



SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Normas Nacionales de Salud Reproductiva

**SANTO DOMINGO
REPUBLICA DOMINICANA
Julio 2004**

NORMAS NACIONALES DE SALUD REPRODUCTIVA

- **ATENCION PRE NATAL**
- **PLANIFICACION FAMILIAR**
- **PREVENCION Y PROMOCION DEL CANCER DE CERVIX**
- **PREVENCION Y PROMOCION DEL CANCER DE MAMAS**
- **PREVENCION Y PROMOCION DEL SINDROME CLIMATERICO**
- **ATENCION INTEGRAL DE LOS (AS) ADOLESCENTES**
- **ATENCION DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS**

Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social

Dirección de Normas y Protocolos Clínicos
Comisión Ejecutiva de Reforma del Sector Salud

Normas Nacionales en Salud Reproductiva 1er nivel de Atención

AUTORIDADES

Dr. JOSE RODRIGUEZ SOLDEVILLA

Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia social.

Dr. Eusebio Garrido

Sub. Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

Dr. Francisco Antonio Hidalgo Abud

Director Nacional de Normas y Protocolos Clínicos.

Dr. Víctor Calderón

Director General Materno Infantil Adolescentes.

Dr. Jesús Feris Iglesias

Coordinador de la Comisión Ejecutiva del Sector Salud.

Primera Edición

Julio 2004

AMBITO DE APLICACIÓN

Estas normas son de aplicación y uso general en todo el territorio Dominicano y todos los centros de salud que brinden atención del 1er nivel.

BASES LEGALES

Los fundamentos legales que le dan sostén jurídico a estas normas están expresadas en la Constitución de la República y en las leyes nacionales que regulan el sector salud contenidas en el capítulo II artículo 8 de la Ley General de Salud (42-01)

EQUIPO TECNICO

FACILITADORES SESPAS

Dr. José Rodríguez Soldevila
Dr. Eusebio Garrido
Dr. Manuel Tejada B
Dr. Francisco A. Hidalgo A.
Dr. Victor Calderón
Dr. Julio Cesar Beras
Dr. José Antonio Matos
Dr. Rafael Lee B.
Dr. Danilo Mariano
Dr. Julio Cesar Duarte
Dr. Silvestre Fernández
Dr. Rafael Villanueva
Dra. Alicia Mañón
Dra. Mirian Ramírez
Dra. Clara Báez
Dra. Acacia Mercedes
Dra. Mildred Acosta
Dr. Reynaldo Jiménez
Dra. Martha Nina
Dra. Sonia Aquino
Dr. Pedro Tío
Ing. Enrique Muñoz

Secretario de Estado de Salud Publica y Asistencia Social
Subsecretario de Atención Especializada
Subsecretario de Atención Primaria
Dir. Nacional de Normas y Protocolos Clínicos
Dir. Nacional Materno, Infantil y Adolescentes-DIGEMIA
DIGEMIA
DIGEMIA
DIGEMIA
DIGEMIA
DIGEMIA
DIGEMIA
DIGEMIA
DIGEMIA
DIGEMIA
DIGEMIA
DIGEMIA
DIGEMIA
Dir. Nacional de Normas
Dirección Cómputos

EQUIPO CONSULTORES NACIONALES SESPAS - CERSS

Dr. Frank Álvarez
Dr. Amauris Guillen
Dr. Francisco Thevenin
Dr. Pedro Marte

SOCIEDADES ESPECIALIZADAS

Dr. José Figueroa
Dr. Luis Alam Lora
Dr. Pedro Marte
Dr. Julio Demorizi
Dr. Cristian Francisco

Gineco-Obstetricia
Pediatría
Perinatología
Infectología
Colegio Medico Dominicano

HOSPITALES DE 3ER. NIVEL

Dr. José Ramírez
Dr. Eusebio Rivera Almodóvar
Dr. Julio Gonell
Dr. Andrés Rivas
Dr. Luis Olivares Caputo
Dr. Manuel Guzmán

Dra. Evangelina Molina
Dr. José Mordán
Dr. Marino Pérez
Dr. Frank Espino
Dr. Leonardo Félix
Dr. Hilario Reyes Pérez

Dr. Francisco Gómez
Dr. Ruddy Guerrero
Dr. Isaiac Ortiz Vidal
Dr. Jorge Vargas
Dra. Belkis Columbia
Dra. Nancy Lereux

FACILITADORES CERSS

Dr. Julio Demorizi
Dr. Miguel Quezada
Dra. Rosanna Nova
Dr. Héctor Otero
Dr. Martín Arias

Dr. Franklin Sasso
Dr. Roberto Cerda
Dra. Genny García
Lic. Bernardo Matías

ORGANISMOS INTERNACIONALES

Dr. Rigoberto Centeno
Dr. Oscar Suriel
Dr. Geraldo Alfaro
Dr. Luz Mercedes
Dra. Sarah Meléndez
Dra. Sonia Brito
Lic. Betania Leger

OPS
OPS
OPS
UNFPA
UNICEF
CONECTA
GTZ

CONTENIDO

	Pag
PROLOGO	9
1 Atención Prenatal	11
2 Planificación Familiar	19
Métodos Anticonceptivo	28
Métodos Anticonceptivos Temporales	29
Anticoncepción en Situaciones Especiales	71
3 Prevención y Diagnóstico del Cáncer de Cervix	79
4 Prevención y Promoción del Síndrome Climatérico	89
5 Prevención y Promoción del Cáncer de Mamas	99
6 Atención de los y las Adolescentes	109
7 Normas Nacionales de Atención de los Niños (as) menores de 5 años	115

PROLOGO

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) como rectora en lo relacionado a las políticas a seguir en el bienestar de la salud del pueblo dominicano de acuerdo a la Constitución de la Republica y las actuales leyes de salud LEY 42-01 Y LEY 87-01 las cuales manda a las revisiones, adecuación y actualización periódica de las normas y protocolos de atención en salud.

Estas normas son el resultado de un amplio proceso de consultas e investigaciones en el que participaron activamente un equipo multidisciplinario de diferentes instituciones y organismos internacionales y agencias de cooperación. Para su validación y discusión se consultaron expertos en la materia tanto en la fase de recopilación de datos como en las diferentes revisiones finales.

La publicación de estas Normas de Salud Reproductiva para el 1er Nivel de Atención Médica estamos seguro que tendrán una buena repercusión en la calidad de atención de los (as) usuarios(as) del sector salud en todo el territorio nacional.

Debemos agradecer a todas las Instituciones, los Organismos Internacionales y a las Agencias de Cooperación que han hecho posible la continuidad de este importante proceso normativo en nuestro país.

DR. JOSE RODRIGUEZ SOLDEVILA
Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

1

ATENCIÓN PRENATAL



Atención Prenatal

La adecuada atención del embarazo exige identificar y captar tempranamente a la embarazada. Esta labor se facilita cuando se cuenta con el apoyo de las promotoras de salud que buscan activamente en cada visita domiciliar a la mujer que sospecha estar embarazada, que promueven la asistencia de la embarazada a sus citas de control y vigila que cumpla con las indicaciones y recomendaciones medicas. La atención prenatal debe comenzar idealmente antes de la semana 13 de embarazo. Todo el equipo de salud debe aprovechar cada contacto para explicar con claridad, a la embarazada y demás miembros de la familia, sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo y puerperio. Debe acudir al medico en caso de presentar cualquier de los signos y síntomas descritos a continuación:

- Si ha notado disminución de los movimiento fetales
- Preguntar si tiene edemas o hinchazón de la cara, manos o abdomen
- Si presenta dolores de cabeza asociados a visión borrosa
- Fiebre o aumento anormal de la temperatura corporal
- Convulsiones
- Ardor y dificultad al orinar
- Salida de liquido y/o sangrado por la vagina
- Presencia de flujo o secreciones vaginales amarillo/verdosas o purulentas
- Presencia de contracciones con frecuencia de tres en 30 minutos antes de las 37 semanas de gestación.

La **enfermera auxiliar** es responsable de la preconsulta. Es ella quien orienta sobre características del Control Prenatal, despejando dudas y temores. Enfatiza en la importancia del control prenatal para ella y su bebé.

Inicia la Historia Clínica Integral y Peri natal. Identifica y señala condiciones de riesgo y situaciones de urgencia. Efectúa recomendaciones sobre auto cuidado, la nutrición e inclusión de alimentos fortificados con micro nutriente, el control prenatal periódico y la incorporación de su pareja al mismo, eliminar hábitos nocivos y/o tóxicos. Habla sobre sus derechos, promueve la aceptación de su embarazo y de su rol como próxima madre, refuerza el vínculo madre-hijo. Promueve la lactancia materna e informa sobre cuidados del puerperio y prevención de un siguiente embarazo. Revisa y completa vacunación (TT). Pesa a la embarazada y grafica su progreso. Debe mantenerse un "fichero" o base de datos con el censo actualizado de las gestantes que tiene bajo control prenatal regular.

El **medico** es responsable de la consulta:

- Recibe a la embarazada y aplica las técnicas de entrevista que favorecen el adecuado desarrollo de la consulta.
- Completa Historia Clínica Perinatal Base.
- Realiza examen físico enfatizando aspectos obstétricos
- Evalúa, diagnostica y clasifica embarazo según Edad Gestacional y Riesgos.
- Indica analítica y prescribe micro nutriente.
- Vigila la nutrición durante el embarazo.
- Otorga cita de seguimiento mensual y/o refiere casos de alto riesgo a centro de mayor complejidad.

Recuerde que la altura uterina debe registrarse a partir de la semana 16, los movimientos fetales a partir de la semana 18, la frecuencia cardiaca fetal, la presentación y la determinación del número de fetos se realiza a partir de la semana 20. La prueba para HIV es voluntaria y esta recomendada para grupos de riesgo.

Condiciones que ameritan la referencia para ser manejadas en el Segundo Nivel:

- Estados hipertensivos en el embarazo
- Diabetes previa o gestacional
- Anemia severa (menos de 8 gramos de hemoglobina)
- Embarazo gemelar
- Sífilis confirmada
- Retraso del crecimiento intrauterino (RCIU)
- Edad gestacional superior a 42 semanas
- Cardiopatías
- Enfermedades Neurológicas (Epilepsia)
- Enfermedades Tiroideas
- Enfermedades Respiratorias (Tuberculosis, Bronquitis Crónica, Asma)
- Izo Inmunización Rh
- Neuropatías
- Sospecha de Mola Hidatiforme
- Mal posiciones fetales o trastornos esqueléticos maternos en el último mes de gestación.
- Antecedentes de bajos pesos previos, fetos muertos previos, abortos a repetición o malformaciones
- Edad gestacional desconocida o no confiable (antes de la semana 33 para ecografía)
- Infección genital
- VIH+
- Poca ganancia de peso de la madre
- Edades extremas (menor de 16 o mayor de 35)
- Ausencia de FCF y Movimientos Fetales
- Desnutrición severa/Obesidad

El siguiente cuadro resume las principales actividades que deben realizarse en cada cita de control prenatal.

Cronología de las actividades para el control prenatal

Actividad/consulta	1era. <20	2da. 22-24	3era. 27-29	4ta. 33-35	5ta. >38
Historia Clínica					
<i>Antecedentes heredo-familiares</i>	*				
<i>Antecedentes personales-patol.</i>	*				
<i>Antecedentes personales-no patol.</i>	*				
<i>Antecedentes gineco-obstétricos</i>	*				
<i>Antecedentes quirúrgicos</i>	*				
<i>Diagnostico de embarazo</i>	*				
<i>Peso anterior</i>	*				
<i>Valoración edad gestacional</i>	*	*	*	*	*
<i>Valoración del riesgo</i>	*	*	*	*	*
Examen Físico					
<i>Peso/talla</i>	*	*	*	*	*
<i>Presión arterial</i>	*	*	*	*	*
<i>Ex. Odontológico</i>	*				
<i>Mamas</i>	*				
<i>Ginecológico</i>	*				
<i>Papanicolaou</i>	*				
Examen Obstétrico					
<i>Altura Uterina</i>	*	*	*	*	*
<i>Movimientos Fetales</i>	*	*	*	*	*
<i>Frecuencia Cardíaca Fetal</i>	*	*	*	*	*
<i>Determinación número de fetos</i>	*	*	*	*	*
Laboratorios					
<i>Grupo y Rh</i>	*				*
<i>Hb-Hto</i>	*		*		
<i>Examen de orina</i>	*		*		
<i>VDRL</i>	*				
<i>Glicemia</i>	*				
<i>VIH</i>	*			*	
Educación en salud	*	*	*	*	*
<i>Toxoide tetánico</i>	*	*			
<i>Hierro y Ácido Fólico</i>	*	*	*	*	*

Puerperio

La primera consulta del puerperio se realizará una semana después de que la paciente se haya desembarazado. El medico verificará en la paciente utilizando HCPB: la tensión arterial, involución uterina, temperatura, loquios, la evolución de la episiotomía o la cicatriz de cesárea, y que se encuentre lactando.

Referirá a las pacientes que presenten complicaciones al nivel de salud correspondiente. Programará visitas subsecuentes de la paciente al establecimiento.

Mediante conversación con la puérpera informará sobre los cuidados del recién nacido y lactancia materna, cuidado y alimentación de la madre, incluyendo el uso de sal con fluor y yodo, ejercicio físico, higiene, planificación familiar, signos y síntomas de alarma durante el puerperio.

2

PLANIFICACION FAMILIAR



PLANIFICACION
FAMILIAR

Planificación Familiar

Aprovecha todo contacto para promocionar la lactancia materna. Insistir en la importancia del papanicolaou y fomentar el uso de métodos anticonceptivos para distanciar los embarazos. Debe promoverse e informarse sobre la salud sexual y reproductiva, orientar a sus usuarios sobre la necesidad de planificar la familia. Debe seleccionar el método de planificación que más se ajuste a las necesidades y características de cada usuario, de acuerdo a las Normas Nacionales. Se debe estar en condiciones de prescribir métodos temporales, sean estos hormonales, de barrera (condón), o bien, indicar y colocar (o referir para su aplicación) dispositivos intrauterinos (DIU). Cada centro debe organizar los procesos de capacitación necesarios para garantizar la competencia de sus médicos y definir localmente a qué nivel se indica cada uno de los métodos disponibles, de acuerdo a la capacidad y experiencia que vayan desarrollando sus recursos humanos.

El Centro debe organizar la consulta de planificación familiar garantizando el seguimiento a cada usuaria y su pareja.

Definiciones Operacionales

Amenorrea

Ausencia de menstruación por más de 3 ciclos menstruales consecutivos.

Anemia Severa

Cifras de hemoglobina por debajo de 8 gr. /dl.

Calidad De Servicios de Planificación Familiar

Esta definición incorpora los siguientes elementos: a) variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la toma de decisión, b) información actualizada, c) competencia técnica de los/as prestadores de servicios, d) relaciones interpersonales, e) privacidad, discreción, comodidad y otras condiciones que realcen los derechos de las/los usuarios/as, f) mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos y g) un conjunto apropiado de servicios de salud integrados para mujeres, hombres y adolescentes.

Ciclo Menstrual

Periodo comprendido entre dos menstruaciones que normalmente dura 28 + 5 días.

Melasma o Cloasma Facial

Hiperpigmentación cutánea, localizada principalmente sobre la frente, nariz y mejillas.

Consentimiento Informado

Es la decisión voluntaria y sin presiones del usuario (a) en la elección de un método anticonceptivo que requiera o no la realización de un procedimiento quirúrgico, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente.

Contraindicación

Es la condición de riesgo a la salud en presencia de la cual no se debe administrar, aplicar o practicar un determinado método anticonceptivo.

Edad Fértil o Reproductiva

Etapa de la vida durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

Efectividad Anticonceptiva

Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un periodo de un año.

Efecto Secundario

Consecuencia indeseable de un medicamento, tratamiento o intervención.

Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)

Inflamación del útero, ovario, trompas y demás estructuras pélvicas, asociada a la presencia de un microorganismo.

Infecciones 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 el aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño.

Fiebre

Elevación de la temperatura corporal mayor de 38.0 grados centígrados.

Hematoma

Acumulación tisular de sangre.

Hidrocele

Acumulación de líquido claro en el saco de la túnica vaginal de los testículos.

Hipertensión Arterial

Cifras de tensión arterial anormalmente elevadas.

Histerostomía

Incisión sobre el útero.

Ictericia

Pigmentación amarilla de la piel, debida al incremento en las cifras de bilirrubinas circulantes.

Lactancia Materna Exclusiva

Alimentación del recién nacido con leche materna, sin la adición de otros líquidos o alimentos.

Mastalgia

Dolor en la mama.

Paridad Satisfecha

Haber tenido el número de hijos o hijas deseados.

Post-Parto

Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de un parto.

Post-Cesárea

Es el periodo asociado a la condición de la mujer después de una cesárea.

Post-Aborto

Es el periodo asociado a la condición de la mujer después de la terminación del embarazo menor de 21 semanas.

Puerperio

Proceso que se inicia al término del parto o aborto y finaliza con la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de seis semanas o 42 días.

Precaución

Condición que permite el uso de un método bajo vigilancia.

Relación Sexual

Todo acto de pareja en busca de satisfacción en la que se involucran elementos afectivos y de atracción. Cuando se refiere a relaciones sexuales con penetración, este documento habla de relaciones sexuales coitales.

Riesgo Reproductivo

Probabilidad de enfermedad, lesión o muerte que tiene la mujer en edad fértil y su producto, en caso de embarazo.

Salud Reproductiva

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 de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia.

Usuario/Usuaría

Persona que utiliza un método de planificación familiar, temporal o permanente.

Dismenorrea

Dolor menstrual

Abreviaturas y Nomenclaturas

AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. (Esterilización quirúrgica masculina y femenina).
DEPO	
(DepoProvera®)	marca registrada del inyectable de acetato de Medroxiprogesterona).
DIU	(Dispositivo Intrauterino)
ITS/VIH/SIDA	(Infecciones de Transmisión Sexual/Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).
MELA	(Método de Lactancia y Amenorrea).
NORPLANT®	(Marca Registrada del Implante Subdérmico).
ITR	(Infección del Tracto Reproductor).
EPI	(Enfermedad Pélvica Inflamatoria).
PF	(Planificación Familiar).
gr	(Gramo).
dl.	(Decilitro).
ml	(Mililitro).
mm	(Mililitro).
Hg	(Mercurio).
mcgr	(Microgramo).
Ngr	(Ñaño gramo).

Consejería

La consejería se define como un proceso interactivo de información y análisis entre los prestadores de servicio y las personas, mediante el cual se les proporciona, a quienes demandan el servicio, elementos que apoyen su decisión voluntaria, consciente e informada, para el uso de un método anticonceptivo.

La consejería debe tomar en cuenta siempre, que la decisión y el consentimiento responsable e informado de los usuarios-usuarias deben ser respetados de manera absoluta. Tampoco, deben inducir o favorecer la aceptación de un determinado método anticonceptivo.

La consejería debe dar particular atención a los siguientes grupos e individuos:

- a) Adolescentes;
- b) Hombres,
- c) Usuarios/usuarias que solicitan métodos de anticoncepción permanentes,
- d) Personas que presentan limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión;
- e) En el post-parto, post-aborto y post-cesárea,
- f) Cuando el recién nacido presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.
- g) Personas con conducta de riesgo para contraer una ETS/VIH/SIDA.

La consejería no es sólo para proporcionar información completa sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles, a los nuevos (as) usuarios (as).

Es además, un proceso para apoyar a los/as nuevos y subsecuentes activos/activas que requieren esclarecer las dudas, fortalecer su decisión o cambiar de métodos, además de brindar un ambiente de privacidad con carácter confidencial.

La aceptación de los métodos anticonceptivos permanentes (esterilización femenina y vasectomía) se debe ratificar por escrito por el usuario e incluir este documento en la historia clínica. Este documento, entre otra información, debe describir el conocimiento del usuario

(a) sobre el carácter permanente del procedimiento.

La consejería debe hacer énfasis en la correlación entre ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos, con las necesidades y características individuales y de pareja de los posibles usuarios (as). Se debe poner especial atención en la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, su efecto protector o no con los ETS/VIH/SIDA, así como de sus características, forma de uso, necesidades de seguimiento y participación activa y comprometida de los/as usuarios/as, para lograr la efectividad del método seleccionado.

El consejero debe constatar que los/as usuarios/as han recibido y comprendido la información completa sobre las características, usos y riesgos de los diferentes métodos anticonceptivos, así como de su responsabilidad por el buen uso de ellos. En virtud de que no existe un anticonceptivo 100% efectivo, el usuario/a asume el riesgo de la falla de cada método.

Perfil del Prestador de Servicios que Proporciona Consejería.

La consejería debe ser impartida por todos los integrantes del personal de salud que hayan recibido capacitación técnica (personal médico, de enfermería, trabajo social, educador y personal de atención primaria de salud).

Para realizar una labor eficaz, el/la consejero/a debe propiciar un diálogo ágil con el usuario, así como observar, hacer preguntas relevantes y escuchar. Asimismo, debe estar bien informado sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, aspectos básicos de sexualidad y reproducción humana, enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana y SIDA, factores de riesgo reproductivo, elementos del entorno sociocultural y familiar y saber

Planificación Familiar

transmitir esta información en forma clara y accesible de acuerdo a los requerimientos de cada usuario/a, para lo cual debe auxiliarse de material educativo adecuado.

Debido a que el consejero/a y el usuario/a establecen comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de la consejería en planificación familiar, para que se estimule al usuario/a a expresarse con absoluta confianza y libertad.

El consejero/a debe imprimir carácter de respeto y privacidad en el trato al usuario/a, a través de su actitud neutral e imparcial y del interés al/la solicitante, procurando que exista un ambiente de mutua confianza, así como tomar en consideración los mitos, tabúes y creencias sobre los anticonceptivos y hacer las aclaraciones pertinentes con delicadeza y sensibilidad en un lenguaje claro y de fácil comprensión.

El consejero debe reconocer signos de cualquier problema emocional u orgánico de importancia o signos de violencia en el usuario y hacer la referencia en caso necesario.

Tiempo y Lugar para Efectuar la Consejería.

El proceso de consejería debe impartirse en las diferentes oportunidades de atención al usuario/a y puede llevarse a cabo en las unidades médicas de consulta externa y hospitalización, en las unidades de salud integral del/la adolescente, en los centros de atención comunitaria o en el domicilio de los/as usuarios/as. No debe efectuarse consejería bajo situaciones de presión emocional.

Métodos Anticonceptivos

Definición

Los métodos anticonceptivos son sustancias, dispositivos o técnicas utilizadas para regular la capacidad reproductiva de una persona de manera temporal o permanente.

Clasificación

Métodos Temporales

- a) Métodos Hormonales
- b) Dispositivos intrauterinos
- c) De Barrera y espermicida
- d) Observación de la fertilidad
- e) Método lactancia y amenorrea (MELA)
- f) Métodos tradicionales

Métodos Permanentes

- a) Oclusión tubaria bilateral
- b) Vasectomía

Elección y Uso

Para garantizar la calidad de la atención en la selección de métodos anticonceptivos, deben considerarse los siguientes pasos:

- Entrevista
- Consejería
- Apropiaada selección del método
- Asegurar el seguimiento de la usuaria
- Referimiento en caso necesario

Métodos Anticonceptivos Temporales

Anticonceptivos Hormonales

Los métodos anticonceptivos hormonales son esteroides sintéticos utilizados para la regulación de la fertilidad.

Se clasifican en:

Hormonales orales

Hormonales inyectables

Implantes subdérmicos

Métodos Hormonales Orales

Los anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales y se dividen en dos (2) grupos:

1. Los combinados de estrógeno y progestina (Pastilla).
2. Los que contienen sólo progestina (Minipíldoras).

Hormonales Orales Combinados

Farmacología

Contienen un estrógeno sintético, el etinil estradiol (20-35-50 mcg) o mestranol (50-100 mcgr.)

Además del estrógeno, contiene una de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de las 19 nortestotona: noretisterona (400mcrg. 1 mg), norgestrel (300-500 mcg), levonorgestrel (50-250 mcg.; o derivados de las 17 hidroxiprogesterona: acetato de clormadinona (2 mg) y acetato de ciproterona (2 mg).

Presentación

Existen dos tipos de presentación:

- A) Las que contienen dosis constantes del estrógeno y de la progestina.

Se presentan en cajas que contienen 21 tabletas (pastillas). Algunas

presentaciones incluyen siete tabletas (pastillas) adicionales que no contienen hormonas sino sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración sin interrupción.

- B) Las que contienen dosis variables del estrógeno y de la progestina en las tabletas o grageas que se administran en un ciclo de 21 días se denominan trifásicos, por incluir tabletas o grageas con tres cantidades diferentes de hormonas sintéticas.

Efectividad Anticonceptiva

Bajo condiciones de uso habitual, el método brinda protección anticonceptiva alrededor de 92%.

Duración Anticonceptiva

La protección está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se ingieren las tabletas (pastillas) en forma correcta.

Indicaciones

Los anticonceptivos hormonales orales combinados están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nulígestas, nulípara o múltiparas, incluyendo adolescentes con ciclo menstrual regular, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingestión diaria de tabletas (pastillas) en las siguientes circunstancias.

- Antes del primer embarazo
- En el periodo ínter genésico
- En post-aborto inmediato
- En post parto y post cesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

Nota: Este método no protege contra ETS/VIH/SIDA

Criterios de Elegibilidad

Categoría I

No hay riesgos para su uso en los siguientes casos:

Planificación Familiar

- En el post-parto y post-cesárea después de la tercera semana (si la mujer no está lactando)
- En el post-aborto
- Desde la menarquia hasta los 40 años
- Historia de PRE-eclampsia
- Historia de diabetes gestacional
- Varices
- Cefalea leve, moderada
- Periodos menstruales irregulares
- Historia familiar de cáncer
- Enfermedad benigna de la mama
- Cáncer de ovario/endometrio
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)
- Infección de Transmisión Sexual (ITS)
- Infección por VIH/SIDA
- Portadora del virus de Hepatitis viral
- Historia de Embarazo ectópico
- Mioma uterino
- Obesidad
- Enfermedades de la tiroides
- Epilepsia (sin uso de drogas antiepilépticas)
- Anemia por falta de Hierro
- Embarazo Molar
- Tuberculosis
- Tumores benignos del ovario
- Dismenorrea (dolor menstrual) severa
- Endometriosis
- Las que tienen o no tienen hijos (as)

Categoría 2

Puede usarse el método, aunque no debe considerarse de primera elección:

- Lactancia por 6 meses o más post-parto.

- Mayores de 40 años.
- Fumadoras 35 años o menos
- Diabetes sin enfermedad vascular, insulina o no insulina dependiente.
- Trombosis venosa superficial
- Cardiopatía valvular no complicada.
- Cefaleas severas, incluyendo migraña, sin síntomas neurológicos focales.
- Neoplasia Intraepitelial cervical (NIC).
- Cáncer de Cervix.
- Enfermedad de la vesícula asintomático
- Hemorragia transvaginal anormal de etiología no determinada.

Categoría 3

Usualmente no se recomienda usar este método.

- Lactancia materna entre 6 semanas a 6 meses posteriores al parto.
- En mujeres no lactante antes de 21 días post-parto.
- Fumadora de más de 20 cigarrillos/día y más de 35 años.
- Hipertensión arterial esencial.
- Diabetes complicada con enfermedad vascular.
- Cáncer de mama pasada sin evidencia de enfermedad durante los últimos 5 años
- Colesterol y triglicéridos elevados (hiperlipidemias).
- Enfermedad de la vesícula actual sintomática
- Colestasis relacionada con uso de AOC .
- Cirrosis hepática moderada compensada.
- Durante la administración de Rifampicina, Griseofulvina, Fenitoina, Carbamezapina y Barbitúricos.

Categoría 4

Este método no debe usarse en:

- Embarazo.
- Lactancia materna antes de las 6 semanas post-parto.
- Fumadora de más de 15 cigarrillos al día con 35 años o más.
- Cardiopatía isquémica.
- Enfermedad vascular.

Planificación Familiar

- Accidente cerebro-vascular.
- Trombosis venosa profunda.
- Cardiopatía valvular.
- Cefalea con síntomas neurológicos focales.
- Tumores hepáticos benignos o malignos.
- Hepatitis viral activa.
- Cáncer de mama.

Lineamientos Generales para el Uso

Los anticonceptivos hormonales combinados orales pueden obtenerse en establecimientos de salud, programas de atención integral al/la adolescente y programas institucionales de distribución comunitaria, clínicas o adquirirse en farmacias.

Se deben realizar los siguientes pasos para su uso:

- Entrevista.
- Consejería.
- Estar razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada, lo que incluye:
 1. No ha tenido relaciones sexuales desde la última menstruación.
 2. Ha usado correcta y consistentemente un método anticonceptivo.
 3. Está dentro de los primeros siete días depuse del inicio de la menstruación.
 4. Está en lactancia exclusiva y amenorrea post-parto.
 5. Está dentro de las primeras cuatro semanas del post-parto
 6. Está dentro de los primeros siete días post-aborto.

En los casos de los programas comunitarios las usuarias deben ser informadas al momento de entregárseles el primer ciclo, sobre la importancia de hacerse un examen físico y toma de muestra de citología cérvico uterina (Papanicolaou) durante el primer año de uso del método y posteriormente una vez al año.

Formas de Administración

· *Presentaciones de 21 tabletas (pastillas):*

Vía oral: Ingerir una tableta (pastilla) diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días de descanso.

Inicio: Dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual.

Ciclos subsecuentes: Al concluir los siete días de descanso del ciclo previo, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

· *Presentaciones de 28 tabletas (pastillas):*

Vía oral: Ingerir una de las tabletas que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta o gragea que contiene hierro o lactosa.

Inicio: Dentro de primeros cinco días del ciclo menstrual.

Ciclos subsecuentes: Al concluir el ciclo previo, independientemente de cuándo se presente el sangrado menstrual.

Nota: Ver prospecto del fabricante.

Conducta a seguir en Caso de Presentarse Efectos Colaterales

En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método, ya que esta sintomatología es transitoria y comúnmente se presenta sólo en los primeros ciclos de uso.

Referir al médico, reforzar consejería si se presentara alguno de los siguientes signos y síntomas:

- Sospecha de embarazo.
- Cefalea intensa.
- Alteraciones visuales.
- Dolor torácico intenso.
- Disuria
- Dolor de miembros inferiores.
- Ictericia.

Conducta a seguir en Caso de uso Irregular del Método Anticonceptivo.

- Reforzar consejería.
- En caso de olvido de una de las tabletas (pastillas), la usuaria debe tomar otra cuando lo recuerde y tomar la tableta o gragea que corresponde al día y a la hora acostumbrada.
- Cada vez que se olvide de tomar una pastilla activa, tomarla en cuanto se recuerde. Tomar la siguiente píldora en el momento correspondiente y las otras diariamente como de costumbre.
- Además, evite relaciones sexuales o use método de barrera por siete días:
 - Si inicia la pastilla 2 o más días después de la fecha permitida de inicio
 - Si olvida 2-4 píldoras de los primeros 7 siete días (1-7).
- En caso de olvido de 5 ó más pastillas activas consecutivas evite relaciones sexuales o use un método de barrera por siete días, siga tomando las pastillas activas hasta terminar el paquete, no tome las siete de descanso e inicie el nuevo paquete de 21 días.
- En caso de olvido de 2-4 pastillas de las últimas siete pastillas termine todas las pastillas activas en el paquete, no tome el período de descanso de 7 días y comience un nuevo paquete.
- En caso de olvidar alguna de las pastillas inactivas, elimine la correspondiente a los días que no tomó, continúe tomando todas las restantes e inicie el nuevo paquete en el momento programado.

La diarrea y el vómito intensos pueden interferir con la efectividad de las tabletas (pastillas) en especial cuando ocurren en las dos primeras horas después de la ingestión de la misma. En estos casos, se debe recomendar a la usuaria seguir utilizando la tableta (pastillas) y el uso adicional de un método de barrera.

Seguimiento de la Usuaria

En los contactos de seguimiento con la usuaria deberá reforzarse la consejería, se vigilará el uso correcto del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales.

Se recomendará a la usuaria acudir al médico para un examen médico completo incluyendo toma de tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestras para citología cérvico vaginal (Papanicolaou). Cuando haya algún grado de riesgo reproductivo, esta visita debe realizarse lo más rápido posible. En caso de efectos secundarios debe recomendarse a la usuaria acudir al médico.

El número de ciclos que se proporcionen puede estar determinado por razones programáticas o logísticas, entregándose el mayor número posible de ciclos para garantizar la continuidad del método.

Orales Solo de Progestina (Minipildora)

Farmacología

Contienen sólo una progestina, levonorgestrel 35 mg.

Presentación

Existen dos tipos de presentaciones para los orales de solo progestina: Se presentan en tiras con 28 y 35 tabletas (pastillas).

Efectividad Anticonceptiva

Bajo condiciones de uso habitual este método brinda el 95% al 99% de efectividad anticonceptiva.

Indicaciones

Los anticonceptivos hormonales orales que sólo contienen progestina están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa-nuligestas, nulíparas o múltiparas, incluyendo adolescentes con ciclos menstruales regulares-, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas, en las siguientes circunstancias:

Planificación Familiar

- Antes del primer embarazo.
- En el periodo ínter genésico.
- Cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el post-parto o post-cesárea, a partir de la sexta semana.
- En el post-aborto inmediato.

Nota: Este método no protege contra ETS/VIH/SIDA

Criterios de Elegibilidad

Categoría 1

No hay riesgos para su uso en los siguientes casos:

- Lactancia materna desde 6 semanas a 6 meses post-parto.
- Después de lactancia materna exclusiva.
- En mujeres que no estén lactando en post-parto.
- En el post-aborto.
- En adolescentes mayores de 16 años.
- En mujeres fumadoras.
- Historia de diabetes gestacional.
- Trombosis venosa profunda y superficial (Varices y tromboflebitis).
- Cefaleas moderadas.
- Enfermedad mamaria benigna.
- Antecedentes familiares de cáncer mamario.
- Cáncer de ovario y endometrio.
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI).
- Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS).
- Infección por VIH/SIDA.
- Enfermedades de las vías biliares.
- Portadora del virus de la hepatitis.
- Obesidad.
- Mioma Uterino.
- Enfermedades de la tiroides.
- Enfermedad del trofoblasto benigna o maligna (Embarazo Molar o coriocarcinoma).
- Anemia por falta de Hierro.
- Epilepsia.
- Endometriosis.

- Tuberculosis.
- Tumores benignos del ovario.

Categoría 2

Puede usarse el método, aunque no debe considerarse de primera elección.

- Adolescentes menores de 16 años.
- Historia de Hipertensión arterial.
- Diabetes sin enfermedad vascular, insulino o no insulino dependiente.
- Cefaleas severas incluyendo migraña con síntomas neurológicos focales.
- Colesterol y triglicéridos elevados.
- Hipertensión arterial esencial con enfermedad vascular.
- Tumor de mama no diagnosticado.
- Neoplasia Intraepitelial cervical (NIC).
- Cáncer del cuello uterino.
- Cardiopatía Isquémica actual o historia de la enfermedad.
- Accidente cerebro vascular, actual o historia de la enfermedad.
- Historia embarazo ectópico

Categoría 3

Usualmente no se recomienda usar este método

- Lactancia materna en las 6 primeras semanas del post-parto.
- Cáncer mamario actual o pasado sin evidencia de la enfermedad activa por 5 años.
- Hepatitis viral activa.
- Tumores hepáticos, benignos o malignos.
- Cirrosis hepática severa (descompensada).
- Durante el uso de medicamentos tales como: Rifampicina, Griseofulvina, Carbamezapina, Fenitoina y Barbitúricos.
- Sangramiento transvaginal de causa desconocida.
- Historia de cáncer de mama, sin enfermedad en los últimos 5 años.

Categoría 4

Este método no debe usarse en:

- Embarazo.
- Cáncer de mama actual.

Lineamientos Generales para el Uso

Los anticonceptivos hormonales orales de solo progestina pueden obtenerse en establecimientos de salud, programas de atención integral al adolescente, programas institucionales, de distribución comunitaria, clínicas o adquirirse en farmacias.

Se deben realizar los siguientes pasos para su uso:

- Entrevista./ Consejería.
- Estar razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada.
- En los casos de los programas comunitarios las usuarias deben ser informadas, al momento de entregárseles el primer paquete de pastillas, sobre la importancia de hacerse examen físico y toma de muestra de citología cérvico uterina (papanicolaou) dentro del primer año de uso del método y posteriormente una vez al año.

Formas de Administración

Vía oral. Una tableta (pastilla) diaria ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación.

Inicio: El primer día de la menstruación

Debido a la menor duración de su efectividad anticonceptiva, es necesario ser riguroso al tomar la tableta o gragea a la misma hora.

En el posparto, o post cesárea si la mujer no está lactando se puede iniciar inmediatamente. Si está lactando se debe iniciar a partir de la sexta semana.

Duración de la Protección Anticonceptiva

La protección anticonceptiva está limitada al período durante el cual se ingieren las tabletas (mini píldoras) en forma correcta. Las tabletas o grageas deben tomarse siempre a la misma hora.

Efectos Colaterales

En ocasiones puede presentarse:

- Irregularidad menstrual (Hemorragia, manchado prolongado, amenorrea)
- Cefalea
- Mastalgia

Conducta a Seguir en Caso de Presentarse Efectos Colaterales

- Cuando hay amenorrea (en mujeres que no están lactando) y antecedente de ingestión irregular de la tableta se debe descartar la existencia de embarazo.
- En caso de sintomatología, se debe reforzar la consejería y recomendar a la usuaria continuar el uso del método anticonceptivo.
- Si los efectos colaterales persisten debe recomendarse acudir al médico y reforzarse la consejería.

Debe suspenderse el método si se presenta:

- Embarazo
- Intolerancia de la usuaria a las alteraciones del ciclo menstrual.

Conducta q Seguir en Caso de Uso Irregular de Método Anticonceptivo

- En caso de olvido de una o dos tabletas (minipildoras), en la mujer que no está lactando se debe adicionar un método de barrera durante las próximas 48 horas.
- En caso de olvido de tres tabletas o más debe recomendarse visitar al proveedor para descartar la posibilidad de embarazo y luego reiniciar el uso de las tabletas (minipildoras) o cambiar a otro método.
- La diarrea y el vómito intensos pueden interferir con la efectividad de las tabletas (minipildoras). En estos casos se debe recomendar el uso adicional de un método de barrera.

Seguimiento de la Usuaría

En los contactos de seguimiento con la usuaria deberá reforzarse la consejería, se vigilará el uso correcto del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales.

Se recomendará a la usuaria acudir al médico para un examen médico completo incluyendo toma de tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestras para citología cérvico vaginal (Papanicolaou). Cuando haya algún grado de riesgo reproductivo, esta visita debe realizarse lo más rápido posible. En caso de efectos secundarios debe recomendarse a la usuaria acudir al médico. En las mujeres que están lactando debe recordarse la visita al médico al tercer mes o cuando cambie el patrón de lactancia.

Metodos Hormonales Inyectables

Los anticonceptivos inyectables son métodos hormonales de larga duración y se dividen en dos grupos.

- Los combinados de estrógenos y progestina, y
- Los que contienen sólo progestina.

Hormonales Inyectables Combinados Farmacología

- Contienen un éster de estradiol: cipionato de estradiol (5 mg), valerato de estradiol (5 mg) Las dosis recomendables del éster de estradiol no deben exceder de 5 mg al mes.
- Además de estrógeno contiene la siguiente progestina: enantato de noretisterona (50 mg.) o acetato de medroxiprogesterona (25 mg).

Presentación

Ampollas de 1 ml en solución oleosa.

Efectividad

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99 %.

Indicaciones

Este anticonceptivo puede ser usado por mujeres en edad fértil con vida sexual activa- nuligestas, nulípara o multíparas, incluyendo adolescentes con ciclo menstrual regular -, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga duración e inyectable, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo y razonablemente seguro de que no este embarazada
- En el periodo intergenésico.
- En post-aborto.
- En post-parto o post-cesárea después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.
- En mujeres que estén lactando a partir de la sexta semana (categoría 3)

Nota: Este método no protege contra ITS/VIH/SIDA.

Criterios de Elegibilidad

Categoría 1

No hay riesgos para su uso en los siguientes casos:

- En mujeres no lactantes después de los 21 días post-parto.
- Post-aborto.
- Desde la menarquia a los 40 años.
- Historia de pre-eclampsia.
- Historia de diabetes gestacional.
- Varices.
- Cefaleas leves o moderadas.
- Periodos menstruales irregulares con o sin sangramiento abundante.
- Enfermedad benigna de la mama.
- Cáncer de ovario y endometrio.
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI).
- Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS).
- Infección por VIH/SIDA.
- Portadora del virus de la hepatitis.
- Enfermedades de la Tiroides.
- Mioma Uterino.
- Obesidad.
- Historia de embarazo ectópico.
- Enfermedad trofoblástica benigna o maligna.
- Epilepsia.
- Anemia por falta de hierro.

Planificación Familiar

- Endometriosis.
- Tumores benignos de ovario.
- Tuberculosis.

Inyectables Combinados

Categoría 2

Puede usarse el método, aunque no debe considerarse de primera elección:

- Lactancia materna en los 6 primeros meses post-parto.
- Mujeres mayores de 40 años de edad.
- Mujeres fumadoras y menores de 35 años.
- Hipertensión arterial
- Diabetes con enfermedad no vascular, insulino o no insulino dependiente.
- Trombosis venosa profunda sin movilización prolongada.
- Tromboflebitis superficial.
- Colesterol y triglicéridos elevados.
- Enfermedad cardíaca valvular no complicada.
- Cefaleas severas recurrentes sin síntomas neurológicos focales.
- Sangramiento transvaginal de causa desconocida.
- Neoplasia intraepitelial cervical (NIC).
- Enfermedades del tracto biliar.
- Cirrosis compensada.
- Anemia falciforme.
- Cáncer cervical.

Categoría 3

Usualmente no se recomienda el uso de este método:

- Lactancia materna entre 6 semanas y 6 meses del post-parto.
- Mujeres no lactantes antes de las 3 semanas (21 días) de post-parto.
- Fumadoras de más de 20 cigarrillos al día y mayores de 35 años.
- Hipertensión arterial esencial.
- Diabetes con daño vascular.
- Colesterol y triglicéridos elevados.

- Cáncer de mama pasado y sin evidencia de enfermedad por 5 años.
- Hepatitis viral activa.
- Cirrosis descompensada.
- Tumores hepáticos benignos.
- Interacción medicamentosa (Rifampicina, Griseofulvina, Fenitoina, Carbamacepina, Barbitúricos, Primidona).

Categoría 4

Este método no debe usarse:

- Mujeres embarazadas.
- Lactancia materna antes de las 6 semanas post-parto.
- Hipertensión arterial esencial con daño vascular.
- Trombosis venosa profunda actual.
- Historia de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar.
- Diabetes con daño vascular.
- Cardiopatía valvular complicada.
- Cefaleas severas con síntomas neurológicos focales.
- Cáncer de mama.

Lineamientos Generales para El Uso

El hormonal combinado inyectable puede obtenerse en establecimientos de salud, programas de atención integral a la adolescente y programas institucionales de distribución comunitaria, clínicas o adquirirse en farmacias.

Se deben realizar los siguientes pasos para su uso:

- Entrevista.
- Consejería.
- Estar razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada.
- En los casos de los programas comunitarios las usuarias deben ser informadas al momento de aplicárseles la inyección, sobre la importancia de hacerse un examen físico y toma de muestra de citología cérvico uterina (Papanicolaou) durante el primer año de uso del método y posteriormente una vez al año.

Formas de Administración

Se aplica por vía intramuscular profunda.

Inicio: En los primeros cinco días del ciclo menstrual o en cualquier momento si se está razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada. Si el método se inicia después del quinto día del ciclo menstrual debe abstenerse de relaciones sexuales o usar un método de barrera durante los primeros siete días después de la inyección.

Inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30 + 3 días, independientemente de cuándo se presente el sangrado menstrual.

Efectos Colaterales

Ocasionalmente pueden presentarse:

- Irregularidades menstruales.
- Cefalea.
- Náusea.
- Vómito.
- Mareo.
- Mastalgia.

Duración de la Protección Anticonceptiva

La protección anticonceptiva se extiende hasta por 33 días después de la aplicación de la inyección.

Conducta a Seguir en Caso de Presentarse Efectos Colaterales

- En casos de sintomatología leve, se debe reforzar la consejería y recordar a la usuaria que continúe el uso del método, ya que esta sintomatología puede ser transitoria y comúnmente se presenta sólo en los primeros meses de uso. Es importante un especial apoyo en los casos de sangrado irregular y amenorrea a fin de garantizar la continuidad en el uso del método.
- Referir al médico, reforzar consejería si se presentara alguno de los siguientes signos y síntomas:
 - Sospecha de embarazo.
 - Cefalea intensa.
 - Alteraciones visuales.

- Dolor torácico intenso.
- Disnea.
- Dolor de miembros inferiores.
- Ictericia.
- Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual.
- Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.

Conducta a Seguir en Caso de Uso Irregular del Método Anticonceptivo

Si la usuaria acude después de 33 días y desea continuar usando la inyección, debe estar razonablemente seguro de la no existencia de un embarazo, reforzarse consejería, abstenerse de relaciones sexuales o adicionarse métodos de barrera durante los siguientes siete días después de la inyección.

Seguimiento de la Usuaria

En los contactos de seguimiento con la usuaria deberá reforzarse la consejería, se vigilará el uso correcto del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando sea necesario, se aplicará a la usuaria la siguiente inyección.

Se recomendará a la usuaria acudir al médico para un examen completo incluyendo toma de tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestras para citología cérvico vaginal (Papanicolaou) durante el primer año de uso del método. Cuando haya algún grado de riesgo reproductivo, esta visita debe realizarse lo más rápido posible. En caso de efectos secundarios debe recomendarse a la usuaria acudir al médico. En las mujeres que están lactando debe recomendarse la visita al médico al tercer mes o cuando cambie el patrón de lactancia.

Hormonales Inyectables solo de Progestina

Farmacología

Existen dos tipos de anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen progestina:

- Acetato de medroxiprogesterona 150 mg en ampolleta con 3 ml de suspensión acuosa microcristalina (Depoprovera®).

Planificación Familiar

Contienen una progestina sintética derivada de la 17-hidroxiprogesterona.

- Enantato de Noretisterona (NET EN) en ampollitas de 200 mg en 3 ml de suspensión acuosa.

Contienen una progestina derivada de las 19 noretisterona.

Efectividad Anticonceptiva

Bajo condiciones de uso habitual, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99% año/uso.

Duración del Efecto Anticonceptivo

La protección anticonceptiva conferida por la Depoprovera®, se extiende por lo menos a los 90 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada (14días).

Indicaciones

Este anticonceptivo está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa nuligestas, nulípara o múltiparas-, que deseen un método temporal de larga duración o inyectable en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el periodo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógeno esté contraindicado.
- Mujeres en el post-parto o post-cesárea, que estén lactando debe aplicarse después de la 6ta.
- En el post-aborto.

Este método no debe considerarse como primera opción en el caso de adolescentes menores de 16 años.

Las usuarias de anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina pueden cambiar al hormonal combinado inyectable recibiendo la primera aplicación de este en el día programado para su inyección. Posteriormente se debe aplicar cada 30 + 3 días independientemente de cuándo se presente el sangrado menstrual.

Nota: Este método no protege contra ITS/VIH/SIDA

Criterios de Elegibilidad

Categoría I

No hay riesgos para su uso en los siguientes casos:

- Lactancia materna después de la 6ta. Semana del post-parto.
- Mujeres no lactantes en post-parto.
- En cualquier momento post-aborto.
- En adolescentes mayores de 16 años.
- Mujeres fumadoras.
- Diabetes gestacional.
- PRE-eclampsia.
- Trombosis venosa profunda.
- Tromboflebitis.
- Várices.
- Cardiopatía valvular complicada o no complicada.
- Cefaleas leves.
- Patología mamaria benigna.
- Antecedente familiar de cáncer mamario.
- Cáncer ovárico o de endometrio.
- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- ITS/SIDA.
- Patología de las vías biliares.
- Hepatitis viral.
- Fibroma uterino.
- Embarazo ectópico.
- Obesidad.
- Enfermedad de la tiroides.
- Enfermedad del trofoblasto benigna o maligna.
- Anemia falciforme.
- Esquistosomiasis no complicada.
- Anemia por deficiencia de hierro.
- Paludismo.
- Dismenorrea severa.
- Tuberculosis.
- Endometriosis.
- Tumores benignos de ovario.

Categoría 2

Puede usarse el método, aunque no debe considerarse de primera elección:

- Menores de 16 años.
- Primera elección
- Hipertensión arterial.
- Diabetes sin enfermedad vascular, insulino o no insulino dependiente.
- Colesterol y triglicéridos elevados.
- Cefaleas severas sin síntomas neurológicos focales.
- Migraña.
- Menstruación irregular con o sin sangramiento abundante.
- Neoplasia intraepitelial cervical (nic).
- Cáncer cervical.
- Interacción medicamentosa (Rifampicina, Griseofulvina, Fenitoina, Carbamacepina, Primidona).
- Historia de embarazo ectópico.

Categoría 3

Usualmente no se recomienda el uso de este método:

- Lactancia materna antes de 6 semanas del post-parto.
- Hipertensión arterial con enfermedad vascular.
- Diabetes con daño vascular.
- Diabetes con más de 20 años de duración.
- Historia o enfermedad de cardiopatía isquémica.
- Accidente cerebro vascular.
- Cefaleas severas con síntomas neurológicos focales.
- Historia de cáncer mamario sin evidencia de enfermedad activa por 5 años.
- Hepatitis viral activa.
- Cirrosis severa descompensada.
- Tumores hepáticos benignos o malignos.

Categoría 4

El método no debe usarse:

- Embarazo.

- Sangramiento vaginal de causa desconocida.
- Cáncer mamario actual.

Lineamientos generales para el Uso

El anticonceptivo inyectable que sólo contiene progestina se puede obtener en establecimientos de salud, y en programas de distribución comunitaria, en las unidades de atención integral al/la adolescente o adquirirse en las farmacias.

Se deben realizar los siguientes pasos para su uso:

- Entrevista.
- Proporcionar consejería que incluya información sobre el retardo de la fertilidad a las mujeres que expresen su deseo de embarazarse en un periodo menor a 9 meses después de suspender el anticonceptivo.
- Estar razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada.
- En los casos de los programas comunitarios las usuarias deben ser informadas al momento de aplicárseles la inyección por primera vez, sobre la importancia de hacerse un examen físico y toma de muestra de citología cervical (Papanicolaou) durante el primer año de uso del método y posteriormente una vez al año.

Se debe tener especial atención para evitar en la misma usuaria, el uso indistinto de anticonceptivos hormonales combinados inyectables y el que sólo contiene progestina, en razón de su diferente farmacología y duración de efectividad.

Forma de Administración

Vía intramuscular profunda.

Inicio: Dentro de los primeros siete días después del inicio del ciclo menstrual. En el post-parto, cuando la mujer esté lactando, la aplicación debe efectuarse después de la sexta semana. En el post-aborto la primera aplicación puede efectuarse inmediatamente.

Inyecciones subsecuentes: cada tres meses.

Efectos Colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Sangrado irregular.
- Amenorrea.
- Cefalea.
- Mastalgia.
- Aumento de peso.

En caso de presentarse Efectos Colaterales

- En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método.
- Debe reforzarse consejería y discontinuar el uso del método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:
 - a) Embarazo.
 - b) Intolerancia de la usuaria a los efectos colaterales.

Visita médica al mes, inicial y posteriormente al cuarto mes o cuando se estime necesario por el proveedor del servicio o la usuaria.

Seguimiento de la Usuaria

En los contactos de seguimiento con la usuaria deberá reforzarse la consejería, se vigilará el uso correcto del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando sea necesario, se aplicará a la usuaria la siguiente inyección.

Se recomendará a la usuaria acudir al médico para un examen médico completo incluyendo toma de tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestras para citología cervical vaginal (Papanicolaou) durante el primer año de uso del método. Cuando haya algún grado de riesgo reproductivo, esta visita debe realizarse lo más rápido posible. En caso de efectos secundarios debe recomendarse a la usuaria acudir al médico. En las mujeres que están lactando debe recomendarse la visita al médico al tercer mes o cuando cambie el patrón de lactancia.

Métodos de Barrera

Son anticonceptivos de uso temporal que impiden la fecundación de manera mecánica o química.

Métodos de Barrera de Acción Mecánica

Condón o Preservativo

Es una funda o bolsa de látex que se aplica al pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. Algunos contienen además un espermicida (Nonoxinol-9). El condón o preservativo es el único método que previene tanto el embarazo como las infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA.

Efectividad Anticonceptiva

En condiciones de uso habitual brinda una protección contra el embarazo de 85 a 97%.

Duración de la Protección Anticonceptiva

Está limitada al tiempo de utilización del método durante un acto sexual con penetración.

Indicaciones

Es un método indicado para el uso del hombre con vida sexual activa, en las siguientes situaciones:

- Como método anticonceptivo.
- Para la prevención de las ITS/VIH/SIDA.

Criterios de Elegibilidad

Categoría 3

- Alergia o hipersensibilidad al látex.
- En todas las otras situaciones médicas, el condón se usa sin restricciones (CATEGORÍA I).

Formas de Uso

El personal de salud debe conocer y transmitir la forma correcta de uso del condón. La consejería debe incluir los siguientes mensajes:

- Debe usarse un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual coital y desde el inicio de ésta.
- Los condones deben ser guardados en un lugar fresco y seco. No deben usarse si se notan dañados, que hayan cambiado de color o que estén pegajosos.

Lineamientos generales para la obtención

El condón se puede obtener en los establecimientos de salud, unidades de salud integral del/las adolescentes promotoras (es), voluntarios comunitarios, farmacias y establecimientos comerciales.

Efectos Colaterales

Intolerancia e hipersensibilidad al látex.

Conducta a seguir en caso de presentarse Efectos Colaterales

Reforzar consejería y cambiar a otro método.

Dispositivo Intrauterino (Diu)

La tecnología anticonceptiva intrauterina consiste en la colocación de un dispositivo de plástico en la cavidad uterina.

Descripción

Existen varios tipos de dispositivos intrauterinos que podemos clasificarlos en medicados, que contienen hormonas o cobre, y los no medicados.

Los primeros no medicados de uso generalizado aparecieron en el mercado en la década del 60 (López, Margulies, y otros), en la actualidad prácticamente han desaparecido del mercado.

El dispositivo medicado de mayor uso actualmente es la T de cobre 380 A. Existen otros tipos de dispositivos de cobre como el Multiload-375. También encontramos los que contienen hormonas como el que contiene Levonorgestrel (Mirena®).

Presentación y Efectividad

Los dispositivos intrauterinos son altamente efectivos, alcanzando una tasa de fallo de apenas 0.3%. La duración de su capacidad anticonceptiva es de 10 años para la T de cobre 380 A.

Los dispositivos intrauterinos pueden ser usados por cualquier mujer que desee evitar los embarazos temporalmente. En adición de proveer

una protección de larga duración contra los embarazos, el dispositivo intrauterino es un método reversible ya que la fertilidad se recupera rápidamente luego de ser retirado, es barato, no tiene efectos conocidos sobre la lactancia o la leche, no interfiere con el acto sexual ni con ningún tipo de medicación, es de amplia difusión y fácil de adquirir, y una vez insertado la mujer puede prácticamente olvidarse de él. No obstante, es importante señalar que no protege contra el Sida ni contra las infecciones de transmisión sexual.

Criterios de Elegibilidad

Categoría 1

No hay riesgo para su uso en los siguientes casos:

- Post-parto inmediato (antes de las 48 horas)
- Post-aborto inmediato (primer trimestre)
- Después de las 4 semanas del parto.
- Mayores de 20 años.
- Fumadoras.
- Hipertensión arterial sin enfermedad vascular.
- Historia de PRE-eclampsia.
- Diabetes.
- Trombosis venosa profunda.
- Embolia pulmonar.
- Trombosis venosa superficial.
- Varices.
- Tromboflebitis.
- Historia y enfermedad actual de cardiopatía isquémica.
- Historia de accidente cerebro vascular.
- Triglicéridos y colesterol elevados.
- Cardiopatía valvular no complicada.
- Cefalea.
- Menstruaciones irregulares sin sangramiento abundante.
- Patologías mamarias.
- Neoplasia intraepitelial cervical (NIC).
- Ectropion.
- Enfermedad de vías biliares.
- Hepatitis viral.
- Tumores hepáticos.

Planificación Familiar

- Embarazo ectópico anterior.
- Obesidad.
- Epilepsia.
- Enfermedad de la tiroides.
- Esquistosomiasis.
- Paludismo.
- No interacción medicamentosa.
- Pacientes multíparas.
- Tumores benignos de ovarios.
- Historia de cirugía pélvica, incluyendo cesárea.

Categoría 2

Puede usarse el método, aunque no debe considerarse de primera elección.

- En el post-parto/cesárea más de 48 horas.
- Edad menor de 20 años
- Anormalidades no deformantes de la cavidad uterina y que no interfieran con la colocación del DIU.
- En el post-aborto del 2do. Trimestre.
- Cardiopatía valvular complicada (endocarditis).
- Menstruaciones con sangramiento abundante.
- Fibromas uterinos.
- Anemia falciforme.
- Anemia por falta de hierro.
- Nulípara.
- Endometriosis.
- Dismenorrea severa.

Categoría 3

Usualmente no se recomienda el uso de este método:

- Después de las 48 horas y antes de la 4ta. semana de post-aborto.
- Riesgo aumentado de ITS/SIDA.
- Enfermedad trofoblástica benigna.

Categoría 4

No debe usarse:

- Embarazo o sospecha del mismo.

- Después de aborto séptico.
- Cáncer cervical-
- Sangramiento vaginal de causa desconocida.
- Cáncer ovárico o de endometrio.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.
- ITS Actual.
- Enfermedad trofoblástica maligna.
- Anomalía uterina que sea incompatible con la inserción del DIU.
- Tuberculosis pélvica.
- Sepsis puerperal.

Cuando Insertarse

El DIU puede ser insertado en cualquier momento del ciclo menstrual, siempre y cuando se esté razonablemente seguro de la no existencia de embarazo. De preferencia debe programarse su inserción durante el periodo menstrual.

También puede insertarse:

- Post-parto inmediato (primeras 48 horas).
 - Post-aborto no complicado.
 - Transcesárea.
 - Post-cesárea inmediata.
- De no colocarse las primeras 48 horas de post-parto debe esperarse la 6ta. Semana

Lineamientos generales para la Inserción

El DIU debe ser insertado:

- Después de proporcionar consejería.
- Después de evaluar riesgos de ITR (Infección del Tracto Reproductor) e ITS/VIH/SIDA).
- Por personal capacitado en la exploración del aparato genital femenino y en las diversas técnicas de inserción.
- Siguiendo las recomendaciones específicas para cada tipo de DIU.
- Cumpliendo las técnicas de prevención de infecciones.

Efectos Colaterales

- Dolor pélvico durante el periodo menstrual.

Planificación Familiar

- Incremento de la cantidad y duración del sangrado menstrual.
- Aumento de la secreción vaginal (flujo).

Conducta a seguir en caso de presentarse Efectos Colaterales

Las usuarias que refieran efectos colaterales deben recibir consejería adicional, enfatizando las características y consecuencias del uso del método.

Los efectos colaterales deben ser tratados. Si las molestias persisten, de común acuerdo con la usuaria, debe considerarse la posibilidad de retirar el DIU y seleccionar otro método anticonceptivo.

Complicaciones

- Embarazo uterino o ectópico.
- Expulsión parcial o total.
- Perforación uterina o de víscera hueca.
- Hemorragia.
- Infecciones.
- Ausencia de hilos guías.

Conducta a seguir en caso de presentarse complicaciones

En caso de presentarse una de estas complicaciones deberá remitirse a la paciente, previa evaluación y medidas de apoyo, al nivel de atención adecuado para su manejo.

Seguimiento de la Usuaria

La segunda revisión se debe efectuar a los seis meses a partir de la inserción y posteriormente cada año o cuando la usuaria lo estime necesario.

En cada visita clínica debe verificarse la posición correcta del DIU mediante la visualización de los hilos guía, investigar la presencia de efectos colaterales, descartar la presencia de embarazo y detectar la existencia de infección cervico-vaginal. Además, se tomará la muestra para citología cervico-vaginal (Papanicolaou) y examen de mamas.

Debe proporcionarse a la usuaria información que le permita identificar señales de alarma y estimularla a acudir al establecimiento de salud en los siguientes casos:

- Dolor abdominal.
- Sangrado genital anormal.
- Amenorrea (Ausencia de menstruación).
- Presencia del DIU en la vagina.

Diafragma

Es un dispositivo en forma de copa de látex bordeado por un anillo flexible. Se coloca en el fondo de la vagina de manera que cubra el cuello del útero para impedir el paso de los espermatozoides. Se debe colocar crema o jalea espermicida en el diafragma antes de la inserción.

Presentaciones

- Con resorte de arco.
- Con resorte de espiral.
- Con borde de sello ancho.
- Con resorte plano.

Están disponibles en tamaños de 50 a 105 mm.

Efectividad Anticonceptiva

En condiciones de uso habitual tiene una tasa de fallo entre un 4 a un 18%.

Duración de la Protección Anticonceptiva

Debe dejarse el diafragma colocado por lo menos 6 horas después del coito, pero no más de 24 horas después de colocado. Si han transcurrido más de 2 horas desde que se lo colocó, es recomendable aplicarle más espermicida antes del coito, sin necesidad de retirar el diafragma.

Indicaciones

Es un método indicado para uso de la mujer con vida sexual activa, previa consejería.

Este método no protege contra VIH/SIDA.

Criterios de Elegibilidad

Categoría 1

No hay riesgo con el uso de este método:

En las situaciones médicas no mencionadas en las demás categorías.

Categoría 2

Puede usarse el método, aunque no debe considerarse de primera elección en los siguientes casos:

- Enfermedad cardiaca valvular complicada.
- Mujeres multíparas.

Categoría 3

El método no es usualmente recomendado en los siguientes casos:

- Historia de Shock Tóxico.
- Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC)

Categoría 4

Este método no debe usarse en:

- Mujeres antes de las 6 semanas del post-parto.
- Anomalías anatómicas cérvico uterinas o vaginales (Ej.: Prolapso, uterino, rectoceles, tumores de vagina o cerviz, etc.).
- Alergia al látex.

Forma de Uso

Debe determinarse el tamaño antes de la selección y brindar orientación a la usuaria sobre el uso del método que incluya la siguiente información:

- Demostración para la aplicación y retiro.
- Aplicar espermicida en el diafragma antes de cada relación sexual coital.
- Debe dejarse el diafragma en su lugar aproximadamente 6 horas después del último coito y no más de 24 horas luego de haber sido colocado.
- Debe verificarse antes del coito que el cérvix esté cubierto y que el anillo esté ajustado detrás del pubis.

Lineamientos generales para su obtencion

Se obtienen a través de instituciones privadas, clínicas y farmacias.

Efectos Colaterales

Infecciones genito-urinarias.

Conducta a seguir en caso de presentarse Efectos Colaterales

Manejo del efecto secundario o referimiento a un nivel de atención calificado si es necesario.

Reforzar consejería y recomendar cambio de método.

Seguimiento de la Usuaría

Las visitas de seguimiento se deben valorar de acuerdo a las necesidades de la usuaria para reforzar las instrucciones de uso y la consejería.

Durante el primer año de uso del método debe visitarse al médico para control anual que incluya examen físico completo, toma de muestra para citología cervical y examen de mama.

Métodos de Barrera Química o Espermicidas

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al útero. Por lo general son surfactantes que pueden aplicarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos y espuma en aerosoles. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida.

Cremas:

El vehículo es ácido esteárico y derivado o glicerina. El espermicida es Nonoxinol-9 o cloruro de benzalconio.

Óvulos y Tabletas Vaginales

El vehículo es manteca de cacao, glicerina, estearina o jabón. El espermicida es cloruro de benzalconio, Nonoxinol-9, polietilenglicol de monoisoetilfenol, éster polisacárido del ácido poli sulfúrico.

Espumas en Aerosol:

El vehículo es el polietilenglicol, glicerina o hidrocarburos y freón. El espermicida es Nonoxinol-9 o cloruro de benzalconio.

Efectividad Anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso ofrecen protección anticonceptiva del 75% al 90% aproximadamente, y puede incrementarse usando simultáneamente otros métodos de barrera.

Indicaciones

Estos métodos están indicados para las mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulípara, incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de efectividad media, en las siguientes condiciones:

- Contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales.
- Durante la lactancia.
- Para aumentar la eficacia anticonceptiva de otros métodos de barrera.

Criterios de Elegibilidad

Categoría 1

No hay riesgo con el uso de este método.

Categoría 2

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en los siguientes casos:

- Cáncer del cuello uterino.
- En pareja con alto grado de contraer VIH/SIDA.

Precauciones

Mujeres con relaciones sexuales muy frecuentes en periodos cortos debido a la irritación y ulceración de la mucosa vulvo vaginal.

Lineamientos generales para el uso

Se debe explicar a las usuarias sobre las recomendaciones de uso correcto del método para lograr el efecto anticonceptivo de los espermicidas.

Duración de la protección anticonceptiva

Será limitada a una hora a partir de la aplicación del espermicida en la vagina. En caso de nuevos coitos debe realizarse una nueva aplicación.

Efectos Colaterales

- Su uso muy frecuente puede producir fenómenos irritativos que conducen a inflamación local en personas sensibles a los ingredientes de la formulación.
- Reacciones de hipersensibilidad.

Conducta a seguir en caso de presentarse Efectos Colaterales

Reforzar consejería y suspender método y relaciones sexuales por 24 a 48 horas.

Métodos de observación de la Fertilidad

Consisten en la abstinencia sexual periódica durante los días fértiles de la mujer.

Los métodos de observación de la fertilidad más utilizados son:

- Calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus.
- Temperatura basal.
- Observación del moco cervical (Método de la ovulación de Billing).
- Sintotérmico.

Efectividad Anticonceptiva

La efectividad de estos métodos varía de acuerdo al nivel de colaboración, motivación y participación activa de la pareja.

Duración de la protección Anticonceptiva

La duración de la protección anticonceptiva de estos métodos se extiende a su práctica constante y correcta.

Indicaciones:

Estos métodos pueden aplicarse en parejas en edad fértil, con vida sexual activa y no protegen contra ITS/VIH/SIDA.

Criterios de Elegibilidad

Categoría I

No existen condiciones médicas en las cuales se restrinja el uso de estos métodos. Sin embargo, existen condiciones y obstáculos que pueden afectar la función ovárica, o la regularidad del ciclo menstrual y/o alterar los signos y síntomas de fertilidad, que los pueden hacer difíciles de aprender y usar:

- Lactancia materna.
- Puerperio.
- Post-aborto.
- Edad (Alrededor de la menarquia y la premenopausia).
- Accidente cerebro vascular.
- Ciclos menstruales irregulares.
- Ciclos menstruales con sangramiento abundante y prolongado.
- Sangramiento vaginal de causa desconocida.
- Neoplasia cervical intraepitelial (NIC).
- Cáncer cervical.
- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o en los últimos 3 meses.
- ITS actual o en los últimos 3 meses.
- Cirrosis severa (descompensada).
- Tumores hepáticos benignos o malignos.
- Hipertiroidismo.
- Hipotiroidismo.
- Esquistosomiasis.
- Uso de medicamentos, incluyendo: drogas que alteran el estado de ánimo, litio, antidepresivos tricíclicos, tratamiento con ansiolíticos.

Hay otras condiciones para las cuales el rango elevado de tasas de fracasos para todos estos métodos, pueden exponer a la mujer a un riesgo inaceptable de un embarazo no deseado:

- Hipertensión arterial.
- Patología vascular.
- Diabetes insulino dependiente con lesión vascular.
- Diabetes de más de 20 años de duración.

- Historia o enfermedad actual de cardiopatía isquémica.
- Accidente cerebro vascular.
- Patología valvular cardiaca complicada.
- Cáncer de mama actual.
- Cáncer cervical.
- Cáncer de ovario.
- Cáncer de endometrio.
- VIH/SIDA.
- Cirrosis severa (descompensada).
- Tumores malignos del hígado.
- Enfermedad trofoblástica gestacional maligna.
- Enfermedad de células falciformes.
- Esquistosomiasis con fibrosis hepática.
- Tuberculosis.

Formas de uso:

La forma de uso de estos métodos se basa en la serie de eventos fisiológicos de un ciclo menstrual.

La efectividad de los métodos depende de la capacidad de la usuaria para predecir la fecha de la ovulación con seguridad razonable.

La capacitación para el uso de los métodos dura de tres a seis ciclos menstruales. Se deben estudiar el moco cervical, la temperatura basal, las manifestaciones en los anexos, glándulas mamarias y el cérvix y llevar registro minucioso diario de los cambios periódicos, para la determinación de los patrones de secreción cervical, de la temperatura basal y otros asociados al periodo fértil.

Las usuarias de estos métodos deben ser adiestradas por personal capacitado. Se requiere de un periodo largo de instrucción inicial y asesoramiento progresivo. Referir a las usuarias a la clínica de planificación familiar para que reciban información sobre estos métodos.

Método de Lactancia y Amenorrea (MELA)

Es un método de planificación familiar para mujeres que lactan, que se fundamenta en la combinación de lactancia exclusiva y amenorrea durante los primeros seis meses del periodo post-parto.

Efectividad Anticonceptiva

Tiene una tasa de seguridad de 99% por un periodo de hasta 6 meses, siempre y cuando se cumpla con los requisitos del método.

Indicaciones

Está recomendado para mujeres en edad fértil, en el periodo post-parto con niño (a) menor de 6 meses, en amenorrea y que amamante de manera exclusiva.

El personal de salud debe estimular la alimentación del recién nacido a pecho materno tan pronto sea posible después del parto o cesárea y que permanezca en alojamiento conjunto con su madre.

La madre debe ser orientada para que amamante con frecuencia, a libre demanda, tanto de día como de noche.

Si la madre no cumple con los tres requisitos debe ofrecérsele otro método que no interfiera con la lactancia.

Criterios de Elegibilidad

No existen condiciones médicas en las cuales el uso del MELA esté restringido y no existe ninguna evidencia documentada que indique un impacto negativo en la salud materna. Sin embargo, ciertas condiciones que afectan la lactancia materna también pueden afectar la duración de la amenorrea haciendo el MELA una elección menos útil como método de planificación familiar y estos son:

- Hepatitis viral.
- Lesiones sifilíticas abiertas del seno.
- VIH.

Con el fin de proteger la salud del niño, la lactancia materna no se recomienda en mujeres que toman medicamentos tales como: Reserpina, ergotamina, antimetabolitos, ciclosporina, corticosteroides, bromocriptina, drogas radiactivas, litio, anticoagulantes y drogas que alteran el estado de ánimo.

Lineamientos generales para su uso

La usuaria de este método debe cumplir con los tres requisitos básicos que se enumeran a continuación:

- Estar en amenorrea.
- Con niño menor de 6 meses.
- Lactancia exclusiva a libre demanda, diurna y nocturna.

Debe promoverse en las consultas de embarazadas, así como en los Programas de Atención Integral de las Adolescentes. En los centros de atención de embarazo y parto debe promoverse el alojamiento conjunto. Debe prestarse especial atención a la consejería en adolescentes y embarazadas.

Conducta a seguir en caso de uso irregular del MELA

En caso de que el método no se use de manera adecuada, se debe reforzar la consejería y ofrecer otros métodos que no interfieran con la lactancia. Los anticonceptivos combinados deben ser la última opción porque interfieren con la lactancia.

Seguimiento de la Usuaria

Es importante que el personal de salud brinde apoyo a la madre que lacta y proporcione una consejería adecuada a fin de promover el uso del método.

Debe recomendarse a las usuarias de MELA que informen al personal de salud los cambios acerca de introducción de alimentación suplementaria, reaparición de la menstruación, de manera que se le pueda recomendar otro método que no interfiera con la lactancia.

Métodos Tradicionales

Coitus Interruptus (RETIRO)

Es la práctica de la pareja al tener relaciones sexuales con penetración vaginal hasta que la eyacuación sea inminente, momento en el cual el hombre retira el pene de la vagina. La eyacuación debe ocurrir totalmente alejada de los órganos genitales externos de la mujer.

Efectividad Anticonceptiva

Bajo condiciones de práctica habitual tiene una tasa de falla en el primer año de aproximadamente 18% año/uso. No hay seguridad sobre la efectividad de este método si se utilizara de modo sistemático y correcto. Su efectividad se reduce a causa de las siguientes circunstancias:

- Salida imperceptible de semen.
- Orgasmos múltiples en un corto periodo de tiempo.
- Ausencia de autocontrol exigido por este método.

Duración de la protección Anticonceptiva

Este método es temporal. La protección depende de su práctica correcta.

Precauciones

El coito interrumpido no es un método adecuado de planificación familiar:

- En relaciones sexuales repetidas, por el semen retenido de la eyaculación anterior en el canal uretral.
- Cuando se tiene dificultad para prever el momento de la eyaculación.

Nota: Este método no protege de ITS/VIH/SIDA.

Lineamientos para la Práctica

El coito interrumpido (retiro) está a disposición de todas las parejas que deseen utilizarlo, en cualquier circunstancia, sin suministros, sin visitas médicas.

La pareja usuaria de este método debe ser objeto de consejería y recibir del personal de salud las siguientes recomendaciones:

- Antes de introducir el pene en la vagina, retire completamente cualquier líquido de la punta del pene.
- Cuando el hombre está a punto de eyacular, debe retirar su pene del interior de la vagina, asegurándose de que la eyaculación se produzca lejos de los genitales externos de la mujer.

- Debe advertirse a la pareja que si se produce eyaculación dentro de la vagina existe la posibilidad de utilizar anticoncepción de emergencia.

Efectos Secundarios

Aunque el coito interrumpido no tiene efectos secundarios médicos, la interrupción de la fase de excitación o de meseta del ciclo de respuesta sexual puede disminuir al placer de la pareja. También pueden producirse embarazos no deseados.

Abstinencia

La abstinencia es la práctica de tener las relaciones sexuales sin penetración.

Efectividad Anticonceptiva

Bajo condiciones de práctica correcta la efectividad de este método es de 100% año/uso.

Lineamientos generales para la Práctica

Los profesionales de la salud acojan la abstinencia como una alternativa común y aceptable en las relaciones sexuales.

Deben distinguirse a las personas que escogen la abstinencia libremente, de aquellas cuya abstinencia es disfuncional o forzada. Estos últimos podrían ser referidos a un profesional o terapeuta sexual.

El personal de salud debe informar acerca de la disponibilidad de otros métodos de planificación familiar.

Anticoncepción de Emergencia

La anticoncepción de emergencia constituye una opción eficaz para prevenir un embarazo no deseado, en las mujeres que han tenido una relación sexual coital sin la protección anticonceptiva necesaria.

Farmacología

Pastillas Anticonceptivas:

Los métodos en uso actualmente son el de Yuzpe y el de Levonorgestrel

solo. El método de Yuzpe consiste en la administración de dos comprimidos conteniendo cada uno, Etinilestradiol 0.05 mg. y Levonorgestrel 0.25 mg., por dos dosis con un intervalo de 12 horas antes de que hayan transcurrido 72 horas después del coito. Con el método de Levonorgestrel se administra un comprimido conteniendo 0.75 mg de Levonorgestrel, por dos dosis con un intervalo de 12 horas, también antes de las 72 horas. Un estudio reciente de la OMS (2002, Lancet) concluye que es útil usarlo hasta las 120 horas poscoito (5 días), también se concluyó, en el mismo trabajo, que una sola dosis de 1.5 mg de Levonorgestrel puede sustituir las dos dosis de 0.75 mg de Levonorgestrel con intervalo de 12 horas.

Efectividad

La tasa de falla de la anticoncepción de emergencia es de 1-2% usando el método de Levonorgestrel o de Yuzpe, respectivamente.

Indicaciones

- Después de una relación sexual coital sin protección adecuada.
- En caso de violación sexual.

Criterios de Elegibilidad

Categoría 1

- Historia de embarazo ectópico.
- Violación.

Categoría 2

- Historia de complicaciones cardiovasculares severas.
- Angina de pecho.
- Migraña focal aguda.
- Patología hepática severa.

Categoría 4

- Embarazo.

Lineamientos generales para el uso

El uso de la anticoncepción de emergencia con hormonales se considera

seguro para todas las mujeres, incluyendo aquellas que presentan contraindicaciones para el uso de hormonales a largo plazo.

Efectos Colaterales

Náuseas y vómitos con el uso de hormonales orales combinados, que por lo general no duran más de 24 horas.

Repetir una dosis si el vómito ocurre en las primeras dos horas de su ingesta. En algunos casos puede haber sangrado irregular o manchado, sensibilidad en las mamas, cefalea y menstruación adelantada.

Consejería

La anticoncepción de emergencia constituye una decisión importante para la mujer, considerando el estado de estrés o temor al embarazo no deseado, por una relación sexual no protegida.

La usuaria debe recibir información y consejería, a fin de fortalecer la decisión de su uso.

La usuaria debe recibir información que la anticoncepción de emergencia no es un método conveniente para uso regular. En este caso, su uso frecuente durante uno o varios ciclos puede tener un índice alto de embarazos.

Forma de Administración

Con el método del Levonorgestrel los productos comerciales (Imediat-n®) traen dos comprimidos de 0.75mg para tomar un comprimido cada 12 horas.

Deberá iniciarse dentro de las primeras 72 horas, siguientes a una relación sexual sin protección.

Cuanto más pronto se tomen las pastillas anticonceptivas de emergencia mayor será su eficacia. Las pastillas anticonceptivas de emergencia no interrumpen ni perjudican un embarazo establecido.

Anticoncepción en Situaciones Especiales

Anticoncepción en la Adolescencia

La adolescencia es una fase de la vida de los seres humanos donde ocurren rápidos cambios físicos, sociales y emocionales. Se distinguen tres etapas:

Temprana: 10-14 años.

Intermedia: 15-16 años.

Tardía: 17-19 años.

Consejería

La consejería debe aclarar dudas, corregir y apoyar a las y los adolescentes, abarcando los siguientes aspectos:

- Biológicos de la reproducción humana.
- Autoestima.
- Comunicación.
- Responsabilidad.
- Valores.
- Relaciones sexuales, disfunciones/sexualidad y el amor.
- Métodos Anticonceptivos.
- ITS/VIH/SIDA.
- Violencia.
- Violaciones.
- Aborto.
- Riesgos a la salud de las adolescentes durante el embarazo y parto.

Uso del Metodo

El proveedor de servicios debe informar a la o al adolescente su poder de compartir con su pareja la toma de decisión para el uso de un método anticonceptivo, enfatizando los siguientes aspectos:

- Quien va a utilizar el anticonceptivo.
- Sobre quien recae la responsabilidad del uso.
- Conocer todos los métodos.

- Identificar cuales son más efectivos.
- Asegurarse de que llegue a una conclusión y toma de decisión oportuna y precisa.

Requerimientos para la provición del Metodo

El proveedor requiere de entrenamiento en atención al/la adolescente.
Debe:

- Referir y/o solicitar la colaboración de otros departamentos.
- Apoyar a la adolescente en la toma de decisión de uso de un método.
- Explicar el uso correcto de los métodos, enfatizando la doble protección tanto para la prevención de embarazo como de las ITS/VIH/SIDA.
- Reforzar el uso de métodos anticonceptivos para posponer el primer embarazo y ampliar el periodo inter genésico.

El ambiente para ofrecer consejería y atención al adolescente debe ser informal y atractivo, con personal capacitado en el abordaje a las y los adolescentes.

Métodos de Planificación Familiar

OPCIÓN NO. 1	<ul style="list-style-type: none"> · Abstinencia · Condón masculino/femenino* · Espermicidas · Gestágenos orales combinados · Inyectable combinado
OPCIÓN NO. 2	<ul style="list-style-type: none"> · DIU en aquellas adolescentes con relaciones monógamas · Implante Norplant®, Jadelle®, Implanon® · Orales de Progestina sola · Inyectable de Progestina
OPCIÓN NO. 3	<ul style="list-style-type: none"> · Métodos de observación de la fertilidad Tradicionales

Anticoncepción Post-parto/Post-aborto

Cuando el uso de un método anticonceptivo se inicia dentro de las primeras 48 horas después de un parto, cesárea o aborto, se considera anticoncepción post-parto/post-aborto.

Consejería

Para ofertar métodos en el post-parto es imprescindible que la usuaria haya tenido acceso a la información y consejería necesarias durante su control prenatal, de tal forma que la decisión no sea tomada durante el proceso del parto o cesárea. Si la usuaria ha optado por la esterilización quirúrgica el formulario de consentimiento voluntario informado debe ser completado y anexado a su expediente clínico.

La lactancia materna debe siempre estimularse y por tanto tomarse en consideración al elegir el método.

En caso de aborto debe prestarse especial atención en la consejería antes de entregar el método.

Lineamientos Generales

Este tipo de anticoncepción (post-parto/post-aborto) debe ofrecerse en establecimientos de segundo y tercer nivel.

Los métodos clínicos (DIU, esterilización quirúrgica femenina) deben utilizarse preferentemente en el periodo inmediato a la expulsión de la placenta.

La decisión de la usuaria con respecto al método elegido debe ser registrada en su historia clínica. Debe además describirse el procedimiento realizado y las condiciones del parto, cesárea o aborto.

El DIU y la esterilización post-parto/post-aborto requieren descartar la presencia de factores asociados que aumenten el riesgo del procedimiento.

MÉTODOS APROPIADOS

	POSPARTO	POSABORTO
Temporales	MELA DIU	DIU Anticonceptivos hormonales orales, inyectables, parchos transdérmicos, anillos vaginales, implantes.
Permanentes	Esterilización Quirúrgica Femenina / Vasectomía	

Premenopausia

La premenopausia, es el periodo previo a la última menstruación, con la cual cesa la capacidad reproductiva de la mujer. Este periodo inicia generalmente entre los 35 y los 40 años. La edad de inicio varía de una mujer a otra y depende de factores genéticos, alimentación, entre otros.

En este periodo, puede haber ciclos anovulatorios y ausencia de menstruación para luego volver a aparecer. Aunque la fertilidad se encuentra disminuida, todavía existe el riesgo de embarazo.

Consejería

La consejería es muy importante en este periodo para ayudar a la mujer a entender los cambios que ocurren en su cuerpo y a seleccionar un método seguro que se adapte a su estilo de vida y condición de salud.

Metodos Anticonceptivos de Elección

- **Dispositivo Intrauterino**

Debe retirarse el DIU un año después de la última menstruación.

- **Anticonceptivos Hormonales Combinados**

Estos anticonceptivos son apropiados en este grupo de mujeres, debido a la protección que proporciona el estrógeno contra la osteoporosis.

* ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE SOLO PROGESTINA: (NORPLANT®, MINIPILDORA, DEPO PROVERA®)

Estos métodos son apropiados para mujeres premenopáusicas, debido a que carecen de efectos colaterales asociados al estrógeno. Debe tomarse en cuenta los efectos colaterales propios de estos métodos, como son el manchado transvaginal y la amenorrea, para hacer énfasis en la consejería.

• **Metodos de Barrera y Espermicidas**

Son métodos adecuados para este grupo de mujeres, a pesar de su menor eficacia. Usados de manera correcta y persistente son razonablemente efectivos.

El efecto lubricante de los espermicidas, puede ser una ventaja para estas mujeres.

Anticoncepcion Usuarios VIH Positivo/Sida.

Los usuarios VIH positivos o con SIDA requieren un método anticonceptivo eficaz y que al mismo tiempo los proteja de adquirir otras enfermedades de transmisión sexual o infecciones oportunistas y también proteja a su pareja sexual.

El condón debe ser considerado el método de primera elección, sólo o acompañado de otros métodos de alta eficacia anticonceptiva. Otros métodos anticonceptivos no proveen protección contra ITS/VIH/SIDA.

Los métodos permanentes quirúrgicos son una opción para usuarios VIH positivos/as o con SIDA. Los métodos hormonales son otra opción anticonceptiva para estos/as usuarios/as. Estos métodos deben estar acompañados por el condón para incorporar la protección contra el virus y otras infecciones.

El DIU no es un método recomendable para mujeres VIH positivas, con SIDA o con pareja VIH positiva/SIDA, debido a que potencialmente aumenta la susceptibilidad a infecciones oportunistas, lo que puede acelerar el proceso de deterioro inmunológico.

Los espermicidas químicos no son recomendables para este grupo, debido a la posibilidad de irritación y lesión mucosa que aumentaría la probabilidad de infecciones oportunistas.

Consejería

En personas VIH positivas o con SIDA la consejería juega un papel fundamental. Además del apoyo psicológico, esta debe incluir los siguientes aspectos:

- Medidas de protección.
- Uso de condón.
- Doble protección.
- Implicaciones biológicas-sociales de un embarazo en esta condición.
- Relación de pareja.
- Referimiento.
- Información sobre métodos apropiados y no apropiados.
- Riesgo-beneficio de la lactancia materna.

Otros métodos anticonceptivos pero que solo son aplicables en un 2do y 3er nivel de atención son:

IMPLANTES SUBDERMICOS NORPLANT®

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

- a) Esterilización Quirúrgica Femenina. (Oclusión tubaria bilateral)
- b) Esterilización Quirúrgica masculina (Vasectomía)

3

**PREVENCION
Y DIAGNOSTICO
DEL CANCER
DE CERVIX**



**CANCER
DE CERVIX**

Prevención y Diagnóstico del Cáncer de Cervix

Definiciones Operacionales

Bethesda: ciudad de Estados Unidos, que albergó en el 1988 diferentes sociedades de patólogos-ginecólogos, donde surgió una nueva nomenclatura de reporte citológico, como sistema Bethesda.

Biopsia: Extracción examen microscópico con fines de diagnóstico, de tejidos u otras materias procedentes de un organismo vivo.

Carcinoma In Situ: de acuerdo con la definición de la OMS es una lesión en la que todo el epitelio cervical está ocupado por células malignas. No hay invasión del estroma subyacente y se respeta la membrana basal.

Carcinoma Micro Invasor del Cuello Uterino: invasión mínima al estroma no mayor de 1 mm. , 1 a 2 invasiones al estroma menor de 5 mm. con una extensión horizontal no mayor de 7mm.

Centro Oncológico: Área independiente o adscrita a una unidad hospitalaria reservada principalmente al manejo de pacientes que padecen afecciones específicas de lesiones de cáncer .

Cepillado Endocervical: Obtención de células del canal endocervical a través de un cepillo(citobrush).

Clínica de patología del cervix: Servicio o unidad dentro de un hospital de tercer nivel centro oncológico, donde se realiza el diagnóstico colposcópico y tratamiento conservador de las lesiones premalignas y malignas intraepiteliales del cervix y que cuenta con una área física adecuada (sala de espera, sala de entrevista y sala de exploración),

equipo básico adecuado (colposcopio, unidad de Asa diatérmica y equipo de criocauterización) y personal entrenado.

Colposcopia: Procedimiento exploratorio instrumentado, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, a través del cual se puede observar la vagina y el cervix uterino, visualizándose las condiciones del epitelio del tracto genital inferior, en el cual se pueden realizar tinciones de orientación diagnóstica.

Conización: Resección de la lesión cervical y de la zona de transformación con una profundidad no menor a 5mm. También se denomina cilindro o cono diagnóstico.

Criocirugía: Aplicación de temperatura inferior a cero grados centígrados, que alcanza el punto de congelación de las células, produciendo la muerte celular.

Electro cirugía: Procedimiento realizado con corriente eléctrica alterna de alta frecuencia que se usa en el manejo de las patologías del cuello para escindir la zona de transformación y la lesión con una profundidad no menor a 5mm

Hibridación: Prueba diagnóstica basada en el reconocimiento e identificación de la estructura homóloga del DNA de un organismo.

Hiperplasia atípica: Multiplicación anormal de las células que constituyen un tejido.

Histerectomía: Intervención quirúrgica para extirpar totalmente el útero por vía vaginal o abdominal.

Histopatología: Estudio de la composición y estructura microscópica de las alteraciones tisulares.

Incidencia: Medida de frecuencia de la presentación de los casos nuevos de una enfermedad.

Legrado endocervical: Intervención instrumental que consiste en raspar con una legra el canal endocervical para obtener tejido para estudio histológico.

Lesiones Clínicas (HPV): Lesiones francamente visibles que corresponden a las verrugas ano-genitales.

Lesiones Sub-Clínicas del Virus de Papiloma Humano (HPV): corresponde a las lesiones solo visibles a través de una lupa o colposcopio después de la aplicación de ácido acético (2 al 5%) caracterizada por una imagen Aceto Blanca.

Lesiones Latentes (HPV): El virus se encuentra dentro de las células. Son lesiones en la que no podemos observar manifestaciones clínicas y solo son demostrables por medio de un estudio, como la Hibridación In Situ , determinación de la polimerasa, etc.

Neoplasia: Formación de tejido nuevo de carácter tumoral.

Penescopía: Estudio de los genitales externos del hombre, a través del colposcopio.

Papanicolaou: Procedimiento descubierto por el Dr. George N. Papanicolaou en 1943, que describe las células que se observan en el frotis cervical.

Prueba de Schiller: es la tinción exocervical y vaginal con Yodo o Lugo! para detectar zonas afectadas (zin=zona Iodo Negativa).

Richard: Investigador norteamericano que describió la nomenclatura de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC).

Prevención

La prevención constituye el aspecto más relevante en la estrategia para disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer cérvico uterino. Esta se inicia con la promoción para la salud y la detección temprana de las

lesiones premalignas mediante la toma del papanicolaou, lo cual se lleva a cabo básicamente en el primer nivel de atención.

Promoción

La promoción es la actividad más importante para el inicio del programa de prevención del cancer cervico uterino, y deberá realizarse al través de los promotores de salud, enfermeras, médicos, trabajadores sociales, técnicos de salud familiar, comunicadores y todo el personal de salud con conocimientos del programa. Incluye todo tipo de acciones educativas, individuales y colectivas tales como: comunicación personal en las visitas domiciliarias, y en los contactos institucionales y por medio de la educación familiar, grupos y colectivos (comités de salud, consejos de salud, clubes, asociaciones, cooperativas, sindicatos, personal laboral, organizaciones no gubernamentales) mediante el uso de brochures, afiches, charlas, consejería, publicaciones y utilización de los medios de comunicación social.

La promoción debe estar dirigida inicialmente a captar las pacientes de mayor riesgo, incluyendo la orientación a la población general sobre los beneficios de la prueba de papanicolaou, para evitar el cáncer cérvico uterino, los pasos necesarios para realizarla, la inocuidad de la misma, los factores de riesgo para desarrollar el cáncer y las posibilidades terapéuticas.

Participación social:

La participación social es fundamental para lograr los objetivos de un programa de prevención, por lo tanto desde el primer nivel de atención deben desarrollarse acciones para la participación de la sociedad organizada, tanto en la capacitación, promoción, como el proceso de planificación local, apoyo y fiscalización

Grupos de Riesgo

Para que el programa de prevención pueda crear impacto y optimizar los recursos, dada la imposibilidad de estudiar a toda la población femenina en una primera fase, es necesario enfocar los grupos de riesgo, para seleccionar las pacientes que deben ser primeramente atencionadas.

Prevención y diagnóstico del cáncer de Cervix

Estos grupos están representados por:

- Las pacientes que han tenido previamente un papanicolaou anormal.
- Las pacientes que nunca se han hecho un papanicolaou.
- Pacientes de 20 a 70 años.
- Mujeres con varios compañeros sexuales, o con un solo compañero sexual el cual es promiscuo
- Las pacientes pertenecientes a clase social baja
- Pacientes con virus del papiloma humano
- Esto no quiere decir que se le niegue el servicio a una paciente que lo solicite, pero toda la promoción y acciones de salud deben estar dirigidas con preferencia a estos grupos.

Diagnostico de las Patologias del Cervix

El diagnóstico de las patologías premalignas y malignas del cervix se inicia a través del papanicolaou, técnica de pesquisa que busca la presencia de células con características de anormalidad o de aspecto maligno en el estudio citológico.

Las pacientes que tengan un reporte de papanicolaou anormal, serán referidas con el resultado y una nota escrita (hoja de referimiento), a la clínica de patología de cervix (3er. nivel de atención) para ser sometidas a evaluación colposcópica para fines de diagnóstico.

Toma de la Muestra Citologica

Primer nivel de atención:

El primer nivel de atención estará a cargo de equipos básicos de salud y equipos de apoyo comunitario, los cuales velarán por la salud integral y la promoción de la salud, y se denominará Unidad de Atención Primaria en Salud (UNPA)

En el UNPA , las personas encargadas de tomar el papanicolaou serán el médico general, la enfermera o el interno de medicina, debidamente entrenados.

Los establecimientos del primer nivel comprenden consultorios de salud familiar, clínicas de salud familiar y centros de salud integral los cuales corresponden a los consultorios y clínicas rurales sub centros sin internamientos. .

Condiciones para la toma:

- Que la paciente no este sangrando por vagina y en caso de tener flujo vaginal hacer una limpieza de la vagina con gasa seca para quitar el exceso y poder apreciar mejor el cervix.

Procedimiento para la Toma de la Citología

- Explicar, a la paciente con palabras sencillas el procedimiento que se empleara.
- Llenado de los formularios de solicitud.
- Rotular laminillas.

Los pasos para la toma de la citología son los siguientes:

1. Colocar la paciente en posición ginecológica.
2. Con mano enguantada, Introducir especulo con la mayor delicadeza posible, para visualización y exposición del cervix.
3. Tomar muestra de unión escamo-columnar con la espátula de Ayre.asegurando la toma de células endocervicales. Tomar en cuenta que en caso de ectópia la unión escamo-columnar está desplazada hacia fuera; si no se observa la unión y la espátula no puede tomar células endocervicales. Debe tomarse la muestra dentro del canal utilizando isopo o un cepillo endocervical.
4. Extender la muestra en una capa fina en la laminilla.
La muestra debe extenderse mediante un movimiento lineal, longitudinal a la placa.
5. Fijar de inmediato la muestra con Spray o introducirla en un frasco con alcohol de 95°. Con el spray se debe fijar a una distancia de aproximadamente de 20 a 25 cms y un ángulo de 45 grados con el frasco en posición vertical.
6. Realizar inmediatamente tacto vaginal.
7. Completar los datos del formulario
8. Anotar en los libros de registro
9. Citar por escrito a la paciente. Anotando la cita en el libro y la tarjeta de la paciente
10. Enviar la muestra al laboratorio lo mas pronto posible.

SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
 SANTO DOMINGO, R. D.
 PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICO-VAGINAL

□ □ □ □ □

ESTABLECIMIENTO _____ EXP _____

NOMBRE: _____ APODO _____ EDAD _____

G _____ P _____ A _____ C _____ EMBARAZADA: SI _____ NO _____ SITIO DE LA TOMA _____

LACTANDO: SI NO HISTERECTOMIZADA: SI NO

ASPECTO DEL CUELLO _____ FUM _____ DIU _____ HORMONAS _____

FECHA DE LA TOMA _____ FECHA ÚLTIMO PAPANICOLAOU _____

_____ SATISFACTORIA COMENTARIO: _____
 MEDICO O ENFERMERA INSATISFACTORIA _____

<input type="checkbox"/> CITOLÓGICO DENTRO DE LÍMITES NORMALES	
<p>CAMBIOS CELULARES BENIGNOS</p> <p><input type="checkbox"/> CAMBIOS INFECCIOSOS TRICOMONAS VAGINALES HONGOS COCCIBACIOS VIRUS HERPES SIMPLE (NVI) OTROS</p> <p><input type="checkbox"/> CAMBIOS REACTIVOS <input type="checkbox"/> INFLAMATORIO: LEVE, MODERADO, SEVERO <input type="checkbox"/> RADIACION <input type="checkbox"/> DISPOSITIVO INTRAUTERINO <input type="checkbox"/> METAPLASIA <input type="checkbox"/> ATROFICOS</p> <p><input type="checkbox"/> EVALUACION HORMONAL <input type="checkbox"/> PATRON COMPATIBLE CON EDAD-HISTORIA <input type="checkbox"/> PATRON INCOMPATIBLE CON EDAD-HISTORIA <input type="checkbox"/> INSATISFACTORIA PARA EVALUACION HORMONAL</p>	<p>CELULAS EPITELIALES ANORMALES</p> <p><input type="checkbox"/> CELULAS ESCAMOSAS <input type="checkbox"/> ATIPIA DE SIGNIFICACION NO DETERMINADA (ASCUS) <input type="checkbox"/> LESION INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO <input type="checkbox"/> COMPATIBLE CON HPV-PAPILOMA VIRUS <input type="checkbox"/> COMPATIBLE CON NIC-II-DISPLASIA LEVE <input type="checkbox"/> LESION INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO <input type="checkbox"/> COMPATIBLE CON NIC-II - DISPLASIA MODERADA <input type="checkbox"/> COMPATIBLE CON NIC-III-DISPLASIA SEVERA CAIN SITEL <input type="checkbox"/> CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS</p> <p><input type="checkbox"/> CELULAS GLANDULARES <input type="checkbox"/> CELULAS GLANDULARES ATIPICAS DE SIGNIFICACION NO DETERMINADA <input type="checkbox"/> ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL <input type="checkbox"/> ADENOCARCINOMA ENOMETRIAL <input type="checkbox"/> ADENOCARCINOMA INDEFINIDO</p>

RECOMENDACIONES Repetir el test Examen Ginecológico
 Repetir el test después de tratamiento

FECHA DE REPORTE _____

 CITO-PATOLOGO

Manejo según Reporte

Insatisfactoria: La muestra puede ser reportada así por la escasa celularidad ó pobre fijación/preservación ó material extraño presente o hemorrágico o muy inflamado o excesiva histólisis /auto lisis o ausencia de células endocervicales o no representativo de sitio anatómico. A esta paciente se le informará de su resultado, se dará consejería y se le realizará para una nueva toma inmediatamente.

Papanicolaou Normal: Estas pacientes serán citadas para nueva toma en un periodo de 1 año y luego de dos papanicolaou normales, se podrá espaciar de 1 a 3 años.

Papanicolaou Normal con Gérmenes Presentes: Estas pacientes, cuyo papanicolaou reporte bacterias, Hongos, Tricomonas, Cocobasilos deben ser tratadas y deberán ser citadas para nuevo papanicolaou en 1 año.

Papanicolaou Normal con Cambios Reactivos: Estas pacientes se manejan con sustancias anti..Inflamatorias y reparadoras del epitelio

Atipia de significacion no determinada (ASCUS): Estas pacientes pueden ser tratadas según caso anterior. y repetir el papanicolaou 6 semanas despues. Si repite la atípia , deben referirse a la clínica de patología de cervix correspondiente a su área geográfica. para realizar colposcopia y biopsia dirigida. **Lesión Intraepitelial Cervical.** Todas aquellas pacientes quepresenten un papanicolaou anormal con lesión intraepitelial cervical o con células malignas, deben ser enviadas a la clínica de patología de cervix con una nota escrita en la hoja de referencia y el reporte del Papanicolaou.

También serán referidas las pacientes que aunque tengan un papanicolaou negativo, el aspecto del cervix haga sospechar un cáncer.

4

**PROMOCION
Y PREVENCIÓN
DEL SINDROME
CLIMATERIO**



CANCER
DE CERVIX

Prevención y Promoción del Síndrome Climatérico

Definiciones Operacionales

Menopausia: Cese permanente de la menstruación debido a la pérdida de la actividad folicular ovárica.

Menopausia natural: Cese permanente de la menstruación debido a la pérdida de la actividad folicular ovárica producida al cabo de 12 meses de amenorrea sin otra causa patológica o Psicológica.

Menopausia inducida: Cese de la menstruación que sigue a la extirpación quirúrgica de ambos ovarios (con o sin histerectomía) o a la ablación estrógena de la función ovárica (por quimioterapia, radiación, etc.)

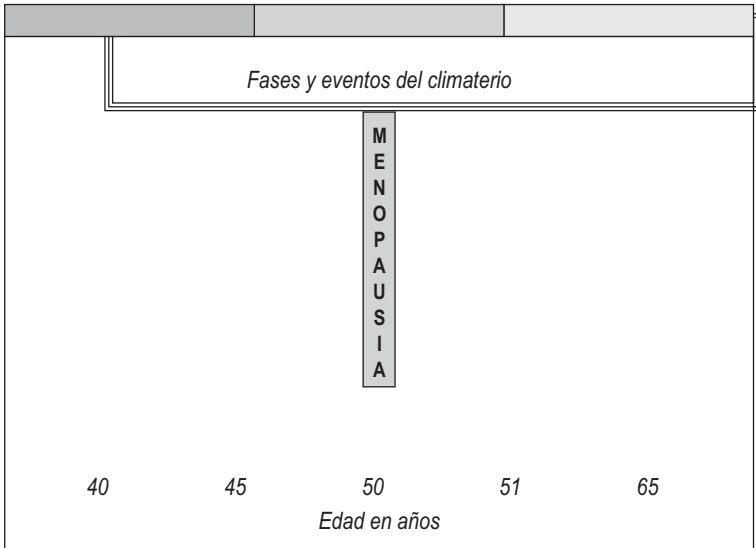
Menopausia prematura: Cese de la menstruación a una edad menor de dos desviaciones estándar de la media calculada para una población de referencia. Como criterio práctico se considera menopausia prematura a la que ocurre por debajo de los 40 años.

Perimenopausia: Periodo comprendido desde el inicio de los eventos endocrinológicos, biológicos y clínicos que preceden a la menopausia, hasta la terminación del primer año después de la misma

Premenopausia: Totalidad del periodo fértil anterior a la menopausia.

Post-menopausia: Período que comienza a partir de la menopausia y que se determina tras la ocurrencia de 12 meses de amenorrea espontánea.

Transición menopáusica: Período que precede a la menopausia, caracterizado endocrinológicamente por manifestaciones de actividad ovárica decreciente (hipoestrogenismo), en el aspecto biológico, por una fertilidad cada vez menor, y clínicamente por alteraciones en los intervalos del ciclo menstrual y por gran diversidad de síntomas.



Componentes del Servicio

El servicio de manejo de la Menopausia en los Centros de Salud consiste en el conjunto de estrategias y acciones dirigidas a ofrecer a las usuarias servicios de calidad en las diferentes etapas de sus vidas relacionadas con el proceso de disminución y cese de la función endocrina del ovario.

Las acciones incluirán los siguientes componentes:

Promoción:

En este componente se desarrollan acciones de educación, información y comunicación sobre el climaterio y la menopausia, dirigidas a la población del área de influencia de los Centros de Salud y a las usuarias que demandan el servicio.

Las informaciones que deben proporcionarse a toda mujer son:

Prevención y Promoción del Síndrome Climaterico

1. Efectos de la disminución y cese de la producción estrogénica.
2. Cambios en el cuerpo de la mujer después de los 40 años.
3. Edad de presentación de la menopausia.
4. Factores de riesgo para la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer de glándula mamaria y de endometrio.
5. Factores preventivos: dieta rica en minerales, ejercicios, reducción de exceso de peso corporal, precauciones en el uso de ciertos medicamentos, disminución del uso de tabaco, consumo de alcohol u de otras drogas.
6. Importancia de evaluación médica ante los primeros síntomas y signos de inicio del proceso climaterico.

El departamento de consejería, en los Centros donde lo hubiere, los educadores o un personal entrenado para tales fines, son los encargados de realizar visitas domiciliarias, charlas y tertulias en la comunidad; en la sala de espera de los diferentes Centros, ofrecerán charlas, videos, y distribuirán material educativo.

Atención:

Son las acciones relacionadas con el manejo de todas las etapas del proceso climaterico, así como con el diagnóstico y tratamiento de las patologías que con mayor frecuencia se presentan en este periodo.

El componente de atención se ofrecerá a:

- Mujeres con signos y síntomas de disminución de la función ovárica (premenopausia y perimenopausia)
- Mujeres con la menopausia, sea esta natural, prematura o inducida.
- Mujeres que presentan efectos permanentes del cese de la secreción estrogénica (postmenopausia)

Descripción del Proceso de Atención

Desarrollo de la Consulta:

1. Las mujeres a quienes se les provea el servicio de manejo de la menopausia deberán estar debidamente registradas como usuarias del Centro, cumpliendo con los requisitos establecidos para la apertura de un expediente clínico.

2. Se realizará a la usuaria una historia clínica completa donde se recoja la información pertinente al proceso menopausico, incluyendo la identificación y valoración de factores de riesgo y los hallazgos a la exploración física.
3. La historia clínica con enfoque en la menopausia deberá recoger información sobre:

Historia ginecológica:

- Edad menarquia
- Edad inicio vida sexual
- Paridad
- Edad primer parto
- Antecedentes de lactancia
- Uso anticonceptivos orales
- Patrón menstrual
- Edad menopausia
- Resultados PAP

Hábitos de vida:

- Tabaquismo
- Consumo alcohol
- Consumo cafeína
- Ingesta de grasa
- Vida sedentaria
- Ejercicios

Antecedentes familiares:

- Patológicos
- Edad de la menopausia madre, tías, hermanas

Antecedentes personales patológicos:

- Enfermedades de transmisión sexual.
- Enfermedades glándula mamaria: antecedentes y presencia de cáncer de glándulas mamarias.
- Trastornos menstruales.

Prevención y Promoción del Síndrome Climaterico

- Enfermedades vaginales y del cervix.
- Enfermedades uterinas: carcinoma de endometrio y endometriosis.
- Diabetes.
- Hipertensión arterial.
- Fracturas.
- Trastornos de la coagulación.
- Hipertrigliceridemia severa.
- Desordenes hepáticos.
- Carcinoma de endometrio.

Signos y síntomas sugestivos de disminución de la función ovárica

Síntomas psicológicos:

Crisis de llanto, irritabilidad, ansiedad, melancolía, depresión, dificultad en la concentración, disminución de la libido, zumbido en los oídos, pérdida de la memoria y alteraciones en el patrón de sueño.

Síntomas neurovegetativos:

Sofocación, rubor en cara, cuello y tórax, sensación de hormigueo en la piel, sudoración nocturna, palpitaciones y vértigos.

Alteraciones de la fórmula menstrual:

Menstruación escasa o abundante, sangrado entre menstruaciones y aumento del intervalo intermenstrual.

Otros:

Cansancio fácil, fatiga, lasitud, dolor en las articulaciones, mialgias y cefaleas.

Estudios Mínimos del Proceso Menopausico

Pruebas de Laboratorio:

- Hemograma.
- Examen general de orina.
- Glicemia
- Perfil lipídico (colesterol total, triglicéridos, HDL, LDL)
- Valoración de la función ovárica a través de FSH y Estradiol (E2)

Procedimientos:

Se indicaran de inicio si a la mujer le correspondieran dentro de la periodicidad establecida, si se hubieran identificado en su historia clínica factores de riesgo que justifiquen su realización o para confirmación de hallazgos al examen físico:

- Papanicolaou
- Mamografía
- Sonografía pélvica
- Densitometría ósea

Plan de tratamiento:

El objetivo principal del tratamiento durante el climaterio y la menopausia es mejorar la calidad de vida de la mujer a través del alivio de sus síntomas, el control o eliminación de los factores de riesgo, la prevención de enfermedades y la educación (consejería a la usuaria y a sus familiares para facilitarles la comprensión del proceso y mejorar la dinámica en el hogar).

El plan de tratamiento atenderá a las necesidades individuales de las usuarias; lo cual es deber del proveedor, así como educar sobre informar de las opciones terapéuticas:

- Terapia no farmacológica:
- Fomento de la actividad física
- Control de lípidos
- Reducción del sobrepeso
- Dieta rica en fibras, minerales y vitaminas y baja en grasas.
- Eliminación de hábitos tóxicos: alcohol y tabaco.
- Moderación en el consumo de café y otras sustancias estimulantes.
- Terapia de reemplazo hormonal
- Terapia medicamentosa no hormonal: suplementos de calcio, bifosfonatos, vitamina D y moduladores selectivos de los receptores estrogénicos.
- Vigilancia del cumplimiento del tratamiento
- Manejo de patologías concomitantes.

El manejo de las patologías que trasciendan la esfera ginecológica se realizará conjuntamente con las especialidades pertinentes. Se

establecerá un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia que garantice el flujo de información entre el servicio de manejo de la Menopausia y los médicos y las médicas interconsultantes.

Uso de métodos anticonceptivos:

Durante la premenopausia, a las mujeres que no deseen embarazarse, el personal de salud proveerá información sobre los métodos anticonceptivos para que tome la decisión consciente e informada acerca del que más le conviene.

La selección de un método anticonceptivo en esta fase de la vida de la mujer debe tomar en consideración la reducción fisiológica de la fertilidad y la existencia de factores de riesgo que contraindican el uso de algunos métodos anticonceptivos.

Consejería, apoyo emocional y psicológico:

Constituirán ejes transversales de la consulta. Mediante un proceso de comunicación personal donde imperen el respeto, la confianza mutua y la confidencialidad, el personal de salud proporcionará información, orientación y asesoría para ayudar a la solicitante a entender la menopausia como un proceso natural de la vida.

Orientaciones a las usuarias:

Es deber del personal de salud informar a la usuaria sobre todos los aspectos relacionados con la menopausia.

Esta información debe incluir los siguientes aspectos:

1. Explicación del proceso menopausico y sus diferentes etapas.
2. Origen de los signos y síntomas que presenta.
3. Identificación, discusión y aclaración de inquietudes y temores.
4. Despejar mitos y tabúes respecto a la menopausia.
5. Factores de riesgos: Obesidad, tabaquismo, inactividad física, dieta baja en calcio, abuso en el consumo de alcohol, abuso en el consumo de cafeína, niveles elevados de colesterol en sangre, hipertensión arterial y supresión estrogénica.
6. Razones para la indicación de la terapia de sustitución hormonal (TSH), sus beneficios y riesgos.

7. Riesgos del embarazo después de los 40 años y uso de métodos anticonceptivos.
8. Recomendaciones para mejorar su calidad de vida: Terapia de sustitución hormonal, hábitos alimenticios, suplementos de calcio y vitamina D, ejercicios, hábito de fumar, consumo de alcohol
9. Concientizarla sobre los beneficios que para su salud tiene recibir evaluaciones periódicas en la Clínica de Menopausia y seguir un régimen regular de tratamiento.

5

**PREVENCION
Y PROMOCION
DEL CANCER
DE MAMAS**



**CANCER
DE MAMAS**

Prevención y Promoción del Cáncer de Mamas

Descripción del Servicio

El servicio de consulta de las patologías de las glándulas mamarias en las Centros de Salud consiste en un conjunto de estrategias y acciones dirigidas a promover su prevención, detección temprana y manejo adecuado.

Las acciones incluirán los siguientes componentes:

Promoción

En este componente se desarrollan acciones de educación, información y comunicación, dirigidas a la población del área de influencia de los Centros de Salud y a las usuarias que demandan el servicio.

Estas acciones persiguen captar usuarias, con énfasis en los grupos de alto riesgo (ver cuadro #1), orientarlas sobre los beneficios que para su salud tiene realizarse periódicamente el auto examen de mamas y la mamografía, los factores de riesgo para el cáncer de glándula mamaria y la forma de prevenirlo.

En la sala de espera de los diferentes Centros, se ofrecerán orientaciones a las usuarias sobre el auto examen de mamas y la mamografía. El departamento de consejería, los educadores o un personal entrenado para tales fines, serán los encargados de ofrecer charlas y transmitir videos relacionados con el tema.

Detección y Atención

Son las acciones relacionadas para el diagnóstico y el tratamiento de las patologías de glándula mamaria en el ámbito de la consulta general

Factores de riesgo para Cáncer Mamario

- Mujeres de más de 35 años
- Historia familiar de cáncer mamario
- Nuliparidad
- Primer embarazo después de los 30 años
- Displasias con atípias (resultado histopatológico)
- Primera menstruación antes de los 12 años
- Menopausia tardía (después de los 55 años)
- Tratamientos hormonales
- Diabetes y obesidad

Proceso de Consulta:

1. Toda usuaria de la consulta deberá estar debidamente registrada en el Centro, cumpliendo con los requisitos establecidos para la apertura de un expediente clínico.
2. Se realizará a la usuaria una historia clínica completa, donde deben anotarse claramente sus datos demográficos (nombre, edad, lugar de residencia, dirección exacta, número telefónico y referencias para su ulterior localización) y los antecedentes que sugieran un aumento en su riesgo personal de padecer patologías de glándula mamaria, especialmente cáncer.
3. También se investigarán antecedentes patológicos personales de enfermedades previas de la mama (cáncer de mama, enfermedad fibroquística de la mama, etc.), así como presencia de síntomas actuales (dolor, nódulos, secreciones por el pezón) y su tiempo de aparición. La historia ginecológica, reviste gran importancia, sobre todo la edad de la menarquia, menopausia, paridad y edad del primer parto; además lactancia, uso de anticonceptivos orales y terapia de reemplazo hormonal.
4. Se le realizará, una exploración física dirigida a la esfera ginecológica, que incluirá toma de tensión arterial, auscultación cardíaca, pulmonar y examen de mamas.

5. El examen de mamas incluirá:
 - Examen de ambas mamas.
 - Examen de región axilar y supraclavicular.
 - Examen de la mama afectada (inspección y palpación) con la usuaria sentada y en decúbito supino.

6. Se precisaran en el expediente cualquiera de los siguientes hallazgos:
 - Presencia de masas, su tamaño aproximado en cms, consistencia, contornos, sensibilidad, superficie, localización por cuadrantes, movilidad, alteraciones de la piel, aréola y pezón.
 - Secreciones por el pezón, si es uni o bilateral, precisando si es espontánea o provocada y sus características: serosa, serohemática o hemática.
 - Presencia de ganglios axilares o en fosa supraclavicular y características de los mismos, tales como: tamaño, número, consistencia, fijación entre sí o a la pared torácica.
 - Si es necesario, examen general buscando la presencia de metástasis a distancia.

7. Para la detección de las patologías mamarias, se emplearán los siguientes métodos:
 - Auto examen de mamas.
 - Inspección.
 - Palpación.
 - Mamografía.
 - Sonografía.
 - Citología de secreción.
 - Biopsias por aspiración con aguja fina, excisionales o incisionales.

Orientaciones a las usuarias:

Las usuarias tienen derecho a recibir información sobre todos los aspectos relacionados con la patología que presentan. Es deber del médico despejar cualquier duda que las usuarias tengan sobre el mismo.

Esta información debe incluir los siguientes aspectos:

1. Beneficios que el auto examen de mamas y la mamografía y/o sonomamografía reportan a su salud.
2. Enseñar a la usuaria a realizarse el auto examen de mamas.
3. Periodicidad de la realización del auto examen de mamas y de la mamografía y/o sonomamografía.
4. Descripción del proceso con palabras fácilmente entendibles por la usuaria.
5. Fecha y lugar de entrega de los resultados.
6. Conducta a seguir después del auto examen de mamas y de la mamografía y/o sonomamografía.

De la consejería en la Consulta de Patología de Glándula Mamaria:

Toda usuaria que ante los resultados anormales de una mamografía, sonomamografía o biopsia amerite consejería o apoyo emocional, será referida a hospitales de 3er. nivel donde existan clínicas de patologías de mamas, donde recibirá las informaciones y/o las orientaciones que requiera.

El médico procurará crear un ambiente psicológico adecuado para que la usuaria se sienta cómoda durante el proceso de consulta.

Periodicidad de la realización del auto examen de mamas y de la mamografía:

Los Centros de Salud recomendarán:

- Auto examen mamario mensual a todas las usuarias a partir de los 20 años.
- Examen clínico anual a partir de los 30 años.
- Sonomamografía a mujeres menores de 35.
- Mamografía de base a los 35 años.
- Mamografía anual a las mujeres de 40 años en adelante.

Manejo de los problemas más frecuentes en la consulta de Patología Mamaria

1. Condición Fibroquística.

Puede presentarse como:

1.1 Mastalgia (dolor en las glándulas mamarias):

Es una de las causas más frecuentes de consulta. El dolor puede ser uni o bilateral o irradiado a la axila; también puede ser cíclico o no; este último es más frecuente en la fase premenstrual y mejora frecuentemente con la menstruación.

El dolor no cíclico puede tener varias causas: factores hormonales, adenomas, ectasias ductales, macroquistes, tensión, uso de ciertos medicamentos, traumas, ejercicios y costocondritis.

La evaluación incluye historia clínica, examen físico y, si se detectan masas a la palpación, se indica la realización de una mamografía en mujeres mayores de 35 años y de una sonomamografía en menores de esa edad.

Si no hay hallazgos mamó o sonográficos, se les educará y se les brindará tranquilidad psicológica. El tratamiento incluye antiinflamatorios, disminución del consumo de cigarrillos y supresión de la dieta de alimentos que contengan metilxantinas (café, refrescos de cola, chocolate, etcétera). Algunas usuarias mejoran con la prescripción de Vitamina E. Si hay hallazgos de mamografías o sonografías referir a Hospital de 3er. Nivel, donde existan servicios de patología de mama.

1.2 Fibroquistes:

Es una causa frecuente de consulta. Ocurre principalmente en mujeres cuyas edades oscilan entre 15 y 49 años.

Los síntomas de presentación más comunes son dolor e hipersensibilidad bilateral acompañados de nódulos palpables, localizados en la región subareolar y en el cuadrante supero- externo de la glándula mamaria. Se presentan con mayor frecuencia en los últimos 7- 14 días del ciclo menstrual.

La evaluación incluye historia clínica, examen físico y, si se detectan masas a la palpación, se indica la realización de una mamografía en mujeres mayores de 35 años y de una sonomamografía en menores de esa edad.

Si no hay hallazgos mamó o sonográficos, se les educará y se les brindará tranquilidad psicológica explicándoles que presentan una condición donde existe un estado fisiológico de hiperestimulación hormonal, si hay se refiere a 3er. Nivel.

El tratamiento incluye exámenes regulares e imágenes, si es necesario. Los métodos hormonales de anticoncepción son efectivos en un 70 ó 90% de los casos. Los antiinflamatorios son también efectivos. Los diuréticos, en usuarias que no presenten contraindicaciones para su uso, han mostrado eficacia como coadyuvantes del tratamiento.

Es necesario recomendar la disminución del consumo de cigarrillos y supresión de la dieta de alimentos que contengan metilxantinas (café, bebidas con cola, chocolate, etcétera)

2. Fibroadenoma mamario:

Es el tumor benigno mamario más frecuente. Se presenta en los primeros decenios de la vida.

A la evaluación clínica se encuentra una masa móvil de entre 2 y 5 cms, esférico o levemente alargado, lobulado, de consistencia duroelástica; sus límites son precisos y es doloroso a la presión suave.

Su diagnóstico es eminentemente clínico, siendo las imágenes estudios complementarios. La mamografía en mujeres mayores de 35 años y la sonomamografía en menores de esa edad, mostrarán la presencia de una masa de límites precisos y características sólidas.

Se referirá para tratamiento quirúrgico con estudio histopatológico de la pieza extirpada.

3. Secreciones por el pezón:

Se distinguirá entre secreciones fisiológicas, galactorrea y secreciones patológicas.

3.1 Secreción fisiológica:

Es un tipo de secreción serosa, no espontánea (sale sólo al comprimir el pezón) y generalmente bilateral. Puede ser causada por el uso de estrógenos, ciertos tipos de tranquilizantes y por estimulación del pezón. No se relaciona con patologías de la glándula mamaria y basta con suspender los medicamentos que la provocan y tranquilizar a la usuaria.

3.2 Galactorrea:

Es una secreción típicamente bilateral, de aspecto lechoso que aparece fuera del embarazo y del puerperio. Puede ser causada por trauma torácico, endocrinopatías y uso de ciertos fármacos como anticonceptivos orales, fenotiazinas y tranquilizantes.

A toda usuaria con galactorrea debe hacerse determinación de prolactina y pruebas de función tiroidea. Su seguimiento implica referimiento a consulta de endocrinología.

3.3 Secreción patológica

Son secreciones que se caracterizan por ser unilaterales, de color verdigrisáceo o hemáticas y de aparición espontánea e intermitente. Ameritan una evaluación Sonográfica o mamográfica y ser referidas a una consulta especializada de patología de glándula mamaria.

4. Mastitis puerperal

Se presenta entre el final de la primera y la tercera semana del puerperio. La inflamación va precedida de una ingurgitación notable, cuyo primer signo consiste en escalofrío seguido de un aumento considerable de la temperatura y un incremento en el ritmo del pulso. La glándula mamaria se pone dura y enrojecida y la usuaria se queja de dolor.

El tratamiento incluye: extracción de la leche materna, supresión de la lactancia temporera en la fase aguda de ese seno y antibióticos

resistentes a la penicilina, ya que el microorganismo responsable más frecuente es el *Staphylococcus aureus*.

Si el cuadro no mejora y persisten los síntomas de inflamación, deberá realizarse Sonografía y referirse a una consulta especializada para descartar la posibilidad de un Carcinoma inflamatorio de glándula mamaria que tiene los mismos signos y síntomas de la mastitis puerperal

En caso de formación de abscesos, se recurrirá al drenaje quirúrgico.

5. Dermatitis de la glándula mamaria

Las lesiones eritemato - costrosas de la glándula mamaria serán tratadas como neurodermatitis circunscritas o dermatitis de contacto; si no mejoran con los tratamientos convencionales en 15 días a un mes, deberán ser referidas a una consulta especializada donde por medio de una biopsia se descartará la Enfermedad de Paget o Carcinoma de los conductos galactóforos, sobre todo si se trata de mujeres de 50 años o más.

6. Nódulos

El manejo dependerá de la edad de la usuaria y de las características del nódulo.

Signos y síntomas sugestivos de cáncer en la glándula mamaria:

Se sospechará de lesiones cancerosas de glándula mamaria en toda usuaria que presente:

- Nódulos sólidos indoloros en mujeres mayores de 40 años.
- Masas irregulares.
- Mastitis que no ceden con tratamientos adecuados.
- Piel de naranja.
- Ulceraciones.
- Masas que se acompañen de adenopatías axilares o supraclaviculares.
- Secreciones sanguinolentas espontáneas unilaterales.
- Hallazgos mamográficos como calcificaciones agrupadas, verticales y estrelladas.

6

**ATENCIÓN
DE LOS Y LAS
ADOLESCENTES**

ATENCIÓN
DE LOS Y LAS
ADOLESCENTES

Atención de los y las Adolescentes

Atención Integral de los y las adolescentes

La adolescencia es una etapa de la vida en la cual se producen rápidos cambios en el cuerpo, en la forma de pensar y en las relaciones sociales. Durante esta etapa es muy importante para los adolescentes recibir amplia información y apoyo por parte de su familia, la cual puede colaborar aclarando sus dudas, favoreciendo la comunicación y comprensión, y estimulando la participación del adolescente en actividades saludables, de tipo deportivo, recreativo, comunales, grupales, escolares, culturales y de coordinación.

Educación en salud.

Debe aprovecharse cada contacto con los adolescentes para estimular el desarrollo de un estilo de vida saludable, evitar hábitos nocivos (alcohol, tabaco, otros), favorecer su permanencia en la escuela. En esta etapa se definen las metas y planes de estudio y/o trabajo. Los esfuerzos incluyen información orientada a la utilización adecuada de su tiempo libre, a la prevención de accidentes, de la violencia y el abuso sexual, a estimular la sexualidad responsable y a prevención del embarazo.

Crecimiento y Desarrollo.

También en el adolescente debe evaluarse el crecimiento y desarrollo una vez al año cuando es de bajo riesgo, y con mayor frecuencia dependiendo del riesgo particular. **En esta consulta, la auxiliar de enfermería tiene las siguientes responsabilidades:**

- Orientar sobre las características de la consulta y enfatizar su carácter de confidencialidad.
- Iniciar el adecuado llenado de los formularios correspondientes

(Historia Clínica del Adolescente, graficas de peso/talla, Estadia de Tanner, otros).

- Señalar condiciones de riesgo pre-identificadas.
- Efectuar recomendaciones sobre nutrición y dieta balanceada, prevención de la obesidad y anemia, ejercicio y autocuidado.
- Promover y fomentar la integración a grupos juveniles organizados
- Indagar actividad sexual y fomentar sexualidad responsable.
- Revisar, registrar y completar vacunación.
- Pesar, medir y graficar.

Por su parte, el medico es responsable de:

- Recibir al adolescente y aplicar las técnicas de entrevista que favorecen el adecuado desarrollo de la consulta.
- Completar la Historia Clínica y examen físico.
- Valorar y clasificar el crecimiento y desarrollo
- Clasificar según riesgo, diagnosticar, establecer tratamiento y plan de seguimiento correspondiente.
- Indicar sulfato ferroso a adolescentes que han tenido menarquia
- Indicar analítica (Hemograma completo, examen de orina y Coprológico).
- Verificar inmunizaciones
- Recomendar sobre nutrición y dieta balanceada, prevención de la obesidad, anemia, ejercicio y autocuidado.
- Buscar signos y síntomas de anorexia o bulimia.
- Promover y fomentar la integración a grupos juveniles organizados.
- Indagar actividad sexual y orientar sobre sexualidad responsable y prevención de embarazo.

Se debe detectar y dar seguimiento estricto a aquellos adolescentes que presentan riesgos tales como:

- Embarazo, especialmente en menores de 16 años
- Vida sexual activa
- Enfermedades crónicas e infectocontagiosas
- Deserción escolar
- Conducta antisocial
 - Víctimas de violencia y abuso sexual
 - Antecedentes depresivos e intento suicida
 - Tabaquismo, ingesta etílica y uso de otras drogas.

Se debe organizar la atención especializada de adolescentes que presentan factores de riesgo y desarrollar un programa de salud mental.

Otras atenciones para el grupo adolescentes:

- Atención del embarazo, parto y puerperio.
- Atención post-aborto
- Consulta ginecológica integral y anticoncepción
- Diagnóstico y tratamiento de ITS, incluyendo SIDA
- Control de padecimientos crónicos tales como HTA, DM, Asma, epilepsia, otros.

7

**NORMAS
NACIONALES DE
ATENCIÓN DE LOS
NIÑOS (AS)
MENORES DE
5 AÑOS**



NIÑOS (AS)
MENORES DE
5 AÑOS

Normas Nacionales de Atención de los Niños (as) menores de 5 años

Atención Infantil

Captación temprana del recién nacido

La captación temprana del recién nacido se refiere a la atención que se debe dar a cada recién nacido una vez egresa del Hospital. Cuando se trate de niños de alto riesgo, este primer control debe efectuarse a la semana de vida. En niños de bajo riesgo, este primer control debe realizarse a los 15 días de edad. Puede cumplirse con este requisito mediante una visita domiciliar.

Incluir al neonato en la Ficha Familiar:

Verificar que haya sido vacunado (BCG, polio y Hepatitis B), que tenga la cedula del niño con sus datos y que esté recibiendo lactancia exclusiva. Revisar los antecedentes perinatales, el peso y talla al nacer, el APGAR y la clasificación del recién nacido. Al examen físico, buscar soplos cardiacos, malformaciones, luxación congénita de caderas, hernias, ictericia. Debe medirse y pesarse al niño (a) y clasificar según su estado nutricional y riesgo.

Los menores de alto riesgo, incluyendo aquellos que tengan antecedentes tales como: Hipoxia neonatal, Ictericia, sospecha de hemorragia intracraneal, Sepsis neonatal, insuficiencia respiratoria, Malformaciones y Soplos, Trauma del parto, Hipotermia, Hipoglucemia, deben ser referidos a la especialidad de pediatría describiendo su condición. El Servicio de Pediatría debe enviar contrarreferencia para darle adecuado seguimiento en su Sector.

Utilice los cuadros de procedimientos de AIEPI neonatal para definir la conducta a seguir en cada caso.

Seguimiento durante el primer año de vida:

Posterior a la cita de "captación temprana", los lactantes deben ser vistos cada mes hasta cumplir 6 meses de edad, luego a los 9 y a los doce meses. Estas consultas son preventivas e independientes de las atenciones por morbilidad, las cuales serán tan frecuentes y numerosas como sea requerido.

Durante este control de "niño sano" deben aplicarse las vacunas de acuerdo al Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI y estimular siempre la lactancia materna.

Educación en salud: Es necesario orientar a la madre sobre los cuidados básicos del recién nacido, sobre la higiene, al estimulación temprana y el afecto. Verifique la correcta posición al dar el seno y recomiende sobre cómo aumentar la producción de leche.

Hierro y micronutrientes: En menores que no reciben lactancia materna, debe suministrarse hierro oral a partir del 4to. Mes de edad y continuarlo hasta los 18 meses. En niños que si reciben leche materna, el hierro profiláctico debe ser iniciado a partir del 6to. Mes.

A partir de los 6 meses deben ser introducidos otros alimentos a la dieta del niño. Informe a los padres sobre este importante tema y revise la guía de alimentación que se encuentra en la cedula del niño. A esta edad también debe prescribirse una megadosis de 100.000 Unidades de Vitamina A (Perla de Color Azul).

Recuerde **SIEMPRE** pesar y medir al niño (a), graficar y clasificar su estado nutricional. Refiera al menor con desnutrición a la especialidad de pediatría. Valore su desarrollo psicomotor (Áreas: Motora fina, motora gruesa, lenguaje, social) y ayude a los padres ilustrándoles al respecto.

Atención del niño de 1 a 5 años

Recuerde pesar y medir al niño en cada consulta, registrar su crecimiento en la curva correspondiente y clasificar SIEMPRE su estado nutricional y su riesgo. Es necesario evaluar clínicamente y con exámenes de laboratorio la existencia de anemia, parasitosis intestinal y falsemia en zonas endémicas.

A partir del año de edad se deben introducir otros alimentos en su dieta. A esta edad también debe prescribirse una megadosis de 200,000 Unidades de Vitamina A (perla de color roja).

Cita Previa

Debe dar citas de seguimiento al crecimiento y desarrollo cada cuatro meses hasta los dos años de edad y continuar con evaluaciones semestrales hasta los cuatro años de edad. Continúe con un control anual hasta los nueve años. Utilice la Tarjeta de citas Familiar para anotar las citas de Crecimiento y Desarrollo.

Control de Crecimiento y Desarrollo	Edad
Primera visita	15 días 7 Alto Riesgo
Segunda visita	30 días
Tercera visita	2 meses
Cuarta visita	3 meses
Quinta visita	5 meses
Sexta visita	6 meses
Séptima visita	9 meses
De 1 a 2 años	1 consulta cada cuatro (4) meses
De dos a cuatro años	1 consulta cada seis (6) meses

El Plan Banco de Salud (PBS) incluye la adecuada y oportuna atención de las enfermedades prevalentes en este grupo etareo, tales como Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Enfermedad Respiratoria Agua (IRA), infecciones en piel, abordaje de cuadros febriles, entre otros.

Atención del niño de 6 a 9 años

Para este grupo etareo, el PBS establece consultas semestrales haciendo énfasis en la vigilancia de su crecimiento y desarrollo y en la verificación de su estado de vacunación. Todo niño en este grupo debe tener evaluación odontológica y también nutricional. Ambas deben quedar debidamente registradas en el expediente clínico/familiar.

Estos niños pueden ser evaluados aprovechando el escenario escolar, cumpliendo así con las Normas de Salud Escolar y con el Programa de Escuelas Promotoras del Desarrollo Humano. Los maestros son buenos aliados para detectar signos de violencia familiar, falla escolar, abuso sexual, uso de drogas, entre otras. También podemos programar el trabajo escolar con anticipación y realizarlo entre todos los componentes del área de atracción de una misma escuela. Los maestros pueden aprender a evaluar la agudeza visual y auditiva colaborando con el equipo de salud. Esta es una buena oportunidad para hacer promoción de la salud, impartir charlas a los alumnos y también a sus padres de familia sobre temas relacionados con los riesgos particulares de esta población.