento adecuado
	Implante de Progestina (Jadelle)	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar CONSEJERÍA. Anti-inflamatorios no esteroideos • Si el sangrado prolongado continúa o este comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o sospecha de enfermedad subyacente no vinculada con el uso del método diagnóstico y trate según corresponda; • Si no se encuentra causa para el sangrado evalúe la posibilidad del retiro del implante y suministre otro método de elección para la usuaria • Referencia a nivel correspondiente para manejo y tratamiento adecuado

Motivos de consulta	Método que lo ocasiona	Manejo
Expulsión total o parcial	Implante de Progesterina (Jadelle)	<ul style="list-style-type: none"> Rara vez, puede comenzar a salirse un cilindro, en general dentro de los 4 primeros meses después de la inserción, habitualmente esto sucede porque no fueron correctamente insertados o porque existe infección en el sitio de la inserción. Si una mujer nota un cilindro asomando, debe comenzar a utilizar un método de respaldo y regresar a la clínica inmediatamente. Si no hay infección, reemplace el cilindro o cápsula expulsados a través de una nueva incisión cerca de los otros cilindros o cápsulas o derive a la usuaria para su reemplazo. Referencia a nivel correspondiente para manejo y tratamiento adecuado
	DIU	<ul style="list-style-type: none"> Si el DIU se sale parcial ó completo, retírelo. Si quiere otro DIU puede colocárselo en cualquier momento en que exista razonable certeza de que no está embarazada, si no, ayúdela a elegir otro método. Si se sospecha de una expulsión completa pero la paciente no sabe si se le ha salido por completo, refiérala y proporcione un método de respaldo para que utilice mientras tanto.
	DIU Hormonales	<ul style="list-style-type: none"> Cambios en el patrón menstrual: menor sangrado, sangrado infrecuente, irregular o prolongado.
Cefaleas Comunes No Migrañosas	AC Orales e inyectables combinados	<ul style="list-style-type: none"> Recomendar acetaminofén, 500 mg cada seis horas o ibuprofeno 400 mg cada ocho horas. Si el dolor persiste o se acompaña de características de una cefalea migrañosa queda a criterio médico la continuación del método.
	AC Orales, Inyectables e implantes sólo Progesterinas	<ul style="list-style-type: none"> Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico. Cualquier cefalea que empeore o aparezca con el uso de sólo Progesterina debe ser evaluada.
Amenorrea	Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	<ul style="list-style-type: none"> Si la usuaria presenta amenorrea, no puede utilizar estos métodos, indague las causas de la misma y proporcione consejería sobre el uso de otro método.
	AC Hormonales Orales Combinados	<ul style="list-style-type: none"> Indague si presenta simplemente una pequeña mancha en su prenda interior. Si es así, tranquilícela. Manifístele que esto no es malo que algunas mujeres dejan de tener menstruación. Si ha tomando la píldora cada día, tranquilícela es improbable que esté embarazada. ¿Se ha saltado el descanso de 7 días entre las cajas (envases de 21 días) o las 7 píldoras no hormonales (envases de 28 días)? Si es así, no está embarazada. Puede seguir utilizando AOC. Si ha omitido las píldoras hormonales o ha empezado tarde un nuevo paquete: Puede seguir utilizando AOC. Si ha omitido 3 o más píldoras o que ha comenzado un nuevo paquete 3 o más días tarde que vuelva si presenta signos y síntomas de inicio de embarazo.
	AC Orales, Inyectables e implantes sólo Progesterinas	<ul style="list-style-type: none"> Manifístele que algunas mujeres que utilizan Anticonceptivos sólo de Progesterinas dejan de tener menstruación y que esto no es malo. No es necesario perder sangre todos los meses. Es como no menstruar durante el embarazo. La mujer no es infértil. La sangre no se acumula en su cuerpo. (Algunas mujeres se alegran de liberarse de su menstruación.)
	DIU Hormonales	<ul style="list-style-type: none"> Cambios en el patrón menstrual: menor sangrado, sangrado infrecuente y/o amenorrea

Motivos de consulta	Método que lo ocasiona	Manejo
Náusea o Mareos	AC Hormonales Orales Combinados	<ul style="list-style-type: none"> • Para las náuseas, sugiera tomar los AOC al acostarse o con las comidas. • Si los síntomas continúan: Considere remedios disponibles localmente. • Considere el uso prolongado si las náuseas aparecen después de empezar un nuevo paquete de píldoras. • Indique antiácidos si los síntomas persisten y evalúe suspender el método si la usuaria lo desea o si continúa la sintomatología.
Migraña	AC Hormonales Orales, Inyectables, implantes y DIU sólo de Progéstina	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de sintomatología leve, se debe reforzar la información, consejería y recomendar a la usuaria continuar el uso del método anticonceptivo • Independientemente de su edad, una mujer que presenta jaqueca o migraña, con o sin aura, o cuyas crisis empeoran cuando usa ACO combinados debe suspender su administración. • Ayúdela a elegir un método sin estrógenos.
Dolor Pélvico durante el Período Menstrual	DIU	<ul style="list-style-type: none"> • Explique que los calambres también son comunes en los primeros 3 a 6 meses de uso en particular durante la menstruación y que no es perjudicial y que desaparece con el tiempo. Si los calambres continúan y ocurren fuera de la menstruación evalúe buscando patologías subyacentes, trate o refiera a la usuaria. Si los calambres son severos y no se encuentra patología subyacente evalúe la posibilidad de retirar.
Anemia	AC Hormonales combinados y sólo de Progéstina	<ul style="list-style-type: none"> • En casos de sangramiento profuso, tener en cuenta la anemia como un motivo de consulta, se maneja con consejería, mejora en la alimentación, administración de sulfato ferroso, • Si el sangramiento agrava la anemia, evaluar cambio de método • referir a nivel correspondiente para diagnóstico y manejo adecuado.
	DIU	<ul style="list-style-type: none"> • Para prevenir la anemia proporcione un suplemento de hierro y fomente la ingesta de alimentos con hierro.
Cambios de Humor o del deseo Sexual	AC Hormonales Orales combinados	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios del estado de ánimo: tranquilice a la usuaria y explique que desaparecerá después de unos pocos meses de uso. Considere el uso continuo de los AOC si los cambios de humor son muy marcados o se acompañan de depresión severa.
Acné	AC Hormonales Combinados	<ul style="list-style-type: none"> • Pregúntele sobre cambios en su vida que pudieran afectar su humor o su deseo sexual, incluyendo cambios en su relación de pareja. Apóyela si corresponde. • Algunas mujeres experimentan depresión en el año después del parto. Esto no guarda relación con las AOPs. Las usuarias que presentan cambios de humor graves, tales como depresión mayor, deben ser derivadas para una correcta atención. • Considere medicamentos disponibles localmente.
	AC Hormonales Orales Combinados	<ul style="list-style-type: none"> • En general, el acné mejora con el uso de los AOC, pero puede empeorar en unas pocas mujeres. • Si ha estado tomando píldoras por más de unos pocos meses y el acné persiste, suminístrele, si hay, otra formulación de AOC. Indíquele que pruebe la nueva píldora un mínimo de 3 meses. • Considere remedios disponibles localmente.
	DIU Hormonal	<ul style="list-style-type: none"> • Puede Agravar el acné de la usuaria

Capítulo IV



Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes



Características Biopsico–Sociales de los Adolescentes.

La adolescencia es el período entre la niñez y la edad adulta (considerado entre los 10 a 19 años de edad), hoy se reconoce la importancia de dar espacios especiales para el manejo de los problemas de Salud Sexual y Reproductiva de las/los adolescentes. El proceso de desarrollo de formación de identidad, el sentido de pertenencia unido a los cambios biológicos hace que esta etapa sea de mucha vulnerabilidad a los efectos de las crisis.

En la Conferencia Internacional de Población celebrada en El Cairo en 1994, se estableció la necesidad de servicios de SSR para adolescentes respetando su confidencialidad e intimidad, esto implica proporcionar información integral en todos los aspectos relacionados con su salud, con la finalidad de responder a sus necesidades propias, tales como, información sobre el fomento el auto – cuidado con énfasis en la SSR, más que todo en la responsabilidad individual de disminuir el riesgo reproductivo que implica: los embarazos tempranos, los intervalos cortos entre embarazos y la multiparidad y el riesgo aumentado de cáncer Cervico – uterino debido al inicio temprano de relaciones coitales y el riesgo relacionado con el ejercicio irresponsable de la sexualidad, que conlleva a la posibilidad de tener varias parejas, ser víctima de violencia sexual y la exposición a infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH – Sida.

La promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las/los adolescentes en los diferentes ámbitos de su vida tanto familiar, educativo, laboral son partes de las responsabilidades del MSPAS. La accesibilidad en los servicios para los/las adolescentes no solo depende de la distancia geográfica si no también del tipo de mensajes.

Es importante diagnosticar los problemas más frecuentes que se presentan durante esta etapa, los cuales los podemos describir tomando en cuenta las diferentes líneas programáticas y los diferentes instrumentos planteados en la normativa de adolescentes relacionada con la SSR, de la siguiente forma:

➤ *Prevención de embarazo y planificación familiar*

- Desarrollo de actividades de IEC orientadas al empoderamiento de adolescentes.
- Consejería y oferta de métodos de PF.
- Control subsecuente.

- Formación de clubes de madres adolescentes (lactantes).
- **Detección y atención de morbilidades en salud sexual y reproductiva**
 - Examen manual de mamas.
 - Toma de citología.
 - Atención a trastornos hormonales.
 - Visita domiciliar a grupos en riesgo.
 - Consejería.
- **Detección y atención del abuso Sexual**
 - Examen físico completo.
 - Valoración, intervención y seguimiento psicológico oportuno.
 - Referencia.
 - Consejería.
- **Atención del embarazo, parto, puerperio y post aborto**
 - Inscripción del embarazo.
 - Consejería.
 - Control prenatal.
 - Atención odontológica.
 - Atención del parto.
 - Control post natal.
 - Atención post aborto.
 - Cuidados obstétricos de emergencia.
 - Atención de complicaciones obstétricas.
 - Exámenes de laboratorio.
 - Referencia.
 - Formación y seguimiento de clubes de adolescentes embarazadas.
 - Pasantías hospitalarias a través de la ruta de atención del parto.
- **Detección y atención de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH – Sida**
 - Consejería.
 - Consulta y tratamiento médico.
 - Exámenes de laboratorio.
 - Referencia.
 - Seguimiento a contactos y portadores.

Manejo

El abordaje de la salud integral en la población adolescente debe ser amplio y contemplar:

- a) La Integralidad de la Salud.
- b) La atención por equipo Multidisciplinario y,
- c) La necesaria intersectorialidad de las acciones

Promoviendo los factores positivos (protectores) del desarrollo humano en las áreas biológica, psicológica y social y desarrollando acciones dirigidas a eliminar o anular los factores de riesgo y por

consiguiente sus efectos negativos, para el normal desarrollo del adolescente.

En el primer nivel de atención, se debe de priorizar la Prevención, que significa efectuar acciones para evitar la aparición de enfermedades (promoción de la salud, a través de la educación en salud, detección de riesgos y la protección específica).

Consideramos fundamental para esto el abordaje Multidisciplinario del adolescente por parte de los equipos de salud, a su vez se plantea el abordaje Intersectorial para atender la complejidad de la adolescencia y la juventud.

Embarazo en Adolescentes, se conoce como embarazo precoz o inoportuno, aquel que ocurre en la mujer entre los 10 y 19 años.

La atención a la adolescente embarazada debe ser realizada por equipo multidisciplinario dado los cambios familiar y social de las adolescentes, debido a la falta de madurez física y psicológica, tiene altos niveles de riesgo; los cuales se aumentan si la adolescente vive en estado de pobreza y exclusión social.

El impacto del embarazo en la adolescencia repercute en la educación, inserción en el mercado laboral y muchas veces se traduce en rechazo del núcleo familiar y grupal y mayor morbilidad materna y perinatal.

Las acciones a realizar durante la atención de la adolescente embarazada son:

- Realizar Inscripción de la adolescente embarazada
- Realizar Historia Clínica completa:
 - ◊ Hacer énfasis en los problemas psicosociales, tales como: ansiedad, deserción escolar, rechazo familiar, depresión, conductas suicidas, etc.
 - ◊ Detección de factores de riesgo: biológicos (recordar que toda embarazada se debe considerar en riesgo potencial de presentar complicaciones en el transcurso del embarazo).
 - ◊ Investigar esquema de vacunación para toxoide tetánico, con esquema desconocido o incompleto proceder a inmunizar con TT ó DT, según normas del PAI.

- Examen Físico completo:
 - ◊ Peso/talla
 - ◊ Toma de TA
 - ◊ Medición de Altura Uterina
 - ◊ Búsqueda de Síntomas o signos de Toxemia
 - ◊ Indicar Exámenes de Laboratorio:
 - VDRL, Ht y Hb, EGO, Típeo y Rh, consulta odontológica, toma de citología cervical según normas.
 - Registrar los datos en la HCPB
 - ◊ Garantizar el suministro de micronutrientes
 - ◊ Garantizar orientación sobre:
 - Todos los aspectos planteados en la normativa de la atención prenatal
 - Habilidades para la vida: proyecto de vida, autoestima
 - Importancia de continuar los estudios.
 - Signos de alarma durante el embarazo, parto y puerperio
 - Integración a grupos organizados de adolescentes embarazadas
 - Importancia de la participación y apoyo del padre del niño(a) en el proceso del embarazo, parto y cuidados del(a) recién nacido(a) (si la situación lo permite)
 - Fomentar el apoyo familiar
 - ◊ **Atención del parto:** orientar para parto hospitalario, asistida por personal motivado y capacitado para tal fin. Al alta se le ofrecerá orientación en anticoncepción post parto, lactancia materna, apego precoz, cuidados del recién nacido, importancia del control postparto y del niño(a).
 - ◊ **Puerperio:** Seguimiento según normas, orientar sobre anticoncepción en el post parto, haciendo énfasis en ampliar el espacio intergenésico, enfatizar la lactancia materna, reforzar sobre aspectos relacionados con el proyecto de vida, continuar los estudios, apoyo de la pareja y la familia.

Anticoncepción en la Adolescencia. Los y las adolescentes que son sexualmente activos necesitan una anticoncepción inocua, segura y eficaz. Muchas veces sus estilos de vida pueden exponerlos a un riesgo considerable de contraer una ITS, incluido el VIH – Sida. Por último la maternidad temprana está asociada con malas condiciones de salud, tanto para la madre como para las/os hijas/os; así como las repercusiones que esto acarrea en el ámbito biológico, psicológico y social.

Para recomendar un método anticonceptivo en adolescentes se debe también tener en cuenta los riesgos de aquellas/os adolescentes que

han iniciado vida sexual tales como:

- ITS-Sida
- Embarazos no deseados
- Complicaciones obstétricas
- Cáncer de cuello uterino
- Repercusiones bio-psico-sociales

Los prestadores de servicios de Planificación Familiar en población adolescente deberán utilizar criterios para la selección de un método.

- Sin vida sexual previa
- Vida sexual esporádica o frecuente
- Cambios frecuentes de pareja sexual o varias parejas sexuales simultáneas
- Fertilidad no probada
- Paridad
- Edad

En la adolescencia, estos criterios generalmente no se dan de forma aislada sino simultáneamente, por lo que es necesario más que en otras situaciones, individualizar cada caso para la elección del método más seguro y adecuado para el o la adolescente.

Para fines prácticos y basados en estos criterios, se pueden agrupar a los y las adolescentes en tres grupos:

Cuadro No. 11: Tabla de agrupación práctica de los y las adolescentes tomando en cuenta los siguientes criterios.

Característica del Grupo	Las Adolescentes	Los Adolescentes	No olvidar estas recomendaciones generales para los 3 grupos
<p>Grupo I</p> <p>Adolescentes hombres o mujeres que desean iniciar actividad sexual</p>	<p>• Primera opción: Continuar la abstinencia sexual.</p> <p>Si desea iniciar vida sexual: Anticonceptivos hormonales orales o inyectables combinados, debiendo de iniciar lo más pronto posible y en los primeros 7 días deberán de abstenerse a relaciones sexuales o el uso de preservativos.</p>	<p>• Para los adolescentes: Continuar la abstinencia sexual.</p> <p>Si desea iniciar vida sexual: Método de barrera física (preservativo).</p>	<p>Recomendar reforzar con métodos de barrera física (preservativo) para proteger y disminuir el riesgo de adquirir una ITS/VIH/Sida en los casos que lo amerite.</p> <p>Para los tres grupos se debe incluir la consejería en Planificación familiar.</p>
<p>Grupo II</p> <p>Adolescentes hombres y mujeres que deseen iniciar actividad sexual.</p> <p>Adolescentes que nunca han estado embarazadas y Adolescentes que tuvieron un aborto o parto con hijo/a fallecido/a</p>	<p>• Primera opción: Anticonceptivos hormonales orales e inyectables combinados.</p> <p>• Segunda opción: Dispositivo intrauterino, cuando hay bajo riesgo de ITS. En el caso de las nulíparas existe preocupación debido a un mayor riesgo de expulsión.</p>	<p>• Primera opción: Métodos de barrera física (preservativo).</p>	
<p>Grupo III</p> <p>Adolescente mujer con hijo o hija vivo(a)</p>	<p>En el período puerperal: Énfasis en anticoncepción postparto, recomendar siempre la lactancia materna (MELA). Aplicar los criterios de elegibilidad para la mujer adulta. Reforzar con métodos de barrera física cuando sea necesario.</p>	<p>• Primera opción: Métodos de barrera física (preservativo).</p>	

Cuadro No. 12: Comentarios de uso de anticoncepción en los/las Adolescentes

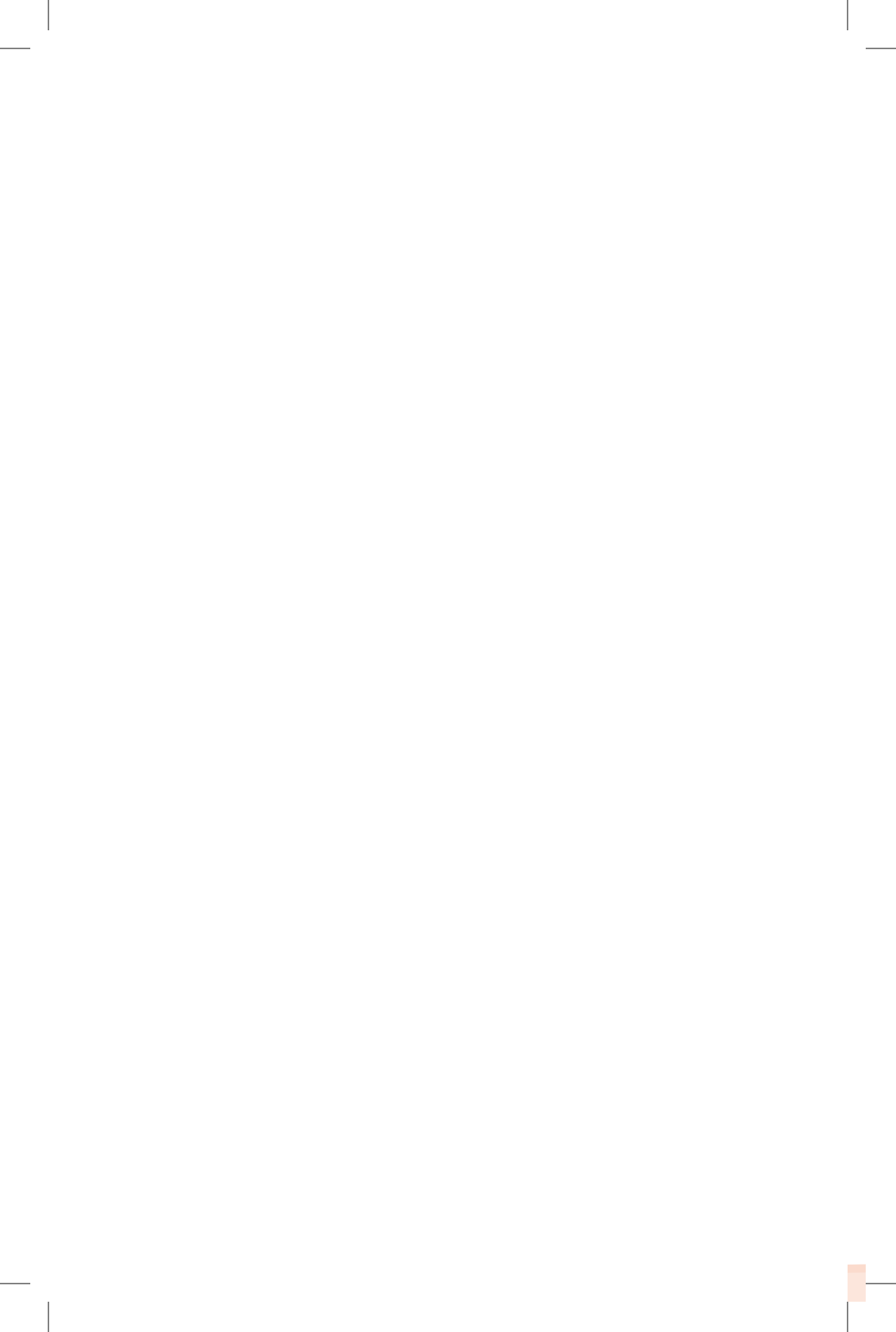
Método	Comentario
Anticonceptivos orales (preferiblemente anticonceptivos Orales combinados)	Las condiciones que requieren precauciones son raras en las adolescentes, excepto que no lo usen en forma correcta y sistemática. El olvido de tomarse la píldora incrementa la tasa de fracaso, sobre todo en el caso de las píldoras de sólo progesterina, cuya ventana de seguridad es de sólo tres horas. Las inquietudes teóricas acerca del uso de AOC entre adolescentes no han sido sustentadas con evidencia científica. Si bien ha existido preocupación por su uso con relación al efecto sobre el crecimiento, los mismos pueden usarse en forma segura una vez que la adolescente ha menstruado.
Anticonceptivos hormonales Inyectables Combinado o de Progesterina	Los efectos secundarios, tales como sangrado intermenstrual, manchas o amenorrea, acné, cambios en el peso, pueden ser molestos y preocupantes para las adolescentes. Requieren de orientación exhaustiva. Pueden ser atractivos en adolescentes por ser confidenciales y sencillos de usar. Los anticonceptivos inyectables sólo de progesterina son categoría 2 en mujeres menores de 18 años; ya que existen inquietudes teóricas con relación al efecto hipo-estrogénico.
Dispositivos intrauterino (DIU)	No es recomendado para adolescentes que tengan alto riesgo de ITS o antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica. En mujeres menores de 20 años es categoría 2; ya que existe preocupación tanto por el riesgo de expulsión debido a la nuliparidad, como de ITS causadas por la conducta sexual de los grupos más jóvenes. Esta consideración aplica tanto para los DIU de cobre como para los liberadores de Levonorgestrel. Puede ser usado por adolescentes nulíparas o que han tenido hijos siempre que no tengan alto riesgo para ITS, o recomendar en ese caso uso combinado con condón y espermicidas.
Condón (preservativo)	Protección inmediata, pero requiere uso correcto en cada relación sexual. Debe facilitarse su disponibilidad dada la probabilidad de que los y las adolescentes tengan relaciones sexuales no planificadas.
Anticoncepción de Emergencia	Consejería a todos los y las adolescentes que en caso de violación, mal uso del método o relación sexual desprotegida debe iniciarse dentro de las 120 horas posteriores a la relación sexual. Solamente debe usarse como medida de emergencia y no como un método regular de planificación.

Notas:

Capítulo V



Infecciones de Transmisión Sexual. VIH – SIDA



La incidencia mundial de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se mantiene en ascenso y ha empeorado considerablemente con el incremento en la incidencia del VIH. Son más frecuentes en mujeres, debido a su mayor vulnerabilidad por las desventajas económicas y sociales en que se encuentran con relación al comportamiento sexual de sus parejas, la sintomatología no suele ser aparente y el diagnóstico se hace más difícil que en el hombre ya que las consecuencias para la salud son más graves.

Dentro de las primeras cinco infecciones de transmisión sexual más frecuentes en El Salvador se encuentran las infecciones por Candidiasis de vulva y vagina con un (62.8%), seguido de las infecciones por Tricomoniasis con un (23.7%), Gonorrea con un (4.1%), Condiloma acuminado con un (4.0%) y Herpes genital.

La relación sexo coital es la principal forma de transmisión de las Infecciones de Transmisión sexual, incluyendo el VIH – Sida.

El impacto en salud pública está dado por las complicaciones y secuelas que pueden presentar, principalmente en mujeres y recién nacidos, aunque las tasas de infección son similares en hombres y mujeres.

Las infecciones de transmisión sexual no tratadas y tratadas inadecuadamente incrementan sustancialmente el riesgo de transmisión del VIH por medio de relaciones sexuales no protegidas. El riesgo de transmisión del VIH se incrementa en presencia de una ITS ulcerativa como la sífilis o el herpes. Se estima que la úlcera genital incrementa el riesgo de transmisión del VIH en 50-300 veces por episodio de sexo desprotegido.

La forma más segura para prevenir las ITS es evitar la exposición. Y la probabilidad de estar expuesto(a) puede ser reducido, en primer lugar desarrollando acciones de IEC para lograr cambios de conocimientos y actitudes que lleven a comportamientos saludables entre los cuales se pueden mencionar:

- Retardo en el inicio de la actividad sexual, especialmente en los y las adolescentes.
- Fidelidad mutua en la pareja sexual activa.
- Uso correcto y consistentemente del condón.

La profilaxis de ITS además supone un pronto reconocimiento tanto por quien la adolece como por el personal de salud, así como también

del tratamiento eficaz. Si el primer contacto con una ITS es curado, la oportunidad de que se transmita a otras personas se reduce.

Notificación Epidemiológica de Casos y Contactos. Se basa en los criterios siguientes.

- a) Enfermedades sometidas a reglamento internacional por tener implicaciones epidemiológicas en todos los países,
- b) Enfermedades sujetas a intervención epidemiológica internacional y vigilancia estricta nacional.
- c) Enfermedades de vigilancia estricta a nivel nacional. Debiéndose notificar algunas de ellas en forma inmediata, llenándose la hoja de notificación individual ante la sospecha clínica y otras necesitarán confirmación de laboratorio antes de ser incluidas en el reporte epidemiológico.
- d) La notificación de las infecciones de transmisión sexual debe hacerse a través de las fichas de notificación ya existentes (hoja de estudio de caso)

Son de notificación obligatoria las siguientes Infecciones

- Sida. Agregar hoja de contactos
- Condiloma acuminado
- Infección por VIH
- Linfogranuloma venéreo
- Sífilis congénita
- Chancro blando.
- Sífilis adquirida.
- Tricomoniasis y no específica urogenital.
- Herpes genital.
- Candidiasis de vulva y vagina.
- Hepatitis B.

Abordaje Sindrómico del Paciente con ITS

El enfoque sindrómico para el manejo de los casos de ITS comprende la detección de un síndrome – síntomas y signos asociados a un número de agentes etiológicos bien definidos – y depende del uso de un flujograma clínico – una guía estandarizada paso por paso para la toma de la decisión médica. Una vez se ha identificado el síndrome, se ofrece tratamiento para los organismos más frecuentes responsables de dicho síndrome, así como educación al paciente sobre la forma de reducir riesgos de infectarse y atención a los contactos. (Para mayor información revisar Guía de Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual).

El objeto de este enfoque es proveer a los pacientes en una única consulta (su primera visita al establecimiento de salud por este motivo) de diagnóstico, tratamiento y consejería adecuada. Esto no quiere decir que no se realicen exámenes de laboratorio, sino que la conducta de actuación a seguir, no puede esperar a los resultados de estas pruebas.

Tratamiento de los Síndromes asociados a las ITS.

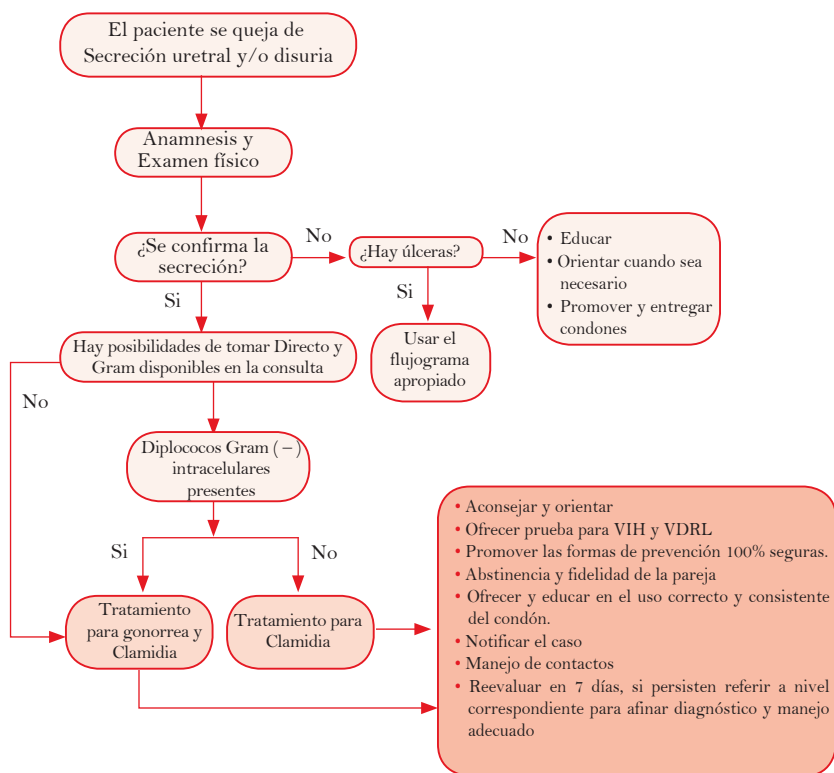
En esta sección se analiza el tratamiento de los síndromes clínicos más frecuentes causados por agentes transmitidos sexualmente. Se presentan además diagramas de flujo para el manejo de cada síndrome.

Cuadro 13: Clasificación de las Infecciones de transmisión sexual según el abordaje sindrómico

Síndrome	Síntomas	Etiología más Común	
Flujo vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Secreción vaginal • Picazón vaginal • Disuria (dolor al orinar) • Dispareunia 	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginitis • Cervicitis • Candidiasis • Gonorrea • Tricomoniasis • Clamidia 	
Secreción Uretral	<ul style="list-style-type: none"> • Secreción uretral (expresión de la uretra) • Disuria • Necesidad de orinar frecuentemente 	<ul style="list-style-type: none"> • Gonorrea • Clamidia 	
Úlcera Genital	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera Genital Tumefacción de los ganglios linfáticos inguinales 	<ul style="list-style-type: none"> • Sífilis • Chancro/ Chancroide • Herpes genital 	
Inflamación del escroto (orquitis)	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor del escroto • Hinchazón del escroto 	<ul style="list-style-type: none"> • Gonorrea • Clamidia 	
Dolor Abdominal inferior	<p style="text-align: center;">Síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal inferior y durante las relaciones sexuales • Secreción vaginal • T° de más de 38°C 	<p style="text-align: center;">Signos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal inferior al palpar 	<ul style="list-style-type: none"> • Gonorrea • Clamidia • Anaerobios • Mixtos

Secreción Uretral

Un hombre llega a su clínica quejándose de que ha notado que tiene una secreción del pene. Evalúelo de acuerdo al siguiente flujograma:



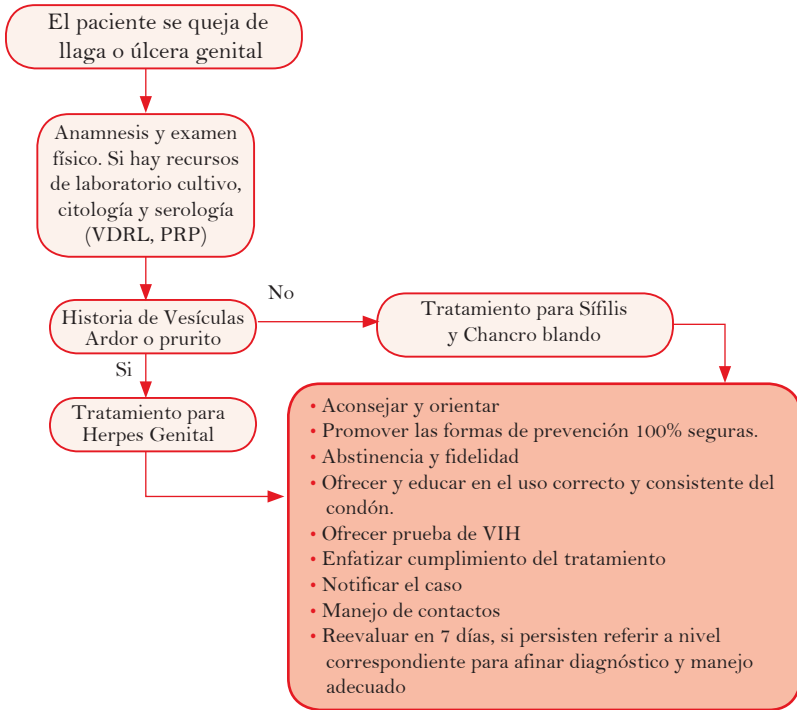
Cuadro No. 14: Tratamiento para Descarga Uretral en Hombres

Opciones de tratamiento para Gonorrea	Opciones de tratamiento para Clamidiasis
<ul style="list-style-type: none"> Ciprofloxacina: 500 mg. oral dosis única Ceftriaxona: 250 mg. intramuscular, dosis única Cefixima: 400 g. oral, dosis única 	<ul style="list-style-type: none"> Doxiciclina: 100 mg. oral, 2 veces al día por siete días (Contraindicada en el embarazo)
Alternativas <ul style="list-style-type: none"> Penicilina procaínica: 4.8 millones UI, dosis única: dividirse dosis y administrarse en dos sitios Gentamicina: 280 mg. intramuscular, dosis única 	Alternativas <ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina: 500 mg. oral, 3 veces al día por 7 a 10 días (En el embarazo) Eritromicina : 500 mg. oral, 4 veces al día por 7 días, Sugerido en embarazo (en caso de que la tetraciclina este contraindicada) Ofloxacin: 300 mg. oral, 2 veces al día por 7 días (Contraindicada en embarazo) Tetraciclina: 500 mg. oral, 4 veces al día por 7 días

Estos esquemas de tratamiento deben aplicarse de igual forma a la pareja

Úlceras Genitales

Un paciente (hombre o mujer) llega a su clínica y señala que se ha visto llaga(s) en los genitales. Use el flujograma que se muestra a continuación.



Cuadro No. 15: Tratamiento de Úlcera Genital

Sífilis	Chancroide	Granuloma Inguinal	Linfogranuloma venéreo	Herpes genital
Bencil penicilina benzatfínica	Ciprofloxacina Eritromicina	Doxiciclina	Doxiciclina Eritromicina	Aciclovir
Alternativas				
Bencil penicilina procaina	Ceftriaxona	Eritromicina Tetraciclina Trimetoprim Sulfa metoxazol		
Alergia a la penicilina y no gestantes				
Doxiciclina Tetraciclina				

- En la gestante el único antibiótico probado que evita la sífilis congénita es la penicilina.
- Si existen antecedentes de alergia a la penicilina en una gestante con sífilis se debe considerar la desensibilización por lo que debe ingresarse o referirse a un hospital de tercer nivel para que este procedimiento se realice en equipo y coordinados con infectología.

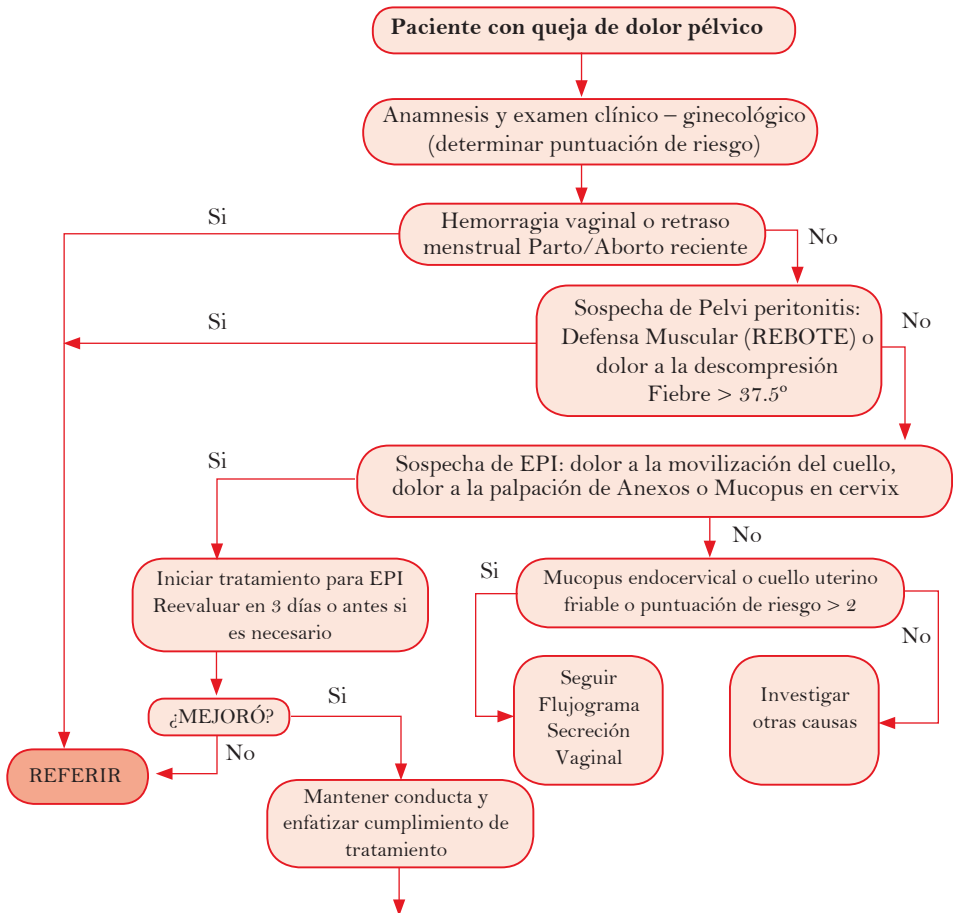
Cuadro No. 16: Tratamientos Síndrome de Úlcera Genital y Herpes Simple

Tratamiento del Síndrome de Úlcera Genital	Tratamiento del Herpes Simple
<ul style="list-style-type: none"> • Administre el tratamiento para la sífilis y, según el perfil epidemiológico local, el chancroide, el granuloma inguinal o el linfogranuloma venéreo. • Realice punción por aspiración de todos los ganglios fluctuantes (evite las incisiones quirúrgicas) • Eduque y proporcione consejería sobre la reducción del riesgo • Ofrezca pruebas serológicas para sífilis y VIH • Constate si la lesión no se curó por completo a los 7 días • Suministre y eduque en el uso correcto de condones 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcione consejería sobre el cuidado básico de la lesión (mantenga limpia y seca) • Proporcione o prescriba tratamiento antiviral específico para herpes según la norma. Eduque y proporcione consejería sobre el cumplimiento, la reducción del riesgo y la historia natural de la infección por VHS(tipo 2) • Ofrezca pruebas serológicas para sífilis y VIH • Suministre y fomente el uso de condones • Recomiende al paciente que regrese en 7 días, si la lesión no se ha curado por completo y en cualquier momento empeora clínicamente, en cuyo caso deberá instaurar un tratamiento para otras causas de síndrome de úlcera genital, según la normativa.

► Dolor Abdominal Bajo o Pélvico

Se ha definido clínicamente como dolor en la parte baja del abdomen. Puede ser de inicio súbito e intenso, necesitando atención inmediata, o crónico considerándose como tal cuando tiene al menos 6 meses de evolución. Según la etiología puede ser debido a causas ginecológicas (aborto, embarazo ectópico, rotura de quiste ovárico, sangrado uterino, dolor menstrual, degeneración de miomas, enfermedad inflamatoria pélvica) y no ginecológicas (apendicitis, diverticulitis, linfadenitis mesentérica, obstrucción intestinal, infección y litiasis urinaria, entre otras).

La Infección Inflamatoria Pélvica es un Síndrome clínico atribuido al ascenso de microorganismos por el tracto genital inferior, bien de forma espontánea o debido a manipulación (DIU), comprometiendo endometrio, trompas, anexos uterinos y/o estructuras contiguas. Su diagnóstico es difícil debido a sus variadas manifestaciones clínicas.



- aconsejar y orientar
- Promover las formas de prevención 100% seguras, abstinencia y fidelidad
- Ofrecer y educar en el uso correcto y consistente del condón.
- Colectar material para papanicolau
- Ofrecer VDRL y Prueba de VIH
- Enfatizar cumplimiento de tratamiento
- Citar a pareja sexual solo en los casos de cervicitis y tricomoniasis
- Asegurar cita de seguimiento
- Notificar caso

- PUNTUACIÓN DE RIESGO:**
- Pareja masculina con secreción uretral..... = 2
 - Edad menor de 21 años = 1
 - Sin pareja fija..... = 1
 - Más de una pareja en los últimos 3 meses = 1
 - Nueva pareja en los últimos tres meses..... = 1

Tenga en cuenta que la persona entrevistada podría no responder con la verdad a esta puntuación de riesgo, por lo que debe apoyarse en la consejería.

Realizar anamnesis determinando la puntuación de riesgo que puede indicar la probabilidad de que la paciente sea portadora de una cervicitis asintomática. Consiste en la colecta de alguna información, atribuyendo a cada una de estas, un determinado valor. La puntuación de riesgo se considera positiva para cervicitis cuando la suma de los valores atribuidos es igual o mayor de 2; o sea, de acuerdo con los criterios establecidos, incluso en ausencia de signos clínicos para cervicitis, la paciente se considerará portadora asintomática y, por tanto deberá recibir tratamiento concomitante para Neiseria. gonorrea.

Al examen se puede encontrar: Presencia de exudado mucopurulento endocervical o cuello uterino friable o puntuación de riesgo mayor o igual a 2.

Si la paciente presenta signos clínicos de cervicitis (mucus o cuello friable), o en ausencia de estos, presenta una puntuación de riesgo mayor o igual a 2, se recomienda tratamiento concomitante para las causas más comunes e importantes de cervicitis, que son gonorrea y clamidia.

El tratamiento debe estar basado en el principio de que el diagnóstico microbiológico preciso es difícil así como la diferenciación clínica de los agentes etiológicos más frecuentes.

Cuadro No. 17: Tratamiento ambulatorio de Dolor Abdominal Bajo o Pélvico

• Tratamiento con dosis única para la gonorrea no complicada, cualquiera de estas alternativas:

- ◊ Ciprofloxacina 500 mgr. VO dosis única
- ◊ Ceftriaxona 250 mgr. IM dosis única
- ◊ Cefixima 400 mgr. VO dosis única
- ◊ Penicilina G Procaínica 4.8 millones UI IM dosis única

Si no existe como investigar Clamidia, administrar simultáneamente, cualquiera de los siguientes esquemas:

- Doxiciclina, 100 mg. VO 2/día por 14 días
- Tetraciclina, 500 mg. VO 4/día por 14 días

Agregar esta alternativa

- Metronidazole, 400 a 500 mg. VO 2/día por 14 días

Nota:

- Los pacientes que toman metronidazole deben evitar el consumo de alcohol mientras están en tratamiento (48 horas antes de iniciarlo y 48 horas después de terminado el tratamiento)
- Las tetraciclinas están contraindicadas en la gestación.

Cuadro No. 18: Tratamiento de Infección Cervical

Opciones para tratamiento para Gonorrea	Opciones para tratamiento para Clamidia
<ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacina: 500 mg. oral dosis única • Ceftriaxona: 250 mg. intramuscular, dosis única • Cefixima: 400 g. oral, dosis única 	<ul style="list-style-type: none"> • Doxiciclina: 100 mg. oral, 2 veces al día por siete días (Contraindicada en el embarazo)
Alternativas	
<ul style="list-style-type: none"> • Penicilina procaínica: 4.8 millones UI, dosis única: dividirse dosis y administrarse en dos sitios • Gentamicina: 280 mg. intramuscular, dosis única 	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina: 500 mg. oral, 3 veces al día por 7 a 10 días (En embarazo) • Ofloxacina: 300 mg. oral, 2 veces al día por 7 días (Contraindicada en embarazo) • Eritromicina 500 mg. oral, 4 veces al día por 7 días, Sugerido en embarazo (en caso de que la tetraciclina este contraindicada) • Tetraciclina: 500 mg. oral, 4 veces al día por 7 días

Su tratamiento en el embarazo adquiere mayor importancia, ya que es causa de prematurez, ruptura prematura de membranas, metritis post parto y conjuntivitis neonatal.

Flujo Vaginal

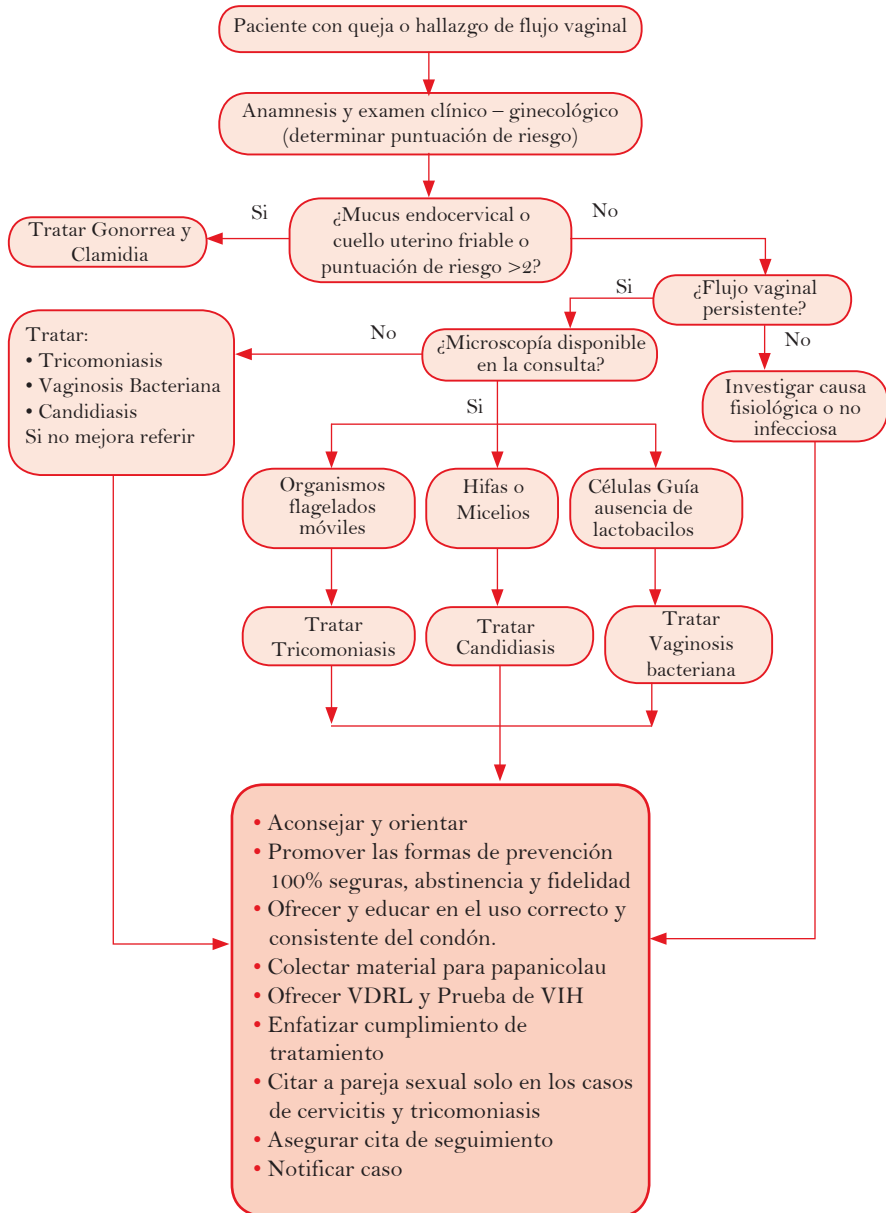
Examinar la región anal y genital externa, separar los labios vaginales y visualizar el introito vaginal, introducir el espéculo para examinar la vagina, sus paredes, fondo de saco y cuello uterino. Esto junto con ciertas características del exudado que tienen que ver con el olor, color y consistencia, pueden orientar al diagnóstico, así:

- Vaginosis bacteriana secreción vaginal líquida, color grisáceo y de olor característico fétido (olor a pescado descompuesto). Prurito y ardor vulvovaginal.
- Tricomonirosis: secreción vaginal de aspecto espumoso, sensación de quemadura, disuria, vagina eritematosa y cérvix con aspecto de fresa
- Candidiasis: presencia de leucorrea blanquecina grumosa, hiperemia del cérvix, de la vagina, vulva o periné, ardor y prurito.

Cuadro No. 19: Tratamiento para Infección Vaginal (Flujo Vaginal)

Vaginosis Bacteriana	Tricomonas Vaginalis	Candidiasis Vaginal
• Metronidazole	• Metronidazole	• Metronidazole • Fluconazol
Alternativas		
• Clindamicina • Metronidazole (en gel) • Clindamicina (crema vaginal)		• Nistalina

Infección Vaginal (Flujo Vaginal)

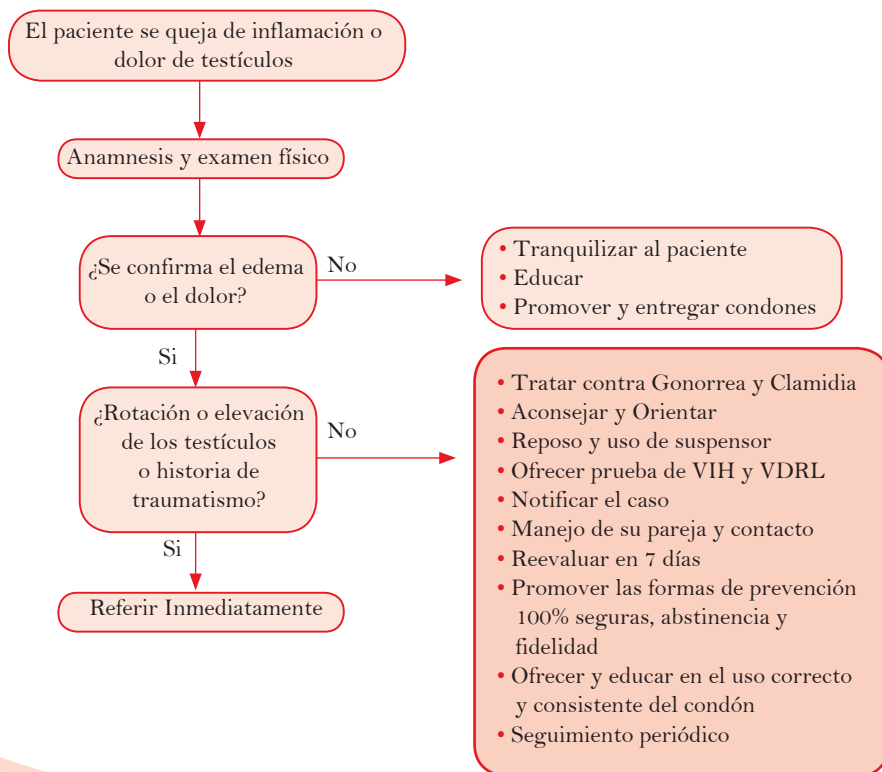


Inflamación Escrotal

La infección de los testículos es una complicación grave, se manifiesta habitualmente por dolor e hinchazón testicular unilateral de comienzo agudo, frecuentemente acompañada de dolor con la palpación del epidídimo y el conducto deferente, y en ocasiones con eritema y edema de la piel subyacente.

En hombres sexualmente activos de menos de 35 años de edad, los microorganismos transmitidos sexualmente son la causa más frecuente de esta patología. Cuando la descarga uretral es concomitante con la epididimitis (inflamación del epidídimo) el origen probablemente sea la *N. gonorrhoeae* ó *Clamidia Tracomatis*.

Debe de hacerse la diferenciación con causas no infecciosas, como traumatismos, tumores y la torsión testicular. La epididimitis asociada a ITS puede producir infertilidad si no se instaura un tratamiento efectivo.



Cuadro No. 20: Tratamiento de Inflamación Escrotal

Opciones para tratamiento para Gonorrea	Opciones para tratamiento para Clamidia
<ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacina: 500 mg. oral dosis única • Ceftriaxona: 250 mg. intramuscular, dosis única • Cefixima: 400 g. oral, dosis única 	<ul style="list-style-type: none"> • Doxiciclina: 100 mg. oral, 2 veces al día por siete días (Contraindicada en el embarazo)
Complementos del Tratamiento: Reposo en cama, uso de soporte o suspensor hasta que disminuya la inflamación local y la fiebre	Alternativas <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina: 500 mg. oral, 3 veces al día por 7 a 10 días (En embarazo) • Ofloxacina: 300 mg. oral, 2 veces al día por 7 días (Contraindicada en embarazo) • Eritromicina 500 mg. oral, 4 veces al día por 7 días, Sugerido en embarazo (en caso de que la tetraciclina este contraindicada) • Tetraciclina: 500 mg. oral, 4 veces al día por 7 días

Su tratamiento en el embarazo adquiere mayor importancia, ya que es causa de prematuridad, ruptura prematura de membranas, metritis post parto y conjuntivitis neonatal.

Infecciones con Presencia de Verrugas

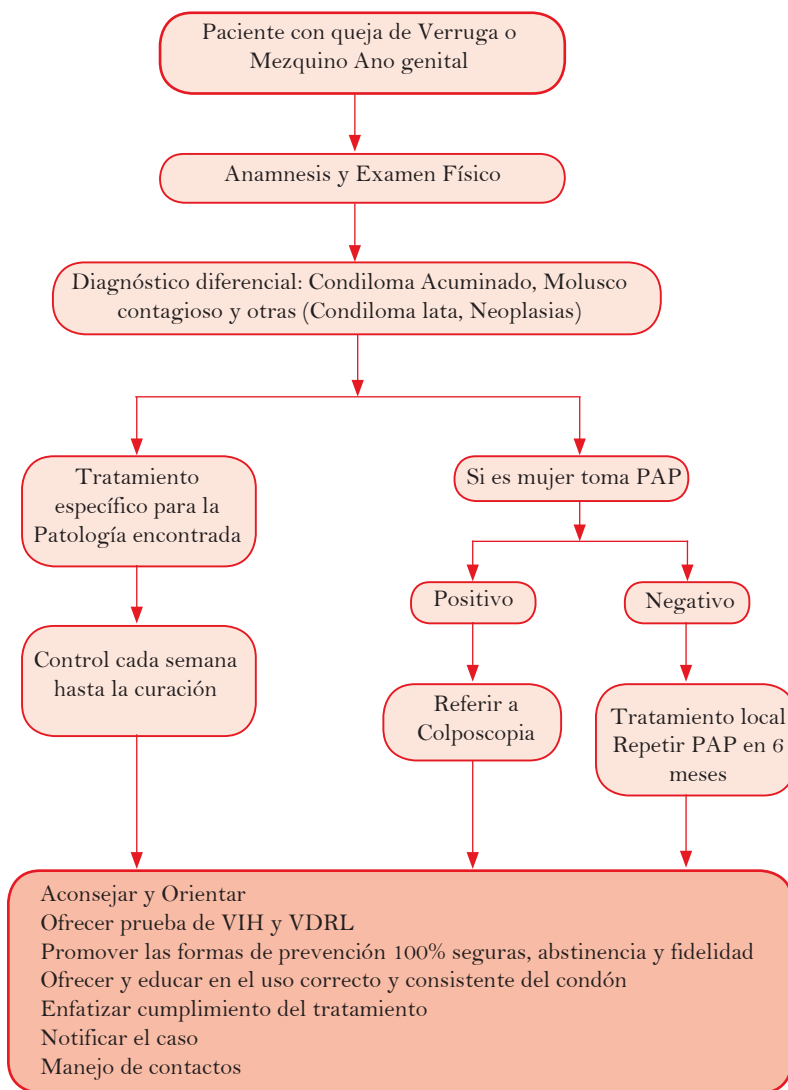
El tratamiento de las verrugas está orientado a la destrucción de lesiones y no a la erradicación del virus dado que no existe ninguna droga antiviral específica. Es recomendable que la aplicación del tratamiento sea realizado por el médico manteniendo las normas de bioseguridad necesarias.

La infección tiende a empeorar durante el embarazo y la mayoría de las lesiones se tienen que manejar en forma expectante, sobre todo las cervicales. En lesiones vaginales o genitales externas puede emplearse ácido tricloroacético, crioterapia o cauterio. Cuando hay verrugas que ocluyen el canal del parto se puede considerar la terminación del parto por vía cesárea. Durante el embarazo esta contraindicado el uso de la Podofilina.

Cuadro No. 21: Tratamiento de las Infecciones con Presencia de Verrugas

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Podofilina al 25%, aplicación semanal, no usar en la cara ni en mujeres embarazadas. Tener los mismos cuidados que se especifica para las infecciones con IVPH • Curetaje local de las lesiones • Criocirugía |
|---|

Infecciones con presencia de verrugas



Cuadro No. 22: Descripción de Intervenciones Básicas en el Primer Nivel de Atención

INTERVENCIONES	ESENCIALES	TAREAS
<p>En la población en general (definir grupos vulnerables con mayor riesgo de adquirir ITS – VIH – Sida)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de Área Geográfica de Influencia • Identificando y cuantificando poblaciones de riesgo ◊ Parejas con prácticas sexuales de riesgo ◊ Mujeres con una ó más ITS ◊ Personas con múltiples parejas ◊ Adolescentes en riesgo ◊ Trabajadores/as comerciales del sexo ◊ HSH ◊ Personas con tatuajes ◊ Víctimas de Violencia Intrafamiliar ◊ Víctimas de Violencia Sexual ◊ Mujeres con VPH ◊ Mujeres con Cáncer de cérvix ◊ Uso y abuso de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción del auto cuidado • Definir grupos vulnerables comunitarios • Identificar nuevas parejas sexuales • Promoción de prácticas sexuales seguras y responsables • Búsqueda activa de grupos vulnerables • Promoción de la toma de la prueba VIH • Consejería pre y post prueba • Consejería de cambio de conductas • Uso de material promocional educativo • Planificación Familiar y Disponibilidad de condones • Consejería sobre Alimentación • Disponibilidad de medicamentos contra ITS • Comunicación y Movilización Social • Notificación y Seguimiento de casos • Referencia de casos a nivel correspondiente para verificación diagnóstica y manejo adecuado.
<p>Grupos que requieren la prueba de VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres y hombres en riesgo de adquirir ITS – VIH o de prácticas sexuales no seguras e irresponsables • Mujeres y Hombres con ITS • Parejas de Personas Viviendo con VIH (PVVIH) • Embarazadas • Donantes de sangre • Sospecha clínica de casos 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de la prueba • Consejería pre y post prueba • Toma de la prueba • Búsqueda de contactos • Notificación y seguimiento de casos • Referencia de casos a nivel correspondiente para verificación diagnóstica y manejo adecuado
<p>Consejería Pre prueba VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se indica la prueba a toda las personas que lo soliciten • Entrevista confidencial, voluntaria, imparcial y veraz que orienta sobre: <ul style="list-style-type: none"> ◊ Motivación y confianza ◊ La importancia de la toma de la prueba a todas las personas de los grupos a quienes se toma la prueba ◊ Permite tomar una decisión informada sobre la prueba de VIH ◊ Identifica los beneficios de conocer el sero estatus ◊ Se establece el límite de confidencialidad y los compromisos (como informar a la pareja) 	<ul style="list-style-type: none"> • Explica: • Beneficios y aclara dudas • Información sobre la infección por VIH • Permite compartir aspectos personal de las personas usuarias • Se programa fecha de respuesta de la prueba

Continuación Cuadro No. 22		
INTERVENCIONES	ESENCIALES	TAREAS
<p>Toma voluntaria de la Prueba de VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se toma la prueba respetando la confidencialidad, previa consejería o asesoramiento antes y después de la prueba • Se toma la prueba a toda las personas que lo soliciten • El laboratorista da confianza y anima a la persona usuaria • Las respuestas de las pruebas las proporciona el personal de salud en la consejería post prueba • Las pruebas positivas con la prueba rápida, deben ser confirmadas con la prueba de ELISA 	<ul style="list-style-type: none"> • Se toma toda la información de la identidad del/a usuario/a • Se llena la hoja de solicitud de la prueba
<p>Consejería post prueba</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza para proporcionar la respuesta de toda prueba de VIH. • Entrevista personal y confidencial • Permite aclarar dudas sobre la prueba 	<p>Dependiendo del resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negativa. <ul style="list-style-type: none"> ◊ Consejería ◊ Educación sobre mecanismos de prevención ◊ Promoción de uso correcto y consistente del condón ◊ Seguimiento periódico ◊ Si es pareja o contacto de persona viviendo con VIH y el resultado es negativo, repetir la prueba en tres meses. • Positiva. <ul style="list-style-type: none"> ◊ Consejería ◊ Educación ◊ Promoción de uso correcto y consistente del condón ◊ Seguimiento periódico ◊ Referencia y notificación de caso al nivel correspondiente para verificación de diagnóstico y manejo adecuado

Capítulo VI



Climaterio



El Climaterio, es un conjunto de síntomas y signos que se presentan en la peri menopausia y post menopausia como consecuencia de la declinación o cese de la función ovárica que conlleva a un estado de hipoestrogenismo.

Menopausia, es el cese de la menstruación por disminución de las hormonas. Es usual entre los cuarenta y cincuenta años. sus síntomas son calores y sudores. La complicación más frecuente es la osteoporosis (facilidad de quebrarse los huesos).

➤ **Definiciones de las Fases del Climaterio**

- **Menopausia Natural**, último período menstrual. Se diagnostica después de 12 meses consecutivos de amenorrea sin ninguna causa patológica o fisiológica.
- **Peri – Menopausia**, período comprendido desde el inicio de los eventos psíquicos, endocrinológicos, clínicos y psicológicos que preceden a la menopausia hasta la terminación del primer año después de la misma.
- **Pre – Menopausia**, totalidad de la vida reproductiva de la mujer hasta la última menstruación.
- **Post – Menopausia**, a partir del último período menstrual por menopausia inducida o natural.
- **Menopausia Prematura**, cuando el cese de la menstruación ocurre antes de los 40 años.
- **Menopausia Tardía**, cuando el cese de la menstruación ocurre alrededor de los 54 años.

Cuadro No. 23: Cambios Secundarios al Climaterio y la Menopausia.

	Alteraciones Neurovegetativas.	Alteraciones Psicológicas.	Alteraciones de la sexualidad
Corto Plazo	<ul style="list-style-type: none"> • Oleadas de calor, Sudoración profusa y Palpitaciones. • Parestesias. • Náuseas. • Cefaleas. • Mialgias y Artralgias. • Insomnio. • Alteraciones del ciclo menstrual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Labilidad emocional. • Irritabilidad. • Estado anímico depresivo. • Pérdida de la memoria. 	D I S F U N C I O N S E X U A L
Mediano Plazo	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas de atrofia urogenital. • Sequedad vaginal. • Dispareunia. • Disuria y Polaquiuria. • Incontinencia urinaria. • Infecciones de vías urinarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atrofia de piel y mucosas. • Dislipidemias. 	
Largo Plazo	Hipertensión arterial. Osteoporosis. Eventos cerebrovasculares. Trastornos de la memoria. Demencia.		

El servicio se ofrecerá a mujeres de 40 años o más y/o aquellas de menor edad que presenten síntomas clínicos de climaterio, o con falla ovárica prematura natural o inducida, siendo atendidas por médicos generales capacitados y/o médicos ginecólogos.

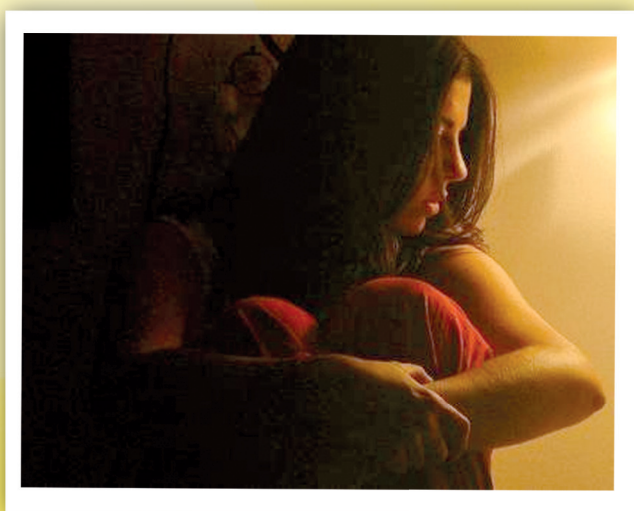
En esta etapa del ciclo de la vida es de suma importancia realizar consejería sobre:

- Información sobre la definición y descripción de esta etapa, como parte de proceso natural del crecimiento.

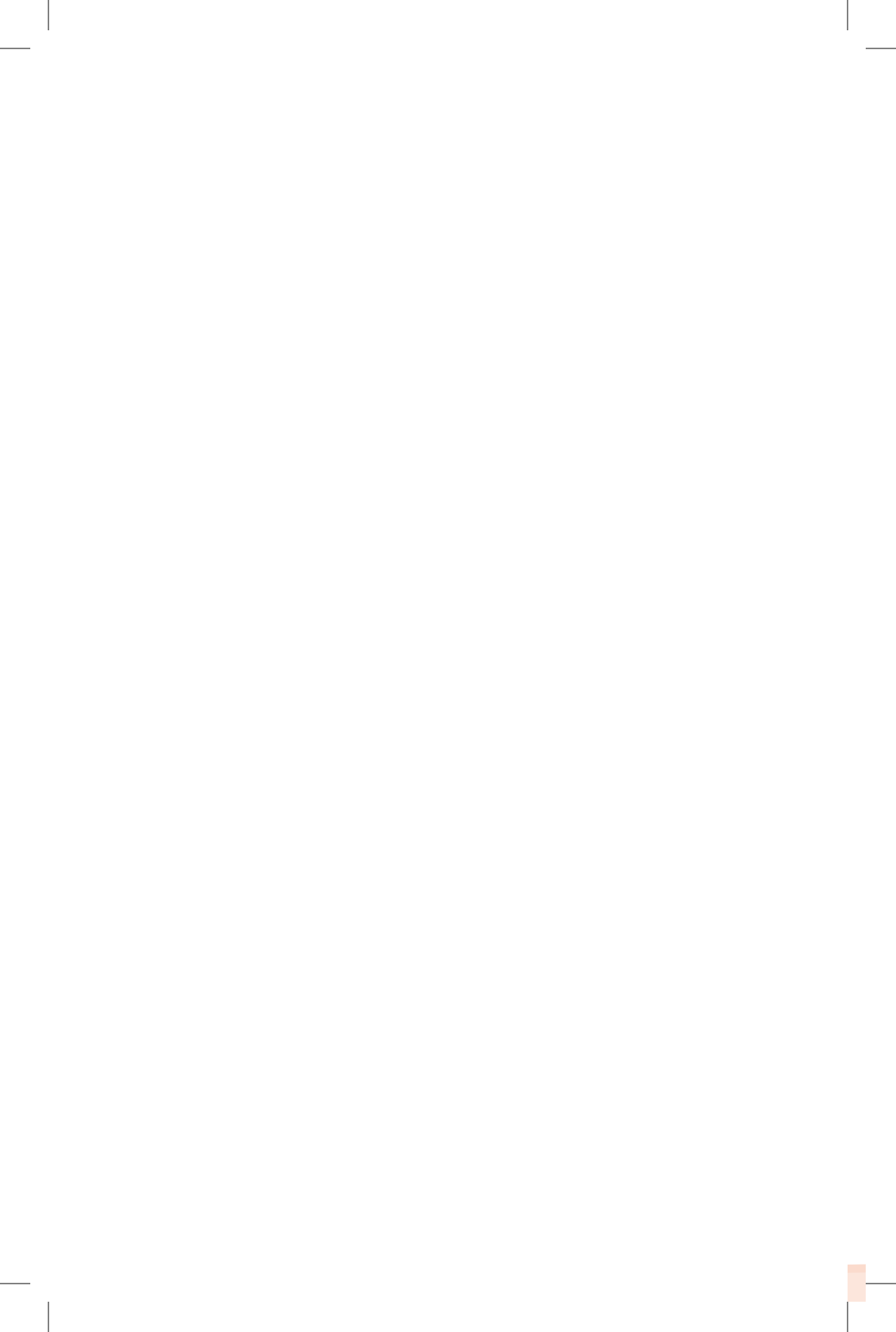
- Fomento de estilos de vida saludables: ejercicios, evitar el tabaquismo, alcoholismo, café; promover una dieta balanceada y nutritiva,
- Destacar la importancia de mantener la salud mental
- Mantener una visión positiva de la vida y de su persona (Mejorar su autoestima)
- El ejercicio de una sexualidad responsable y placentera
- Establecer la necesidad de mantener un control médico, para un diagnóstico y manejo oportuno de la sintomatología relacionada y las patologías subyacentes que se presentan más frecuentemente
- Hacer énfasis en que los cambios hormonales de este período tendrán repercusión en los diferentes sistemas del organismo
- Proporcionar Suplementos vitamínicos y de Calcio
- Proporcionar medidas preventivas sobre:
 - ◊ Cáncer de cérvix y de mama; Osteoporosis
 - ◊ Planificación Familiar
- Motivar a la elaboración de un plan general de seguimiento tanto por parte de la usuaria como por parte del personal de salud.
- Si se detecta una mujer en esta etapa, con evidencia de sintomatología que afecta su calidad de vida, se debe proporcionar consejería y referir al nivel correspondiente para adecuado diagnóstico y manejo.

Notas:

Capítulo VII



Prevención de la Violencia de Género



La Violencia de Género es aquella que se ejerce de un sexo hacia otro. Por lo general, el concepto nombra a la violencia contra la mujer, donde el sujeto pasivo es la persona del género femenino. En este sentido, también se utilizan las nociones de violencia machista, violencia de pareja y violencia doméstica. Los casos de violencia familiar o violencia en el hogar no suelen ser denunciados por vergüenza o temor.

Etiología, al interior de una sociedad hay una construcción social alrededor de “LO FEMENINO” y “LO MASCULINO” que determina las identidades de género para mujeres y hombres. La construcción del estereotipo femenino ocasiona que las mujeres sean Incapaces de controlar su cuerpo, su sexualidad, su capacidad de trabajo y su reproducción, en cambio la construcción del estereotipo masculino ayuda a los hombres a su independencia, éxito y logros. Para los hombres, el ejercicio del poder, facilita el manejo de recursos, la toma de decisiones en el mundo económico y político.

Las inequidades del mundo de lo femenino en el modelo patriarcal dentro de la salud sexual y reproductiva se traduce: en maternidad precoz, mortalidad materna, más que todo en mujeres pobres del área rural y muchas veces son muertes prevenibles, madres abandonadas asumiendo paternidad – maternidad. Mujeres en pareja o solas enfrentando violencia intrafamiliar. Mujeres enfrentando violencia, acoso y abuso sexual en el trabajo. Paternidad irresponsable, cónyuges ejerciendo violencia física, económica y sexual. Espacios inequitativos que favorecen a lo masculino.

Tipos de Violencia. Las formas de violencia de género más comúnmente reconocidas son:

- La Violencia Intrafamiliar
- El Maltrato infantil
- El Femicidio
- La Violencia Sexual

Entre las formas más frecuentemente ejercidas en contra de las mujeres son: Física, Psicológica y sexual, todas ellas dañan nuestro cuerpo, nuestra mente, destruyen nuestra autoestima y lesionan nuestra dignidad.

Violencia Física. Cuando nos golpean, pellizcan, empujan, abofetean, patean. Todo aquello que busca dañar nuestro cuerpo, que ocasiona

dolor o sufrimiento y, en ocasiones hasta nos puede ocasionar la muerte.

Violencia Psicológica. Lesiona nuestra salud mental y daña nuestra autoestima, incluye intimidación, manipulación, humillaciones, aislamiento, amenazas y, nos hacen sentir culpables de todo; nos niegan cariño y respeto, controlan nuestra vida sin importar lo que sentimos y pensamos; nos niegan el dinero necesario para satisfacer nuestras necesidades y las de nuestros hijos e hijas.

Violencia Sexual. Daña nuestra sexualidad e intimidad, consiste en utilizar la fuerza moral y física para obligarnos a tener relaciones sexuales o algún tipo de contacto sexual (manoseo, tocamientos, uso de palabras que nos dañan) en contra de nuestra voluntad.

De acuerdo a la OMS, se define como: “Cualquier acto sexual, comentarios o avances sexuales indeseados, actos de tráfico sexual de mujeres, usando la coerción, amenazas con armas o uso de la fuerza física, por una persona de la relación hacia la víctima, en cualquier ámbito, incluyendo el hogar y el trabajo, sin que sea limitado a estos ámbitos”.

Estos tres tipos de violencia, suelen ocurrir simultáneamente o en combinación, muy raras veces se presenta sólo una de estas en la pareja en la cual existe la violencia. Se pueden presentar tanto en el espacio público como en el privado.

Diagnóstico. (Ver Anexo I). Como parte del diagnóstico de los casos de Violencia Intrafamiliar se debe de tener en cuenta el ciclo de la Violencia, el cual tiene varias fases:

- Fase de acumulación de tensión
- Fase de explosión violenta
- Fase de “Luna de Miel”
- Escalada de la violencia

Tomando en cuenta este ciclo se debe de tratar de explorar algunas situaciones y/o síntomas que pudieran hacer sospecharla, en especial las que se detallan a continuación:

- **Violencia Psicológica**, mujer aislada socialmente, hombres con celos infundados, privaciones emocionales, violencia verbal o no verbal, amenazas, manipulación de los hijos, etc.

- **Violencia Física**, toda víctima de trauma de cualquier tipo, mujeres que consultan frecuentemente en la emergencia de los hospitales, con dolor abdominal crónico, dolores de cabeza crónicos, lumbago, amenazas de aborto a repetición, mujeres embarazadas con lesiones físicas, mujeres con ITS frecuentes.
- **Violencia Sexual**, en estos casos, la mujer puede ser retraída, sumisa a su pareja, en muchos casos, las mujeres no hacen comentarios por temor.
- **Violencia física en menores de edad**, sospechar abuso físico cuando:
Las lesiones del niño no pueden explicarse por la historia clínica que proporciona el paciente a sus familiares. Lesiones localizadas en diferentes lugares del cuerpo y a menudo se encuentran en diferentes grados de recuperación. Presencia de marcas con patrones regulares que con frecuencia asemejan a la forma del objeto utilizado para producir la lesión. Fracturas de cráneo, costillas, huesos largos. Niños/as con síntomas de desnutrición, retraídos, uraños, con historia de procesos diarreicos a repetición.

Cuadro No. 24: Violencia Contra la Mujer a lo Largo del Ciclo de Vida

Etapa	Tipo de Violencia	Consecuencia para la Salud Sexual y Reproductiva
Infancia	<ul style="list-style-type: none"> • Incesto • Infanticidio Femenino • Descuido de las necesidades alimentarias y de salud • Abuso y Violencia Sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposición a la baja autoestima • Dificultades para confiar en otros • Sentimientos de culpa • Predisposición a la vulnerabilidad física y a las enfermedades, entre ellas las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso y Violencia Sexual • Incesto • Explotación Sexual con fines de lucro • Acoso Sexual • Violencia durante el cortejo y en encuentros consensuales • Matrimonio Forzado 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazos no deseados y abortos en condiciones lesivas para la salud • Dificultades para establecer relaciones afectivas y de confianza y lograr un sentido de seguridad y autoestima • Sentimientos de culpa • ITS incluyendo el VIH-Sida • Dificultades para disfrutar de una vida sexual sana y satisfactoria • Trastornos emocionales y depresión • Inflamaciones Pélvicas • Lesiones en los órganos sexuales • Complicaciones del embarazo, parto y puerperio
Edad Adulta	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso psicológico y emocional, amenazas, insultos • Reclusión en la vivienda • Violencia Física, golpes • Coacción, violencia y abuso sexual en las mujeres por parte del padre, compañero, o hijos en todas las etapas de la vida • Violación marital • Coacción y acoso sexual en el trabajo • Abuso de mujeres discapacitadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazos no deseados • Abortos espontáneos o provocados en condiciones lesivas para la salud • Dificultades para establecer relaciones afectivas y de confianza y lograr un sentido de seguridad y autoestima • Sentimientos de culpa • ITS incluyendo el VIH-Sida • Dificultades para disfrutar de una vida sexual sana y satisfactoria • Trastornos emocionales y depresión • Inflamaciones Pélvicas • Complicaciones del embarazo, parto y puerperio • Recién nacidos con bajo peso al nacer • Irregularidades menstruales

Manejo

¿Qué Puede Hacer el Proveedor?

1. Ayudar a que la mujer se sienta bienvenida y segura y que puede hablar con libertad. Ayudar a la mujer a sentirse cómoda para hablar libremente acerca de cualquier asunto personal, incluyendo la violencia. Asegurar a cada mujer que su consulta será confidencial.

Indagar sobre el tema de violencia, por ejemplo preguntándole sobre las actitudes de su pareja hacia ella con respecto al uso de la planificación familiar, si se observa rechazo por parte de la pareja ante este tema y dar la oportunidad de que ella exprese otras situaciones relacionadas.

Proporcione la atención adecuada. Adapte la atención y el asesoramiento a las circunstancias de la mujer.

- Trate cualquier lesión que la mujer presente o asegúrese que ella consiga tratamiento.
- Evalúe el riesgo de embarazo y brinde anticoncepción de emergencia si corresponde y lo desea.
- Ofrezcale anticonceptivos orales de emergencia para un uso futuro (Ver Anticonceptivos Orales de Emergencia, en PF).
- Si la mujer lo desea, dele un método anticonceptivo que pueda utilizar sin que su pareja lo sepa, como un inyectable.
- Ayúdela a considerar si puede proponer el uso del condón sin arriesgarla a una mayor violencia.
- En casos de agresión sexual:
 - ◊ Primero recoja cualquier muestra que pueda ser usada como evidencia (tales como ropa manchada o desgarrada, cabello y manchas de sangre o semen).
 - ◊ Hágale los análisis y proporciónale el tratamiento de VIH e ITS o dérvela para que se lo hagan. Algunas mujeres tal vez necesiten estos servicios con frecuencia.
 - ◊ Considere la profilaxis post exposición para VIH, si se encuentra disponible y tratamiento presuntivo para gonorrea, clamidia, sífilis y otras ITS comunes en el lugar.
 - ◊ Si no cuenta con los recursos adecuados, refiérala al nivel correspondiente para adecuado manejo y tratamiento.
- Revisar "Guía Técnica de Atención en Salud a personas afectadas por Violencia Intrafamiliar y Sexual"

Deje constancia escrita de la condición de la mujer. Documente cuidadosamente los síntomas y lesiones de la mujer, la causa de las lesiones y sus antecedentes de abuso. Registre con claridad la identidad del abusador, su relación con la víctima y cualquier otro detalle sobre él. Estas notas podrán servir para un control médico futuro y para emprender acciones legales si alguna vez corresponde hacerlo.

Manejo de Casos Especiales

Violencia Psicológica, consejería destacando la búsqueda de atención inmediata, explicar sus derechos y la importancia de su empoderamiento; orientar sobre la existencia de Instituciones y leyes que la protegen y destacar la importancia de tratamiento. Referencia a psicología, OG y ONG especializadas.

Violencia Física, atención inmediata de las lesiones, Consejería, Referencia con psicología, Avisar a los Tribunales de familia o de Paz para decretar medidas de protección a la víctima o a la PNC. Consejería y referencia a establecimiento de salud para adecuado manejo.

Violencia Sexual, el manejo de la violencia sexual es complejo porque tiene que ser resuelto por diferentes profesionales en los diferentes aspectos: Médico – legales, ginecológicos, psicológicos. Se tiene que acudir a diferentes instituciones, de ahí parte la complejidad en un manejo efectivo, integral y que resuelva las necesidades que la víctima requiere, el manejo médico en personas víctimas de violencia sexual dependen del momento en que sean detectadas o las personas consulten, Cuando se detecten en las primeras veinticuatro horas, el profesional de salud, debe proporcionar la atención en crisis y referirlo al establecimiento de salud dependiendo de la severidad del caso.

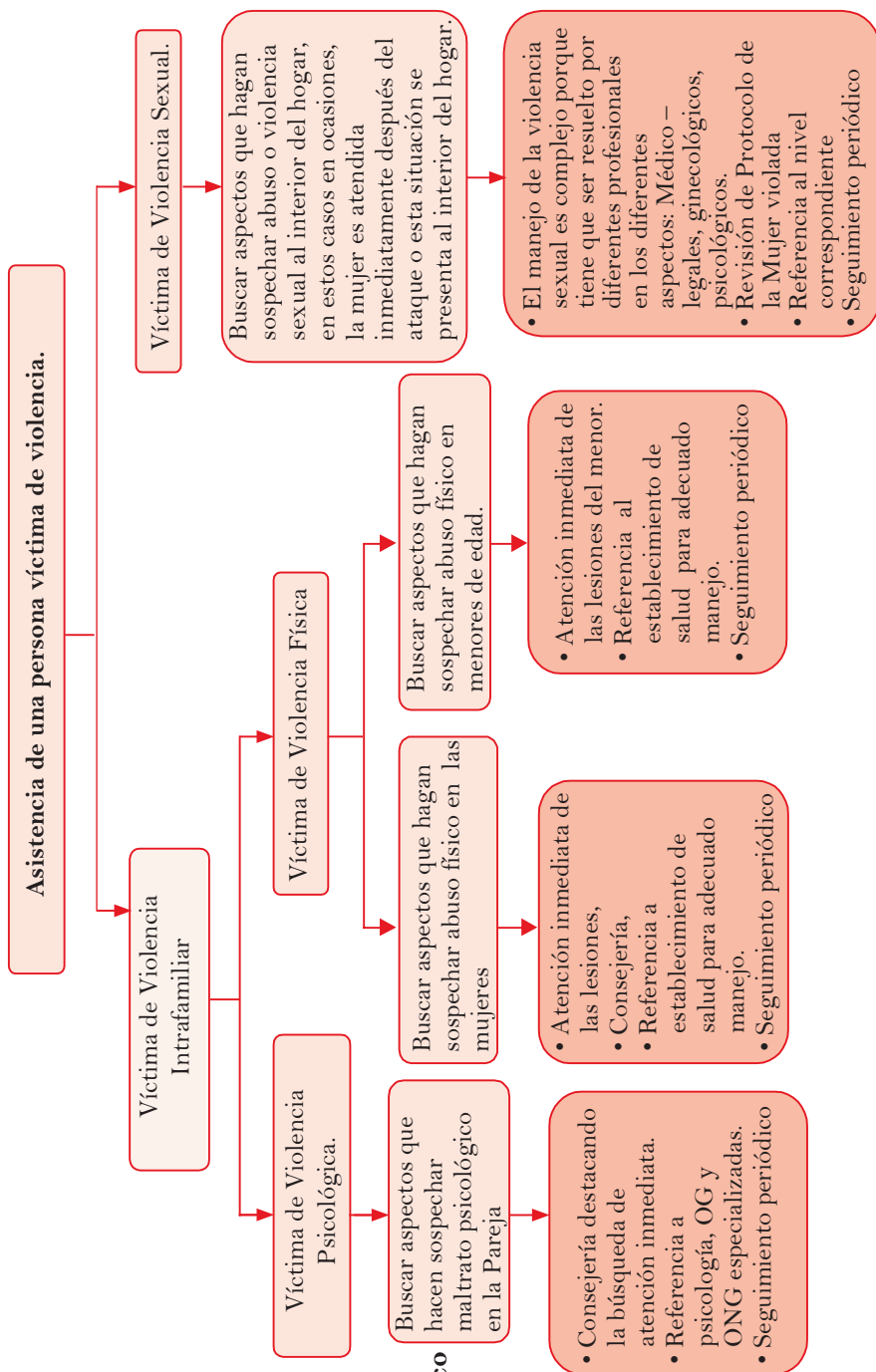
Se debe orientar a las víctimas de agresión sexual sobre la necesidad de una evaluación por medicina legal que recoja evidencia que pueda en un momento dado vincular al agresor con el cuerpo del delito. Hay que conocer que medicina legal solo hace peritajes no tiene medicamentos para ITS. Medicina legal trabaja coordinada por la fiscalía quien es la instancia encargada de llevar el trámite legal.

Como las personas agredidas necesitan resolver sus requerimientos médicos, psicológicos y legales para tener una respuesta integral a su problema, es necesario la integración de fiscalía, medicina legal, servicios de salud. Muchas veces las víctimas sufren múltiples interrogatorios en las diferentes instituciones, lo cual se ha considerado que es una revictimización. Creemos que el mejor lugar al que debe de acudir es un servicio de salud y que éste coordine sus acciones con fiscalía y medicina legal.

(Revisar Protocolo de la Mujer Agredida Sexualmente)

Violencia y Abuso Sexual en menores de edad: Atención inmediata de las lesiones del menor. Referencia al establecimiento de salud para adecuado manejo.

Flujograma para la Atención de una persona víctima de violencia



Diagnóstico

Manejo

Anexo I

DIAGNÓSTICO

Como parte del diagnóstico de los casos de Violencia Intrafamiliar se debe de tener en cuenta el ciclo de la Violencia, el cual tiene varias fases:

- **Fase de acumulación de tensión**, el hombre maltratador empieza a mostrarse tenso e irritable, cualquier comportamiento de la mujer despierta en él una reacción de enfado. La mujer sorprendida intenta hablar con él para solucionar el problema, ver la causa, pero esto solo provoca más enfados en el hombre que la ve como excesivamente dependiente y empalagosa. La mujer, para no molestarle, comienza entonces a no hacer nada, intenta no expresar su opinión porque sabe que él expresará la contraria y entonces habrá “bronca”, también intenta hacer las menores cosas posibles, entra en una fase de inmovilidad, pero esto tampoco salva a la mujer, ya que el hombre la acusará de ser casi un “mueble” que no hace nada, que es una persona anodina y aburrida.

Si la mujer se queja él lo niega todo y vuelca la culpabilidad en ella, y esa desigualdad que el hombre ha ido construyendo a lo largo de la relación es utilizada para callar a la mujer. La intenta convencer de que él tiene razón y no ella, que su percepción de la realidad es equivocada, y como ya hemos dicho, la desigualdad creada permite al hombre este comportamiento. Ella acaba dudando de su propia experiencia y se considera culpable de lo que pasa. Esto va a reforzar todavía más el comportamiento del hombre.

Él se distancia emocionalmente, la mujer se asusta pensando que lo va a perder y que si esto ocurre será culpa de ella puesto que no ha sabido conservar su amor. El hombre ya no siente ningún amor y se distancia y cada vez está más irritable. Ella se disculpa una y otra vez, confiando en solucionar así la situación, pero el hombre se harta y siente necesidad de castigarla verbal, físicamente, o de ambas formas a la vez.

- **Fase de explosión violenta**, como su nombre indica, el hombre acaba explotando, pierde el control y castiga muy duramente a su pareja, verbal o físicamente. La insulta, la golpea, rompe cosas, amenaza con matar a los hijos y a ella, la interrumpe el sueño, la viola... La mujer, que sólo intentaba salvar la relación, se ve ahora impotente y débil, la desigual balanza que se ha establecido a lo largo de los años la paraliza. No toma represalias, todo el poder

está en él, eso lo ha aprendido muy bien y la mujer entra en una "indefensión aprendida" que le impide reaccionar.

- **Fase de "Luna de Miel"**, el agresor se siente muy arrepentido de su conducta (por lo menos las primeras veces), pide perdón, promete cambiar. Y realmente cambia, durante esta fase se convierte en el hombre más encantador del mundo, la lleva el desayuno a la cama, le cura las heridas, incluso se hace cargo de las tareas domésticas, le cede todo el poder a ella. La mujer en esta situación se siente en éxtasis, tiene el poder y a su hombre detrás responsabilizándose y amándola. Él deja de ponerle tantas restricciones, se relaja un poco y le permite las salidas. Si bebía deja de beber, incluso puede ir a terapia. La mujer al ver estos cambios piensa que si ha podido dejar la bebida puede dejar de pegarle y piensa de verdad que no volverá a ocurrir, ya que equivocadamente ella relaciona (en un porcentaje muy alto) el maltrato con la ingestión del alcohol, sin ponerse a pensar que cuando bebe él no maltrata a todo el mundo, sino solo a ella.
- **Escalada de la violencia de género**, una vez que ha conseguido el perdón de su víctima, se siente de nuevo seguro en la relación, ya la ha recuperado y no tiene que seguir complaciéndola, empieza de nuevo la irritabilidad y los abusos y cuando ella quiere ejercer su recién conseguido poder la castiga duramente.

Cada vez la mujer es más dependiente, cada vez tiene menos energía para luchar (Indefensión aprendida). Es el marido o pareja, y no ella, quien controla estos ciclos y el que decide cuando se acaba la Luna de Miel. Ella empieza a darse cuenta de que haga lo que haga no puede controlar el comportamiento de su marido, los malos tratos son arbitrarios e indiscriminados. La mujer sólo tiene energías para intentar mantenerse con vida dentro de la relación o para que no se implique a los/las hijos/as,

Los ciclos de violencia se van sucediendo hasta que finalmente desaparece la Fase de "Luna de Miel".

Tomando en cuenta este ciclo de violencia el diagnóstico de casos de violencia se hace bastante difícil, pero se debe de tratar de explorar algunos aspectos que pudieran hacer sospechar violencia contra la mujer, en especial los que se detallan a continuación:

- **Violencia Psicológica**, sospecha de maltrato psicológico en la **Pareja**: mujer aislada socialmente, hombres con celos infundados,

privaciones emocionales, violencia verbal, o no verbal, amenazas, manipulación de los hijos, etc.

- **Violencia Física**, sospecha de maltrato físico contra la Mujer víctima de trauma de cualquier tipo. Pacientes mujeres con consulta frecuentemente en la emergencia de los hospitales. Mujeres con dolor abdominal crónico. Mujeres con dolores de cabeza crónicos, lumbago, amenazas de aborto a repetición. Mujeres embarazadas con lesiones. Mujeres con ITS
- **Violencia Sexual**, en estos casos, la mujer puede ser retraída, sumisa a su pareja, en muchos casos, las mujeres no hacen comentarios por temor, hay que tener cuidado ante estos casos,
- **Violencia física en menores de edad**, sospechar abuso físico cuando: Las lesiones del niño no pueden explicarse por la historia clínica que proporciona el paciente a sus familiares. Lesiones localizadas en diferentes lugares del cuerpo y a menudo se encuentran en diferentes grados de recuperación. Presencia de marcas con patrones regulares que con frecuencia asemejan a la forma del objeto utilizado para producir la lesión. Fracturas de cráneo, costillas, metáfisis de huesos largos. Lesiones del Sistema Nervioso Central como Hematomas sub-dúrales (hemorragia retiniana, Hemorragia sub-arácnioidea, infarto cerebral).

¿Qué Puede Hacer el Proveedor?

1. Ayudar a que la mujer se sienta bienvenida y segura y que puede hablar con libertad. Ayudar a la mujer a sentirse cómoda para hablar libremente acerca de cualquier asunto personal, incluyendo la violencia. Asegurar a cada mujer que su consulta será confidencial.

Brindar a la mujer la oportunidad de sacar el tema de la violencia, por ejemplo preguntándole sobre las actitudes de su pareja hacia ella respecto a su uso de la planificación familiar, preguntándole si ella ve algún problema en el uso de la planificación familiar y simplemente si hay algo más de lo que ella quiera hablar.

2. Cada vez que se sospeche violencia pregunte a la mujer sobre abuso. Si bien la mayoría de las mujeres no mencionan que están siendo abusadas, muchas hablan del tema si se les pregunta específicamente sobre violencia. Empero, sólo conviene preguntar a todas las pacientes acerca de si están padeciendo violencia si quien lo hace es un proveedor muy bien entrenado en el asesoramiento sobre violencia, si puede asegurarse privacidad y confidencialidad y si se dispone de suficientes recursos para responder adecuadamente a los casos identificados de violencia. De lo contrario, se recomienda que el proveedor pregunte sólo si sospecha abuso, concentrando así los recursos en los casos que necesitan atención inmediata.

Esté alerta a los síntomas, lesiones o signos que sugieran violencia. El proveedor puede sospechar violencia cuando la depresión, ansiedad, cefaleas crónicas, dolor pélvico, o dolores gástricos vagos no mejoran con el tratamiento al transcurrir el tiempo. Cuando la versión de la usuaria sobre cómo se hizo una lesión no concuerda con el tipo de herida que tiene, esa lesión puede constituir otro signo de violencia.

Sospeche violencia ante cualquier herida que aparezca en el embarazo, en especial en abdomen o senos.

Algunos consejos para abordar el tema de la violencia en la comunidad:

- Para incrementar la confianza, explique porqué está preguntando y porqué quiere ayudar.
- Use un lenguaje con el que usted se sienta cómodo y que mejor se adapte a su propio estilo.
- No haga este tipo de preguntas en presencia de la pareja de la mujer o de alguien más o cuando no se pueda garantizar la privacidad.
- Usted puede decir algo como, “La violencia doméstica es un problema común en nuestra comunidad y por eso le hacemos a las usuarias preguntas sobre abuso.”
- Usted puede hacer preguntas tales como:
 - ◊ Sus síntomas pueden deberse a estrés. ¿Usted y su pareja tienden a pelear a menudo? ¿Alguna vez resultó lastimada?”
 - ◊ “¿Alguna vez su pareja quiere tener sexo y usted no? ¿Qué sucede en esos casos?”
 - ◊ “¿Tiene miedo de su pareja?”

3. Asesore de manera sensible, sin juzgar y apoyando. El asesoramiento constituye un servicio importante para aquellas mujeres que viven relaciones violentas. El asesoramiento sobre la violencia debe adaptarse a las circunstancias particulares de cada mujer. La disposición de la mujer a buscar cambios puede estar en distintas etapas. Esto afectará su disposición a aceptar ayuda. Algunas mujeres no se encontrarán preparadas para analizar su situación con un proveedor de salud. La finalidad del asesoramiento no es tanto tener la seguridad de si la usuaria experimenta violencia, como abordar el tema con empatía y hacerle saber que usted se interesa.

- Si la mujer no desea hablar de la violencia, asegúrele que usted está a su disposición cuando ella lo requiera.
- Infórmele de las opciones y recursos disponibles por si ella alguna vez los quiere.

- Si la mujer desea hablar de su experiencia de violencia, conviene que usted:
 - ◊ Asegure confidencialidad, mantenga su situación confidencial. Menciónela sólo a aquellos que necesitan conocerla (como el personal de seguridad) y hágalo sólo con el consentimiento de la usuaria.
 - ◊ Reconozca la experiencia de la mujer. Escuche, ofrezca apoyo y evite emitir juicios. Respete la capacidad y el derecho de la mujer de tomar sus propias decisiones acerca de su vida.
 - ◊ Trate de aliviar los posibles sentimientos de vergüenza y culpa de la mujer: “Nadie merece nunca ser golpeado.” “Usted no merece el abuso y no es su culpa.”
 - ◊ Explique que la violencia es un problema común: “Esto le sucede a muchas mujeres.” “Usted no está sola y puede contar con ayuda.”
 - ◊ Explique que no es probable que la violencia se detenga por sí sola: “El abuso tiende a continuar y a menudo tiende a empeorar y a hacerse más frecuente”.

4. Evalúe el peligro inmediato de la mujer, ayúdela a desarrollar un plan de seguridad y derívela a los recursos comunitarios. Si la mujer enfrenta un peligro inmediato, ayúdela a considerar varios cursos de acción. Si no está en peligro inmediato, ayúdela a desarrollar un plan a largo plazo.

- **Ayúdela a evaluar su situación actual:**
 - ◊ “¿Está él ahora en este local de salud?”
 - ◊ “¿En este momento usted o sus hijos están en peligro?”
 - ◊ “¿Se siente segura de irse a su casa?”
 - ◊ “¿Existe algún familiar o amigo que la pueda ayudar con su situación en casa?”
- Ayúdela a protegerse y a proteger a sus hijos si la violencia se repite. Sugíerale mantener un bolso armado con los documentos importantes y una muda de ropa como para poder irse rápidamente si fuera necesario. Sugíerale que convenga una señal con sus hijos para hacerles saber cuándo pedir ayuda a los vecinos.
- Realice y mantenga actualizada una lista de recursos disponibles para ayuda a víctimas de abuso, incluyendo la policía, servicios de asesoramiento y organizaciones de mujeres que puedan brindar apoyo emocional, legal y quizás incluso financiero. Dele una copia de esa lista a la usuaria.

Glosario

Para efectos del documento técnico Orientaciones prácticas para la atención en salud sexual y reproductiva a nivel comunitario se entenderán las siguientes definiciones:

Abstinencia, privación voluntaria de las relaciones sexuales.

Amenorrea, ausencia de menstruación por un período mayor al normal del ciclo menstrual.

Amenorrea por lactancia, es la ausencia de la menstruación en el período postparto mientras la mujer esta lactando.

Biopsia, a la extracción de tejido de un organismo vivo para examen microscópico con fines diagnósticos.

Cáncer, al tumor maligno en general, que se caracteriza por anormalidad en el crecimiento, desarrollo y multiplicación celular, con capacidad de producir metástasis.

Citología de Primera Vez, toda mujer que por primera vez en la vida se le toma su citología cervico vaginal dentro del Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cervico Uterino.

Citología Subsecuente, toda mujer a la cual se le haya realizado previamente citología cervico vaginal dentro del Programa Nacional de Prevención y Control de Cáncer Cervico Uterino, la cual puede ser:

Citología Vigente, toda mujer a la cual se le ha practicado citología cervico vaginal y ésta no tiene más de dos años de realizada.

Citología Atrasada, toda mujer a la cual se le ha practicado citología cervico vaginal y ésta tiene más de dos años de realizada

Consentimiento informado, es la decisión voluntaria del aceptante para que le realice un procedimiento anticonceptivo. Con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.

Consejería, proceso educativo que ayuda a garantizar que las personas, tomen decisiones libres e informados acerca de su vida reproductiva.

Dismenorrea, dolor pélvico durante la menstruación.

Ectropión cervical, eversion de la superficie mucosa endocervical uterina.

Edad fértil o reproductiva, etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

Educación para la salud, al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud, individual, familiar y colectiva.

Efectividad anticonceptiva, es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar el embarazo durante un año de uso.

Efectos secundarios posibles, signos y síntomas contrarios a los normales que se presentan por corto o largo tiempo, durante la utilización de algún fármaco.

Embarazo ectópico, embarazo fuera del útero.

Enfermedad pélvica inflamatoria, inflamación del tracto genital superior que incluye 2 ó más de las siguientes afecciones: Cervicitis, Endometritis, salpingitis, pelviperitonitis, absceso tubo ovárico.

Espacio inter genésico, período que hay entre el último nacimiento(u otro evento obstétrico) y el inicio del siguiente embarazo. Se recomienda un intervalo no menor de tres años para la salud y supervivencia de madre e hijo/a.

Especificidad, representa la proporción de personas identificadas correctamente como las que NO tienen la enfermedad. Especificidad más alta serán más “positivos falsos”.

Índice de Masa Corporal (IMC) peso en Kgr/Talla en Metros²

Infección de Transmisión Sexual (ITS), Infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.

Factor de riesgo, Característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de probabilidad de la ocurrencia de un daño.

Ganglio, a la estructura diferenciada que se encuentra rodeada por una cápsula de tejido conjuntivo y algunas fibras elásticas, que forma parte de las cadenas del sistema linfático.

Hiperplasia simple u ordinaria, es la proliferación celular de más de tres filas de células sin atipias celulares

Hipo estrogenismo, producción disminuida de estrógenos por causas diversas.

Lactancia materna exclusiva, alimentación del recién nacido con leche materna, sin adición de otros líquidos, o alimentos evitando el uso de chupones o biberones.

Mamografía, al estudio radiológico de las mamas, tomado con un aparato (mamógrafo) diseñado especialmente para este fin, con el que podrán efectuar mamografías de tamizaje y de diagnóstico.

Mecanismo de acción, forma principal de actuar de los medicamentos o métodos de planificación familiar.

Método permanente, método de planificación familiar que limita la fecundidad en forma definitiva.

Método temporal, método de planificación familiar que limita la fecundidad por un tiempo determinado.

Morbilidad, es la presentación de una enfermedad o daño que ocurre sobre una población específica en un lugar y tiempo determinado.

Mortalidad, son las defunciones que ocurren en una población en un lugar específico y tiempo determinado.

Neoplasia, formación en algunas partes del cuerpo de un tejido cuyos elementos sustituyen a los tejidos normales, generalmente maligno.

Neuropatía, cualquier enfermedad de la fibra nerviosa, especialmente una enfermedad degenerativa de uno o de varios nervios.

Nódulo, a la estructura de un ganglio.

Nuligestas: aquellas mujeres que aún no han tenido un embarazo.

Nulípara, aquellas mujeres que aún no han parido o a dado a luz un feto.

Participación social, al proceso que permite involucrar a la población, a las autoridades locales, a las instituciones públicas y a los sectores social y privado en la planeación, de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

Prevención primaria, a todas aquellas actividades o acciones de promoción, educación o fomento de la salud, así como las de protección específica para la prevención de las enfermedades.

Prevención secundaria, a todas aquellas actividades o acciones que están encaminadas a lograr el diagnóstico y tratamiento temprano con el fin de limitar los daños a la salud.

Promoción de la salud, al proceso que permite fortalecer los conocimientos, prácticas y actitudes de las personas para participar responsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de Participación Social, Comunicación Educativa y Educación para la Salud.

Puerperio: proceso que se inicia al término de la expulsión del feto y los anexos del embarazo que finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de 6 semanas ó 42.

Relación sexual: Para los fines de esta norma se considera relación sexual únicamente al coito vaginal (penetración pene-vagina).

Retorno a la fertilidad, tiempo que demora en volver la fertilidad.

Riesgo reproductivo, probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

Salud Reproductiva, es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades durante el proceso de reproducción.

Sensibilidad, representa la proporción de personas identificadas correctamente como las que tienen la enfermedad. Sensibilidad más alta de 36 significa que la prueba no detectará a menos lesiones (serán menos casos de "negativos falsos").

SIDA, síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Sistema de Clasificación de Bethesda, Sistema propuesto de 1988 por los EEUU, en el Instituto Nacional del Cáncer, el cual utiliza dos grados para informar las condiciones cervicales de los precursores de cáncer:

lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG), que incluye VPH y displasia leve, lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG), que incluye Displasia moderada, severa y cáncer in situ.

Usuario (a), persona que solicita o utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

Usuario (a) potencial, hombres o mujeres en edad fértil con vida sexual activa que actualmente no usan un método anticonceptivo.

Unión escamo columnar, es el punto donde las células columnares del endocervix se unen con las células escamosas del endocervix. Esta unión se localiza en el centro de la zona de la transformación y es muy vulnerable a cambios anormales en células cervicales.

Zona de la transformación, localizada en la superficie de la cérvix, la zona de la transformación se compone de epitelio glandular (columnar) hasta el comienzo de la pubertad, cuando el epitelio columnar se reemplazada gradualmente por epitelio escamoso (semejante al epitelio de la vagina). El cáncer cervical se origina generalmente en la zona de la transformación.

Bibliografía

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Directiva Técnica nacional para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Recién Nacido. El Salvador 2001
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Norma y Guía Técnica de Atención de Infecciones de Transmisión Sexual. El Salvador Julio 2006
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía Clínicas de Atenciones de las Principales Morbilidades Obstétricas en el Segundo Nivel de Atención. El Salvador 2006.
- Manual Mundial para Proveedores de Planificación Familiar. OMS 2007
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía Técnica de Prevención y Control de Cáncer de Cérvix. El Salvador Octubre 2007.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía Técnica de Prevención y Control de Cáncer de Mama. El Salvador Junio 2007.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención Integral de Salud de Adolescentes. El Salvador Octubre 2007.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de Atención Integral del los niños y las niñas menores de 5 años. Octubre 2007.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía Técnica para la Provisión de Servicios de Planificación Familiar en el Primero y Segundo nivel de Atención. El Salvador Noviembre 2007.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de Atención Clínica del Climaterio y la Menopausia.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Norma Técnica de Planificación Familiar. El Salvador Diciembre 2008
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía Técnica para la Operativización de la Estrategia Plan de Parto en El Salvador. Abril 2009

Impreso en:
Imprenta La Tarjeta, S.A. de C.V.
PBX: 2121-4100
E-mail: imprentalatarjeta@gmail.com