



**MINISTERIO DE SALUD**



**Manual de Salud Reproductiva  
Métodos y Procedimientos**

**PERU**



## Resolución Ministerial

Lima, 02 de Diciembre de 1992

Visto el Oficio DGSP-1698-92 de la Dirección General de Salud de las Personas, proponiendo la aprobación del "Manual de Salud Reproductiva: Métodos y Procedimientos."

### CONSIDERANDO :

Que dentro de las políticas y estrategias nacionales del Sector Salud tiene especial importancia la política de población, en la medida de su incidencia en los ámbitos sociales de la salud, educación, vivienda y trabajo, soportes del desarrollo;

Que en concordancia con dicha política, es conveniente actualizar la normatividad vigente sobre salud reproductiva, a fin de que se constituya en instrumento impulsor de las acciones que en este campo desarrolla el Sector Salud;

Estando a lo propuesto por la Dirección Ejecutiva de Programas de Salud de la Dirección General de Salud de las Personas;

Con la opinión favorable del Viceministro de Salud;

### SE RESUELVE :

- 1°.- Aprobar el "Manual de Salud Reproductiva: Métodos y Procedimientos" que forma parte integrante de la presente Resolución, cuya aplicación será obligatoria en todo el territorio nacional.
- 2°.- Encargar a la Dirección de Salud Reproductiva de la Dirección Ejecutiva de Programas de Salud, la supervisión del cumplimiento del Manual de Salud Reproductiva que se apruebe por la presente Resolución.





3°.- Derogar el Manual de Normas y Procedimientos en Planificación Familiar, aprobado por Resolución Ministerial N° 172-89-SA-DM.

Regístrese y comuníquese.



*V. Paredes*  
Dr. VICTOR PAREDES GUERRA  
Ministro de Salud

ES COPIA FIEL  
DEL ORIGINAL

Dr. ALFONSO LOPEZ SOUSA  
Secretario General  
Ministerio de Salud

## PRESENTACION

La elaboración del "Manual de Salud Reproductiva: Métodos y Procedimientos" tiene como finalidad apoyar al "Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia", unificando criterios, actualizando técnicas e incorporando nuevos conceptos y métodos en Planificación Familiar.

En el Capítulo Primero se desarrolla la organización del Programa en sus componentes de Programación e Información, Supervisión y Monitoría, Logística y Comunicación, así como Investigación como parte fundamental de todo programa.

En el Capítulo Segundo se presenta toda la metodología anti-conceptiva, desde la historia y el examen clínico hasta las indicaciones, contraindicaciones, ventajas, desventajas, instrucciones y la técnica respectiva, a fin de que el profesional pueda orientar a los posibles usuarios; ya sea para su aceptación o no y para su libre elección de acuerdo a los postulados de la planificación familiar. De ninguna manera se impondrá un método que la persona no haya aceptado previamente.

En el Capítulo Tercero se hace la revisión de las Enfermedades de Trasmisión Sexual, con sus manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento como una parte inseparable de la Salud Reproductiva; ya que su sintomatología puede pasar desapercibida para el paciente, ya sea por ignorancia, indiferencia o irresponsabilidad, pero no para el profesional debidamente capacitado. La asistencia a los centros de planificación familiar puede ser la mejor oportunidad para su detección y tratamiento, que de otra manera evolucionarían sin recibir la atención profesional correspondiente.

Seguirán al presente, los manuales para la atención en medios rurales y urbano marginales, para los Centros de Capacitación General y Especializados, así como de IEC y otros, indispensables para la marcha del Programa Nacional.

Agradecemos al Sr. Ministro de Salud, Dr. Víctor Paredes Guerra por su decidido apoyo al Programa, así como por la aprobación y autorización del presente manual con la Resolución Ministerial que antecede estas líneas.

Dr. Andrés Mongrut Steane  
Director

## INTRODUCCION

*La presente década ha sido declarada por el actual gobierno peruano bajo la gestión del Ing. Alberto Fujimori Fujimori como la "Década de la Planificación Familiar".*

*El Ministerio de Salud, siguiendo esta línea política decidió impulsar las actividades del Programa de Salud Reproductiva con un enfoque de atención a la salud integral de la mujer. Así, la Alta Dirección aprueba el Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia 1992-1996 donde se establecen un conjunto de acciones que garantizan el libre ejercicio de la sexualidad responsable y que satisfacen las necesidades de salud de la mujer, resaltando los derechos fundamentales de las personas mediante la participación activa de la comunidad.*

*El Programa Nacional se orienta a promover cambios en el comportamiento de la población respecto a su conducta reproductiva, a través de la educación, información y acceso a los servicios de planificación familiar mejorando así la salud materno-infantil y el bienestar del individuo, la familia y la comunidad.*

*Asimismo, se adecúa el proceso de descentralización fortaleciendo la capacidad de gerencia y organización de las unidades técnico-operativas locales de los niveles periféricos.*

*Considera la focalización de acciones en grupos de alto riesgo, con énfasis en mujeres en edad fértil que habitan las zonas urbano-marginales y rurales; así como, en adolescentes expuestas a riesgo de embarazo.*

*Propone mejorar la calidad de atención de los servicios movilizando los recursos humanos y financieros con un adecuado ordenamiento de los recursos externos asignados a las Organizaciones No Gubernamentales de manera que no compitan con las acciones prioritarias desarrolladas por el Sector Salud.*

*El Programa Nacional será ejecutado por todas las Instituciones que integran el Sector Salud: Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional e Instituciones privadas que realizan actividades de planificación familiar y en otros sectores como: Educación, Trabajo, Vivienda, etc.*

*Corresponde al Ministerio de Salud el rol rector en cuanto a la evaluación y seguimiento de las actividades del Programa. La adecuada coordinación entre las Instituciones del Sector facultará la óptima utilización de los recursos disponibles asegurando el alcance de los objetivos y metas propuestas.*

Los objetivos del Programa son:

1. Contribuir a lograr un crecimiento poblacional que permita alcanzar los niveles de desarrollo a que el país aspira mediante la disminución de la fecundidad proporcionando el libre acceso a métodos seguros y eficaces de planificación familiar.
2. Coadyuvar en la prevención del embarazo de alto riesgo, embarazo no deseado y aborto mediante el libre acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces; así como a través de acciones específicas de información y orientación a la población de alto riesgo.
3. Establecer los medios que permitan el libre acceso a los medios de diagnóstico y tratamiento de la pareja infértil a través de la red de servicios del sector salud.
4. Contribuir a la disminución del riesgo de la salud reproductiva de las mujeres en edad fértil particularmente las adolescentes, mediante acciones preventivo-promocionales que incrementen la educación para la salud, dirigida a la mujer y a la comunidad.
5. Contribuir a una mejora en el diagnóstico de los diferentes tipos de Cáncer Ginecológico a través de acciones de despistaje y preventivo-promocionales en coordinación con el Programa Nacional de Cáncer de Cuello Uterino.

El Programa Nacional requiere estandarizar sus normas y procedimientos y actualizarlos con el fin de implementarlas en todas las instituciones del Sector Público.

#### Base Legal

- Constitución Política del Estado, Capítulo I, Artículo 1º, 15º y Capítulo II, Artículo 6º (13.07.79).
- Código Sanitario, Decreto Ley 17505, Artículo 1º (1969).
- Ley de Política Nacional de Población, Decreto Legislativo N° 346, Título Preliminar, Artículo IV, Título II, Artículo 2º y 3º (05.07.85).
- Programa Nacional de Población, R.S. N° 0123 (18.04.88).
- Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, Decreto Legislativo N° 584 y su Reglamento D.S. N° 002 (20.08.92)

## INDICE

	Pag.
Resolución Ministerial .....	3
Presentación .....	5
Introducción .....	7

### CAPITULO PRIMERO

A. Organización del programa .....	13
B. Programación e información .....	15
C. Supervisión, evaluación y monitoria .....	20
D. Sistema logístico .....	32
E. Capacitación .....	39
F. Información, educación y comunicación .....	47
G. Investigación .....	49

### CAPITULO SEGUNDO

#### METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA

A. Importancia .....	55
B. Examen clínico .....	57
I.- Exploración ginecológica .....	57
II.- Citología exfoliativa (Papanicolau) .....	64
III.- Exploración de las mamas .....	70
C. Métodos anticonceptivos .....	84
Requisitos .....	84
Clasificación .....	84
I. Abstinencia periódica .....	85
a) Método del ritmo .....	86
b) Método del moco cervical (Billings) .....	86
c) Método de la temperatura basal .....	88
II Métodos de Barrera .....	88
1. Condones .....	89
Indicaciones .....	89
Contraindicaciones .....	89
Desventajas .....	90
Indicaciones para su uso .....	90
2. Condón femenino .....	90
3. Diafragma .....	92
Mecanismo de acción .....	92
Eficacia e indicaciones .....	92
Contraindicaciones .....	92
Instrucciones .....	93

Complicaciones .....	93
4. Espermicidas .....	93
Mecanismos de acción .....	94
Contraindicaciones .....	94
Instrucciones .....	94
Complicaciones .....	94
III. Métodos anticonceptivos hormonales .....	95
1. Orales .....	95
Mecanismo de acción .....	95
Eficacia .....	96
Ventajas .....	96
Efectos colaterales .....	96
Contraindicaciones .....	97
2. Inyectables .....	98
Mecanismo de acción .....	99
Contraindicaciones .....	99
Efectos colaterales .....	99
Instrucciones .....	99
3. Implantes: Norplant .....	99
Eficacia .....	100
Mecanismo de acción .....	100
Ventajas .....	100
Indicaciones .....	100
Contraindicaciones .....	101
Efectos secundarios .....	101
Requisitos .....	101
Técnica de inserción .....	101
Extracción .....	102
Indicaciones para la paciente .....	103
IV. Dispositivos intrauterinos (DIU) .....	105
Mecanismo de acción .....	105
Tipos de DIU .....	105
Eficacia .....	105
Contraindicaciones .....	106
Selección de la paciente .....	106
Tiempo de inserción .....	106
Técnica de inserción .....	106
Instrucciones para el paciente .....	107
Efectos colaterales .....	107
Complicaciones .....	110
Causas de retiro .....	110
Técnicas para el retiro .....	110
V. Métodos definitivos quirúrgicos .....	110
1. Oclusión tubaria por minilaparatomía con	
Anestesia Local .....	111
Eficacia .....	111
Requisitos .....	111
Indicaciones .....	111

Contraindicaciones .....	111
Ventajas .....	112
Desventajas .....	112
Procedimiento .....	112
Técnicas quirúrgicas .....	113
a. Puerperal .....	113
b. De intervalo .....	113
Indicaciones post operatoria .....	115
2. Vasectomía .....	115
Eficacia .....	116
Ventajas .....	116
Desventaja .....	116
Requisitos .....	116
Contraindicaciones .....	116
Procedimiento .....	116
Técnicas quirúrgicas .....	116
Indicaciones post operatoria .....	117
Complicaciones .....	117
3. Laparoscopia .....	117
Contraindicaciones .....	118
Complicaciones .....	118
Ventajas .....	118
Desventajas .....	119
IV. Anticoncepción de emergencia .....	119
Píldora post coital .....	119
DIU post coital .....	119

### CAPITULO TERCERO

#### ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS)

Tricomoniasis .....	126
Candidiasis .....	127
Gardnerella vaginalis .....	128
Chlamidiasis .....	129
Herpes genital .....	130
Sífilis .....	132
Gonorrea .....	134
Condiloma acuminado .....	135
Micoplasmas genitales .....	136
Granuloma inguinal .....	137
Chancro blando .....	138
Molusco contagioso .....	140
Linfogranuloma venéreo .....	141
Pediculosis del pubis .....	142
SIDA .....	143

# CAPITULO PRIMERO

## A.- ORGANIZACION DEL PROGRAMA

El Ministerio de Salud para el cumplimiento de sus funciones cuenta con órganos técnico-normativos y órganos técnico-ejecutivos, encargados de desarrollar los diferentes programas de salud.

Cada nivel organizacional es responsable de planificar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar, monitorizar y evaluar las actividades del Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia que respondan a las características de su área de competencia y responsabilidad.

Para que el Programa se desarrolle en los diversos niveles de la red de servicios del Sector Salud, éste debe contar con una adecuada organización estructural y funcional en sus diferentes niveles asegurándose así mismo la participación de la comunidad organizada (principalmente la Red Nacional de Promoción de la Mujer) y la coordinación multisectorial más amplia posible en cada una de las etapas del proceso:

- a. En el Nivel Central de la Dirección de Programas Sociales, Planificación Familiar es el único ente responsable de planificar, organizar, dirigir, coordinar, supervisar, monitorizar y evaluar las actividades del Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia.
- b. En el nivel intermedio, el Gobierno Regional a través de la Secretaria de Asuntos Sociales y las Direcciones de Salud Regionales y Subregionales son las unidades con capacidad de determinar los problemas y satisfacer las necesidades identificadas hasta el más alto nivel de referencia, independiente de la extensión en su área geográfica, del volumen de su población ó de su nivel político-administrativo.

Estas entidades son responsables de la formulación, gerencia y conducción del programa Nacional de Atención a la Salud

Reproductiva de la Familia, teniendo en cuenta las normas técnicas que deben ser adecuados a la realidad local, así como son responsables de las supervisión y el control periódico de las actividades en el ámbito de su jurisdicción.

Estas acciones y especialmente la formulación del Programa Local debe contar con la participación de representantes de la comunidad organizada según modelo distrital (ZONADIS) en coordinación con el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (D.S. N° 0002-92-A).

- c. En el Nivel Local, los Directores y/o Jefes de establecimientos del Sector Público y privado, tienen la responsabilidad de desarrollar las acciones del Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la familia en todas sus etapas, según el grado de complejidad técnica de sus establecimientos, incorporando a la comunidad organizada (Club de Madres, Vaso de Leche, etc.) y representantes de la red Nacional de Promoción de la Mujer como componente importante del proceso de atención.

## AMBITO

### Cobertura Geográfica

De cobertura nacional con énfasis en las áreas con indicadores de mayor riesgo: Tasas de Morbi-mortalidad Materno-infantil.

### Cobertura Poblacional

- a. Cobertura total: Población entre los 10 y 50 años.
- b. Cobertura prioritaria: Población de mujeres en edad fértil - MEF de 15 a 45 años y adolescentes de 10 a 19 años especialmente mujeres.

Atendiendo prioritariamente a las personas con mayor riesgo reproductivo y obstétrico de las poblaciones urbano-marginales y rurales.

## Cobertura Institucional

El Programa se integra a las actividades permanentes de todos los establecimientos del Sector Salud e involucra a todas las instituciones del Sector Público y Privado a fin de propiciar la extensión progresiva en todos los niveles con énfasis en el nivel de centros de salud.

## B. PROGRAMACION E INFORMACION

La fijación de la meta nacional y sus divisiones regionales, así como la programación de actividades, deben orientarse a satisfacer progresivamente, las necesidades de atención en Planificación Familiar del total de la población de todas las instituciones públicas y privadas.

Las metas de cobertura (prevalencia) serán determinadas teniendo en cuenta, por un lado, la evolución histórica sobre el uso de anticonceptivos, las estadísticas de servicio, los recursos humanos, infraestructura física y por otro lado aspectos demográficos como población, fecundidad, deseos reproductivos y aspectos educativos.

La programación de metas regionales (o de los ámbitos geopolíticos y/o administrativos existentes) serán determinadas por los respectivos coordinadores de Planificación Familiar, en acuerdo con la Dirección del Programa, utilizando los lineamientos y herramientas (modelos) que se determinen para cada ocasión.

El Coordinador Regional del Programa tomará activa participación en este proceso y deberá realizar las coordinaciones necesarias con las Instituciones del Sector que prestan servicios de Planificación Familiar en su ámbito geográfico.

La programación nacional, regional, sub-regional, etc. determinará:

- 1.- Meta de cobertura (prevalencia total) de cada ámbito geográfico.
- 2.- Meta de cobertura de cada Institución del Sector dentro de

cada ámbito geográfico.

- 3.- Meta de cobertura de cada método, por Institución y por ámbito geográfico.
- 4.- Cantidad de anticonceptivos para cumplir con los puntos anteriores.
- 5.- Número de atenciones por darse para cumplir con los puntos anteriores.

La persona que realice la programación deberá contar con los siguientes datos:

- 1.- Población total y por sexo del departamento, provincia, distrito o localidad según sea el caso. Asimismo, se deberá conocer la población asignada a los establecimientos de salud.
- 2.- La población MEF (Mujeres en Edad Fértil) según ámbito geográfico. Si no se contará con este dato se determinará tomando el 25% de la población total (independientemente del ámbito geográfico).
3. Demanda total de Planificación Familiar. Se debe considerar que el 45% de las MEF se encuentran en esta situación como promedio nacional, variando este porcentaje para cada región (este último dato se encuentra especificado en el documento de la ENDES 1991-1992 exclusivo por Región).
4. Producción de servicios y Porcentaje de ejecución de las metas programadas del año anterior por métodos e instituciones.
5. Stock de anticonceptivos a la fecha más próxima de la programación.
6. Metas de coberturas por métodos e instituciones.

## MODULO DE INFORMACION

El sistema de Información registra las actividades de Planificación Familiar que se realizan en todos los establecimientos del Sector Salud, debiendo contener los datos requeridos por el Progra-

ma Nacional de Planificación Familiar. Estos deben ser claros y precisos para su envío y procesamiento al nivel correspondiente.

- Para este fin se utilizarán:

- Tarjetas de citas.
- Ficha de Planificación Familiar que incluye la valoración de riesgo reproductivo y controles.
- Ficha clínica de prevención quirúrgica del riesgo reproductivo.
- Solicitud y autorización de prevención quirúrgica del riesgo reproductivo (en caso de alto riesgo obstétrico y reproductivo)
- Registro diario de actividades de Planificación Familiar en consulta externa.
- Informe mensual de Planificación Familiar.

- El recojo de la información sobre las actividades de Planificación Familiar deben realizarse por niveles de atención. De acuerdo a este esquema, el flujo se inicia en el nivel operativo cuyo personal debe aplicar, en las usuarias atendidas en el día. La Tarjeta de Citas y la Ficha de Planificación Familiar. La ficha de P.F. contiene datos de filiación, antecedentes personales tanto fisiológicos como patológicos, valoración del riesgo reproductivo, examen físico, uso actual o suministrado de métodos de Planificación Familiar así como los controles.

- En base a la Ficha de Planificación Familiar dicho personal llenará directamente los registros diarios de consulta externa (en aquellos establecimientos con menor volumen de atención, puede utilizarse el registro por varios días, señalándolo claramente).

- El consolidado lo hará mensualmente el personal responsable de Planificación Familiar del establecimiento, sumando la información contenida en los registros diarios y volcando los resultados en el informe mensual para remitirlo a su respectivo Coordinador de Planificación Familiar de la Sub-región. La ficha de Planificación Familiar pasará al kardex de usuarias del consultorio de Planificación Familiar.

Mensualmente el Coordinador de Planificación Familiar de la Sub-región respectiva consolidará los informes mensuales de todos los establecimientos por niveles de atención (consolidados por hospitales, Centros de Salud y Puestos de Salud) que realicen Planificación Familiar y que se encuentren bajo su responsabilidad.

Los informes mensuales por niveles de atención serán enviados por el Coordinador respectivo al nivel central de su propia institución, igualmente en forma mensual.

- El Programa Nacional de Planificación Familiar proveerá oportunamente a las sub-regiones los modelos de los formatos necesarios para su reproducción y distribución a las diferentes instituciones que a su vez lo distribuirán a sus respectivos establecimientos.
- En la página siguiente se presentan los formatos diarios, mensual y algunas indicaciones para el llenado del registro diario de atención del HIS/MIS.  
Los conceptos que deben manejarse están indicados en el reverso de cada formato.  
Es importante indicar que en el caso del formato diario de Planificación Familiar se utilizará una línea para cada consulta y deberá tenerse en cuenta lo siguiente:
  - a. Se colocará la fecha de la primera consulta del día.
  - b. El Nro. de ficha será el número de la historia o cualquier número que sea útil para la identificación de la usuaria.
  - c. En todos los métodos se colocará una "X" cuando se preste una atención (A) y el número de anticonceptivos entregados (T). En el caso de complicaciones por DIU se marcará una "X" en la atención y en complicación.
  - d. En el caso de embarazo por falla del método se registrará el método que ha provocado tal embarazo.
  - e. Finalmente se hará la suma vertical de todas las columnas colocándose el número en el casillero de total de atención o total de insumo, según sea el caso.

Posteriormente, los totales encontrados serán trasladados al formato mensual SIS-240 en el casillero que les corresponda.

Este último considerará las mismas definiciones del formato diario.

Debe recordarse que la REINSERCIÓN de DIU, por ser de una usuaria continuadora deberá ser considerada como tal y registrarse el insumo en el casillero correspondiente.

Igualmente debe distinguirse entre la usuaria nueva al método y nueva a la institución. La primera tiene que ver con el uso del método y la segunda con el lugar donde se atiende. Sólo las operaciones quirúrgicas en sí mismas deberán consignarse como en los casilleros de PQR o Vasectomía, más no así las consultas pre y post-operatorias (referencias), las cuales deberán registrarse como Consultantes al Programa. Las definiciones exactas se encuentran en la parte posterior de la hoja.

En las páginas siguientes presentamos un ejemplo de cómo se llena la hoja diaria y cómo se trasladan sus totales al formato mensual SIS -240.

#### **RESPECTO AL FORMATO DE REGISTRO DIARIO DEL HIS/MIS:**

La utilización de este formato debe obedecer a las normas establecidas en los manuales correspondientes. Sin embargo, se presenta a continuación algunos puntos concernientes a planificación familiar las cuales deben ser correctamente entendidas.

- En la columna Nro. 10 Establecimiento, se entenderá y registrará por D: Definitivo, cuando se entrega el anticonceptivo señalado en la columna 12 a una usuaria nueva al método (es decir aquella que por primera vez en su vida recibe ese anticonceptivo) y P: Repetido, cuando se entrega el anticonceptivo señalado en la columna 12 a una usuaria continuadora al método (es decir aquella usuaria que en oportunidad anterior recibió ese anticonceptivo).



**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO (PR-F.04) SIS-240**

**CONSULTAS EN EL METODO**

- **Nuevas (N).**- Persona que manfiesta aceptar por primera vez en su vida el método anticonceptivo.
- **Continuadoras (C).**- Persona que manifiesta ser usuaria o haber sido usuaria alguna vez del método anticonceptivo que recibe.

**ATENCION (A) :**

Atención brindada en el método, que se proporciona a usuaria nueva o continuadora.

**TRATAMIENTO (T) :**

Anticonceptivo colocado, aplicado o entregado a usuaria nueva o continuadora, según la norma establecida para cada método o de acuerdo al stock con que cuenta el establecimiento.

**EMBARAZOS POR FALLA DEL METODO:**

Gestación involuntaria como consecuencia da falla del método en uso.

**COMPLICACION DIU:**

Enfermedad inflamatoria pélvica y embarazo ectópico.

**OBS:**

Las Reinserciones de DIU se contabiliza como continuadora de este método que recibe insumos.

**ATENDIDA INSTITUCION NUEVA:**

Es aquella usuaria que se atiende por primera vez en su vida en un establecimiento del Ministerio de Salud.

**CONSULTANTES AL PROGRAMA:**

Se registra a la persona que ha solicitado información sobre los servicios de planificación familiar que se brindan en el establecimiento. También se registran las atenciones pre y post-operatorias (PQRR) es decir las referencias.

PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR SIS-240  
 INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE PLANIFICACION FAMILIAR

REGION \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_  
 INSTITUCION \_\_\_\_\_ ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_

MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_  
 COD:160 \_\_\_\_\_

METODO	TOTAL	DIU	HORMONAL			BARRERA			ABSTINEN PERIODO	PQRR FEM	VASEC-TOMIA
			ORAL	INJECT	IMPLANTE	CONDON	TAB. YNG.				
CONSULTAS NUEVAS	A	A	T	A	T	A	T	A	A	A	
CONTINUADORAS											
TOTAL											
EMBARAZOS POR FALLA DEL METODO											
COMPL. DIU											

ATENCIÓN ASISTIDA POR INSTITUCION NUEVA

CONSULTANTES AL PROGRAMA

## **INSTRUCTIVO POR LLENAR EL FORMATO (PR-F.04) SIS-240**

Escriba con letra clara y en el lugar que corresponda, la información debe ser enviada mensualmente y si se envía de varios establecimientos, debe adjuntarse el consolidado general del mes.

### **DATOS GENERALES**

En la parte superior del formato anote:

- El mes y el año del informe que presenta
- El nombre de la región y del departamento
- El nombre de la institución y del establecimiento al que pertenece

### **DATOS DE LAS USUARIAS**

Traslade las cifras totales que corresponden al mes del informe del formato PR-F.02: "REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES DE PLANIFICACION FAMILIAR", a cada uno de los recuadros de este formato. Tenga en cuenta que la información de cada una de las columnas coincida en todos los casos:

### **CONSULTAS EN EL METODO**

- **Nuevas (N).**- Número total de personas que manifiestan aceptar por primera vez en su vida el método anticonceptivo.
- **Continuadores (C).**- Número total de personas que manifiestan ser usuarias o haber sido usuarias alguna vez del método anticonceptivo que reciben.

### **ATENCION (A):**

Número total de atenciones brindadas en el método, que se proporciona a usuarias nuevas o continuas.

### **TRATAMIENTO (T):**

Número total de anticonceptivos colocados, aplicados o entregados a usuarias nuevas o continuadoras, según la norma establecida para cada método o de acuerdo al stock con que cuenta el establecimiento.

### **EMBARAZOS POR FALLA DEL METODO:**

Número total de gestaciones involuntarias como consecuencia de falla del método en uso.

### **COMPLICACIONES DIU:**

Enfermedad inflamatoria pélvica y embarazo ectópico.

### **OBS:**

Las Reinserciones de DIU se contabilizarán como continuadoras de este método que reciben insumos.

### **ATENDIDAS INSTITUCION NUEVAS:**

Se registran el total de atenciones nuevas a la institución que se hallan registrado, es decir aquellas que por primera vez en su vida se atienden en un establecimiento del Ministerio de Salud.

### **CONSULTANTES AL PROGRAMA:**

Se registran a las personas que han solicitado información sobre los servicios de planificación familiar que se brindan en el establecimiento. También se registrarán las atenciones pre y post-operatorias (PQRR) es decir las referencias.

facilita la toma de decisiones y el mejoramiento de la calidad de los servicios, y en el que tanto el supervisor como el supervisado actúan permanentemente inmersos, en un proceso de enseñanza-aprendizaje.

Entre las principales técnicas para la supervisión, siempre y cuando se haya establecido una comunicación adecuada, se indica: la observación activa, las entrevistas, análisis de datos, el intercambio de información, demostración de técnicas etc.

El sujeto de aplicación de la supervisión es la persona, en la que se espera desarrollar potencialidades en relación con la ejecución de las actividades y en consecuencia; con la supervisión se espera mejorar la calidad de la atención.

### **- EVALUACION**

Es un proceso que consiste en la emisión de un juicio de valor resultante de la comparación de las características observadas en el desarrollo de un Programa, los servicios y el estado de salud de la población, con un patrón de referencia y del análisis explicativo de las coincidencias y diferencias detectadas en dicha comparación con la finalidad de mejorar la equidad, eficiencia y eficacia de los servicios.

Evaluar es medir, comparando lo que se está haciendo con lo que se ha propuesto hacer y el grado de cumplimiento al que se ha llegado para lo que se requiere contar con indicadores numéricos y descriptivos.

Por ende la evaluación está dirigida a los planes y programas, a los Proyectos, Sistema de Servicios de Salud, política y estrategias.

### **- MONITORIA**

Está comprendida dentro del concepto de evaluación pero está más orientada a la observación periódica de la marcha de las acciones y a la detección de situaciones críticas para su análisis y posterior corrección.

La monitoría permite una vez determinado los logros obtenidos en un período de tiempo (% de avance) conocer las causas que determinaron los resultados alcanzados con la finalidad de corregirlas de ser el caso y permitir el desarrollo ágil de las actividades.

Al igual que la evaluación está dirigida a los planes, programas y proyectos, pero se espera obtener como resultado el análisis y posterior corrección de las situaciones críticas detectadas.

## SISTEMA

Implica una estructura compleja constituida por un conjunto de elementos interrelacionados entre si que se comportan como una unidad funcional para cumplir con un propósito y objetivo pre determinado.

Es decir que no constituyen una suma de partes, sino que responde como un todo en base a la interacción de sus componentes.

La capacitación para valorar el funcionamiento de un sistema depende en gran medida del nivel de precisión o claridad con que estén definidos sus objetivos.

Además, para que un sistema cumpla con sus finalidades es necesario que regule el comportamiento de sus elementos y adecúe sus propias relaciones estructurales. Esto está implícito en el concepto de retroalimentación, que es una función diferenciada del Sistema que consiste en el envío de cierta parte de las salidas (información) hacia las entradas, a fin de regularlas para asegurar la mejor consecuencia de los objetivos.

El sistema puede ser representado en un modelo simple por:

## S I S T E M A

ENTRADA                      PROCESO                      SALIDA

LA ENTRADA, es el aporte del medio externo para el Sistema y el material necesario para su operación.

EL PROCESO, incluye una serie de transformaciones u operaciones efectuadas en el interior del Sistema sobre las entradas ó con ellas.

LA SALIDA, a producto, es el resultado de la acción del Sistema, es el aporte del Sistema al medio externo.

## - ENFOQUE SISTEMICO

En el Gráfico 1 se esquematiza el proceso de los 3 (tres) elementos separados con fines didácticos en el que se señala el sujeto de aplicación, métodos, instrumentos y resultados esperados en cada uno de ellos.

En la Supervisión el sujeto de aplicación es la persona, mediante la utilización de técnicas que permitan identificar y definir áreas críticas en los conocimientos, habilidades y destrezas que repercuten sobre la calidad de la prestación del servicio, lo que permitirá definir los problemas relacionados con el desempeño del personal, para lo cual la solución es la enseñanza-aprendizaje que repercutirá para mejorar la calidad de prestación del servicio y está dirigida a la persona, lo que redundará en el cumplimiento de los objetivos y metas del Programa y/o Proyectos.

En la Evaluación y Monitoría, más que el propósito el objetivo inmediato es el estudio del Programa y/o Proyectos utilizando los indicadores seleccionados para la evaluación, analizando los datos numéricos y descriptivos lo que permitirá la definición de los problemas, para luego realizar la proposición de soluciones, y la toma de decisiones sobre las medidas correctivas necesarias que repercuten sobre el programa.

Al organizar el proceso para su aplicación es necesario tener ideas claras sobre su frecuencia, periodicidad y el propósito en si mismo de la acción.

En años anteriores se ha venido utilizando formatos, metodología y conceptos diferentes para la Programación y Evaluación tanto de Planificación Sectorial como de Planificación Familiar. En esta oportunidad se han establecido conceptos y medidas equivalentes en lo que se refiere a la cobertura, adecuándose los conceptos utilizados

en planificación familiar los formatos de metas de actividades (Formato 3A) y Evaluación Operacional (Formato 3) que utiliza la Oficina de Planificación Sectorial.

De esta forma se deberá entender:

### A FORMATO 3A METAS DE ACTIVIDADES

Unidad de Medida: Protegido

Meta Anual: Cantidad calculada por el Programa de Planificación Familiar a través del instrumento de programación para cada método (Prevalencia Programada). En caso de DIU y PQR consideramos nuevas inserciones.

Población Sujeto de Programación: Prevalencia total del año o sumatoria de la meta anual.

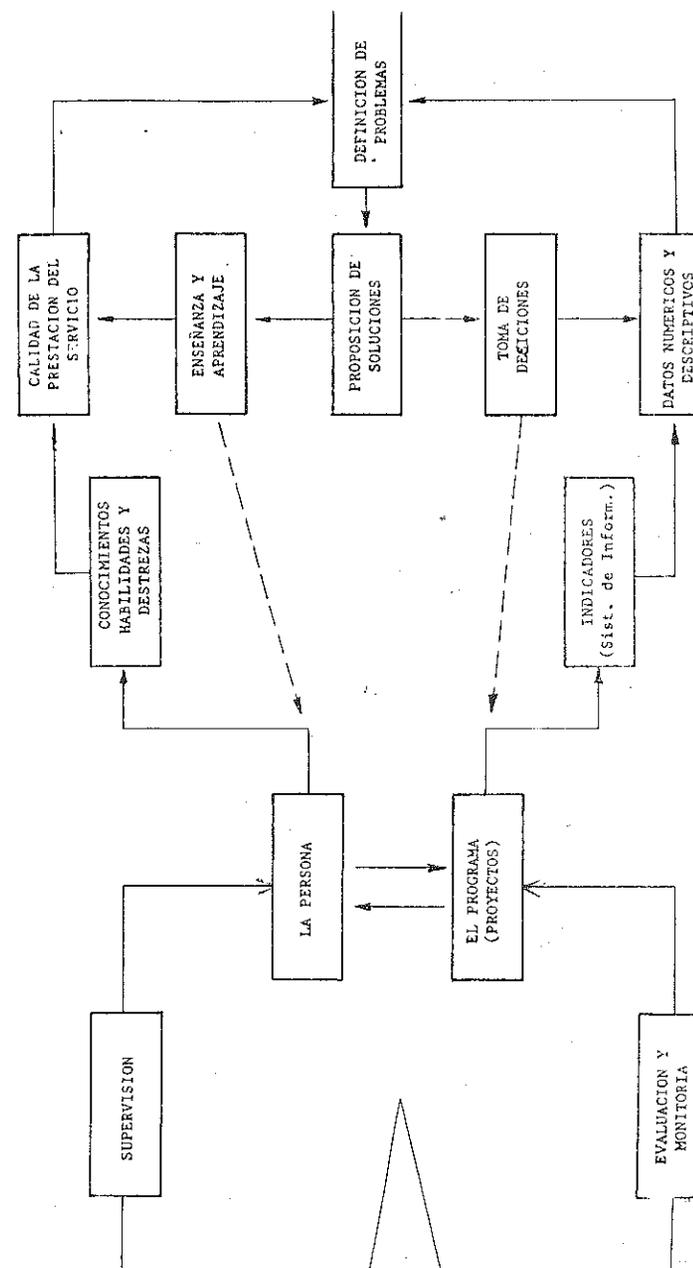
Nº de Atendidos: Se repiten las mismas cantidades de la meta anual.

Cobertura: Distribución porcentual del Nº de atendidos. Se calcula:

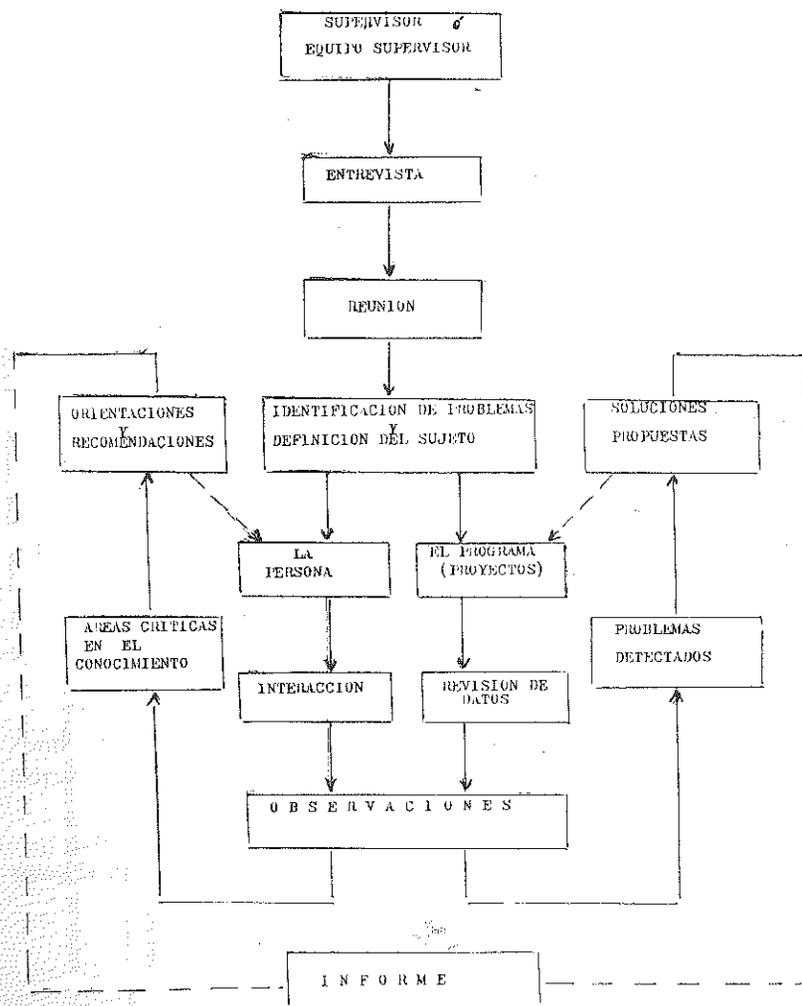
$$\frac{\text{Nº de Atendidos}}{\text{Población Sujeto de Programa}} \times 100$$

Nº de Atenciones: Se refiere al total de consultas de nuevas y continuadoras que debe darse en un año a la usuaria y se debe calcular multiplicando la concentración por el Nº de atendidos.

Concentración: Total de consultas que se debe dar a una usuaria por tipo de método, según la siguiente tabla:



FLUXOGRAMA DE APLICACION DEL PROCESO



METODO	NUEVA	CONTINUADORA	TOTAL
DIU	1	1	2
PQRR	1	1	2
ORALES	1	3	4
CONDONES	1	3	4
T VAGINALES	1	3	4
INYECTABLES	1	3	4
RITMO	1	-	1

B: FORMATO 3: EVALUACION OPERACIONAL DE ACTIVIDADES

Unidad de Medida: Protegida

Meta Anual: Cantidad calculada por el Programa de Planificación Familiar a través del instrumento de Programación del Modelo Quipus (punto11) para cada método (Prevalencia Programada), En caso de DIU's y PQRR considerar nuevas reinserciones. Nº de Atendidos: Número de parejas protegidas según producción de servicios (Prevalencia alcanzada) y se calcula de acuerdo a la siguiente tabla:

Prevalencia DIU	:	Nº Total de DIU's insertados	1
Prevalencia PQRR	:	Nº Total de Operaciones	1
Prevalencia Orales	:	Nº Total de Ciclos entregados	13
Prevalencia Inyectables	:	Nº Total de Inyectables aplicados	4
Prevalencia Condones	:	Nº Total de Condones entregados	100
Prevalencia de Tab. Vag:	:	Nº Total de Tab.Vag. entregadas	100

OBSERVACION: El denominador llamado factor de conversión significa el número de anticonceptivos que debe ser utilizado por

una persona para que se considere protegida durante este año. Sin embargo, puede calcularse la prevalencia en el momento que se desee para cualquier método basta multiplicar el factor de conversión entre la parte del año que se quiere evaluar. En el caso de DIU y AQV el factor de conversión 1 para cualquier período.

Por ejemplo:

$$\text{Preval. trim. ORAL} = \text{N}^\circ \text{ de ciclos entreg.} = \text{N}^\circ \text{ de ciclos entreg.}$$

$$13 \times 0.25 \qquad \qquad \qquad 3.25$$

$$(3 = 0.25)$$

12

$$\text{Preval. Sem. ORAL} = \text{N}^\circ \text{ de ciclos entreg.} = \text{N}^\circ \text{ de ciclos entreg.}$$

$$13 \times 0.5 \qquad \qquad \qquad 6.5$$

$$(6 = 0.5)$$

12

$$\text{Preval, al 7mo. mes ORAL} = \text{N}^\circ \text{ de ciclos entreg.} = \text{N}^\circ \text{ de ciclos entreg.}$$

$$13 \times 0.58 \qquad \qquad \qquad 7.54$$

$$(7 = 0.58)$$

12

$$\text{Preval.3er. Trim. CONDON} = \text{N}^\circ \text{ condones entreg.} = \text{N}^\circ \text{ condones entreg.}$$

$$100 \times 0.75 \qquad \qquad \qquad 7.5$$

$$(9 = 0.75)$$

12

$$\text{Preval. Trim. INYECT} = \text{N}^\circ \text{ Inyect. entreg.} = \text{N}^\circ \text{ Inyect. entreg.}$$

$$4 \times 0.25 \qquad \qquad \qquad 1$$

$$(3 = 0.25)$$

12

#### D.- SISTEMA LOGISTICO

La Logística como actividad de apoyo al funcionamiento interno de la institución contribuye al racional suministro de (anticonceptivos,

FORMATO Nº 3

#### EVALUACION OPERACIONAL DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD

003 1 ACTIVIDADES DEL SUB-PROGRAMA DE SALUD DE LA MADRE, NIÑO Y ADOLESCENTE  
COMPONENTE: SALUD DE LA MUJER

1992

Region

CODIGO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PRIMER TRIMESTRE		ACUMULADOS EN EL AÑO		INSTRUMENTOS	
				Nº DE ATENC. ATEND.	% SOBRE META	Nº DE ATENC. ATEND.	% SOB META	Nº	RENDIM.
03 1 3	SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR								
03 1 3 1	DIU	Proteg							
03 1 3 2	PQRR	Proteg							
03 1 3 3	ORALES	Proteg							
03 1 3 4	CONDONES	Proteg							
03 1 3 5	INYECTABLES	Proteg							
03 1 3 6	TABLETAS VAGINALES	Proteg							
03 1 3 7	RITMO	Proteg							

00 1 METAS DE ACTIVIDADES DEL SUB-PROGRAMA DE SALUD DE LA MADRE, NIÑO Y ADOLESCENTE  
COMPONENTE: SALUD DE LA MUJER

Región

1992

CODIGO	ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	POBLACION SUJETO PROGRAMAC	ATENDIDOS		ATENCIONES	
					NUMERO	COBERTURA	NUMERO	CONCENTR
03 1 3	Salud Reproductiva y Plan. Fam.							
03.1.3.1	DIU	Protegida						
03.1.3.2	PARR	Protegida						
03.1.3.3	ORALES	Protegida						
03 1 3 4	CONDONES	Protegida						
03.1.3.5	INYECTABLES	Protegida						
03.1.3.6	TABLETAS VAGINALES	Protegida						
03 1 3 7	RITMO	Protegida						

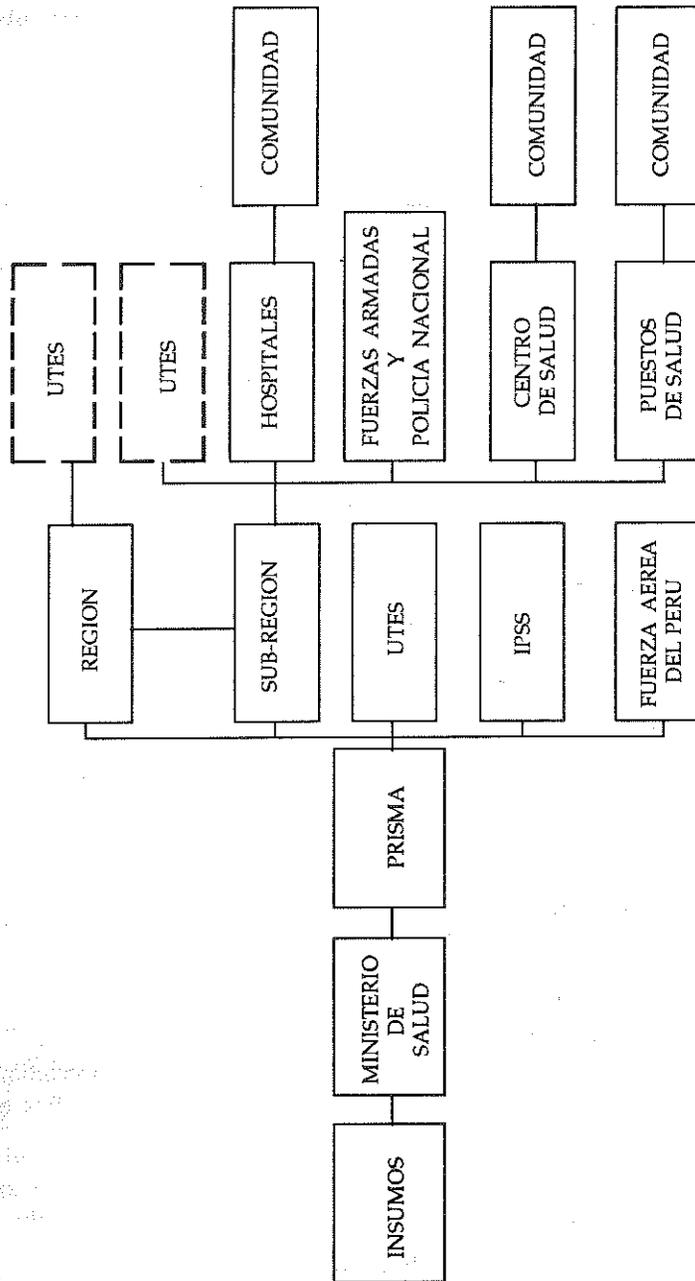
material y equipos) mediante la aplicación real y efectiva de las reglas y pautas en el proceso de aprovisionamiento oportuno de las instituciones dependientes del Sector para satisfacer la demanda de la población.

Se desarrolla mediante el siguiente proceso:

- Selección de suministros a utilizar:**  
Es responsabilidad del Programa. Su selección está relacionada con la demanda de ciertos insumos anticonceptivos y materiales por los usuarios.
- Programación de las cantidades a ser adquiridas**  
Se realiza tomando en cuenta los siguientes factores:
  - Ambito geográfico (nacional, departamental, provincial, distrital, local).
    - Definiendo el volumen de la población total (INE)
    - Se deberá determinar el porcentaje de las mujeres en edad fértil (MEF) sobre dicha población.  
La información deberá obtenerse de los datos emitidos oficialmente por el INE.
    - Con el porcentaje anterior se determinará el volumen de las mujeres en edad fértil (INE).
    - Se aplicará a esta población de MEF la meta de cobertura, según ámbito geográfico, de acuerdo a un criterio técnico establecido.
    - Las metas de cobertura, según ámbito geográfico, institucional serán establecidas por las UDES de acuerdo a criterios técnicos emanados del modelo de programación.
    - La mezcla de métodos a nivel nacional y departamental por instituciones será establecida de acuerdo a criterio de programación, demanda y estrategias del Programa Nacional de Salud Reproductiva propendiendo al uso de métodos de mayor eficacia.



FLUXOGRAMA DEL MOVIMIENTO DE INSUMOS



- b. Programación de las Agencias de Transportes
- c. Claisificación y embalaje
- d. Distribución al lugar de destino

7. Inventario

Es el proceso mediante el cual se realiza el conteo de los insumos, materiales y equipos en los Almacenes y verificar si los saldos disponibles corresponden a las cantidades registradas en las tarjetas kardex.

E. CAPACITACION

La capacitación debe ser entendida como una de las variadas modalidades de la educación y como el vehículo idóneo que posibilita logros en el desarrollo de capacidades de los individuos o la modernización permanente de las organizaciones. Se debe concebir como un proceso permanente e imprescindible para producir situaciones de cambio orientadas al desarrollo de acciones del más alto grado de eficacia (resultados óptimos) y eficiencia (bajos costos).

Dentro de este contexto la capacitación es adquisición de conocimientos y es cambio de conductas intelectivas, afectivas, motrices y actitudinales y siendo una constante en la vida del ser humano no debe restringirse sólo a una de sus etapas vitales.

Por lo cual la capacitación debe ser:

- Un Proceso Continuo.- El hombre se encuentra permanentemente educándose y asume comportamiento conductuales que le exigen las nuevas experiencias de la vida.
- Un Proceso Gradual.- Supone avances y retrocesos en función de los requerimientos individuales, instituciones y el contexto social.
- Un Proceso Integral.- La capacitación no se encuentra aislada sino integrada a un contexto institucional o social que la condiciona.

## OBJETIVOS

### Generales:

- Contribuir a la disminución de la alta tasa de morbilidad-materno infantil a través del desarrollo de recursos humanos con mejor capacidad cognoscitiva, volitiva y emotiva que le permita ser mejor agente y acto de un óptimo servicio a la comunidad.
- Desarrollar, en el personal de salud, conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas para prever y resolver problemas que afectan a la organización de los servicios de Salud a fin de incrementar su cobertura y calidad de la atención.

### Específicos

- Orientar, promover y coordinar, en el Sistema, el proceso de planeamiento, programación y ejecución de las acciones del programa en el área de capacitación, supervisar su cumplimiento y efectuar la evaluación y control respectivo.
- Promover, orientar y coordinar las acciones de investigación del Programa en el campo de la capacitación en Salud Reproductiva.
- Proponer a las instancias pertinentes las normas relativas al área de capacitación en Salud Reproductiva.
- Asesorar y apoyar a las instituciones integrantes del sistema, así como a los organismos, sistemas y estructuras que desarrollan actividades de Salud Reproductiva en el campo de la capacitación.
- Coordinar las acciones del Sistema en los diversos niveles estructurales Intra-institucionales e Inter-sectoriales.
- Captar, procesar, elaborar y producir información y material de apoyo y soporte didáctico de la capacitación en Salud Reproductiva.
- Mejorar, capacitar y actualizar al personal directivo y responsable de los diferentes niveles estructurales del programa, propician-

do el intercambio de experiencias nacionales, locales e internacionales.

## ESTRATEGIAS

- Consolidación Institucional del Sistema con la participación de los directivos y responsables de las instituciones involucradas (MS, IPPS, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Sector Privado) a fin de que en la capacitación de personal de consideren las políticas de atención integral de la salud de la mujer.
- Incorporación de otros Sectores vinculados a la educación de la comunidad y la formación de recursos profesionales y técnicos, enfatizando la participación del sector Educación.
- Priorización de la capacitación orientada a la identificación de prioridades por su prevalencia, impacto y vulnerabilidad.
- Participación Permanente de los Responsables de Capacitación de las diferentes estructuras y niveles técnico-administrativos del sector a fin de concertar acciones conjuntas y racionalizar los recursos, evitando así el dispendio de los mismos.
- Desarrollo de Investigaciones relacionadas directamente con la problemática de capacitación en Planificación Familiar.
- Desarrollo de Normas pertinentes, dentro de la política y directivas de los programas de Planificación Familiar Descentralización y Desconcentración de la ejecución de actividades de capacitación con delegación de responsabilidad hasta el nivel más periférico.
- Supervisión, Evaluación y Monitoría del cumplimiento de la normatividad del Sistema, ejecución de actividades y seguimiento de los beneficiarios de la capacitación.

## AREAS DE ACCION

### Estructura

El sistema de Capacitación en Salud Reproductiva, se organiza

con fines de coordinación y unificación de criterio educativos inicialmente en tres niveles cuya complejidad disminuye del nivel central al local, integrando las acciones que realizan las instituciones que conforman el sector: Ministerio de Salud, IPSS, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales e Instituciones Privadas.

Posteriormente y en forma progresiva se incorporan a esta estructura los niveles regionales para impulsar y dinamizar las acciones de capacitación.

- Los niveles estructurales antes mencionados son:

#### a) Nivel Central

Constituido por la Unidad de Capacitación de la Dirección Ejecutiva de Salud Reproductiva y las Unidades o Dependencias de Capacitación del Ministerio de Salud y de los otros componentes del sector quien dictará las normas, coordinará y asesorará.

#### b) Nivel Intermedio

Administrativamente integrado por la Dirección de Salud Regional y Subregionales y de otras instituciones del sector presentes en el Departamento, así como por las Direcciones de Recursos Humanos y del Hospital Centro de Capacitación General (CCG).

Técnicamente constituido por las Jefaturas de los departamentos de Gineco Obstetricia los docentes de los Centros de Capacitación General (CCG) existentes en cada UDES.

#### c) Nivel Periférico

Administrativamente integrado por los Coordinadores Asistenciales o responsables del Programa de las Instituciones presentes en la localidad, así como por la Dirección de Recursos Humanos de la Subregión según sea el caso.

Técnicamente constituido por las Jefaturas de los Centros de Salud u Hospitales Provinciales y por los docentes de los Centros de Demostración existentes en cada Subregión.

- Funcionamiento y para fines de capacitación en servicio:

El sistema cuenta inicialmente con 4 tipos de capacitación en servicio, según el nivel de complejidad y recursos humanos a capacitar, los cuales consideran:

- a) Centro de Capacitación Internacional.
- b) Para los Centros de Capacitación Especializada (CCE), como:

Jefe Responsable del Centro:

Al Jefe de Departamento de Gineco Obstetricia donde funciona el Centro.

- . Ejecutores de la Capacitación:  
Gineco-obstetras designados por la Jefatura del departamento.
- . Coordinadores:  
Un (1) Coordinador docente designado por el Jefe del Departamento, elegido entre los docentes.  
Un (1) responsable de Capacitación del nivel central del Programa quien establecerá el anexo entre el CCE y las Regiones.
- . Alumnos:  
Gineco-obstetras de provincias.

- c) Para los Centros de Capacitación General (CCG), como:

- . Jefe o responsable del Centro :  
Al Jefe del Dpto. o Servicio de Gineco-Obstetricia.
- . Ejecutores de Capacitación :  
Médicos gineco-obstetra, médico general u Obstetrix designados por el Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia del CCGH.
- . Coordinadores :  
Un (1) Coordinador docente de: CCG elegido entre los docentes del Departamento de Gineco Obstetricia que es el responsable del Programa Educativo del CCG.

Un (1) Coordinador de Salud Reproductiva responsable de la Programación de actividades del Programa y del Plan Operativo Departamental asignado a capacitación

Jefe o responsable de capacitación del Hospital CCG, responsable de la Programación de Actividades de Capacitación en el CCG.

Alumnos :  
Médicos Generales Obstetrices Enfermeras.

CCG :  
Hospital designado por REgiones.

d) Para los Centros de Demostración (CD), como:

Jefe o responsable del Centro :  
Al Jefe del Centro de Salud u Hospital Provincial pequeño donde funciona el Centro.

Ejecutores de capacitación :  
Médicos, Obstetrix y Enfermera docentes designados por la Jefatura del CD.

Coordinadores :  
Un (1) Coordinador docentes designado por el Jefe del Centro y elegido entre los docentes y que es el responsable del Programa Educativo del Centro de Demostración.

El Coordinador del Programa responsable de la Programación de Actividades del Programa en la Región.

El responsable de capacitación de UDES o UTES por delegación quien es responsable de la Programación Calendariada de Capacitación en Centros de Demostración.

Alumnos :  
Auxiliares de Enfermería, Técnicos Sanitarios.

A nivel de cada Centro de Capacitación existe un Manual de

Organización y Funciones que, recogiendo las directivas nacionales, obedecen a necesidades locales.

El Sistema considera, además, una serie de actividades educativas tanto formales como informales, a fin de mejorar los conocimientos del personal de los Programas, preparándolos para preveer y resolver problemas administrativos.

Asimismo, establece los mecanismos de coordinación que deben existir con las diferentes estructuras del Ministerio de Salud, IPSS, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales e Instituciones Privadas, así como con otras instituciones del país (Sector Educación, Universidad, etc.).

#### - Funciones

Las funciones de las Unidades estructurales son:

a) A Nivel Central

- De la Unidad de Capacitación del Programa:

Brindar asesoría y apoyo a los organismo integrantes del Sistema.

Supervisar y evaluar las actividades del capacitación de todas las instituciones del sector.

- De las Unidades de Capacitación de las otras Instituciones del Sector:

Proponer y presentar a la Unidad de Capacitación del Programa del Ministerio de Salud, su Plan Nacional de Capacitación a través de las instancias respectivas.

Cumplir y hacer cumplir la doctrina y lineamientos de política de capacitación emanadas del órgano rector del Sector Salud.

Participar en la formulación de normas de capacitación.

- Planificar, organizar y dirigir el proceso de capacitación en su institución en coherencia con la política y Programa de Salud Reproductiva.

- Participar, coordinar y promover la ejecución de investigaciones educativas en el área de su competencia.

- Coordinar, supervisar y evaluar la capacitación en el área de su competencia.

b) A Nivel Intermedio:

- Del Coordinador del Programa son:

- Proponer y presentar a través de la Región y de acuerdo a sus necesidades locales al Programa, la programación de actividades de capacitación, incluyendo la de las otras instituciones de su Región como parte de su Plan Operativo Intermedio.

- Coordinar con el nivel central y responsables de capacitación en la Región y otras instituciones del sector las acciones educativas a realizar en el departamento.

- Difundir las normas y política de capacitación, supervisar y evaluar su cumplimiento.

- De otros Coordinadores de Instituciones del Sector:

- Proponer y presentar a través de la Dirección de su institución su programación de actividades de capacitación según necesidades.

- Coordinar y concertar acciones de capacitación con su homólogo en la Región.

- Conocer y difundir las normas y política de capacitación emanadas del órgano rector.

- Supervisar y evaluar todas las actividades de capacitación de las instituciones del sector.

c) A Nivel Periférico

- Los responsables de capacitación a nivel periférico de las instituciones del sector deberán concordar acciones con sus respectivos coordinadores institucionales y cumplir las siguientes funciones:

- Elaborar el calendario de actividades de capacitación y presentarlo a través del coordinador respectivo a su institución.

- Organizar, coordinar y apoyar las acciones de capacitación en Salud Reproductiva.

- Cumplir y hacer cumplir las normas y política de capacitación en Salud Reproductiva.

F.- SISTEMA DE IEC DEL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCION A LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA FAMILIA

OBJETIVOS GENERALES

- Contribuir a alcanzar las metas previstas para el Programa de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia al año 1995 mediante el desarrollo de actividades de información, educación y comunicación social.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Lograr un progresivo cambio de actitudes y conducta en la población en edad fértil y reproductiva que le permita asumir la P.F. de manera libre y responsable, mediante el desarrollo de un proceso comunicativo interpersonal, grupal y masivo que provea información y educación en Planificación Familiar.

- Contribuir a que las personas y las parejas modifiquen, a través de un proceso comunicativo (que favorezca la comprensión y la reflexión) patrones culturales y reproductivos que vienen afectando la vida de pareja, la integración familiar y la salud materno infantil, logrando que la planificación familiar sea practicada (de acuerdo a un cabal entendimiento de la misma) y ejercida democráticamente, por quien lo desee como un derecho humano básico.

## ORIENTACIONES PARA EL PLANEAMIENTO Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE EDUCACION Y COMUNICACION SOCIAL

Se considera a la Educación y Comunicación Social como un proceso, en el que se consideran las siguientes etapas:

### 1.- Diagnóstico.-

Consiste en recolectar información que permita realizar un análisis acerca de la población objetivo.

### 2. Planificación.-

Consiste en formular el propósito, objetivos y metas de impacto en función de las necesidades de Educación y Comunicación Social en Planificación Familiar.

Se definen las estrategias metodológicas y sus actividades correspondientes tales como:

- **Educación Formal.-** Coordinación con instituciones formadoras para la integración de contenidos en planes de estudio (Sector Educación). Cursos: Comunicación Social y Planificación Familiar.

- **Educación No Formal.-** Coordinación con instituciones del Sector Público y Privado, para la identificación y definición de tareas por instituciones.

### Los Medios de Comunicación Social.-

Según medios de comunicación interpersonal (entrevistas, reuniones, etc.),- comunicación intermedia (grupal) y comunicación masiva (radio, TV., etc.).

### La Producción de Materiales Educativos.-

Se considera como una estrategia de apoyo a los demás.

Las funciones de los materiales educativos es la de sensibilizar, motivar e informar.

### 3.- Ejecución.-

Comprende el desarrollo de actividades como un componente del Programa de Planificación Familiar.

Esta etapa es la ejecutiva y por tanto la más importante.

Es necesario identificar dos elementos la motivación o interés que muestren las autoridades del nivel de decisión y los recursos que se asignen.

### 4. Evaluación.-

Está presente en todo el proceso. La evaluación final comprende el análisis de los resultados, evaluar el impacto de la Educación y Comunicación Social, tanto en su contribución al mejoramiento de los niveles de bienestar y salud, como en participación y cambio del comportamiento individual o de grupo, que permita tomar decisiones para hacer reajustas y retroalimentación del proceso.

## FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE EDUCACION Y COMUNICACION SOCIAL

### G. INVESTIGACION CIENTIFICA

#### OBJETIVO GENERAL

Desarrollar actividades de investigación científica para contribuir a la búsqueda de soluciones e innovaciones en Salud Reproductiva.

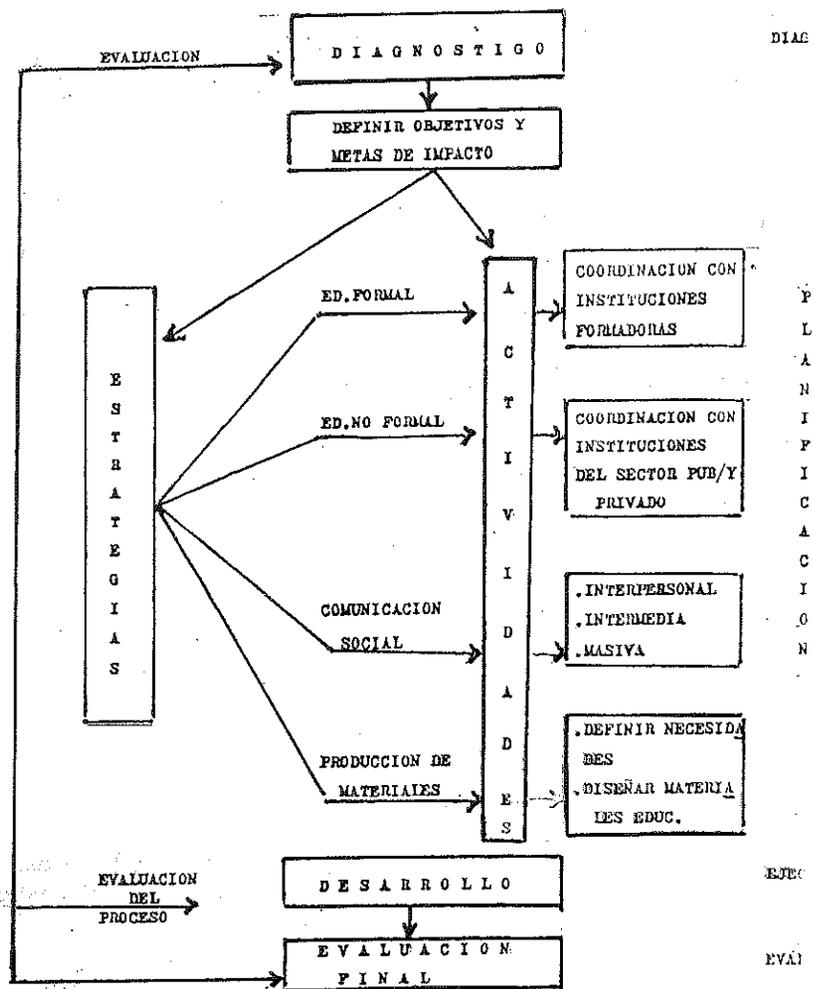
#### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Ejecutar proyectos de investigación de tipo operacional.
- 2.- Ejecutar proyectos de investigación de tipo experimental.

#### METAS

- 1.- Proyectar y ejecutar una investigación sobre las dificultades encontradas en la aplicación adecuada del Programa Nacional de Planificación Familiar.

FLUXOGRAMA DEL PROCESO DE EDUCACION Y COMUNICACION SOCIAL



2.- Proyectar y ejecutar una investigación científica de tipo experimental en cada una de las UDES del país en cooperación con las Universidades integrantes del Convenio de Cooperación.

**CRITERIOS BASICOS PARA ELABORAR EL PROYECTO**

**TITULO : TENTATIVO**

**CAPITULO I EL PROBLEMA**

- 1.1. Características del problema.
- 1.2. Formulación del enunciado del problema.
- 1.3. Objetivos de la investigación;
  - 1.3.1. Objetivos generales
  - 1.3.2. Objetivos específicos.
- 1.4. Justificación

**CAPITULO II MARCO TEORICO**

- 2.1. Bases Teóricas.
- 2.2. Definición de Términos.
- 2.3. Formulación de hipótesis.
- 2.4. Determinación de variables

**CAPITULO III METODOLOGIA**

- 3.1. Universo y muestra.
- 3.2. Técnicas y procedimientos.
- 3.3. Tecnicas de Análisis.

## CAPITULO IV

- 4.1. Cronograma.
- 4.2. Recursos humanos y materiales.

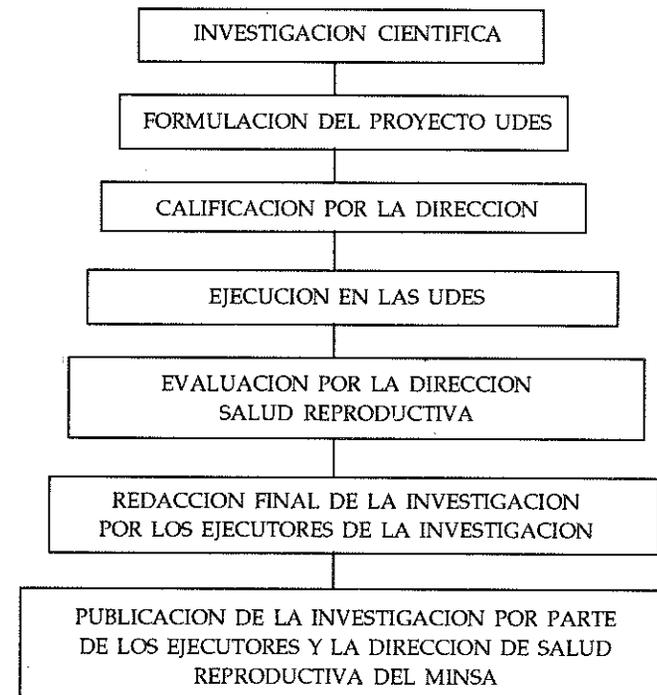
## ANEXOS

- Bibliografía.
- Instrumentos.

## ESTRUCTURA DEL INFORME

- 1.- Página del Título
- 2.- Página de Indices.
- 3.- Página Resumen.
4. Introducción.
- 5.- Material y Métodos.
- 6.- Resultados.
- 7.- Discusión.
- 8.- Conclusiones.
- 9.- Recomendaciones
- 10.- Bibliografía.
- 11.- Anexos.

## FLUXOGRAMA DE APROBACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION DE SALUD REPRODUCTIVA



# CAPITULO SEGUNDO

## METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA

### A.- IMPORTANCIA DE LA SALUD REPRODUCTIVA Y DE LA METODOLOGIA ANTICONCEPTIVA

La importancia no está, exclusivamente, en la necesidad de que se planifique la familia, sino en la necesidad, en general, de planificar la reproducción evitando el embarazo en ciertas circunstancias específicas mediante el conocimiento de la metodología anticonceptiva y la información, orientación y disponibilidad.

La Salud Reproductiva significa:

1. **Protección de la Salud de la madre;** ya que, los embarazos frecuentes afectan, definitivamente, su salud y su futuro vital.
2. **Protección al hijo** distanciando los embarazos. Está demostrado que los niños procedentes de embarazos debidamente espaciados son más fuertes y sanos que los procedentes de embarazos muy seguidos.
3. **Protección de la familia** limitando a las posibilidades de cada pareja el número de hijos que le permitan gozar del cariño y el amor de la familia; así como, tener las posibilidades de atención y de educación necesarias para la estabilidad de la familia.
4. **Protección a la sociedad** permitiendo, dentro de sus recursos, brindar la atención y educación necesarias para la estabilidad de la familia.
5. **Protección de la mujer** (mediante educación y metodología anticonceptiva) de la agresión sexual del varón que por ignorancia, promiscuidad o machismo, la embaraza, irresponsablemente, y la expone, inclusive, al contagio de una ETS.
6. **Educación del varón,** en su responsabilidad y en la metodo-

- logía anticonceptiva, para proteger a la mujer del riesgo de un embarazo no deseado en relaciones circunstanciales por seducción o promiscuidad.
7. **Educación Sexual responsable** y prevención del embarazo en las relaciones sexuales de los adolescentes que utilizando, erróneamente, el argumento de la "liberación sexual" y el desconocimiento de la metodología anticonceptiva culminan, irresponsablemente, en un embarazo circunstancial.
  8. **Prevención del embarazo de alto riesgo** y de su elevada morbi-mortalidad materna y fetal; así como, del embarazo no deseado y del aborto provocado.

## B. EXAMEN CLINICO

### I.- EXPLORACION GINECOLOGICA\*

#### INTERROGATORIO

La anamnesis tiene por objeto recoger en diálogo con la paciente, con privacidad, paciencia y tacto, la historia clínica anterior y actual.

Debe comprender:

- 1.- Datos de filiación
- 2.- Antecedentes familiares
- 3.- Antecedentes personales
- 4.- Antecedentes ginecológicos
- 5.- Antecedentes obstétricos, si los hubiera
- 6.- Menarquía y Catamenia. Características
- 7.- Funciones digestivas y urinarias
- 8.- Enfermedad actual.

#### EXAMEN GENERAL

- a.- Tipo constitucional
- b.- Peso, talla
- c.- Distribución del pelo
- d.- Distribución de la grasa en obesas
- e.- Examen clínico general
- f.- Examen de mamas
- g.- Pruebas indispensables de laboratorio

#### EXAMEN LOCAL.- Examen Ginecológico

El examen regional del aparato genital femenino se practica mediante el examen ginecológico, cuyo objeto es recoger signos de los órganos genitales femeninos desde la inspección, tacto, la palpa-

\* De los textos: "La Exploración en Ginecología", Lima 2da. Edición "Manual de Ginecología, Lima 1era. Edición (Con autorización escrita del autor, Dr. Andrés Mongrut-Steane)

ción combinada, procedimientos instrumentales y métodos auxiliares.

1. **Preparación de la paciente.**- Antes del examen debe hacerse que la paciente evacúe la vejiga, ya que la distensión de ésta puede simular tumoración o dificultar la palpación uterina. En lo posible, aunque causa menos dificultades, el contenido rectal debe haber sido evacuado.
- 2.- **Investigación previa.**- Siempre es necesario interrogar a la paciente si se ha practicado previamente lavado vaginal, con lo que puede haber eliminado secreciones cuya investigación puede ser indispensable para el diagnóstico.
- 3.- **Posición de examen.**- La denominada posición ginecológica. La paciente echada en decúbito supino con las nalgas al borde de la mesa de examen, pies apoyados en estribos a fin de flexionar los muslos sobre el abdomen y relajar los músculos abdominales. Piernas separadas a fin de exponer los genitales externos.
- 4.- **Inspección.**- Sucesivamente se inspeccionan el monte de venus vulva en conjunto, el periné y regiones vecinas.
  - a. **Monte de Venus:** Características, sistema piloso genital, cantidad, distribución, extensión, color.
  - b. **Vulva:** Situación, apertura, labios mayores, labios menores, vestíbulo, uretra, himen o restos de él.
  - c. **Periné:** Extensión, integridad, forma cicatrices y especialmente continencia haciendo pujar a la paciente.
- 5.- **Tacto vaginal.**- Se realiza en mujeres que han tenido relaciones sexuales. Puede practicarse con uno o dos dedos. El tacto unidigital se realiza con el dedo índice y el bidigital con los dedos índice y medio. Para realizarlo se introducen los dedos en la vagina apoyándolos primero en la horquilla y después sobre la pared vaginal posterior a fin de evitar el contacto con la zona sensible del meato uretral. A medida que se profun-

dizan los dedos en la vagina pueden recogerse los siguientes datos:

5.1. **Examen de vagina:**

- a. Amplitud
- b. Longitud
- c. Pliegues
- d. Elasticidad
- e. Temperatura y cambios
- f. Dolor
- g. Fondos de saco, anterior, posterior y laterales.

5.2. **Examen de cuello uterino:**

- a. Volumen
- b. Forma
- c. Situación
- d. Orientación
- e. Consistencia
- f. Orificio externo
- g. Movilidad
- h. Sensibilidad

5.3. **Tacto combinado:** Para ello el examen vaginal con los dedos introducidos en vagina se completa con la palpación del abdomen en el hipogastrio y fosas ilíacas. La palpación se realiza entre los dedos introducidos en la vagina y la otra mano que palpa el abdomen. Por el tacto combinado se explora el útero y los anexos.

5.4. **Palpación de útero:** Los dedos introducidos en la vagina se aplican contra el orificio externo del cervix, mientras la otra mano aplicada sobre el abdomen contra el hipogastrio se profundiza hasta individualizar el útero explorando sucesivamente:

- a. Situación
- b. Volumen
- c. Forma
- d. Superficie
- e. Consistencia
- f. Movilidad
- g. Sensibilidad

- 5.5. **Examen de anexos:** Después de examinar el útero se procede a examinar trompas y ovarios, desplazando para ello los dedos introducidos en la vagina a un lado y luego al otro; se elevan desde la bóveda vaginal en busca de la mano abdominal que se desplaza acompañando el lado de examen. Se explora características de anexos y de la zona.
- Palpación de trompa:** Características como un cordón, grosor, consistencia, rodamiento y sensibilidad.
  - Palpación de ovario:** Forma, tamaño, sensibilidad y gran movilidad.
  - Palpación de los ligamentos útero-sacos:** Se palpan fácilmente a través del fondo de saco posterior.
6. **Exploración rectal.-** Está indicado en la mujer virgen y se realiza primero como tacto rectal, para completarlo con la palpación combinada o examen recto abdominal.
7. **Especuloscopia.-** El examen con espéculo debe realizarse rutinariamente para completar el examen ginecológico. Su objetivo es la visualización de la vagina y del cervix, así como tiempo indispensable para maniobras instrumentales, insuflación y exploración de la cavidad uterotubaria y abdominal. Se puede realizar mediante valvas o el espéculo bivalvo. El tamaño a usarse se selecciona de acuerdo al tacto vaginal.
- Para su aplicación se separa la vulva con los dedos índice y medio de la mano contraria a la que porta el aparato. La extremidad del espéculo lubricado se aplica al vestíbulo primero y a la pared posterior de la vagina después con el propósito de evitar el choque del instrumento con el meato uretral. Seguidamente se profundiza haciéndolo rotar y adaptándolo a la orientación del cuello que debe quedar entre las valvas al realizar la separación de ellas.
  - Fracasos:** Las causas por las que no se logra visualizar el cuello son:
    - Espéculo introducido insuficientemente, por lo que los pliegues de la vagina ocultan el cuello.

- Espéculo pequeño con el que no se logra separar suficientemente la vagina.
  - Espéculo mal orientado.
- Visualizado el cuello con la ayuda de una buena iluminación se explora sucesivamente:
    - Volumen
    - Forma del cervix
    - Color
    - Superficie
    - Secreciones
    - Consistencia
  - Cuando deben tomarse muestras para estudio citológico, hormonal e investigaciones en secreción, el examen con espéculo precederá al tacto vaginal.
8. **Histerometría.-** Se realiza con el histerómetro, instrumento destinado a medir la longitud de la cavidad uterina.
- Indicaciones:**
    - Cuando es necesario diferenciar si una tumoración es uterina o nó.
    - En los prolapsos uterinos para precisar si hay elongamiento del cuello.
    - Como tiempo previo a la dilatación cervical y al curetaje uterino.
    - Para precisar la base de implantación de tumores emergentes por el cuello.
    - Para precisar la relación en longitud entre cuello y cuerpo uterino.
  - Peligros y contraindicaciones**
    - Como peligros de la histerometría se encuentran la infección y la perforación uterina. Puede ser causa de aborto por malicia de la paciente al informar las fechas

de su ciclo menstrual.

- Está contraindicado en mujeres en actividad sexual y en posibilidad de fecundación en fecha cercana a la ovulación y por supuesto en fechas posteriores.

#### **METODOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO**

##### **A.- Ovario:**

- 1.- Control de la temperatura basal
- 2.- Citología funcional
- 3.- Dosificaciones hormonales
4. Biopsia de endometrio el día 24 del ciclo
- 5.- Laparoscopia y culdoscopia
- 6.- Radiología (Neumoperitoneo pelviano)
- 7.- Ultrasonidos (Ecografía)

##### **B.- Trompas:**

1. Insuflación
2. Pruebas de permeabilidad
3. Laparoscopia y culdoscopia
4. Radiología (Histerosalpingografía)

##### **C.- Utero:**

1. Histeroscopia
2. Histerometría
3. Citología exfoliativa
4. Biopsia de endometrio
5. Radiológico (Histerosalpingografía y neumoperitoneo pelviano)
6. Laparoscopia y culdoscopia
7. Ultrasonidos.

##### **D.- Cuello Uterino**

1. Colposcopia y colpomicroscopia
2. Citología exfoliativa
3. Biopsia y conización
4. Estudio del moco cervical
5. Examen de secreciones

##### **E.- Vagina y Vulva**

- 1.- Colposcopia
- 2.- Biopsia
- 3.- Citología exfoliativa
4. Examen químico y bacteriológico
5. Ph. vaginal

##### **F.- Pelvis y su contenido:**

1. Neumoperitoneo pelviano
2. Laparoscopia y culdoscopia
3. Ultrasonidos
4. Punción del Douglas (Culdocentesis)
5. Laparatomía exploradora

## II. CITOLOGIA EXFOLIATIVA EN EL DIAGNOSTICO DEL CANCER\* (PAPANILOLAOU)

La citología según las técnicas regladas actualmente es un procedimiento rutinario y práctico para el descubrimiento precoz del cáncer ginecológico, especialmente el de cervix.

### Objetivos:

- a. El frotis citológico constituye el procedimiento más práctico y hasta la fecha el mejor método para el despistaje temprano del cáncer.
- b. Hace posible el diagnóstico de los precursores del cáncer cervical o sea la displasia y el carcinoma in situ.
- c. Existe cierto índice de negativos falsos aumentados por defectos técnicos que hace que el ideal de llegar a cero sea verdaderamente lejano.

### Toma de muestras:

- a. Importancia: La toma de muestras para el estudio citológico debe seguir técnicas correctas para disminuir la incidencia de falsos negativos que entre otros factores se debe en alto número a defectos de técnica.
- b. Indicaciones: El frotis citológico para el estudio del Papanicolaou debe tomarse rutinariamente cualquiera que sea la circunstancia por la que la mujer es examinada ginecológicamente. Todo examen ginecológico aún en el embarazo debe completarse con la toma de muestras para el despistaje citológico. Después de los treinta años el control debe ser anual y en algunas oportunidades semestral.

\* De los textos: "La Exploración en Ginecología", Lima 2da. Edición "Manual de Ginecología, Lima 1era. Edición (Con autorización escrita del autor, Dr. Andrés Mongrut-Steane)

- c. Identificación: Las muestras deben identificarse con el nombre completo de la paciente, acompañándolo de datos que comprendan la edad, la fecha de la última regla si la hay, el estado de gestación, tipo de lesiones objetivadas al examen clínico, etc., y completadas por cualquier otra información que solicite el patólogo.

### Metódica:

- a. Aplicación de espéculo mojado en agua (No lubricado) para toma bajo visión directa.
- b. Debe usarse espátula de madera tipo Ayre o Horn. Cuando no se cuenten con éstas, puede usarse baja lengua de madera. Disponer de porta algodón para completar con tomas de endocervix.
- c. La toma se practica recogiendo dos muestras:  
  
1º muestra a nivel del orificio externo del cervix en la zona de unión del epitelio plano con el cilíndrico. Se completa con muestra de endocervix mediante porta-algodón.  
  
2º muestra a nivel del fondo de saco posterior recogida con el otro extremo de la espátula.
- d. El material se deposita en láminas portaobjetos, extendiéndolo suavemente, sin presiones ni repaso, procediéndose rápidamente a su fijado.
- e. La fijación puede hacer según el medio, de las siguientes maneras:  
  
1º La fijación en un frasco de boca ancha con suficiente mezcla de alcohol absoluto y éter para cubrir el portaobjetos. Remisión al laboratorio.  
  
2º Fijación por quince minutos en la mezcla de alcohol éter. Secado al aire, empaquetar cuidadosamente o depositar en cartón portaobjetos. Remitir al laboratorio.

3º Fijación con spray especial para citología y en cartón portaobjetos remitir al laboratorio (Puede usarse como spray fijador las suspensiones de laca en spray usadas por las damas para la fijación de peinado).

### Comentario

El método debe ser usado rutinariamente con pleno conocimiento de sus limitaciones como todo procedimiento de laboratorio, y sus resultados evaluados con exactitud y capacidad para indicar otros pasos en el despistaje y diagnóstico.

Contribuyen a resultados falsos negativos las siguientes fallas que deben ser evitadas:

- a. Fallas técnicas en la toma de muestras
- b. Extendidos y fijados gruesos
- c. Defectos de coloración
- d. Capacitación del técnico patólogo
- e. Lesiones muy pequeñas con escasa exfoliación
- f. Ginecorragia

### Criterios de malignidad

En realidad no existen datos que aisladamente puedan calificar a una célula como cancerosa. Para el diagnóstico hay que considerar el conjunto de las alteraciones comunes en los procesos cancerosos, aunque algunas puedan encontrarse en procesos benignos. Se trata de los llamados criterios de malignidad que prolijamente investigados, calificados y asociados permiten hacer el diagnóstico de malignidad en el estudio citológico con certeza muy aproximada a la del estudio histológico.

Los criterios de malignidad corresponden a modificaciones en la célula tanto en núcleo cuanto en el citoplasma.

- A. **Modificaciones citoplasmáticas:** Aunque no existen modificaciones específicas ni de coloración, la cantidad de citoplasma que rodea al núcleo es menor que la de la célula normal.

### B. Modificaciones del núcleo:

1. El núcleo presenta modificaciones de forma y tamaño. Se encuentra aumentado de tamaño modificando la relación núcleo/ citoplasma. Puede ser único, múltiple, lobulado.
2. La membrana se encuentra espesa con aspecto reforzado así como irregular y arrugada.
3. Existen alteraciones en la cromatina nuclear encontrándose acúmulos voluminosos de tamaño desigual y de distribución irregular.
4. Los nucleolos se encuentran aumentados en número como signo evidente de malignidad.
5. El hallazgo de mitosis en el estudio citológico es raro por tratarse de células descamadas, sin poder de reproducción aisladamente en el medio. El estudio de las mitosis tiene importancia en los estudios histológicos por biopsia.
6. El concepto de discariosis implica la presencia de alteraciones nucleares sin alteraciones citoplasmáticas conservándose la relación núcleo/citoplasma. La célula discariótica tiene núcleo anormal con características de malignidad pero sin las alteraciones en el citoplasma de la célula maligna.

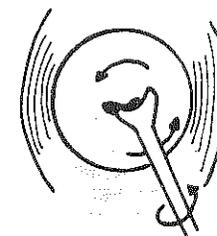
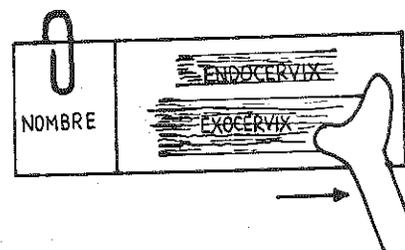
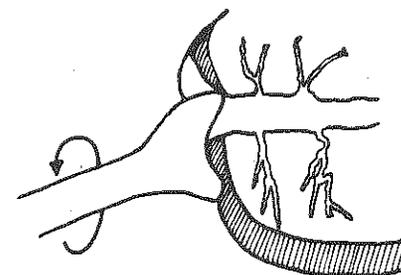
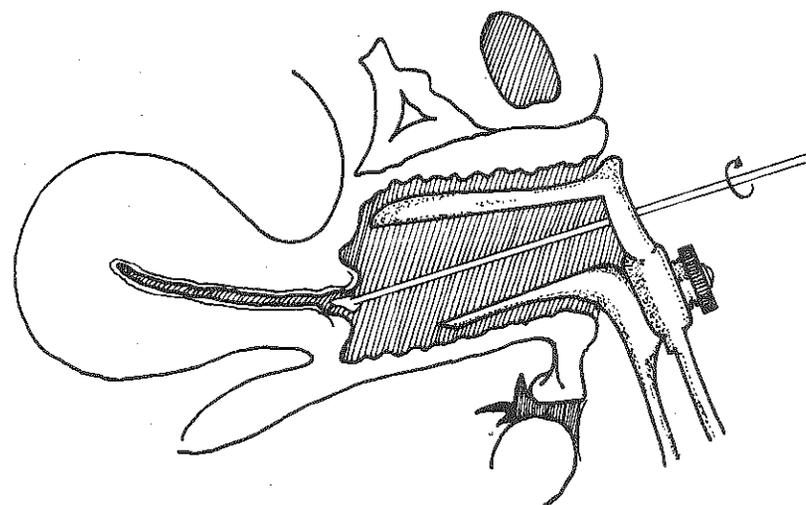
### Hallazgos:

Papanicolaou I	: Células normales	Negativo
Papanicolaou II	: Células irregulares Sin estructuras anormales	Negativo
Papanicolaou III	: Células anormales No lo suficientemente sospechosas	Dudoso
Papanicolaou IV	: Células atípicas	

	Células malignas aisladas	Positivo
Papanicolaou V :	Abundantes células atípicas	
	Células malignas abundantes	Positivo

- Los resultados negativos I y II sólo requieren los controles rutinarios. (El hallazgo citológico negativo sólo tiene valor por un año, ya que un cáncer cervical no desarrolla en un año a partir de un epitelio normal. consecuentemente el desarrollo de un tumor maligno en una persona sometida a control citológico regular revela la posibilidad de falsos negativos).
- Los resultados dudosos, Papanicolaou II, requieren control citológico repetido, previo tratamiento de las enfermedades de cuello y vagina, si las hubiera. Si persisten debe procederse a la biopsia. Asimismo cuando el informe del patólogo lo sugiera.
- Los casos positivos, Papanicolaou IV y requieren examen histológico por biopsia.

FIG. 01 TOMA DE MUESTRAS PARA PAPANICOLAOU



## II EXPLORACION DE LAS MAMAS \*

La glándula mamaria es el órgano en el que con mayor frecuencia se localiza el cáncer en la mujer. Es asiento además de variada patología, que hacen necesario su examen rutinario tanto para el diagnóstico y tratamiento de éstas, como para el despistaje, diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer mamario.

### Objetivos

- a. Mientras que en los últimos años la mortalidad por cáncer uterino ha disminuido sensiblemente, la de cáncer de mama permanece prácticamente inalterable.
- b. Aunque el cáncer de mama es una enfermedad sistémica, el pronóstico todavía esta en relación al tamaño de la tumoración cuando se localiza por primera vez, así como las posibilidades de metástasis
- c. La mortalidad del cáncer de mama se debe también en parte a la falta de conciencia, entre el público y los profesionales médicos en general, sobre los procedimientos a seguir con referencia a esta enfermedad.

### Metodología

La exploración de mama puede realizarse de acuerdo a los siguientes métodos:

- A.- Examen clínico de mamas
- B.- Auto examen de mamas
- C.- Mamografía
- D.- Xerorradiografía
- E.- Termografía
- F.- Punción
- G.- Biopsia

\* De los textos: "La Exploración en Ginecología", Lima 2da Edición  
"Manual de Ginecología", Lima 1ra Edición  
(Con autorización escrita del autor, Dr. Andrés Mongrut-Steane)

FIG. 02 EXAMEN CLINICO DE MAMAS

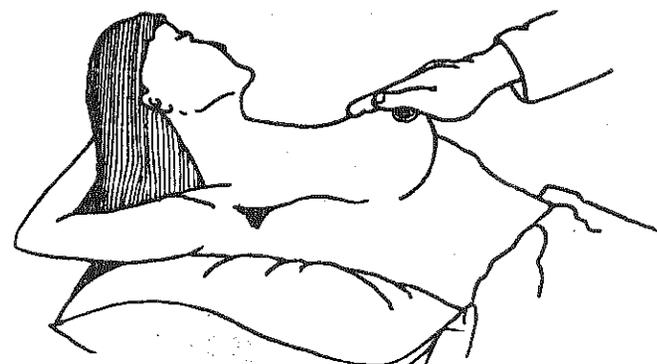


FIG. 03 TOMA DE MUESTRA DE SECRECION POR EL PEZON

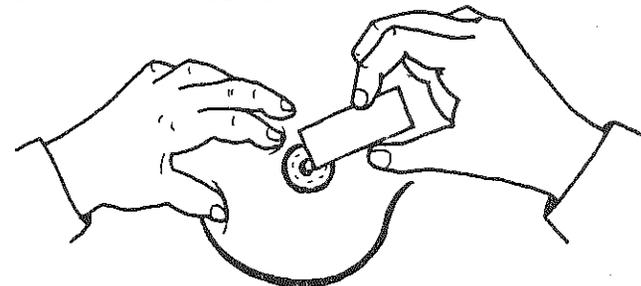
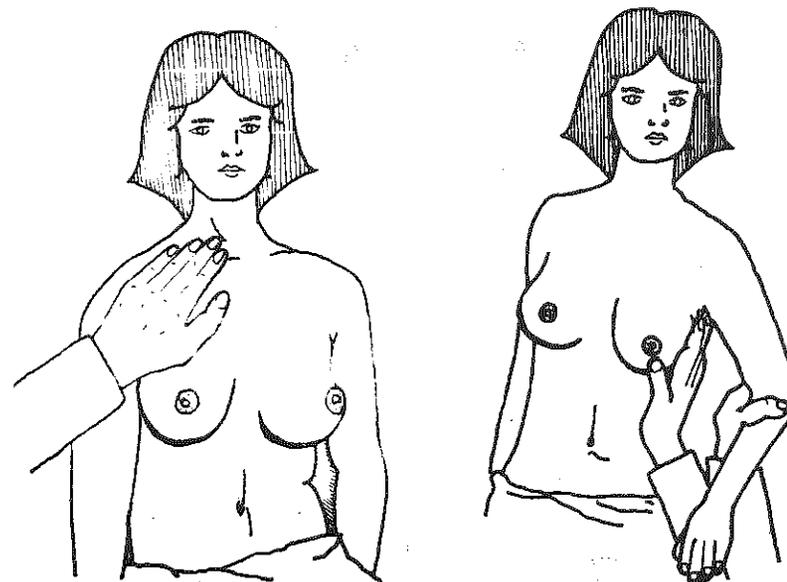


FIG. 04 Y 05 PALPACION: INVESTIGACION DE GANGLIOS



## A. EXAMEN CLINICO DE LAS MAMAS

El examen clínico de las mamas naturalmente que debe ser precedido por los datos generales de la anamnesis, insistiendo además en la historia menstrual, paridad, lactancia, antecedentes de cirugía previa, ginecológica o endocrina, antecedentes familiares de tumoración de mama, terapéutica farmacológica y síntomas, si los hubiera.

### 1. Inspección

La inspección debe realizarse primero con la paciente sentada o de pie y luego echada en decúbito dorsal.

- a. En posición sentada o de pie debe examinarse primero con los brazos a los lados y luego elevando estos con las manos por detrás de la cabeza.
- b. De esta manera se inspeccionará sucesivamente:
  - Volumen de las mamas.
  - Contorno y perfil de ambas mamas.
  - Aspecto y retracción de la piel.
  - Situación de los pezones y sus características.
  - Zonas de edema, erosiones, etc.
  - Fijación a la pared torácica.

### 2. Palpación

La palpación se realiza mejor con la paciente acostada elevando ligeramente los hombros. Debe realizarse con delicadeza, evitando compresiones toscas. En caso de patología se comenzará por el lado sano, pasando luego al supuesto enfermo, comparando cuando sea necesario las características de ambos lados.

- a. Consistencia.
- b. Dimensiones
- c. Relaciones con las partes vecinas
- d. Sistemáticamente debe palparse cada cuadrante, comenzando por los inferiores.

FIG. 06 AUTO EXAMEN DE MAMAS  
PRIMER TIEMPO: MANOS A LA CADERA

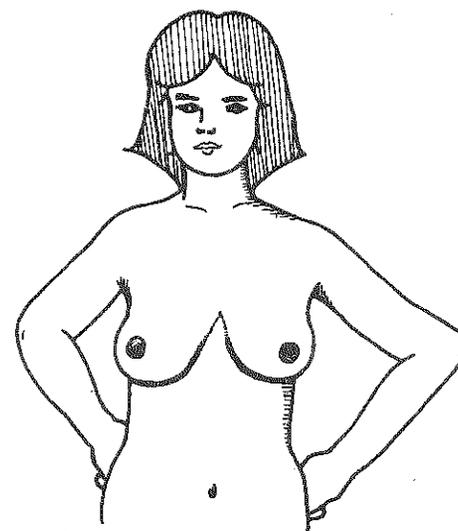
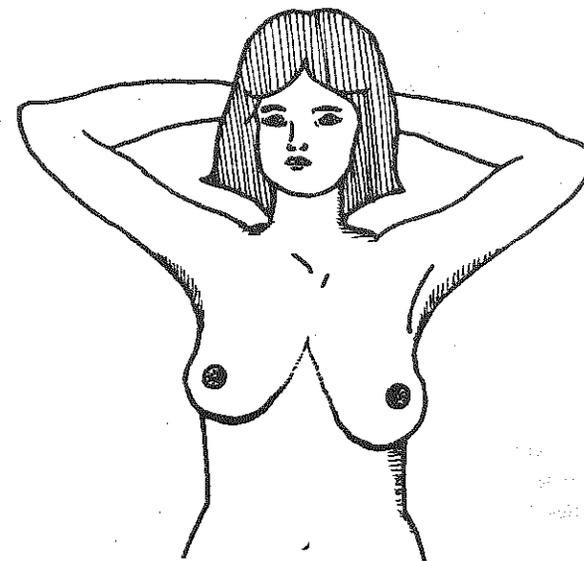


FIG. 07 AUTO EXAMEN DE MAMAS  
PRIMER TIEMPO: MANOS A LA NUCA



- e. El examen de los cuadrantes externos se completa con la palpación en decúbito lateral, con el brazo de la paciente colocado por detrás de la cabeza.
- f. En caso de encontrarse zonas duras o nódulos, se coge la piel que los recubre, observándose la formación de un pliegue que comprende la piel y el tejido celular subcutáneo. En caso de tumoración maligna esta maniobra revelará que las partes que cubren el tumor aparecen deprimidas.
- g. Debe investigarse el desplazamiento de la mama sobre el plano torácico haciendo contraer el músculo pectoral. Para ello mientras el examinador sujeta el codo de la paciente se le invita a que se acerque el brazo al cuerpo. También se puede investigar haciendo deslizar la mama sobre el plano torácico.
- h. Se continúa el examen palpando los pezones y en caso de objetivarse salida de líquido, se toman muestras en lámina para examen microscópico.
- i. Se termina el examen explorando las zona axilares y las fosas supraclaviculares.

## B. AUTOEXAMEN DE LAS MAMAS

El autoexamen de mamas consiste en la educación e instrucción de la mujer para que ella misma se realice el examen de las mamas en forma periódica, para lo cual es necesario propender a enseñar la metodología necesaria y sencilla para tal fin, mediante la motivación de la paciente y la explicación de los beneficios que su práctica rutinaria desempeña en la prevención, diagnóstico y pronóstico del cáncer de mama.

### 1. Importancia

Entre el 95 al 98 por ciento de los cánceres de mama, según las estadísticas, son descubiertos por las mismas pacientes sin ayuda del médico, a quien acuden después motivadas por las alteraciones que encuentran en sus senos. Toca luego al profesional confirmar el diagnóstico haciendo las investigaciones necesarias en corto plazo para la confirmación histológica y el planteamiento terapéutico correspondiente.

## 2. Bases

Como las mujeres seguirán descubriendo sus propias tumoraciones, los programas de instrucción para el autoexamen de mama revisten especial importancia para la detección de tumoraciones en el seno como un verdadero método para el diagnóstico en etapas relativamente tempranas de la enfermedad, hasta tanto se logre algún método (como el citológico de Papanicolaou en el caso del cuello uterino) que permita realmente hacer un diagnóstico precoz y la posibilidad de tratamiento temprano definitivamente curativos.

## 3. Objetivos

- a. Motivar a la mujer para el examen rutinario de mamas como método que permitirá la identificación de alteraciones en los senos y por tanto la posibilidad del diagnóstico temprano del cáncer, disminuyendo la mortalidad por esta afección.
- b. Enseñar que no todos los tumores de mama son cáncer, pero desgraciadamente hasta el 20 por ciento de ellos pueden corresponder a esta enfermedad.
- c. Precisar que el cáncer de mama es la enfermedad neoplásica maligna más frecuente en la mujer.
- d. Divulgar que es más frecuente (en el 90%) después de los 45 años de edad, y que su frecuencia aumenta con el envejecimiento, de tal manera que una mujer de 80 años tiene cien veces más riesgo de morir de cáncer que una de 30 años.
- e. Insistir que existen métodos auxiliares para el diagnóstico preciso a fin de descartar o confirmar cáncer de seno, que pueden ser indicados por el médico cuando es necesario.

## 4. Metodica

- a. La instrucción para el autoexamen debe ser proporcionada por el médico y cuando sea conveniente por el personal auxiliar debidamente entrenado.
- b. El autoexamen de mamas debe realizarlo la mujer una vez al mes en forma disciplinada y cumplida.
- c. La fecha más indicada debe ubicarse entre los días que

siguen a la menstruación, tanto porque por esta época el tejido mamario está inactivo, libre probablemente del efecto hormonal, cuanto porque la catamenia puede ser el recordatorio para la necesidad del examen.

En las mujeres post menopáusicas debe establecerse una fecha fija, que puede ser el primer o el último día de cada mes, o la que sea más fácil de recordar por la mujer.

- d. Es necesario eliminar la ansiedad de la mujer durante el aprendizaje, así como los temores propios al examen de los senos, considerando que estos son símbolos sexuales y que es incómodo para muchas pacientes no sólo el examen de las mamas sino simplemente referirse a ellas.
- e. La instrucción de la paciente debe hacerse en forma alturada, con lenguaje sencillo de acuerdo al nivel cultural de la paciente, dándole oportunidad para que pregunte y fije perfectamente la técnica del examen.
- f. Es una buena ocasión para iniciar a la mujer en el autoexamen precisamente cuando se está realizando el examen de mamas por el médico, ya que así se podrán fijar vivencias en cuanto a presión de los dedos, maniobras, disposición de las manos, etc. Pero como medida verdaderamente preventiva debe propenderse a enseñarlo en cualquier época, inclusive dentro de las campañas de prevención y detección, como verdaderas medidas educativas en protección de la salud de la mujer.

## 5. Técnica

La técnica para el autoexamen de mamas debe ser sencilla en su realización, siguiendo un plan ordenado de examen definitivamente de corta duración para que pueda ser cumplido con eficacia, concentración y frecuencia.

- a. La mujer debe acostumbrarse a observar sus mamas, fijando las vivencias de sus características anatómicas individuales, de tal manera que nadie mejor que ella pueda notar cambios o alteraciones.
- b. La observación debe comprender los siguientes aspectos:
  - Forma, tamaño y contornos
  - Situación y simetría de los pezones y aureolas

- Características de la piel
- Movilización de las mamas
- Ausencia de lesiones

- c. La palpación será metódica y prolija de acuerdo a lo que se establece en el tiempo correspondiente.
- b. Cualquier cambio, anomalía o alteración debe comunicarse al médico.

### Primer tiempo:

La mujer de pie, con las manos en la cadera, delante del espejo observa las características de las mamas buscando cualquiera de las siguientes alteraciones:

- Cambios en relación a exámenes anteriores
- Forma, tamaño y contornos de los senos
- Retracción de la piel
- Edema o hinchazón zonal o general
- Lesiones ulcerosas.

Elevar los brazos, cruzándolos por detrás de la cabeza, observando la movilización de las mamas y la inspección de las porciones inferiores de los senos. (Puede hacerse también con los brazos extendidos hacia arriba).

### Segundo tiempo:

Con los brazos primero en la cadera y luego cruzados por detrás de la cabeza, girar a derecha e izquierda, permitiendo la inspección de las zonas mamarias expuestas de perfil.

### Tercer tiempo:

Con el cuerpo inclinado hacia adelante, para que queden péndulas las mamas, la mujer palpa los senos entre las palmas de sus manos en busca de induraciones, nódulos, tumor o zonas dolorosas.

Se presiona suavemente el pezón entre el pulgar y el índice, para investigar la posible presencia de secreción.

#### Cuarto tiempo:

Consiste en la palpación de las mamas, estando la mujer en posición horizontal, acostada, para investigar las siguientes posibilidades:

- Cambios en la consistencia y tamaño
- Alteraciones de la sensibilidad
- Presencia de nódulos y tumoraciones
- Induraciones focales
- Cambios en relación a exámenes anteriores

La mujer acostada de espaldas, con una almohada por debajo del hombro izquierdo y el brazo del mismo lado por detrás de la cabeza, procede a examinarse el seno izquierdo con la mano libre. Imaginariamente divide el seno en parte interna y parte externa.

Inicia el examen por la mitad interna aplicando los dedos de la mano juntos, excepto el pulgar, con presión realiza pequeños movimientos circulares de arriba hacia abajo y del borde hacia el pezón.

Bajar el brazo izquierdo a lo largo del cuerpo y proceder al examen de la mitad externa de la mama siempre de arriba hacia abajo y de fuera hacia adentro en forma radial. Completar el examen con la exploración de la axila.

Luego siguiendo las mismas directivas se practica el examen de la mama derecha.

#### 6. Evaluación

- Valorar los conocimientos previos y la capacidad para aprender la enseñanzas que se impartan, siguiendo los tiempos del examen correctamente.
- La mujer debe practicar de acuerdo a las enseñanzas que se le impartan a fin de que logre alcanzar técnica y metodología correctas.
- El médico o la instructora deben evaluar la técnica aprendida en todos sus detalles, vigilando desde el principio la ejecución de los tiempos a fin de corregir defectos.
- Las mujeres en las que se compruebe dominio del método

FIG. 08 AUTO EXAMEN DE MAMAS  
SEGUNDO TIEMPO: PERFIL IZQUIERDO Y LUEGO DERECHO

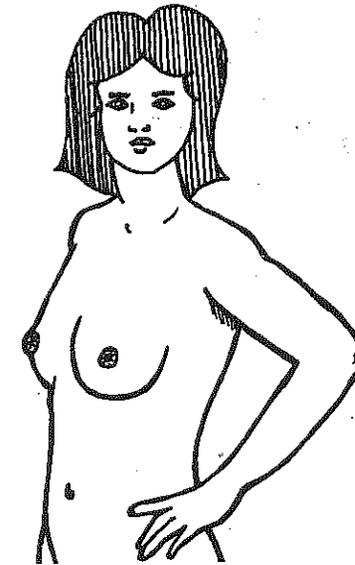


FIG. 09 AUTO EXAMEN DE MAMAS  
SEGUNDO TIEMPO: MANOS EN LA NUCA  
PERFIL DERECHO Y LUEGO IZQUIERDO

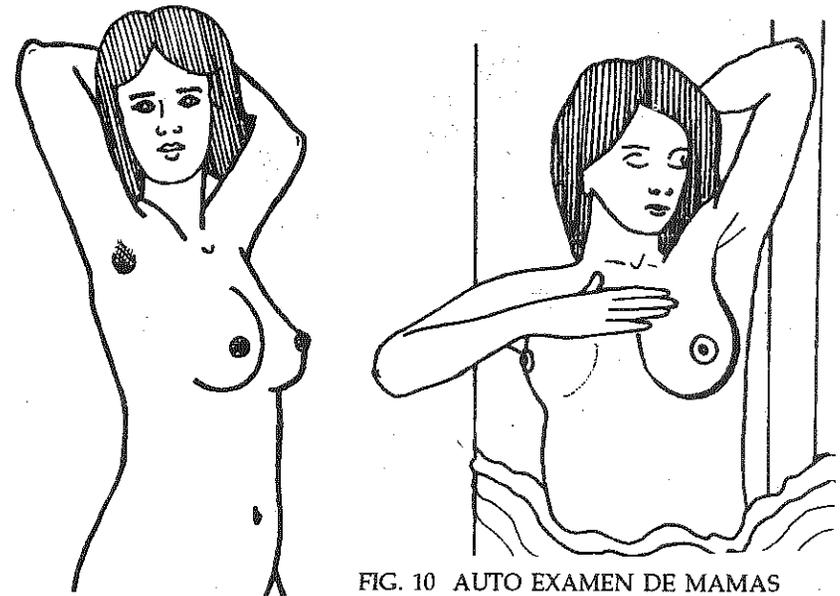


FIG. 10 AUTO EXAMEN DE MAMAS  
TERCER TIEMPO: PALPACION

se les debe recomendar que sean agentes de divulgación de la técnica del autoexamen.

- e. Insistir que a la menor alteración, anomalía o cambio percibido por la mujer debe recurrir al médico, aún en caso sólo de duda.

### C. MAMOGRAFIA

La mamografía consiste en la radiografía de la glándula mamaria para estudiar las partes blandas que constituyen los senos, sin la inyección de medios de contraste como podría hacer pensar su denominación.

#### Aspectos metodológicos

1. La radiografía simple de la masa mamaria en dos planos diferentes permite objetivar alteraciones estructurales de las glándulas y del tejido adiposo que la rodea.
2. La mamografía no sustituye al examen físico de las mamas, ya que en la práctica ambos exámenes se complementan.
3. La mamografía es el mejor método para el control de la evolución de las enfermedades de la mama.
4. La mamografía es un método importante para identificar el cáncer de mamas antes de la aparición de signos y síntomas.
5. Es posible que la mamografía permita el diagnóstico de algunos cánceres de mama hasta dos años antes de presentar manifestaciones clínicas de la afección.

#### Indicaciones

- Mujeres con signos y síntomas de afección mamaria
- Mujeres con riesgo alto de cáncer de mama, ya sea por antecedentes familiares u otros factores.
- Alteraciones en la piel de las mamas, tales como engrosamiento, enrojecimiento, equimosis, etc.
- Masa tumoral definida o dudosa
- Alteraciones de la sensibilidad en las mamas
- Masa tumoral definida o dudosa
- Alteraciones de la sensibilidad en las mamas
- Mujeres sometidas anteriormente a biopsias

- Retracción del pezón
- Mujeres con cancerofobia
- Tumorações en mamas durante el embarazo y la lactancia
- Potencialmente como método selectivo en masa
- Control de repuesta al tratamiento, mediante mamografías seriadas.

#### Limitaciones

- a. Mamas densas
- b. Pequeñas lesiones situadas en la periferie de la mama que no abarca la mamografía

#### Hallazgos

- a. Normalmente el aspecto radiográfico de la mama es variable, encontrándose desde la opacidad intensa y homogénea propia del desarrollo glandular generalizado de la edad juvenil, el embarazo y la lactancia, hasta la diaganidad clara propia de la atrofia del parénquima de la edad senil.
- b. Las alteraciones benignas aparecen homogéneas, redondeadas o lobuladas, rodeadas por una delgada capa de grasa y cambios limitados a la glándula.
- c. Las lesiones malignas tienen áreas de opacidad variable, más densas en el centro, bordes irregulares dentados o tentáculos que invaden las zonas vecinas. Se encuentran cambios extensivos a la piel con engrosamiento difuso o localizado, retracción de la piel y del pezón. Incremento difuso de la densidad de la mama.
- d. Como signos indirectos de malignidad se encuentran espesamiento perinodular, ingurgitación de los vasos venosos, engrosamiento de la piel y deformación de la glándula.

### D. XERORADIOGRAFIA

Mientras que la mamografía registra las mamas en película radiográfica y se trabaja de acuerdo a la técnicas por medios

húmedos y en la obscuridad, la xerorradiografía usa hojas xerox sigue el procesado en seco y se trabaja en plena luz.

Además del equipo convencional de rayos X, se necesita el equipo xerox similar al usado para copias de oficina. Se obtienen copias claras pero con número limitado de matices gris que reducen los datos a recoger. Tendría la ventaja de su aplicación en campañas selectivas en masa, por su rápido procesamiento y posible economía.

#### E. TERMOGRAFIA

El uso de la termografía para la exploración de las mamas consiste en un método especial capaz de registrar el calor emitido por las mamas, en este caso especial las variaciones de temperatura en la piel de los senos mediante equipos denominados termógrafos.

Aunque la termografía de los senos no es específica para el cáncer mamario, el hecho de que la producción de calor por el cuerpo humano dependa de la actividad del metabolismo de las células, el cual aumenta en los procesos oncológicos, permite su utilización en el diagnóstico del cáncer en cierta forma.

La termografía tiene aplicación como método selectivo para investigar cáncer y su localización para el tratamiento quirúrgico, así como combinada con otros métodos para investigaciones en mujeres con alto riesgo para contraer cáncer.

#### F. PUNCION (Aspiración con aguja)

Consiste en la punción y aspiración de zonas sospechosas de las mamas, con el fin de obtener líquido para su estudio citológico de acuerdo a la técnica de Papanicolaou.

- a. Debe practicarse cuando se sospecha de formaciones quísticas.
- b. Debe usarse anestesia local infiltrativa.
- c. Luego de la aspiración debe desaparecer la masa por completo.
- d. En caso de no ser así proceder con métodos biópsicos.

#### G. BIOPSIA

1. **Biopsia de aguja:** Se practica con aguja delgada y larga, de

preferencia con jeringa especial que permite la aspiración con una mano, mientras la otra fija la masa sospechosa. Tiene gran importancia en caso de positividad para plantear el tratamiento.

2. **Biopsia escisional (escisión de prueba):** Expuesta quirúrgicamente la masa sospechosa, se procede a tomar una porción de tejido para su investigación anátomo-patológica. Debe tenerse todo preparado para el estudio por cortes congelados y el ambiente necesario para el caso en que deba procederse seguidamente al tratamiento quirúrgico.

## C. METODOS ANTICONCEPTIVOS

Los métodos anticonceptivos son utilizados para evitar el embarazo, regular la fertilidad y permitir a la pareja que tenga el número de hijos que desee y en el momento más oportuno. Un método anticonceptivo debe reunir los siguientes requisitos:

1. **Eficacia**  
Debe tener el menor índice de fracasos
2. **Inocuidad**  
El anticonceptivo usado por el hombre o mujer no debe producir daños, si presenta efectos colaterales deben ser mínimos, de fácil y rápida corrección.
3. **Aceptabilidad**  
Debe ser aceptado por la pareja y no impuesto
4. **Facilidad de Uso**  
Para evitar fallas
5. **Disponibilidad**  
Que esté al alcance de todas las parejas que deseen planificar.
6. **Reversibilidad**  
Al dejar de usar el método anticonceptivo se recuperará la fertilidad de inmediato. En caso de ligadura de trompa o vasectomía la reversibilidad es remota.

### CLASIFICACION

#### I. Abstinencia Periódica

- a. Método Ritmo Calendario
- b. Método del Moco Cervical - Billings
- c. Método Sintomático - Térmico

#### II Métodos Anticonceptivos de Barrera

- a. Preservativos o condones masculinos y femeninos.

- b. Diafragma
- c. Químicos: Espermicidas (óvulos, tabletas vaginales, jaleas, espumas)

#### II. Métodos Anticonceptivos Hormonales

- a. Tabletas orales
- b. Inyectable de depósito
- c. Implantes Norplant

#### IV. Dispositivos Intrauterinos DIU

#### V. Métodos Definitivos o Quirúrgicos

- a. Oclusión Tubaria:
  - Minilaparatomía con anestesia local: Post-parto Intervalo.
  - Laparoscopia
  - Durante la cesárea
- b. Vasectomía

#### I. ABSTINENCIA PERIODICA

Las parejas realizan un control de su fecundidad evitando tener relaciones en los días fértiles. Su eficacia está en relación con la motivación que tenga la pareja y con el uso correcto del método. Puede ser utilizado por todas las parejas, no requiere gastos, pero sí un cierto grado de educación para comprender y realizar un uso adecuado.

#### Indicaciones

- Mujeres con ciclos regulares
- Parejas que por sus creencias religiosas no pueden usar otro método
- Mujeres que presentan contraindicaciones para el uso de otros métodos anticonceptivos

### Contraindicaciones

- Mujeres con ciclos irregulares
- Período de lactancia, puerperio, post-aborto
- Inmediatamente después del uso prolongado de anticonceptivos hormonales
- Parejas con nivel cultural muy bajo como para entender las instrucciones

### Ventajas

- Está al alcance de todas las parejas que estén motivadas para utilizar este método
- No requiere costo alguno
- No requiere controles

### Desventajas

- Alto índice de fracasos en parejas que no sigan estrictamente las indicaciones

#### a) METODO DEL RITMO

Las parejas de este método deberán evaluar sus ciclos menstruales para ver su regularidad y poder calcular los días de fertilidad y los de seguridad (+ o - 6 ciclos).

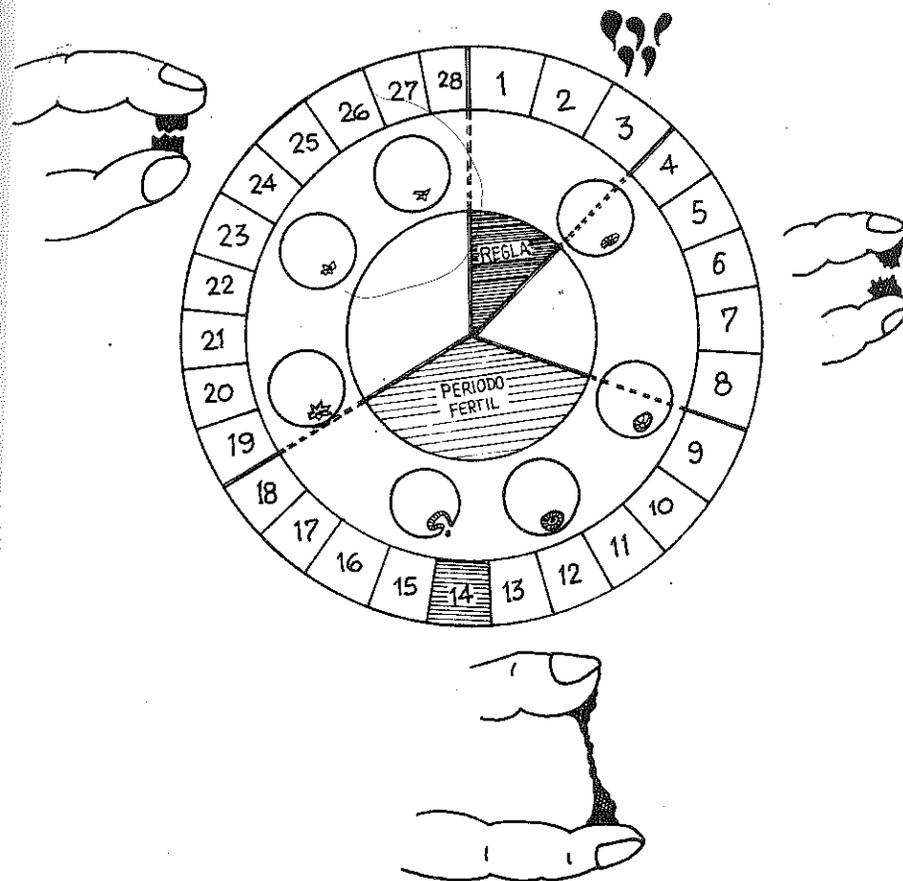
Se debe contar los días de cada ciclo, luego calcular el período fecundo restando 18 días al ciclo más corto e identificar el final restando 11 días del ciclo más largo.

Las parejas promedio tendrían más o menos 16 días de abstinencia.

#### b) METODO DEL MOCO CERVICAL O BILLINGS

Este método está basado en los cambios del moco cervical durante el ciclo menstrual.

FIG. 11 METODOS NATURALES  
CALENDARIO Y BILLINGS



Para este método se requiere de un entrenamiento previo, tomando con los dedos muestra de moco del introito (puede haber confusión en caso de ciclos anovulatorias o leucorrea) para ver las siguientes características: humedad, calor, viscosidad.

El ciclo menstrual se puede dividir:

1. Menstruación Período Infértil
2. Del 5to. al 9no. día período seco infértil
3. Fase secretante del 10 al 16avo. día. Período fértil u ovulatorio, el moco se muestra claro, abundante filante. En este período se debe abstener de tener relaciones.
4. Del 17 al 28 avo. día. Período seco infértil.

#### c) METODO SINTOMATICO-TERMICO O DE LA TEMPERATURA BASAL

La temperatura corporal de la mujer sufre variaciones durante el ciclo menstrual pudiéndose determinar tres períodos:

1. Fase Proliferativa
2. Ovulación
3. Fase Secretoria

Se indicará a la paciente que debe tomarse la temperatura al despertar (antes de levantarse, lavarse y desayunar), anotarlo en un registro. El control se hará durante 3 a 6 meses, luego de evaluar la curva de temperatura basal se establece el día ovulatorio, luego para el período de abstinencia se cuenta 3 días antes y después de la ovulación.

## II. METODOS DE BARRERA

Los contraceptivos de barrera, como lo dice su nombre, ofrecen una barrera al paso de los espermatozoides, además de una protección contra las enfermedades de transmisión sexual. De uso fácil y sencillo.

## TIPOS

### 1. Condones

Son fundas de látex, polietileno, etc., con o sin lubricante con o sin reservorio terminal, con o sin rugosidades que sirve para cubrir el pene durante el coito para evitar que el semen se desposite en la vagina.

Es uno de los métodos más antiguos de Planificación Familiar, no requiere control médico, es inocuo, efectivo si es usado adecuadamente, es de bajo costo y de amplia disponibilidad.

Su uso está muy difundido, más aún en la actualidad por el rol protector que se cumple contra las ETS en especial el SIDA.

#### Eficacia

Si se usa correctamente presentan una tasa de fracaso de 2 - 10 embarazos por 1000 mujeres - año.

#### Indicaciones

"Asegurarse de tener un condón antes de necesitarlo".

- Relaciones poco frecuentes
- Cuando no se puede utilizar ningún otro método
- Sospecha de ETS
- Alergia al semen
- Puede ayudar en eyaculación precoz

#### Contraindicaciones

- Alergia al látex
- Dificultad para mantener la erección

#### Ventajas

- Además de ser un método anticonceptivo ayuda a prevenir la transmisión de ETS.

- Participación masculina en la planificación Familiar
- Fácil uso, no necesita mayor control médico.
- Bajo costo y buena disponibilidad.

#### Desventajas

- Reduce la sensibilidad del pene
- Interrupción de la reacción amorosa

#### Instrucciones para su Uso

1. Elija los condones prelubricados
2. Manipule los condones con cuidado
3. No desenrolle los condones antes de usarlo
4. Guardelos en un lugar fresco y oscuro
5. Si quiere un lubricante use solamente lubricantes acuosos.
6. Colóquese un condón antes de cada coito.
7. Antes de que el pene toque a su pareja colóquese el condón en la punta del pene en erección. Colóquelo de manera que el borde enrollado quede hacia fuera. Desenrolle el condón hasta cubrir todo el pene.  
Debe desenrollarse fácilmente sin necesidad de estirarlo.
8. Después de la eyaculación sostenga el borde del condón en la base del pene mientras lo saca. Así evitará que el condón se deslice.
9. Saque el condón sin derramar el semen.
10. Después de usar el condón deséchelo. No use el condón más de una vez.
11. Use otro condón:
  - Si tiene otra relación
  - Si han transcurrido más de 5 años de la fecha de fabricación
  - Si es irregular o ha cambiado de color
  - Si está quebradizo, seco o pegajoso

#### 2. Condón Femenino

Es una combinación de diafragma y condón. Consta de 2 anillos de polimetano flexibles localizados a cada extremo de una vaina de poliuretano de 15 cm. suave que se adoce lánxamente. Antes

FIG. 12 METODOS DE BARRERA  
APLICACION DE TABLETA VAGINAL

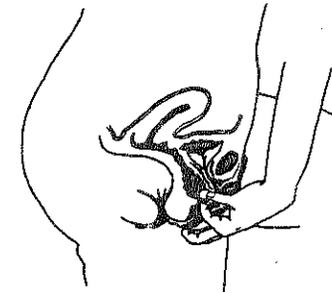


FIG. 13 METODO DE BARRERA  
ESPUMA VAGINAL

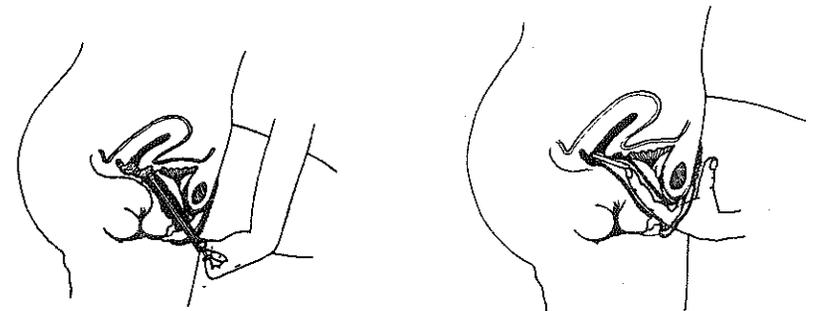


FIG. 14 CONDON FEMENINO: APLICACION

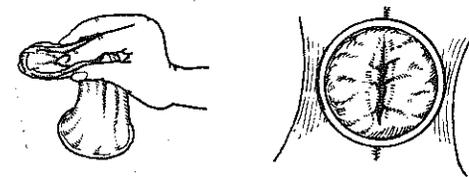


FIG. 15 CONDON FEMENINO: MODO DE INTRODUCCION Y  
POSICION FINAL

del coito se añade un espermicida. Se coloca el anillo interno en la porción alta de vagina. El anillo externo cubre los labios y la base del pene.

Se encuentra en fase experimental.

### 3. Diafragma

Son capuchones que cubren el cuello uterino. Están constituidos por un lámina de látex circundada por un aro elástico.

Se coloca cubriendo el cérvix y la pared anterior vaginal desde el fondo del saco vaginal posterior hasta la retrosíntesis pubiana.

Su eficacia aumenta con el agregado de espermicidas.

#### Mecanismos de acción

- Actúa como barrera cubriendo el cérvix.
- Sirve como receptáculo para alojar espermicidas.
- Evita que el moco cervical neutralice la acidez vaginal con lo que el medio permanece hostil al esperma.

#### Eficacia

Tiene una tasa de 2 - 20 fallas por 100 mujeres año.

#### Indicaciones

- Mujeres que no pueden usar otro método

#### Contraindicaciones

- Alergia al látex o espermicidas
- Anomalías anatómicas vaginales, distopías
- ITU o repetición
- Dolor pélvico o vaginal
- Síndrome de Shock tóxico
- Falta de conocimiento de la técnica para su colocación.

### Instrucciones para su Uso

1. Determinar el tamaño y ajuste correcto; este se hace mediante un examen pélvico (médico)
2. La paciente deberá ser capaz de insertar y extraer el diafragma de 2 a 6 horas antes de la relación sexual.
3. Poner una cucharada de espermicida en la cúpula interior del diafragma.
4. Insertar el diafragma empujándolo hacia abajo y hacia la pared posterior de la vagina.
5. Comprobar que esté cubierto el cérvix. El anillo debe ajustarse en la cara posterior de la sínfisis del pubis y extenderse hacia el fondo del saco. Debe tocar ambas paredes vaginales laterales y cubrir la porción superior de la vagina y el cuello uterino.
6. El diafragma deberá ser el tamaño mayor que pueda utilizar la paciente, sin molestias.
7. Dejar el diafragma colocado 6 horas después de la relación y nunca más de 24 horas.
8. Si se tiene otra relación colocarse una nueva aplicación de espermicida.
9. Extraerlo, lavarlo con agua y jabón, secarlo y guardarlo.

#### Complicaciones

- Síndrome de Shock Tóxico; se sospechará en caso de presentar alza térmica de 38° o más, diarreas, vómitos, dolores musculares y eritema.
- Cistitis recurrente
- Reacciones alérgicas
- Leucorrea
- Dolor pélvico

### 4. Espermicidas

Son sustancias químicas que inmovilizan y destruyen a los espermatozoides.

Actualmente sólo están aprobadas por FDA N-9 (Nonnoxyinol-

9) y el Oxtoxynol-9. Estos agentes van en vehículos tales como: Ovulos, cremas, gelatinas, aerosol, tabletas y supositorios espumantes, películas de plástico, anillos vaginales, etc.

Los agentes espermicidas se usan solos o juntos con los condones y diafragmas.

#### Eficacia

Varía entre el 80 y 97%. Depende de la motivación de la pareja para su uso correcto.

#### Mecanismos de Acción

Todos estos agentes son surfactantes (tensoactivos). Son detergentes que atacan la membrana que cubre la cabeza del espermatozoide y elimina su movilidad o las destruye por completo.

#### Contraindicaciones

- Alergia a algunos de los componentes del espermicida.
- Incapacidad para su uso correcto (defectos físicos, retraso mental, etc).
- Proceso inflamatorio vaginal.

#### Instrucciones para su Uso

1. La paciente debe estar en decúbito dorsal para que la aplicación sea adecuada.
2. Colocar el espermicida dentro de la vagina lo más cerca del cervix.
3. Espere el tiempo recomendado para cada producto (15 - 20°) antes de tener relaciones.
4. No realizarse lavados antes de las 6 horas del coito.
5. Usar una aplicación adicional para cada relación.

#### Complicaciones

- Irritaciones vulvo-vaginales
- Alergias

### III. METODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

#### 1. ORALES

Es uno de los métodos más usados para anticoncepción. Después de los métodos definitivos es el más seguro.

Las píldoras pueden ser:

##### a. Combinadas

- Monofásicas con cantidades fijas de estrógenos y progesterona para cada día.
- Multifásicas con cantidades variables.

Para:

- 21 días
- 28 días o sea 21 hormonales y 7 de hierro o placebo

Las píldoras están compuestas:

- Estrógenos sintéticos: Mestranol o etinilestradiol
- Progesterona: Noretinodrel (efecto estrogénico), acetato de norentindrona y norgestrel (antiestrogénica y androgénicas)

b. La píldora de sólo progesterona que se toman en forma continua sin interrupción, se aconseja en caso de post-parto, lactancia, cefalea.

c. Píldora post-coital: Son las píldoras combinadas (etinilestradiol + norgestrel) que se toman después de una relación no protegida.

#### Mecanismos de Acción

- El progestágeno modifica el moco cervical impidiendo el paso de los espermatozoides.
- Supresión de la liberación de FSH, LH, bloqueo del pico ovulatorio.
- Inhibición de la ovulación

- Inhibición de los esteroides y del desarrollo de los folículos
- Atrofia glandular del endometrio

### Eficacia

Las píldoras combinadas tienen un falla del 0.5 - 2% y las de progesterona 2.5%.

### Efectos Beneficiosos o Ventajas

1. Disminuye el dolor durante la menstruación (dismenorrea)
2. Disminuye la menorragia
3. Prevención de la endometriosis
4. Disminuye la incidencia de quistes de ovario
5. Supresión terapéutica de la ovulación
6. Disminución de riesgo de cáncer de endometrio
7. Disminuye la probabilidad de enfermedad benigna de mama
8. Disminuye la posibilidad de embarazo ectópico por inhibir la ovulación.
9. Disminuir la posibilidad de presentar enfermedad inflamatoria pélvica por espesamiento del moco sirviendo de barrera al paso de gérmenes.
10. Disminuye la incidencia de anemia por disminuir el sangrado menstrual.
11. Puede tener efectos beneficiosos en caso de acné e hirsutismo.

### Efectos colaterales

- Náuseas
- Aumento de peso
- Retención de líquido
- Mastodinea
- Alteraciones menstruales: spottings, hipermenorrea, amenorrea
- Cloasma
- Depresión
- Trombo-embolia, tromboflebitis
- Cefalea
- Colecistopatías

### Contraindicaciones

#### 1. Absolutas

- Antecedentes de tromboembolias
- Antecedentes de ACV
- Insuficiencia hepática u otra patología hepática
- Gestación

#### 2. Relativas

- Cefaleas intensas
- Diabetes
- Hipertensión
- Colecistopatías
- Lactancia
- Depresión
- Epilepsia

### Instrucciones para su Uso

1. Historia clínica para descartar contraindicaciones
2. Examen físico completo (mamas, pélvico)
3. PAP anual
4. Informar a la paciente de las ventajas, desventajas, efectos colaterales, etc.
5. Cuando se inicia la toma de pastilla se debe indicar a la paciente:

- Iniciar la toma de tabletas en algunos casos el primer día de regla y en otros el quinto día de regla; se tomará diariamente, de preferencia a la misma hora; si por algún motivo se olvidó de tomarla en el momento indicado deberá hacerlo en el transcurso del día o al día siguiente tomar (2) juntas, hasta terminarlas todas.

En caso de ser 21 tabletas, luego de terminarlas habrá un período de una semana en que no las tomará, período en el cual presentará la regla, terminada esta semana iniciará la toma de otra caja de inmediato.

En caso de ser 28 tabletas se tomarán las 21 tabletas y luego se seguirá con las 7 tabletas de placebo o hierro, terminado esta se iniciará otra caja.

6. En los primeros 15 días se recomienda que se use además otro método para seguridad.
7. En caso de olvidarse varias veces de tomar las tabletas deberá usar otro método, por ejemplo condones.
8. Se debe advertir a la paciente que de presentar: dolor abdominal, dolor torácico o sensación de ahogo, cefaleas, visión borrosa, escotomas, dolor agudo en las pantorrillas, sensación de bultos en las mamas, ictericia, depresión, hemorragias, amenorrea; debe acudir de inmediato al médico.
9. En caso de que la paciente desee usar la píldoras de solo progesterona se le informará que debe tomarlas todos los días sin interrumpir.
10. Informar a la paciente que hay medicamentos que pueden disminuir o neutralizar el efecto anticonceptivo de las tabletas, entre ellas tenemos:  
Rifampicina, fenobarbital, ampicilina, sulfametoxipiridoxina, cloranfenicol, neomicina, nitrofurantoina, analgésicos, pirazonas, meprobamato, clordiazepoxide, antimicóticas (clotrimazol)
11. Si no se presenta ninguna molestia debe acudir cada tres meses para control y recibir las tabletas anticonceptivas.

## 2. INYECTABLES

Es un método de gran aceptación por la ventaja de usarse cada tres meses.

Se usan dos progestinas inyectables de depósito:

- Acetato de medroxiprogesterona
- Enantato de nortisterona

### Eficacia

Las tasas de falla están entre 0.3 y 0.4%

## Mecanismo de Acción

- Inhibición de ovulación
- Espesamiento del moco cervical
- Modificar el endometrio

## Contraindicaciones

Las mismas de las tabletas orales

## Efectos Colaterales

- Amenorrea
- Sangrado irregular

## Instrucciones para su Uso

1. Historia clínica, examen físico en especial de mamas y pélvico.
2. Papanicolaou
3. Explicar a la paciente sobre su mecanismo de acción, contraindicaciones, efectos colaterales y uso.
4. Para iniciar su uso se debe colocar una ampolla intramuscular el 3er día de regla o al 5to día.

Las siguientes dosis serán colocadas cada 60 a 90 días según la progestina.

5. Puede usarse post-parto a los 30 días como método anticonceptivo, no inhibe la lactancia.
6. También puede usarse después de un aborto.
7. Debe acudir a consulta si presenta algún efecto colateral.

## 3. NORPLANT

Es un método anticonceptivo hormonal altamente efectivo de acción prolongada y reversible.

Consta de 6 cápsulas de silástico selladas de 34 x 2.4 mm. que contiene levonorgestrel (6 x 36 mg.)

Se implantan sub-dérmicamente en la cara interna del brazo. El período de uso es de 5 años, después de los cuales deben retirarse.

#### Eficacia:

Tasa de embarazo menor del 2% en 5 años.

#### Mecanismo de Acción:

El levonorgestrel es liberado por difusión a través de las paredes de los tubos durante 5 años.

Su acción anticonceptiva es una combinación de:

- Inhibición de la ovulación
- Espesamiento del moco cervical
- Supresión del desarrollo endometrial

#### Ventajas:

- No contiene estrógenos
- Incrementa la hemoglobina
- No produce variaciones de la presión arterial
- No hay cambios adversos en las lipoproteínas
- Bajo riesgo de embarazo ectópico
- Reversibilidad al mes de retiro del implante
- Duración de anticonceptivo efectiva 5 años

#### Indicaciones:

1. Deseo de un método anticonceptivo de acción prolongada y reversible.
2. Falta de seguridad en la decisión de optar un método anticonceptivo definitivo.
3. Mujer que tengan contradicciones para el uso de estrógenos.
4. **Post aborto inmediato**
5. En mujeres que presentan contraindicaciones para el DIU, anticonceptivos orales o inyectables.

#### Contraindicaciones:

- Gestación
- Hepatopatías
- Ictericia o prurito durante el embarazo
- Síndrome de Dubin-Johnson y Rotor
- Anemia falciforme
- Cáncer de mama
- Herpes gestacional
- Relativa en fumadoras
- Lactancia materna

#### Efectos Secundarios

- Irregularidad menstrual, spotting, amenorrea
- Náuseas
- Pérdida de apetito
- Mareos
- Cefalea
- Cambios en la libido y el peso
- Acné
- Depresión
- Expulsión del implante (rara vez)
- Infección de la zona del implante (rara vez)

#### Requisitos

- Deseo de usar un método anticonceptivo de acción prolongada y reversible
- Solicitud para optar el método
- Aceptación por el médico encargado de Planificación familiar
- Historia clínica, Examen físico (mamas, pélvico), PAP

#### Técnicas de Inserción:

Los implantes se insertan en la cara interna del brazo a 6 a 8 cm por encima de pliegue del codo en forma de abanico.

1. La paciente deberá estar en decúbito dorsal con el brazo extendido (derecho si es zurda e izquierdo si es diestra) Asepsia de

la zona de inserción

2. Cubrir el brazo con, campos estériles dejando libre la zona de inserción.
3. Verificar que el instrumental se encuentre estéril en especial el trocar # 10. Revisar si se encuentran los 6 implantes.
4. Anestésiar la zona de inserción con xilocaina al 1% en forma de abanico.
5. Con el bisturí o el trocar hágase una incisión de 2 mm.
6. Inserte la punta del trocar a través de la incisión. El trocar está marcado en dos partes, cerca de la punta y en el cuerpo de la cánula.  
Empujar suavemente el trocar dentro de la incisión hasta llegar a la marca superior del trocar, unos 4 a 4.5 cm. al empujar el trocar mantener la presión hacia arriba para que los implantes se inserten debajo de la piel.
7. Introduzca el implante en el trocar, con el embolo empujar suavemente el implante hacia la punta del trocar hasta sentir resistencia. Retirar el trocar, sujetando el embolo con posición estacionaria hasta que la marca próxima a la punta sea visible en la incisión y se sienta que el implante sale del trocar. Dejar unos 0.5 cm. entre la incisión y la punta de los implantes. No sacar el trocar de la incisión. Pálpese el brazo para estar seguro de la localización del implante.
8. Introduzcase el segundo implante en el trocar. Para colocar el siguiente cambie de dirección el trocar formando ángulo; y así sucesivamente hasta quedar los 6 colocados en forma de abanico.
9. Después de insertar los implantes, presionar el lugar de la incisión y colocar un curita.
10. Cúbrase la incisión con una compresa seca y véndese el brazo para evitar hemorragias. No debe quitarse ni mojarse el vendaje por 4 días, luego retírelo.

#### Extracción:

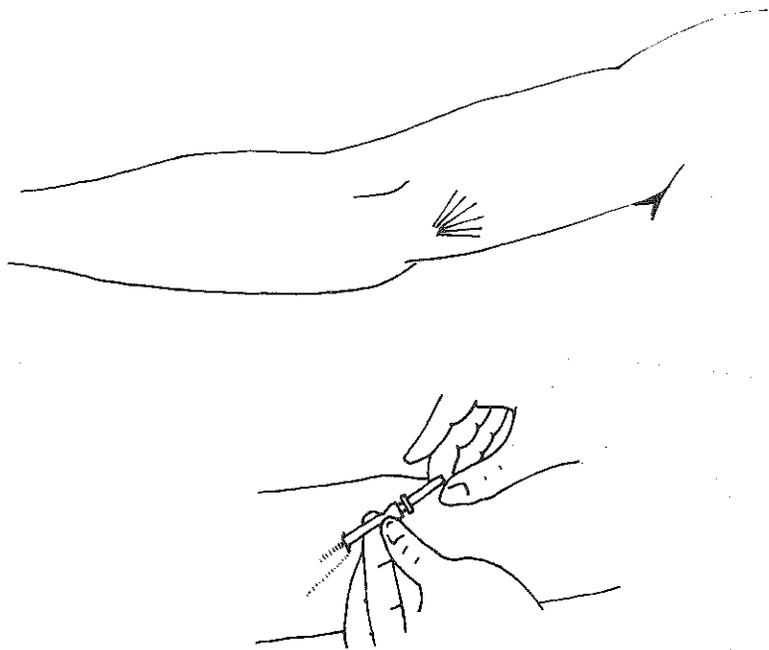
- Se realizará al final del quinto año o antes si existe algún efecto secundario grave o si la paciente desea gestar.
- Paciente en decúbito dorsal con el brazo extendido sobre una mesa.
- Asepsia de la zona

- Localizar los implantes y marcarlos.
- Aplicar anestesia local debajo de los extremos proximales de los implantes.
- Realizar una incisión con el bisturí, de 4 milímetros.
- Empujar con los dedos el implante desde el extremo distal en sentido de la incisión; coger la punta con una pinza mosquito, con el bisturí abrir la cápsula de tejido formado alrededor del implante.
- Sacar el implante con una pinza crile (los 6).
- Si se desea otro implante, colocarlo de inmediato por la misma incisión, en sentido contrario.
- Cierre de la incisión con un vendaje previa revisión de hemostasia.

#### Indicaciones para la Paciente:

- Información sobre el método
- La paciente debe informar sobre antecedentes patológicos de importancia
- Debe dejar de fumar
- Después de colocado el implante concurrir periódicamente para su control (al mes, luego cada 3 meses y posteriormente cada 6 meses)
- Consultar con su médico si sospecha gestación, infección del área de implante, expulsión de alguno de los implantes, dolor en bajo vientre, sangrado abundante.
- Explicarle los efectos secundarios
- Si desea colocarse otro, retirar el anterior en los días de regla e implantarle otro de inmediato en sentido contrario.

FIG. 16 APLICACION DE NORPLANT



#### IV. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

Son pequeños elementos (objetos) de material plástico inerte que se introducen en la cavidad uterina como anticonceptivos de larga duración. Actualmente se potencian con imbrincado de cobre o con progesterona para mejorar su efecto anticonceptivo.

El DIU es un método anticonceptivo seguro y eficaz para las mujeres que reciben asesoría adecuada y que no tienen contraindicaciones para su uso.

##### Mecanismo de acción

1. Altera las reacciones del endometrio.
2. Aumenta la producción de prostaglandinas.
3. En el caso de los DIU reforzados con cobre interfieren con los estrógeno-receptores uterino y en la motilidad de los espermatozoides. El cobre tiene acción neutralizante sobre el Zinc de las enzimas del semen.
4. En el caso de los DIU reforzados con Progesterona. Esta altera el proceso de proliferación-secreción del endometrio y modifica e inhibe la producción del moco cervical haciéndolo inhóspito para el transporte del espermatozoide.

##### Tipos de DIU

- Asa de Lippes
- DIU reforzado con cobre (TCu 220C, 7 de Cu, TGu 38A, etc.)
- DIU reforzado con progesterona
- TCu 380A tiene un potencial anticonceptivo de por lo menos ochos años.

##### Eficacia

- Tasa de falla 1 a 3%  
Contribuyen:
  - Fallas en la técnica de inserción.
  - Deficiente capacitación y entrenamiento.
  - Falta de control y asesoría.
  - Mala indicación (ej. DIU en el pos partum inmediato)

### Contraindicaciones:

#### A. Absolutas

- Infecciones pélvicas.
- Gestación.
- Papanicolaou anormal.
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Cáncer ginecológico.
- Cervicitis y/o colpitis aguda.

#### B. Relativas

- Hemorragia uterina de etiología desconocida
- Fibromatosis uterina
- Anomalía de los órganos genitales (vagina, útero)
- Cavidad uterina menor de 6 cm. o mayor de 9 cm.
- Dismenorrea severa
- Nuliparidad
- Valvulopatía cardíaca
- Alergia al Cobre

### Selección de la paciente:

1. Historia clínica completa
2. Examen físico en especial pélvico
3. Tomar una muestra para papanicolau
4. Ampliar la investigación sobre antecedentes de abortos infectados e infecciones puerperales
5. Dar información y consejería
6. Si en la evaluación no se detecta patología alguna puede ser candidata a usuaria de DIU.

### Tiempo de Inserción:

De preferencias debe realizarse la inserción del DIU durante la menstruación porque la probabilidad de gestación es alejada.

### Técnicas de inserción del DIU:

1. Historia clínica y examen pélvico.
2. Verificar que el instrumental necesario (especulo, pinza de

cuello, tijera, pinza de Boseman, etc.) guantes, algodón, DIU, se encuentren estériles.

3. Colocar un especulo vaginal, limpiar el cervix con un antiséptico.
4. Colocar una pinza de cuello en el labio anterior y traccionarlo, realizar la histerometría.
5. Se carga el DIU en el aplicador.
6. Insertar el DIU en la cavidad uterina, traccionando la pinza de cuello suavemente, introducir el aplicador, asegurarse que el DIU quede en el fondo uterino, retirar el aplicador, cortar los hilos guía del DIU.
7. Retirar la pinza de cuello, verificar la hemostasia.
8. Se retira el especulo.
9. La paciente no debe levantarse de inmediato para evitar un síncope transitorio.
10. Donde fuera posible, realizar examen ecográfico para confirmar su posición correcta. Obligatorio en trabajos de investigación.

### Instrucciones para el Paciente:

- Se recomienda el uso de otro método anticonceptivo durante el primer mes.
- Se enseñará a la paciente a controlar el DIU tactando los hilos.
- Control mensual en el centro de salud más cercano a su domicilio durante 3 meses, luego cada 3 meses, si fuera posible control ecográfico.
- Debe consultar a su médico en caso de presentar:
  - a. Atraso o ausencia de regla, sospecha de embarazo.
  - b. Dolor abdominal
  - c. Alza térmica
  - d. Reglas abundantes, spotting
  - e. Vulvovaginitis severa

### Efectos Colaterales:

- Hipermenorrea en los primeros meses
- Sangrado intermenstrual
- Dolor, dismenorrea

FIG. 17 DISPOSITIVO INTRAUTERINO  
TECNICA DE APLICACION

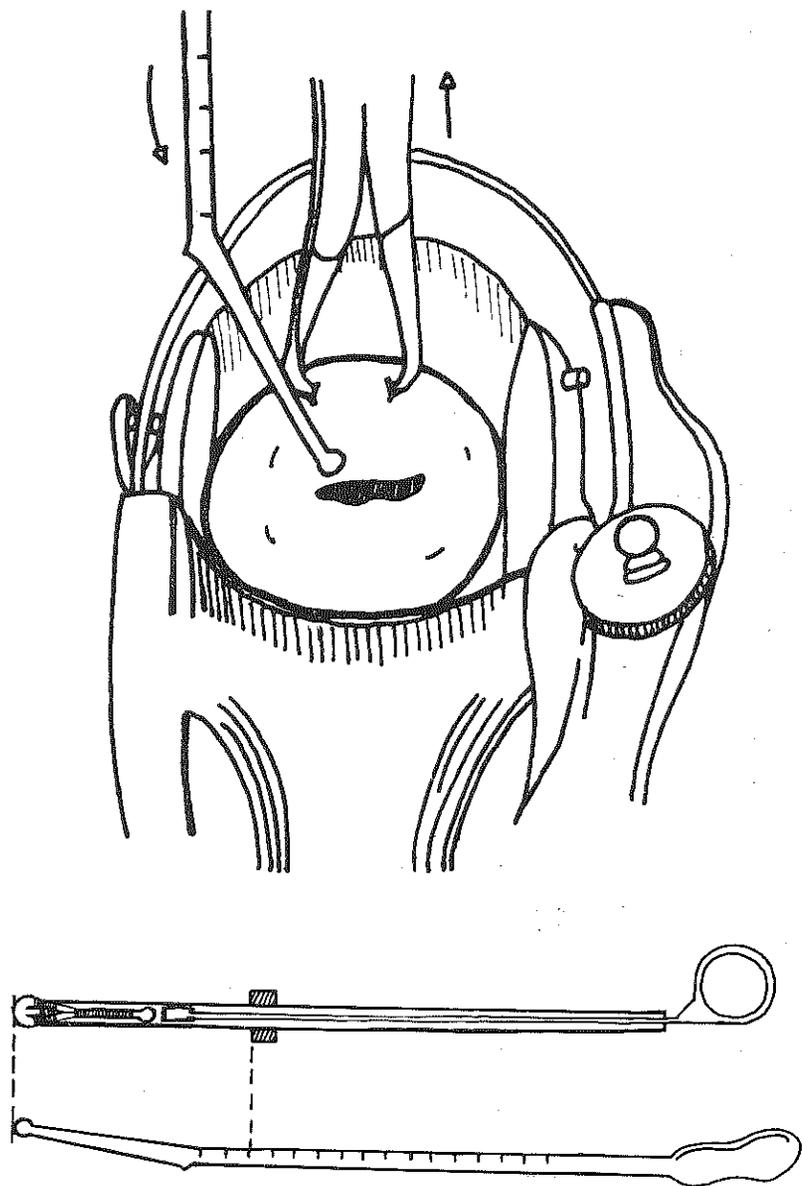
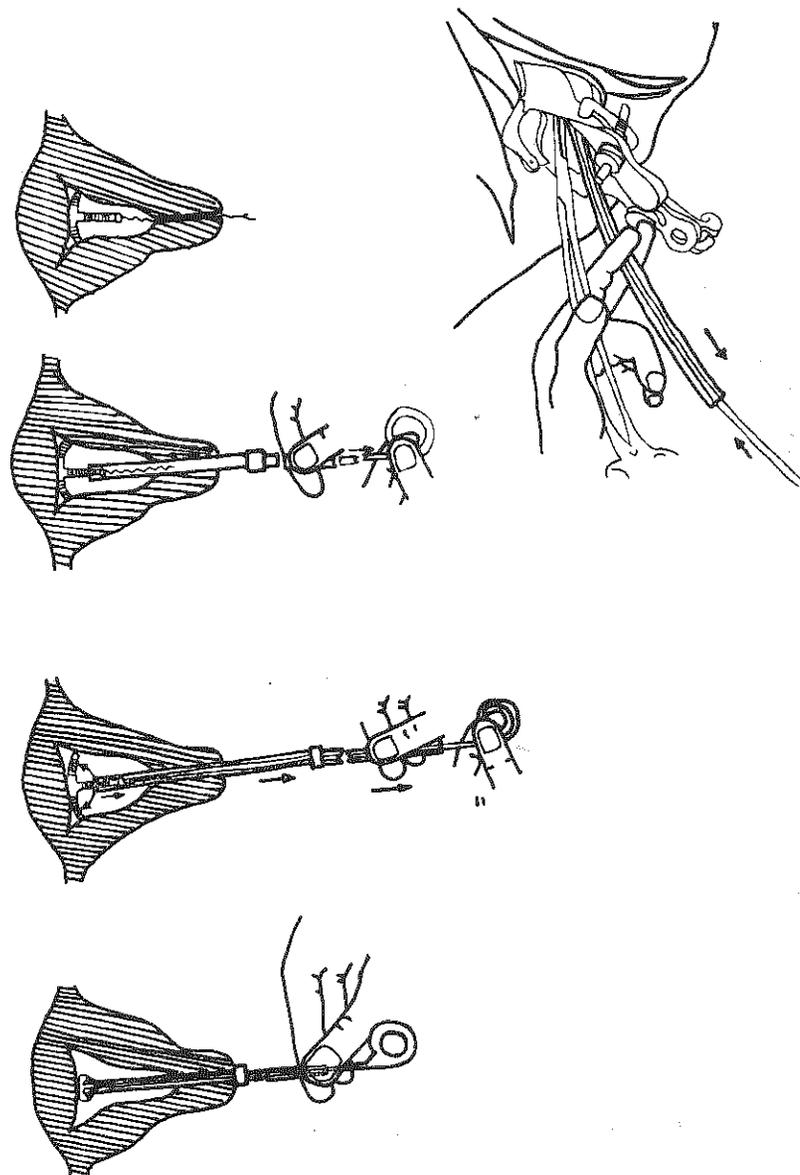


FIG. 18 DISPOSITIVO INTRAUTERINO  
PASOS PARA LA INSERCIÓN



### Complicaciones:

- Perforación uterina
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Embarazo
- Embarazo ectópico
- DIU impactado
- Expulsión

### Causas de Retiro de DIU:

- Vencimiento del DIU
- Cambio de método
- Deseo de gestar
- Gestación
- Dolor intenso que no cede al tratamiento
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Hemorragia profusa

### Técnicas para el Retiro:

- El retiro puede ser realizado en cualquier momento del ciclo.
- Paciente en posición de litotomía.
- Colocar un espéculo vaginal.
- Limpiar el cervix con un antiséptico.
- Coger los hilos con una pinza de Boseman, traccionarlo hasta retirar el DIU
- En caso de no poder retirarlo (los hilos guías no se encuentran, DIU extraviado o impactado), se debe enviar a la paciente a un hospital.

## V. METODOS DEFINITIVOS QUIRURGICOS

Teniendo en cuenta que la planificación familiar permite disminuir la morbi-mortalidad materno infantil.

Actualmente se tiende a buscar métodos más seguros y duraderos.

Dentro de los métodos definitivos tenemos:

1. Oclusión tubaria para minilaparatomía con anestesia local. Oclusión tubaria durante la cesárea.
2. Vasectomía.
3. Laparoscopia más oclusión tubaria.

### 1. Oclusión Tubaria por Minilaparatomia con Anestesia Local:

Se realiza una pequeña incisión ya sea infraumbilical (post-parto) o suprapúbica (de intervalo), previa anestesia local de la pared abdominal, se localizan las trompas procediendo luego a ligarlas y cortarlas.

### Eficacia

Tasa de fallas 0.04%

### Requisitos

- Consentimiento informado
- Alto riesgo reproductivo
- Solicitud de procedimiento firmado por la pareja
- Evaluación clínica pre-operatoria
- Autorización para el procedimiento firmado por el gineco-obstetra que evalúa a la paciente, probablemente el mismo que va a realizar el procedimiento y por el jefe del departamento de gineco-obstetricia.

### Indicaciones:

- Alto riesgo reproductivo (formato I)
- Deseo de planificación definitiva

### Contraindicaciones:

1. Embarazo
2. Recién nacido en condiciones dudosas
3. Indecisión de la pareja
4. Contraindicaciones legales según el país

5. Antecedentes de cirugía pélvica
6. Obesidad
7. Antecedentes de enfermedad pélvica
8. Patología pelviana (tumores, endometriosis, endometritis, etc.)
9. Enfermedades cardiovasculares descompensadas
10. Edad y paridad relativa

#### Ventajas

- La técnica de oclusión tubaria por minilaparatomía con anestesia local, permite a la paciente regresar a su hogar el mismo día del procedimiento.
- Evita las complicaciones de la anestesia general y/o regional
- Es un técnica sencilla en manos experimentadas.
- El costo es menor
- El método es definitivo y permite a la mujer contar con un método seguro y no requiere mayor control.
- Es ideal concurrir a la consulta para recibir sus anticonceptivos.
- Es ideal para paciente que viven en lugares apartados y no pueden concurrir a la consulta para recibir sus anticonceptivos.

#### Desventajas:

- Es un método irreversible

#### Procedimiento:

- Consejería.
- Historia clínica.
- Examen físico en especial pélvico.
- Análisis Hb, Hto, grupo y RH.
- Autorización firmada por la pareja, médico gineco-obstetra que evalúa a la paciente y por el jefe del departamento de G. O. (formato II)
- Informar a la paciente de las ventajas y desventajas, etapas de la operación, efectos colaterales, cuidados post-operatorio, medicación a usar, cuando debe reiniciar sus actividades y relaciones sexuales.
- Indicaciones pre y post operatorias.
- Dar la cita para el día en que se realizará el procedimiento.

#### Técnicas Quirúrgicas:

##### a. Puerperal

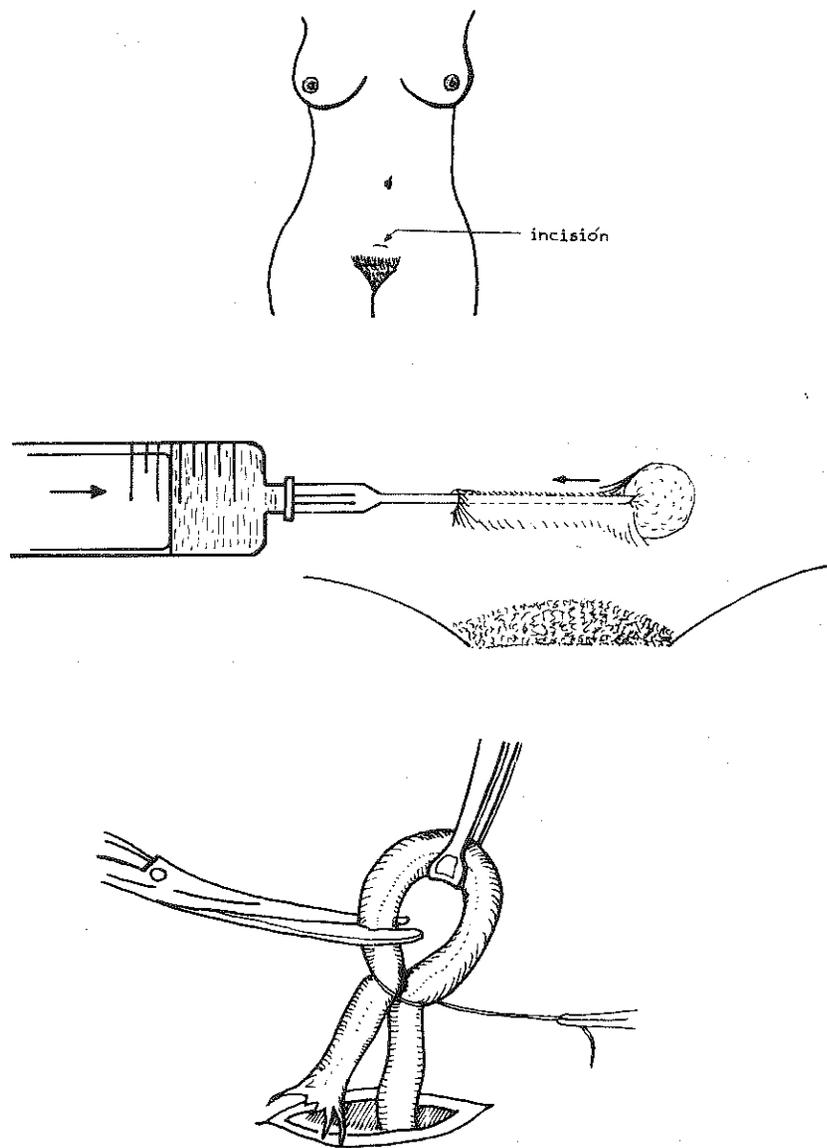
1. Posición en decúbito dorsal
2. Control de funciones vitales
3. Colocación de venoclisis (dextrosa, cloruro)
4. Aplicar una ampolla de 10 mg. de diazepam E.V.
5. Asepsia de la pared abdominal
6. Colocación de campos
7. Infiltración infraumbilical con xilocaína sin epinefrina en la zona en donde se va a intervenir.
8. Realizar una incisión de 2 a 3 cm.
9. Apertura de pared por planos
10. Colocación de separadores
11. Ubicación del fono uterino
12. Ubicación de las trompas ayudándose con el elevador de trompas y una pinza de canastilla, teniendo cuidado de su identificación para no tocar intestinos o ligamento redondos.
13. Pinzamiento de una porción de la trompa en el área menos vascularizada.
14. Ligadura con catgut o ethicon y luego corte según técnica Pomeroy
15. Verificación de la hemostasia
16. cierre de pared por plano con catgut
17. Piel con sutura intradérmica o puntos separados
18. Cubrir la herida operatoria con una gasa pequeña
19. Pasar a la paciente a recuperación (previo control de funciones vitales), por 2 a 4 horas se le realizarán sus controles pertinentes.
20. Alta con funciones vitales estables e indicaciones.

##### b. De intervalo:

El procedimiento es similar en muchos aspectos a la puerperal

1. Posición litotomía
2. Control de funciones vitales
3. Colocación de venoclisis (dextrosa o cloruro)

FIG. 19 ANTICONCEPCION QUIRURGICA  
CON ANESTESIA LOCAL



4. Aplicación de una ampolla de 10 mg. de diazepam E.V.
5. Asepsia la pared abdominal genitales externos y vaginales, evacuación vesical
6. Colocación de pierneras y campos
7. Se coloca un espéculo, se verifica si el cuello está limpio, se coloca una pizna de cuello en el labio anterior, traccionar y colocar el elevador uterino
8. Cambio de guantes
9. Se realiza la infiltración de pared sobre el pubis con xilo-caína sin epinefrina
10. Apertura de pared por planos
11. Colocación de separadores para ubicar el útero con ayuda del elevador uterino, se rota el útero hacia una de los lados para localizar las trompas ayudándose con el elevador de trompas y las pinzas de canastilla
12. Identificar las trompas para no lesionar intestinos o ligamentos redondos
13. Pinzar un segmento de la trompa que sea menos vascularizada, ligarlo con catgut y luego cortarlo
14. Verificación de la hemostasia
15. Cierre de pared por planos

#### Indicaciones Post Operatoria:

- Reposo relativo
- Baño diario cubriéndose la herida
- Analgésico tipo aspirina a acetaminofen
- Antibióticos en caso de manipulación excesiva o accidentes
- Recomendar cuando debe reiniciar sus actividades
- Cita en 1 semana para retiro de puntos y evaluación.

#### 2. Vasectomía

Es un método anticonceptivo definitivo para el varón. Es una técnica sencilla, rápida y sin complicaciones mayores. Consiste en ligar y cortar los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto.

### Eficacia

100% después de 6 a 10 semanas

### Ventajas

- Es un método definitivo
- Raramente se presentan complicaciones
- Es una intervención rápida
- Bajo costo

### Desventaja

Irreversibilidad

### Requisitos:

- Alto riesgo reproductivo
- Solicitud del procedimiento firmado por el paciente
- Autorización del médico gineco-obstetra que evaluó al paciente y del jefe del departamento de gineco-obstetrica

### Contraindicaciones:

- Patología del escroto y testículo
- Infecciones genitourinarias agudas

### Procedimiento:

- Evaluación del paciente historia clínica, examen físico en especial de los genitales
- Realizar Hb, grupo y Rh
- Verificar si están en regla la autorización
- Citar al paciente para la intervención en ayunas, previa información del procedimiento quirúrgico
- Dar las indicaciones pre-operatoria al paciente (higiene de los genitales, rasurado etc.)

### Técnicas Quirúrgicas: (con bisturí y sin bisturí)

1. Paciente en decúbito dorsal
2. Asepsia de los genitales

3. Colocación de campos
4. Localización del conducto deferente y fijarlo entre los dedos
5. Infiltrar xilocaína sin epinefrina en la zona operatoria plano por plano
6. Practicar una pequeña incisión o por divulsión con la pinza de Lee
7. Separar el tejido con pinzas mosquito hasta localizar el conducto deferente
8. Se sujeta la vaina del conducto deferente
9. Se incide sobre la vaina vascular
10. Se saca el conducto de la vaina con un gancho especial
11. Se corta y se liga ambos extremos
12. Sutura de cierre si es necesario

### Indicaciones Post Operatoria:

- Reposo
- Analgésicos en caso de dolor
- Cita para control en la semana
- Cita a los 2 meses con un espermograma para ver si hay azoospermia
- Cita cada mes hasta que presente azoospermia
- No relaciones o si las realiza usar otros métodos de anticoncepción

### Complicaciones

- Infección del conducto deferente, escroto etc.
- Hematoma
- Granuloma
- Epididimitis

### 3. Laparoscopia

Es una técnica endoscópica moderna de diagnóstico que actualmente se emplea en esterilización femenina.

Requiere de equipo sofisticado, entrenamiento especializado.

### Eficacia

Fallas del 0.2 al 2% de acuerdo al método de oclusión.

### Contraindicaciones

- Gestación
- Puerperio
- Cirugía abdominal previa con procesos, adherenciales.
- Procesos infecciosos agudo utero-anexiales
- Enfermedad inflamatoria pélvica crónica
- Utero retrovertido fijo
- Tumores pélvicos de origen ginecológico
- Insuficiencia cardio-respiratoria no compensada
- Trastornos de la coagulación (Diatesis hemorrágica)
- Hernias

### Complicaciones

#### Mayores

- Enfisema sub-cutáneo, sub-peritoneal o epiplón
- Dificultades cardio-respiratorias
- Perforaciones de vísceras: Intestino, vejiga, útero y anexos
- Lesiones de grandes vasos retro-peritoneales
- Desgarros de mesosalpinx
- Hemorragias de vasos epigástricos, tubo-ováricos, etc
- Quemaduras de pared abdominal y vísceras.

#### Menores

- Náuseas y vómitos
- Dolor pelviano
- Hematomas e infecciones de pared abdominal (zona de incisión)
- Salpingitis
- Fiebre moderada

### Ventajas

- Baja tasa de complicaciones

- Morbilidad mínima
- Utiliza anestesia local
- Rápida recuperación que permite ser ambulatoria
- Usa el mismo equipo de laparoscopia diagnóstica
- Pequeña cicatriz

### Desventajas

- Requiere equipo sofisticado de alto costo
- Requiere de entrenamiento y destreza
- El equipo requiere especial mantenimiento

## VI. ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA (Post Coital)

### Pildora Post Coital:

Se debe usar antes de cumplir las 72 horas de la relación no protegida, violación o falla de anticoncepción de barrera.

### Mecanismo de Acción:

- Hiperplasia retardada del endometrio

### Métodos

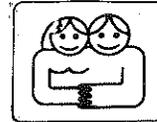
- 5 mg. de etinil estradiol durante 5 días
- 2 tabletas de 50 ug. de etinil estradiol + 250 ug. de levonorgestrel, repetidas a las 12 horas.
- 30 mg. de Benzoato de estradiol intramuscular por 5 días

### Efectos Colaterales:

- Congestión en mamas.
- Vómitos

### Inserción DIU Post Coital

Antes de las 72 horas de la relación no protegida.



## FORMATO I

### Programa Nacional de Planificación Familiar Historia Clínica de Prevención Quirúrgica del Riesgo Reproductivo

1. SERVICIO Ginecología \_\_\_\_\_  
Obstetricia \_\_\_\_\_  
Gineco-Obst. \_\_\_\_\_ ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_  
FECHA        
                  día mes año

2. IDENTIFICACION DE LA PACIENTE:

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Interior \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Rural \_\_\_\_\_  
EDAD   Grado de Instrucción  (A) Analfabeta (S) Secundaria  
(P) Primaria (SU) Superior

3. TOTAL EMBARAZOS   TOTAL PARTOS A TERMINO    
PARTOS PREMATUROS   ABORTOS   HIJOS VIVOS    
FECHA ULTIMA MENSTRUACION        
  día mes año

4. ANTECEDENTES PATOLOGICOS: (preguntar enfermedades cardiovasculares, tromboembólicas, hipertensivas, hepáticas, etc.) \_\_\_\_\_

5. RIESGO REPRODUCTIVO

MARCAR CON UNA X CUANDO LA RESPUESTA SEA AFIRMATIVA

EDAD DE LA MADRE Menos de 19 años 30 años o más <input type="checkbox"/>	NUMERO DE EMBARAZOS 4 embarazos o más <input type="checkbox"/>
TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL TERMINO DEL ULTIMO EMBARAZO Menos de un año Más de 4 años <input type="checkbox"/>	MALA HISTORIA OBSTETRICIA • Aborto • Prematuro • Hijo nacido muerto • Hijo muerto menor de un mes • Cesárea • Enfermedad Hipertensiva • Hemorragias <input type="checkbox"/>

Suma el Nº TOTAL de X y marque en el círculo correspondiente

→ **RIESGO REPRODUCTIVO** →

Ninguna (X) - Baja	<input type="radio"/>
Una (X) - Mediano	<input type="radio"/>
Dos (X) o más - Alto	<input type="radio"/>

La presencia actual de cualquiera de las siguientes enfermedades clasifica a la paciente como Alto Riesgo Reproductivo

1. Anemia Severa	7. Enfermedad Pulmonar
2. Enfermedad Mental	8. Cáncer
3. Enfermedad Cardiovascular	9. Diabetes
4. Enfermedad Neurológica	10. Cesareada dos veces
5. Enfermedad Renal	11. Enfermedades Congénitas
6. Enfermedad Hepática	12. Otros

EXAMEN MEDICO

Corazón \_\_\_\_\_ Utero \_\_\_\_\_  
 Pulmones \_\_\_\_\_ Anexos \_\_\_\_\_  
 Abdomen \_\_\_\_\_ Citología \_\_\_\_\_  
 Cuello \_\_\_\_\_ Alto riesgo obstétrico \_\_\_\_\_

T.A.        
 Máxima Mínima

Pulso Peso

Día   Mes   Año

OPERACION

HORA      
 A.M. P.M.

PREMEDICACION

LAPARASCOPIA (anillo)

MINILAP

Pomeroy

Tubectomía

POST-PARTO

POST-ABORTO

TRANSCESAREA

INTERVALO

Anestesia \_\_\_\_\_

Hallazgos \_\_\_\_\_

Accidentes quirúrgicos \_\_\_\_\_

Accidentes anestésicos \_\_\_\_\_

Nombre del Cirujano \_\_\_\_\_

Nombre del anestesta \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

POST-OPERATORIO INMEDIATO

HORA     PULSO     T.A.      
 A.M. P.M. Máxima Mínima

OBSERVACIONES

HORA     PULSO     T.A.      
 A.M. P.M. Máxima Mínima

OBSERVACIONES

INSTRUCCIONES SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO

- Seguir instrucciones del recuadro pequeño.
- La presencia actual de uno o más de las siguientes enfermedades califica a la paciente como alto riesgo reproductivo:
  - ANEMIA: cuando la hemoglobina sea menor de 6gr. % (anemia aguda)
  - ENFERMEDAD MENTAL: psicosis, oligofrenia.
  - ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: Hipertensión arterial severa o complicada, insuficiencia cardíaca, arritmias, prótesis vascular, con periodos de insuficiencia; algunas cardiopatías congénitas.
  - ENFERMEDAD NEUROLOGICA: incapacitantes como accidente cerebro-vascular reciente o recurrente, mielitis transversa, paraplejía espástica, miastenia gravis.
  - ENFERMEDAD RENAL: glomerulonefritis, pielonefritis crónica, insuficiencia renal.
  - ENFERMEDAD HEPATICA: insuficiencia hepática, cirrosis.
  - ENFERMEDAD PULMONAR: TRC activa y cualquiera que limite seriamente la capacidad pulmonar como asma bronquial grave, bronquitis crónica, enfisema, post-neumonectomía, etc.
  - CANCER: cualquier cáncer activo o antecedente de cáncer.
  - DIABETES: Todos los casos.
  - CESAREADA ANTERIORMENTE DOS VECES: se incluye histerotomías.
  - ENFERMEDADES CONGENITAS: Síndrome de Down y otras.
  - OTRAS: Isoinmunización, antecedentes de rotura uterina, cirugía cervico-vaginal previa, lupus eritematoso, otras enfermedades del colágeno y otras a criterio del médico responsable y del jefe del Dpto. o Servicio de Gineco-Obstetricia.



FORMATO II  
 Programa Nacional de Planificación Familiar

SOLICITUD Y AUTORIZACION DE ATENCION PARA LA PREVENCION QUIRURGICA DEL RIESGO REPRODUCTIVO

Establecimiento: \_\_\_\_\_ Historia Clínica Nº \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades mentales, habiendo sido informado (a) de los diferentes medios anticonceptivos disponibles, así como de las razones por las que mi estado de salud se vería seriamente comprometido en caso de embarazo, solicito y autorizo voluntariamente al Departamento o Servicio de \_\_\_\_\_ para que se efectúe en mi persona la operación de \_\_\_\_\_, entendiendo claramente que este tratamiento evitará nuevos embarazos.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19 \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del/de la solicitante

Nombre y Firma del /de la cónyuge

Libreta Electoral o Huella Digital

Libreta Electoral o Huella Digital

Autorización del Jefe del Departamento o del Servicio

Firma del Consultante

**NORMAS Y DIRECTIVAS ADMINISTRATIVAS PARA  
LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO  
APROBADAS POR RESOLUCIÓN MINISTERIAL  
N° 0240-83-SA/DVM DEL 27.10.83**

**BASE LEGAL**

- Código Sanitario, Artículos 1° y 4°
- Decreto Legislativo N° 70. Artículo 26°
- Resolución Ministerial N° 0157-83-SA/DVM.

**PROPOSITO**

*Normar procedimientos que permitan unificar las acciones administrativas en aspectos de regulación de la fecundidad en los casos clasificados como de alto riesgo.*

**OBJETIVO**

*Establecer las pautas que orienten al personal de Salud en la atención preventiva en los casos potenciales de embarazo de alto riesgo y que faciliten su control.*

**AMBITO**

*A aplicarse por el Personal de Salud en los Establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, de acuerdo a su complejidad.*

**PROCEDIMIENTOS:**

**I. ADMINISTRATIVOS**

1. Toda consultante, embarazada o no, que después de los exámenes médicos y auxiliares es calificada como caso potencial de alto riesgo, debe recibir información veraz al respecto.
2. La Información debe ser clara y amplia sobre los riesgos que corre su situación de salud y de vida en un nuevo embarazo.
3. La información debe comprender las características del tratamiento que se le ofrece, sus ventajas y desventajas, aún la irreversibilidad.
4. Dada la información, se deja a su libre criterio la decisión de aceptar o no el tratamiento de prevención del embarazo de alto riesgo.
5. En caso de solicitar el tratamiento, lo hará en forma escrita, llenando el formato de solicitud. (Ver anexo).
6. Firmada la solicitud, el médico consultante la llevará al jefe del Departamento o Servicio de Gineco-Obstetricia para su dictamen.
7. Si el Establecimiento de Salud cuenta con un solo especialista, la autorización la dará el jefe del establecimiento.
8. Los casos de solicitudes no aceptadas, serán referidos a la consulta de Planificación Familiar del Establecimiento de Salud, para su atención.
9. Periódicamente el Departamento o Servicio hará una revisión de todos los casos. El lapso entre cada revisión dependerá de la frecuencia de casos, no debiendo ser mayor de un año.

**II. TECNICOS**

1. Calificado el caso como de ALTO RIESGO, se procederá de acuerdo a la presente directiva.
2. El tratamiento preventivo será realizado sólo por profesional Médico entrenado de acuerdo a las normas del Departamento o Servicio.

**III. EDUCATIVOS**

1. La Información a la pareja se hará siguiendo las técnicas de la entrevista.
2. Debe comprender amplia explicación sobre los riesgos y molestias inmediatas a la aplicación del tratamiento.
3. Igualmente, sobre las posibles complicaciones y repercusiones posteriores al tratamiento.

## CAPITULO TERCERO

### ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL (ETS) \*

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son relativamente frecuentes unas más que otras. Muchas de ellas son ignoradas por la persona portadora porque no ha prestado importancia debida a las manifestaciones clínicas, ya sea por falta de motivación, cultura, responsabilidad, falta de asistencia médica o indiferencia. La asistencia al consultorio de planificación familiar puede ser la mejor oportunidad para diagnosticarlas y tratarlas en pacientes que de otra manera la dejarían ignorantemente evolucionar sin recurrir a la asistencia profesional.

Las principales son:

- Tricomoniasis
- Candidiasis
- Gardnerella Vaginalis
- Chlamydia Trachomatis
- Herpes Genital
- Sífilis
- Gonorrea
- Condiloma Acuminado
- Micoplasmas Genitales
- Granuloma Inguinal
- Chancro Blando
- Molusco Contagioso
- Linfogranuloma Venereo
- Pediculosis del Pubis
- SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida)
- Hepatitis B, no-A, no-B

\* De los textos: "Tratado de Obstetricia" Tomo II, Lima, 3era. Edición. "Manual de Ginecología", Lima, 1ra. Edición. (con autorización escrita del autor, Dr. Andrés Mongrut Steane)

## TRICOMONIASIS

### Concepto

La tricomoniasis es una ETS, producida por la *Tricomona vaginalis*, parásito unicelular y flagelado que afecta el tracto génito urinario en ambos sexos. Puede transmitirse raramente por toallas, ropa, equipos de irrigación e instrumentos de examen contaminados.

### Etiología

*Tricomona vaginalis* es un parásito oval de 15 a 20 micras, flagelado, con movimientos rotatorios oscilantes, que se desarrolla en medio vaginal menos ácido que lo normal con Ph entre 5 y 6.

### Manifestaciones clínicas

Se localiza en vulva, vagina, cuello y vías urinarias, produciendo los siguientes síntomas:

- a. Leucorrea, abundante, espumosa, de color verdoso, maloliente.
- b. Prurito intenso en la zona vulvar y perineal, que aumenta con el ejercicio.
- c. Manifestaciones urinarias como disuria y polaquiuria...
- d. Eritema y edema de las mucosas y en el cuello aspecto rojizo de fresa.

### Diagnóstico

Se establece por las manifestaciones sintomáticas y la identificación microscópica en el examen directo o por coloración.

### Tratamiento

- a. El tratamiento específico se establece por vía oral y local con el metronidazol y sus derivados tinidazol, nimorazol, segnidazol, ornidazol, etc.
- b. Descartar otras ETS que pueden estar presentes.

FIG. 20 TRICOMONIASIS: LESIONES EN CUELLO UTERINO



- c. El tratamiento debe extenderse a la pareja.
- d. Restauración del Ph vaginal.
- e. Durante el embarazo sólo se administrará tratamiento local sintomático después de las doce semanas de gestación. Tratar al compañero sexual.

## CANDIDIASIS

### Concepto

Es una ETS producida por hongos del grupo *Cándida*, con predominio de *Cándida albicans*. Puede desarrollarse también como una micosis oportunista a partir de una fuente endógena.

Su frecuencia ha aumentado encontrándose en 7 a 20% de mujeres no gestantes y hasta 20 a 50% en embarazadas.

### Etiología

En su localización vulvo-vaginal se encuentra predominio de *Cándida albicans*. En los cultivos puede encontrarse también *Cándida steladoidea*, *C. guilliermondi*, *C. krusei*, *C. para krusei*, *C. tropicalis*, *C. seudotropicalis*, además de otras especies como *Torulopsis glabatra*, *sacharomises* y *Geotricum*.

Morfológicamente es una levadura de forma oval, con yemas pseudo hifas, Gram positivo, de 4 a 6 micras. fermenta la glucosa y la maltosa. Se desarrolla cuando el Ph vaginal es menos ácido (5.5 a 6.8).

### Manifestaciones clínicas

- a. **Leucorrea:** Es la causa más frecuente de leucorrea, como flujo de color blanco, inoloro, con el aspecto de cuajo o leche cortada.
- b. **Prurito:** Es intenso, obligando al rascado. Se acentúa en la fase premenstrual y se produce por la fermentación de los hidratos de carbono, con liberación de aldehído acético y ácido pirúvico.
- c. **Dispareunia y disuria.**
- d. **Irritación y eritema de la zona vulvo-vaginal.**

- e. En el varón pueden referirse balanopostitis y lesiones discretas en el pene.

### Diagnóstico

De acuerdo a los síntomas y al examen clínico. Se confirma al examen microscópico. Se cultiva en los medios de Sabouraud o de Nickerson a la temperatura de 32 grados, en los casos positivos a las 24 a 48 horas hay desarrollo de las colonias.

### Tratamiento

- Tratamiento local específico con los derivados del imidazol, en forma de óvulos o de cremas. Puede usarse económicamente embrocaduras de violeta de genciana al 1%, esperando que se seque antes de movilizar a la paciente.
- Por vía oral puede administrarse el Ketoquenazol que tiene acción sistémica, pero contraindicado en el embarazo.
- Estudio y despistaje de factores presdisponentes y condicionantes.
- Control de la enfermedad condicionante, si la hubiera.
- Control de reinfección.

## GARDNERELLA VAGINALIS

### Concepto

Es una agente de transmisión sexual, causa de la llamada antes vaginitis inespecífica. Conjuntamente con gérmenes anaerobios causa la leucorrea de la Vaginosis bacteriana.

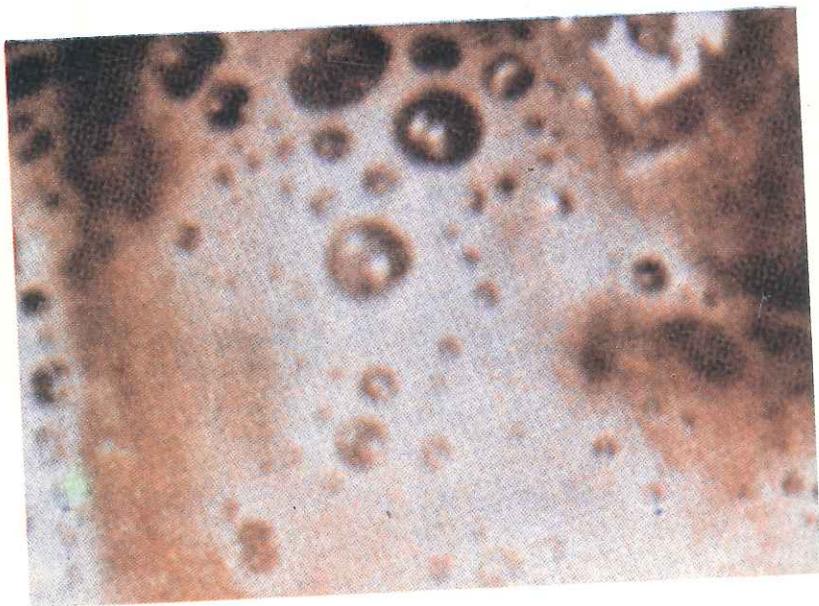
### Etiología

Gardnerella vaginalis es un cocobacilo Gram negativo, que rodea a las células (clue cells). se desarrolla en Ph menos ácido que lo normal con participación de la flora aneróbica y modificaciones bioquímicas de la vagina y disminución o ausencia de B. Döderlein.

FIG. 21 CANDIDIASIS



FIG. 22 GARDNERELLA VAGINALIS



### **Manifestaciones clínicas**

- Leucorrea, homogénea fluida, adherente, de color blanco grisáceo, algo espumosa, de olor fétido a pescado descompuesto.
- Prurito o ardor discretos.
- El mal olor se intensifica después del coito.

### **Diagnóstico**

- Por las características de la leucorrea.
- En un portaobjetos, colocar una muestra de leucorrea, se le agrega una gota de KOH al 10%, produciéndose la liberación de aminas con intensificación del olor fétido.
- Identificación microscópica de los "clue cells"
- Cultivos.

### **Tratamiento**

- Ampicilina
- Metronidazol
- En las gestantes sólo ampicilina.
- Tratar al compañero sexual.

## **CHLAMIDIASIS**

### **Concepto**

Es una ETS producida por *Chlamydia trachomatis*, muy frecuente, con manifestaciones clínicas variables. Es el principal agente de la uretritis no gonocócicas, además de los *Mycoplasmas*.

### **Etiología**

*Chlamydia trachomatis* es un parásito intracelular obligado, Gram negativo, que carece de mecanismos para producir energía metabólica, por que utiliza los metabolitos de la célula.

Los inmunotipos D, E, F, G, H, I, J, K del grupo *Chlamydiae* son los agentes de la ETS.

## Manifestaciones clínicas

Participa en una serie de síndromes clínicos:

- Cervicitis
- Uretritis
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica
- Rotura prematura de membranas
- Endometritis posaborto
- Endometritis posparto
- Conjuntivitis y neumonía en el recién nacido
- Prostatitis
- Epididimitis
- Peritonitis y perihepatitis
- Síndrome de Reiter

## Diagnóstico

- Diagnóstico clínico
- Examen citológico para demostrar las inclusiones citoplasmáticas.
- Cultivos (Muy costosos en la práctica)
- Inmunofluorescencia
- Fijación del complemento

## Tratamiento

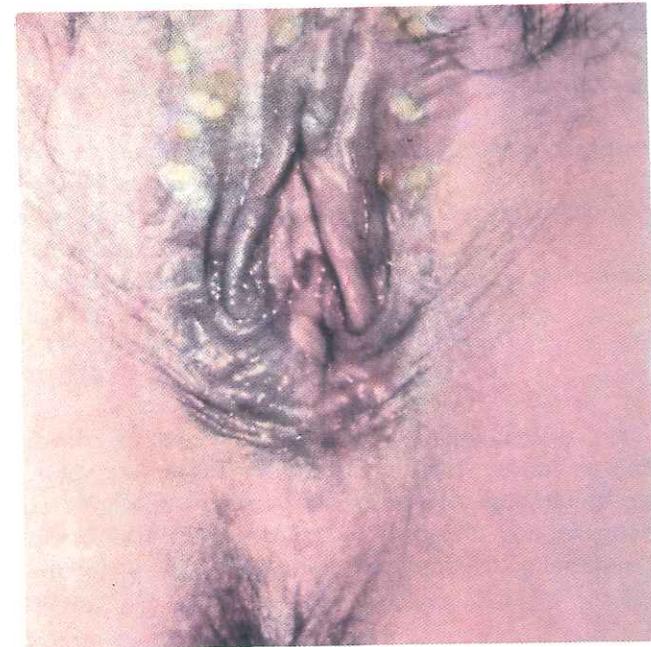
- Tetraciclinas, eritromicina, trimetoprim-sulfa, rifampicina, cefalosporinas, según los casos, indicaciones e intolerancia.
- Durante el embarazo sólo eritromicina.
- El tratamiento debe establecerse para la pareja.

## HERPES GENITAL

### Concepto

Es una ETS, transmitida por un herpes virus, tiene carácter crónico y recurrente y vinculación con el Ca de cuello uterino.

FIG. 23 HERPES GENITAL



## **Etiología**

La enfermedad es producida por el herpes virus tipo 2, con localización en el cervix, vagina, vulva, y periné, aunque puede haber variaciones en la localización de acuerdo a la conducta sexual. (Es diferente a las lesiones virales producidas en boca y piel originadas por herpes virus tipo 1, que no es venéreo.

## **Manifestaciones clínicas**

La incubación se realiza entre 3 y 7 días con parestesias y ardor local, seguidas de la aparición de vesículas aisladas o múltiples que en 24 a 48 horas se transforman en úlceras de 2 a 5 mm, dolorosas, superficiales, grisáceas, muy sensibles y no sangrantes.

- a. Si no hay infección secundaria desaparece en 3 semanas, para recurrir después de un tiempo.
- b. Si se produce infección secundaria, hay edema, dolor intenso y manifestaciones urinaris.
- c. Las lesiones recurrentes pueden ser menos intensas y más breves.

## **Diagnóstico**

1. Clínico de acuerdo a las características clínicas.
2. Citológico por las inclusiones virósicas en las células.
3. Por serología, investigando los anticuerpos específicos y la titulación de los mismos. Al principio son negativos, pero aumentan progresivamente manteniéndose después toda la vida.

## **Complicaciones**

- El herpes genital está relacionado epidemiológicamente con el Ca. de cuello uterino.
- En el embarazo es causa de aborto, parto prematuro y muertes fetales
- En el feto es causa de malformaciones como microcefalia, coriorretinitis y calcificaciones intracraneales. En el recién nacido puede ser causa de infección diseminada y muerte.

## Tratamiento

- No existe tratamiento específico.
- Se ha usado la vacuna antivariólica y la BCG.
- El aciclovir disminuye la sintomatología y acorta el tiempo de evolución.
- Mantener higiene rigurosa evitando la infección secundaria.
- Actualmente se ensaya la aplicación de idoxuridina.

## SIFILIS

### Concepto

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual producida por un microorganismo espirilar, que penetra en la piel y las mucosas a través de pequeñas abrasiones, multiplicándose en el punto de penetración y alrededores para invadir los ganglios linfáticos, los vasos sanguíneos y la sangre, diseminándose rápidamente antes de que se manifieste la lesión primaria.

### Etiología

El *Treponema pallidum* es un microorganismo espirilar del grupo de las espiroquetas. Es muy sensible a la desecación, la exposición al oxígeno y muere rápidamente por la acción del agua y jabón.

### Manifestaciones clínicas

Después de tres semanas de incubación aparece la lesión inicial.

### Etapas

1. **Sífilis primaria:** La lesión primaria es el chancro sifilítico o chancro duro, que se inicia como una pápula que se transforma luego en una úlcera única de 2 a 20 mm. cubierta de treponemas y de bordes duros sobresalientes.

- 2.- **Sífilis secundaria:** Se manifiesta después de 6 semanas a 6 meses de la infección con exantema que puede extenderse en todo el cuerpo, localización especial en palmas de manos y planta de pies, también presenta lesiones en la mucosa oral y vaginal. Puede haber linfadenopatía, fiebre, cefalea, dolor de garganta, dolores articulares. En las pacientes no tratadas, las lesiones desaparecen en 4 a 6 semanas.
- 3.- **Sífilis latente:** El paciente no tratado entra en una etapa latente con serología positiva, pero sin manifestaciones externas de la enfermedad.
- 4.- **Sífilis terciaria:** Presenta manifestaciones después de un período de latencia de 3 a 20 años, con aparición de gomas, endarteritis obliterante y neurosífilis.
- 5.- **Sífilis y embarazo:** La sífilis repercute severamente sobre el embarazo, especialmente sobre el producto. Es causa de aborto tardío, retardo del crecimiento intrauterino, muerte fetal, sífilis congénita.

### Diagnóstico

- Historia clínica y antecedentes.
- Presencia del chancro duro.
- Signos de sífilis secundaria.
- Manifestaciones de sífilis terciaria.
- Examen microscópico directo de una muestra tomada del chancro duro con tinción de Fontana o Levaditi, que permite identificar al treponema.
- Examen microscópico directo en campo oscuro.
- Prueba de VDRL.
- Prueba de FTA-Abs, de absorción de los anticuerpos antitreponémicos fluorescentes.
- La prueba TPI o de la inmovilización del *Treponema pallidum*.

### Tratamiento

1. **Tratamiento de la sífilis de menos de un año:** Penicilina benzatínica G. 2.4 millones IM, en una dosis. En caso de alergia a la penicilina usar Eritromicina 500 mg. 4 veces

al día por 15 días.

2- **Tratamiento de la sífilis de más de un año:**

Penicilina benzatínica G. 2.4 millones IM semanalmente por tres veces. Eritromicina 500 mg. 4 veces al día, durante treinta días.

3- **Tratamiento de la neurosífilis:**

Penicilina cristalina G acuosa 12 a 20 millones EV al día por diez días, continuar con Penicilina benzatínica G. 2.4 millones IM semanal por tres veces.

## GONORREA

### Concepto

La gonorrea, gonococia o blenorragia, es una enfermedad de transmisión sexual frecuente mundialmente, producida por el gonococo, se localiza en el epitelio cilíndrico y de transición.

### Etiología

Neisseria Gonorrhoeae o gonococo son microorganismos que se disponen por pares (diplococos), Gram negativos.

### Manifestaciones clínicas

La enfermedad se manifiesta por disuria y poliaquiuria, leucorrea abundante de color amarillo verdoso, dolor y sensibilidad pelviana, cervicitis y secreción purulenta.

En caso de localización anal se presenta prurito e irritación local, defecación dolorosa, constipación y secreción anal.

Pasada la fase aguda puede evolucionar crónicamente en forma asintomática. El gonococo es agente causal de salpingitis, bartolinitis, enfermedad inflamatoria pélvica artritis gonocócica, septicemia, perihepatitis e infertilidad.

### Diagnóstico

— Manifestaciones clínicas y los antecedentes de relaciones du-

- dosis o de enfermedad diagnosticada en la pareja.
- Identificación microscópica del gonococo en frotis de la secreción purulenta. Mediante coloración de Gram se identifica al gonococo, como un diplococo Gram negativo intracelular, al interior de los leucocitos polimorfonucleares.
- Cultivo en el medio Thayer-Martin.

### Tratamiento

- Penicilina G. procaínica acuosa 4.8 millones en dos aplicaciones separadas en dos días, Se acompañará de un gramo de probenecid por vía oral.
- Amoxicilina 3 gr. vía oral más un gramo de probenecid.
- Ampicilina 3.5 gr. por vía oral más un gramo de probenecid.
- Eritromicina 500 mg 4 veces al día durante 7 días, en caso de alergia a la penicilina.
- Doxicilina 100 mg. por vía oral, dos veces al día, por 7 días.
- Espectinomicina 2 gr. IM.
- Rosoxacina 300 mg. vía oral en dosis única.
- Debe indicarse tratamiento a la pareja.

## CONDILOMA ACUMINADO

### Concepto

Es una ETS, caracterizada por la formación de lesiones verrugosas en los genitales, se le conoce como verrugas venéreas, verrugas genitales. Son muy frecuentes.

### Etiología

Es producida por el Papiloma virus humano (HPV), del grupo de los papovavirus o virus que producen tumores. (Las verrugas de manos y pies no tienen carácter sexual)

### Manifestaciones clínicas

- Período de incubación de 2 a 8 meses.

- Formación de pequeñas neoplasias, de forma papilar, puntigudas, únicas o múltiples. El aumento de los condilomas es favorecido por el embarazo, la humedad y la falta de higiene. Su aspecto es típico.

### Diagnóstico

La localización y su aspecto característico permiten hacer el diagnóstico simplemente al examen objetivo de los condilomas.

- Por biopsia, histológicamente se encuentran constituidos por una estructura papilar de crecimiento arbóreo, cubierto por una capa de epitelio escamoso estratificado.

### Pronóstico

Casi siempre se encuentran en los condilomas HPV 6 y 11, mientras que la identificación de HPV16 y HPV 18 son relacionables con Ca de cuello uterino en los que se encuentran en el 70% de los casos.

### Tratamiento

- Suspensión de resina de podofilino del 10 al 20% en tintura de benjuí, para aplicaciones tópicas de acuerdo a técnica reglada. Contraindicado durante el embarazo.
- Aplicación tópica de ácido tricloacético.
- Crioterapia, electrocoagulación o tratamiento con láser.

## MICOPLASMAS GENITALES

### Concepto

Los micoplasmas son microorganismos sumamente pequeños que pueden colonizar el aparato genital produciendo diferentes síndromes. Son más frecuentes en los medios socio económicos bajos y en las personas promiscuas.

FIG. 24 CONDILOMA ACUMINADO



### **Morfología**

Los micoplasmas son microorganismos muy pequeños, anaerobios facultativos, cuyo metabolismo es preferencialmente por fermentación, su reproducción es por fisión binaria, carecen de membrana celular y pueden desarrollarse en medios libres de células.

### **Manifestaciones clínicas**

- Uretritis
- Prostatitis
- Leucorrea
- Corioamnionitis y rotura prematura de membranas
- Enfermedad inflamatoria pélvica

### **Diagnóstico**

- Presunción clínica
- Cultivos

### **Tratamiento**

- Tetraciclina
- Doxiciclina

## **GRANULOMA INGUINAL**

### **Concepto**

Es una ETS crónica, progresiva en genitales, región perineal y región anal, con lesiones granulomas ulcerativas y proliferativas que toman la piel y el tejido celular. Más frecuente en regiones tropicales y subtropicales y en la raza negra.

### **Etiología**

Es producido por la *Calymmatobacterium granulomatis*, tras-

mitida sexualmente. Se objetivan como cocobacilos intracitoplasmáticos de las células mononucleares (Cuerpo de Donovan).

### Manifestaciones clínicas

Tiempo exacto de incubación desconocido, puede ser de pocos días a tres meses. Aparece un nódulo o una úlcera formada por tejido de granulación que crece y después se abre en la parte central, con aspecto carnososo. Se produce hipertrofia y tumefacción de la región. La infección secundaria necrotiza la región e imparte olor fétido en la zona.

### Diagnóstico

Por las características clínicas y por el estudio histológico de cualquier tejido de granulación en la zona genital o perianal. Microscópicamente se identifican los cuerpos de Donovan intracitoplasmáticos.

### Tratamiento

- Tetraciclinas, estreptomina o eritromicina.
- Durante el embarazo solo usar eritromicina.
- En caso de crecimiento elefantiásico, indicar extirpación quirúrgica.

## CHANCRO BLANDO

### Concepto

Chancro blando o chancroide es una enfermedad de transmisión sexual producida por el Hemófilo Ducreyi, se localiza en los genitales como una úlcera irregular, autoinoculable, dolorosa, que con frecuencia causa supuración de los ganglios linfáticos de la región.

### Etiología

El agente etiológico es un bacilo gram-negativo denominado

FIG. 25 GRANULOMA INGUINAL



Hemófilo Ducreyi, que pertenece al grupo de bacterias hemófilas.

### Manifestaciones clínicas

El período de incubación es de 2 a 9 días.

La lesión se localiza en los genitales externos, puede también desarrollarse en el ano, vagina, cuello uterino y a veces en zonas extragenitales.

Aparece en la zona de inoculación como una pequeña papula roja, muy dolorosa, rodeada de una zona eritematosa, transformándose luego en vésico pústula que termina en úlcera.

Las úlceras miden de 1 a 2 centímetros, son dolorosas, generalmente únicas, no induradas, la base es gris, purulenta y sangran al ser tocadas.

Con frecuencia se presenta linfadenitis inguinal unilateral con formación de un "bubón" inguinal dolorosa, que afecta la piel que cubre el ganglio, presentándose prominente e inflamado.

Algunas úlceras aún con tratamiento persisten por 2 años.

El chancro blando puede complicarse con la rotura del bubón y la formación consiguiente de un fístula.

No hay inmunidad permanente después de la infección y de la curación de la enfermedad.

En la gestante afectada se considera que no existe peligro para el feto.

### Diagnóstico

1. Presencia de úlceras dolorosas en los genitales y la adenitis inguinal.
2. Frotis de la muestra tomada de las úlceras y de la pus de los bubones, teñidos mediante coloración de Gram e identificación del bacilo gram-negativo, dispuesto en hileras como cardúmenes de peces y ubicados dentro y fuera de los leucocitos polimorfonucleares.
3. Prueba cutánea de Ducrey, que se hace positiva desde la primera semana.
4. Cultivos con muestras tomadas por aspiración del bubón o del borde de la úlcera. Por ser una bacteria hemófila los cultivos deben contener sangre.
5. Biopsia, puede ser necesaria en algunos casos.

## Tratamiento

- La prevención debe realizarse con medidas higiénicas generales y locales a base de agua y jabón.
- La terapia indicada puede ser:
  - a. Eritromicina 500 mg. cada 6 horas por 10 a 14 días.
  - b. Los sulfamidados se administran en dosis de 4 gr. diarios por 10 días.
  - c. Tetraciclina 500 mg. cada 6 horas durante 2 a 3 semanas.
  - d. Trimetoprim-sulfametoxazol en preparados de 160 mg. de trimetoprim y 800 mg. de sulfametaxazol dos veces al día por 10 días.
- Se practicarán curas locales, retirando el material necrosado. Los bubones serán aspirados cuando están fluctuantes.
- El compañero sexual también recibirá tratamiento.

## MOLUSCO CONTAGIOSO

### Concepto

Es una enfermedad tumoral de origen viral, que se localiza en la piel del área genital. Se transmite por contacto sexual o de piel a piel.

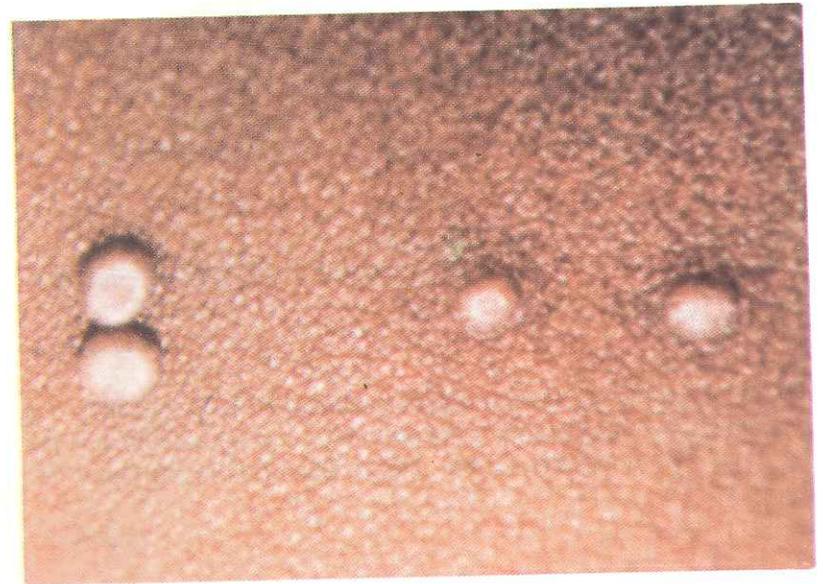
### Etiología

Es originado por un virus epidermotrófico de la familia de los poxvirus. Molusco contagioso ha sido relacionado aisladamente con leucemia, deficiencia adquirida de células T, sarcoidosis y personas en tratamiento con methotrexate y prednisona.

### Manifestaciones clínicas

Tiempo de incubación de 2 a 6 meses. Se presenta como pápulas perladas de 2 a 7 mm, circulares, característicamente umbilicadas al centro en forma de depresión típica, generalmente mantienen el color de la piel pero pueden ser blanquecinas. Contienen una masa globulosa, con el aspecto de cuajo, que precisamente

FIG. 26 MOLUSCO CONTAGIOSO



constituye el molusco. Evolucionan en 2 a 4 años.

### Diagnóstico

- Clínico de acuerdo a las características del molusco.
- Microscópico por expresión o curetaje del molusco.
- Biopsia.

### Tratamiento

- El molusco en realidad se resuelve espontáneamente. Se puede establecer la curación después de cuatro meses de desaparecidas las lesiones.
- La curación puede acelerarse extrayendo el molusco y aplicando condicionalmente acidotricloacético.
- Tratamiento por electrodesecación o crioterapia.

## LINFOGRANULOMA VENEREO

### Concepto

Es una ETS, frecuente en zonas tropicales y subtropicales, que evoluciona como enfermedad de los ganglios linfáticos. También se le denomina enfermedad de Durand-Nicolás-Fabre.

### Etiología

Es producida por los inmunotipos L1, L2, L3, de la *Chlamydia trachomatis*. El tiempo de incubación es de 2 a 21 días, puede extenderse hasta los 90 días.

### Manifestaciones clínicas

#### 1. Síndrome inguinal

La lesión inguinal se presenta en la mujer en el pliegue vulvar o en los labios, como erosión, pápula o vesícula indolora. En el varón aparece como una úlcera herpetiforme, indolora, con localización

predominante en el surco balano-prepucial o en el glande.

Después se produce el crecimiento de los ganglios dando el aspecto del "bubón" inguinal que puede fistulizarse. Los ganglios agrandados de la región inguinal, separados por el ligamento inguinal de los ganglios crurales, dan el clásico aspecto de reloj de arena.

## 2. Síndrome genitoanorectal

Puede ser el inicio de la enfermedad en ésta región o la propagación por contiguidad. Clínicamente se manifiesta por secreción anal mucosanguínea y purulenta. Hay proctitis y proctocolitis. Al progresar la enfermedad se producen constricciones y estenosis del recto por el engrosamiento de las paredes.

### Diagnóstico

- Citológico, mediante coloración Giemsa.
- Cultivo en células de McCoy.
- Prueba de fijación del complemento.

### Tratamiento

- Aspiración e higiene de los bubones.
- Tetraciclinas, rifampicina, sulfamidados, eritromicina, por 3 a 6 semanas. Durante el embarazo sólo eritromicina.
- Tratar al compañero sexual y despistar otras ETS.

## PEDICULOSIS DEL PUBIS

### Concepto

La pediculosis del pubis o ladilla es una afección parasitaria, producida por el piojo del pubis, Aunque su transmisión no es exclusivamente sexual, es sin duda la forma más común de contagio.

### Etiología

El *Phthirus pubis* es un piojo de localización exclusiva en el

pubis.

Es un parásito de la piel del pubis, donde transcurre toda su vida alimentándose de sangre.

Las formas adultas son de color gris y sus huevos o liendres se observan adheridos a la base de los pelos, como manchas negras.

### Manifestaciones clínicas

La infestación se localiza en el vello del pubis, pero puede extenderse al vello perianal, abdominal y de los muslos.

Clínicamente se manifiesta por prurito intenso que obliga al rascado originando excoriaciones que pueden infectarse secundariamente. La picadura del parásito y la succión consiguiente, dejan huellas gris azuladas características.

### Tratamiento

- Hexacloruro de gammabenceno al 1% en forma de loción o crema, que se frota en la zona afectada. No es necesario el afeitado del pubis. Si es necesario puede repetirse la aplicación a los 3 ó 4 días.
- Benzoato de bencilo al 25%.
- Polvos dermatológicos a base de DDT.  
Debe procederse al lavado de la vestimenta y de la ropa de cama (el parásito muere en 24 horas fuera del huésped).

## SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

### Generalidades

Es una infección de transmisión sexual, producida por un retrovirus que origina profunda depresión del sistema inmunológico, especialmente de los linfocitos cooperadores T, condicionando el desarrollo de graves infecciones por gérmenes oportunistas, como neumonitis por *Pneumocystis carinii*, y tumoraciones como el sarcoma de kaposi y linfomas que llevan a la muerte a la persona in-

fectada.

El SIDA es una enfermedad trasmisible de elevada mortalidad y de progresivo y rápido aumento a nivel mundial. El riesgo de contagio es grande y si bien se toman medidas de protección contra el paciente con SIDA, existen portadores asintomáticos del virus, en fase de incubación, sin manifestaciones clínicas, no identificados, pero que constituyen grave riesgo de contagio.

### Etiología

El agente causal es el virus linfotrópico de las células T humanas Tipo III asociado a linfadenopatías (HTLV-III/LAV), que por acuerdo se denomina simplemente virus de inmunodeficiencia humana (HIV).

El virus se ha encontrado en el semen, la saliva, las lágrimas y en la sangre de personas infectadas.

El HIV pasa la barrera placentaria y puede desencadenar el síndrome en el feto.

### Manifestaciones clínicas

El período de incubación es de 6 meses a 2 años.

Se describen como manifestaciones precoces, fiebre, diarrea, fatiga, linfadenopatía generalizada, anorexia, pérdida de peso y sudores nocturnos, que en general pueden ser también síntomas de otras enfermedades.

Las manifestaciones clínicas del SIDA no son específicas, sino que corresponden a la enfermedad o al proceso neoplásico susceptible de desarrollarse por depresión del sistema inmunológico producido por la infección del HIV. Los más frecuentes son:

- a. Neumonitis por *Pneumocystis carinii*.
- b. Cuadros diarreicos crónicos, como manifestación frecuente del SIDA, con deshidratación, pérdida de peso y desnutrición.

- c. Infecciones virales frecuentes, como la infección primaria o recurrente del herpes virus simple 1 y 2 y del citomegalovirus.  
Con menor frecuencia por el virus de Epstein Barr y de la hepatitis B.
- d. Infecciones bacterianas y micóticas oportunistas.
- e. Aparición de neoplasias, entre las cuales la más frecuente es el sarcoma de Kaposi. También pueden hacerse presente el linfoma de Burkitt y la enfermedad de Hodgkin.

El sarcoma de Kaposi, que generalmente es sensible al tratamiento y que tiene prolongado tiempo de supervivencia, cuando se presenta en el SIDA, su pronóstico se torna muy grave y la supervivencia se acorta entre seis meses y dos años.

### SIDA y embarazo

Las mujeres con riesgo de infección debe evitar el embarazo hasta tanto se les someta a la detección de anticuerpo séricos HIV. Las pruebas se repetirán en caso de gestación.

Aunque en el embarazo los linfocitos T mantienen sus funciones, en general hay disminución de la inmunidad celular y humoral, especialmente para algunos virus, lo que podría hacer a la gestante susceptible al HIV.

El virus del SIDA causa infecciones congénitas en el recién nacido, iniciándose la enfermedad intraútero. La transmisión durante el parto, sea vaginal o abdominal, está también demostrada.

En los casos de neonatos que fueron diagnosticados de SIDA, la madres pertenecían a grupos de alto riesgo.

La precocidad con la que muchos recién nacidos han desarrollado el SIDA, evidencia la infección transplacentaria del feto.

### Diagnóstico

El diagnóstico se establece sobre la base de la evaluación médica de las manifestaciones clínicas, evidencias serológicas estu-

dio de los linfocitos y evaluación virósica.

Las pruebas serológicas detectan anticuerpos séricos contra HIV, por enzoinmunoanálisis o prueba de Elisa, que permite tamizar en los grupos de alto riesgo a los infectados. Se complementa de acuerdo al manejo especializado con la prueba Weterns blot, para investigar falsos positivos.

La prueba de Elisa necesariamente no indica que el afectado desarrollará SIDA, significa sí que la persona está infectada y que puede ser agente de contagio. Existen falsos positivos y falsos negativos, por lo que la atención y vigilancia especializada, indicarán las pautas a seguir sin apresuramientos ni diagnósticos precipitados que pueden crear graves trastornos emocionales y actitudes imprevisibles en los pacientes.

#### Tratamiento y prevención

No hay tratamiento específico y efectivo para el SIDA, la terapia se establece para las infecciones y complicaciones que condiciona.

El control del SIDA debe establecerse sobre la base de medidas preventivas y educativas.

- a. La prevención primaria es la única medida profiláctica aplicable a la fecha.
- b. Es necesario la divulgación de medidas que cambien las costumbres y hábitos sexuales con el fin de evitar la propagación del virus.
- c. Abstención absoluta de toda actividad sexual con personas infectadas.
- d. Las personas sexualmente promiscuas constituyen un riesgo de infección y contagio. Deben ser educadas para que modifiquen sus hábitos.
- e. Debe evitarse las actividades sexuales con los grupos de riesgo, como prostitutas, promiscuos, drogadictos, homosexuales, bisexuales y personas procedentes de zonas endémicas.
- f. Debe educarse para que las personas que establecen relaciones sexuales circunstanciales, limiten el juego sexual evitando el in-

tercambio de secreciones corporales o sangre, usando además obligatoriamente condón.

- g. Material como agujas, jeringas, equipos de venoclisis, hojas de afeitar, etc. no deben compartirse. Los equipos descartables deben ser usados como tales y por tanto desechados. Es una costumbre nociva el reusarlos.
- h. Evitar prácticas sexuales anales.
- i. Establecer medidas especiales de protección y desinfección para las personas que están en relación con heridas sangrantes, secreciones, semen, hemorragias y riesgo de salpicaduras.
- j. Desinfección con alcohol, agua oxigenada o soluciones de lejía uno en diez de agua.
- k. Todo material, sea secreciones, líquidos biológicos, semen sangre y el material impregnado sea ropa o herramientas, preventivamente debe ser tratado como material de riesgo.

Este Libro se  
 Imprimió en los Talleres  
 de la Imprenta PROPACEB  
 Galicia 176 - Higuiereta - Surco  
 Telf. 494098 - Telefax: 482528  
 Lima - Perú

## FE DE ERRATAS

PAG.	RENGLON	DICE	DEBE DECIR
09	09	monitoria	monitoría
10	44	minilaparatomia	minilaparatomía
11	41	Linfogranulona	Linfogranuloma
16	18	3.	3.-
16	24	4.	4.-
18	08	po r	por
18	15	En la página	En las páginas
18	15	siguientes	siguientes
22	06	cez	vez
42	25	responsales	Responsables
43	09	Obsteetricia	Obstetricia
43	23	responsale	responsable
44	10	REgiones	regiones
44	12	responsale	responsable
45	18	del	de
48	09	2.	2.-
49	08	4.	4.-
49	11	contribucion	contribución
49	15	FLUJOGRAMA	FLUXOGRAMA
51	21	Tecnicas	Técnicas
60	20	uterotubaria	úterotubaria
61	30	se	ser
84	10	efectos	efectos
89	05	desposite	deposite
93	24	diárreas	diarreas
95	18	progésterona	progesterona
98	02	palcebo	placebo
99	03	espesameinto	espesamiento
100	25	tengan	tenga
101	21	Infeción	Infeción
102	04	esteril	estéril
102	08	torcar	trocar
105	04	curación	duración
106	26	usuaría	usuaria
107	12	hemostasia	hemostasia
111	06	Minilaparatomia	Minilaparatomía
113	24	cierre	Cierre
115	07	pizna	pinza
117	29	endoscopica	endoscópica
128	27	aneróbica	anaeróbica
136	22	electrocoagulació	electrocoagulación
139	11	unicas	únicas