

Salud de la pareja y de la mujer

Autores/as: Calvetti, Juan; Wainfeld, Lucas; Cristaldi, Maria José; Precci, Estefania; Degennaro, Valeria; Del Papa, Ignacio; D'Ippolito, Fernando.

1. Introducción

Los seres humanos somos seres sociales, seres de las relaciones una de ellas es la relación de pareja. Los determinantes sociales de la salud (aspectos sociales, culturales, políticos e individuales) influyen en el proceso salud enfermedad atención. Uno de estos determinantes es la perspectiva de género que consiste en comprender las desigualdades e inequidades entre los seres humanos.

¿Las diferencias entre varones y mujeres se deben a su propia naturaleza (sexo) o son aprendidas culturalmente desde la infancia (género)? Hay diversas teorías que se inclinan hacia uno u otro lado. El término sexo se define como características biológicas de lo masculino y lo femenino que permiten la reproducción. El cuerpo se construye como una realidad biológica y la diferencia entre lo femenino y lo masculino puede aparecer como una justificación natural de esa diferencia socialmente construida generada a partir de la visión androcéntrica de la realidad.

La perspectiva de género nos permite comprender con mayor profundidad las diferencias sexuales social y culturalmente construidas. La perspectiva de género plantea que es una construcción social que establece desigualdades e interrelaciones entre los sexos que van más allá de lo biológico; ser varón o ser mujer implica la incorporación de atributos y funciones, como una forma de representarse, valorizarse y de actuar en una determinada cultura. En cuanto a los roles de género, son dinámicos, varían dentro y entre las sociedades, cambian según lugar y tiempo analizados, y se encuentra relacionado con otras desigualdades sociales como etnia, clase social, etc.

Reconocer las desigualdades en salud nos permite identificar los condicionantes y determinantes del PSEA de una población. Una de esas desigualdades es la perspectiva de género. El género permite visibilizar la subordinación, las diferencias en el ejercicio de poder, de las desigualdades y su efecto en las condiciones de vida y salud de las personas. Un ejemplo de esto es lo que se llama el “trabajo de cuidar” que es una responsabilidad social “generalizada” y es entendida como una característica femenina relacionada con la reproducción biológica y social. También, nos ayuda a repensar políticas de salud más eficientes e inclusivas y a reducir las inequidades en la salud de varones y mujeres.

En este capítulo repasaremos cuestiones que influyen en la salud de la pareja como los métodos anticonceptivos, las infecciones de transmisión sexual, el embarazo y los abortos no punibles. Si bien estas temáticas son consideradas desde lo relacional en la pareja algunas de ellas afectan al cuerpo de las mujeres particularmente como son los abortos, el embarazo y la mayoría de los métodos anticonceptivos por lo que incluimos en el capítulo algunas prácticas preventivas que se desarrollan en el cuerpo de las mujeres como los rastreos de cáncer de cuello de útero y de cáncer de mama.

¿Cuál es el rol del médico generalista en estas temáticas? Primero comprender los conceptos y ampliar la mirada individualista y biologicista del modelo médico hegemónico. Por otro lado debemos conocer los derechos sexuales y reproductivos para poder garantizarlos en el proceso de atención. Y, finalmente, acompañar a las mujeres y a los varones a decidir de una manera informada sobre los cuidados de su salud.

2. Salud de la pareja.

Entendemos por salud sexual y reproductiva (SSYR) a la capacidad de disfrutar de una sexualidad libre, satisfactoria y segura. A la libertad de poder elegir procrear, teniendo en cuenta la posibilidad de hacerlo o no, de decidir cuándo y cada cuanto tiempo. Esto incluye el derecho a recibir información completa y en términos comprensibles, el acceso a servicios de salud adecuados y la provisión gratuita de métodos anticonceptivos (MAC) seguros eficaces y aceptables para toda la población.¹

La SSYR es un concepto amplio que no solo abarca la atención relacionada con la anticoncepción sino que también incluye cuestiones como la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), los cuidados durante el embarazo y parto y la prevención del Cáncer de Cuello Uterino (CCU) y mamario.

En el siguiente capítulo desarrollaremos los aspectos más importantes en relación a la anticoncepción, así como la prevención, abordaje y tratamiento sindromático de las ITS. Si bien estas temáticas están vinculadas tanto a varones como mujeres, desde una perspectiva de género como vimos en la introducción del capítulo entendemos que tienen un mayor impacto en las mujeres quienes ponen el cuerpo al embarazo, aborto, y la mayoría de los MAC.

Por último destacamos que los grupos más vulnerables en relación al acceso métodos para la planificación familiar, abortos peligrosos, y transmisión de ITS según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS)² continúan siendo las mujeres, los/as adolescentes y las personas de bajos recursos económicos, es por esto que los mayores esfuerzos en relación a la atención en SSYR debe estar orientado a los mismos.

2.1. Aspectos Legales.

En nuestro país existe un marco jurídico muy amplio en relación a la SSYR. A continuación enumeramos las leyes más destacadas en relación a la temática destacando los aspectos más importantes de cada una.

2.1.1. Derechos sexuales y reproductivos. Ley 25.673 y decreto reglamentario

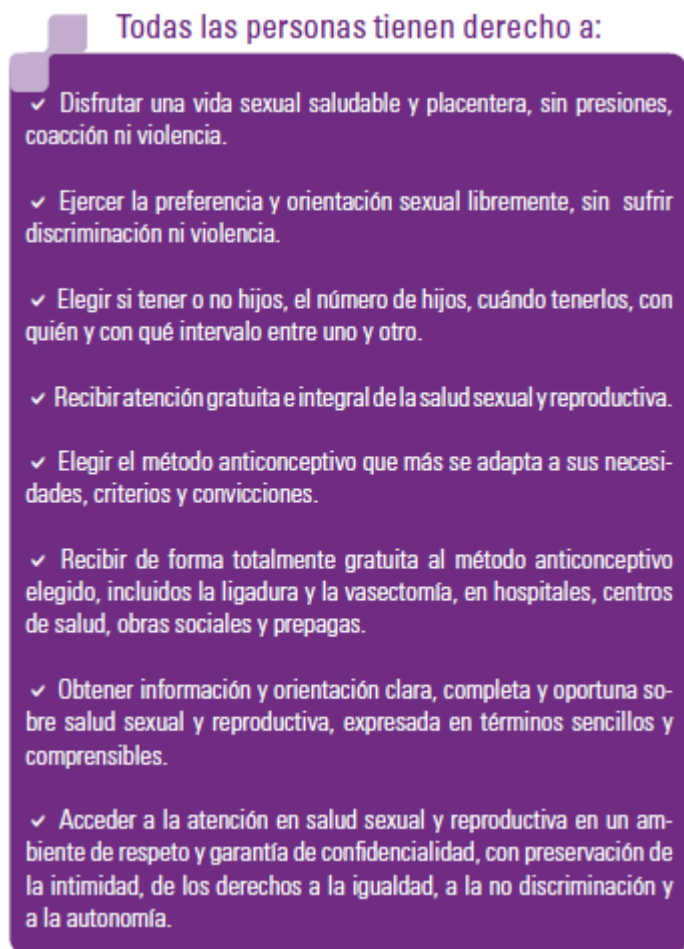
1282/2003. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación responsable. Los derechos sexuales (DDSS) se refieren a la posibilidad de disfrutar de una vida sexual libre, satisfactoria, sin violencia, ni riesgos.

Los derechos reproductivos (DDRR) tienen que ver con la posibilidad de decidir en forma autónoma, responsable y sin discriminación si tener o no tener hijos, cuántos y cada cuanto tiempo, para lo que se debe garantizar el acceso a la información y a los medios adecuados. Los derechos sexuales y reproductivos están reconocidos como derechos humanos básicos, se encuentran garantizados por la constitución nacional y es responsabilidad del estado a través de sus instituciones (por ejemplo servicios de salud) garantizar su cumplimiento. Los profesionales de la salud tenemos una responsabilidad fundamental en garantizar el cumplimiento de estos derechos.

¹ Naciones Unidas, documento A/S- 21/5/Add.1, parr.64.

² Organización Mundial de la Salud. “Salud Reproductiva: Proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo” en *EB133/15.Add.15*. 18 de diciembre de 2003.

Figura 1.



Fuente: “Leyes que reconocen tus derechos. Derechos sexuales y derechos reproductivos” disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Leyes-que-reconocen-tus-derechos.pdf>

2.1.2. Cobertura.

La ley establece la cobertura gratuita por parte los servicios de salud (públicos, obras sociales y privados) tanto de la asesoría y provisión de MAC (incluyendo los reversibles y no reversibles), como de programas para la detección, tratamiento y rehabilitación de ITS, cáncer de mama y CCU.

2.1.4. Atención de niños, niñas y adolescentes.

En relación a la atención de niños, niñas y adolescentes la ley establece que a partir de los 14 años, los/as usuarios/as pueden concurrir solos/as (sin necesidad de estar acompañados por un adulto) a las consultas y se les debe proveer el MAC que deseen.

En cuanto a los menores de 14 años según la ley deberán recibir información completa y clara y deberá respetarse la confidencialidad en la consulta. Se podrán prescribir métodos de barrera y para poder prescribir otros MAC deberán estar acompañados por sus padres o adultos responsables. Sin embargo, el código civil establece que los menores de 14 años tienen discernimiento y, por lo tanto, de considerarlo necesario, se podrán prescribir otros MAC aún en ausencia de los padres.

2.1.5. Ley 26130 de anticoncepción Quirúrgica.

Establece que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la anticoncepción quirúrgica (Vasectomía o ligadura de trompas de Falopio). Siendo el único requisito el consentimiento informado. En ningún caso se requerirá la autorización del cónyuge o de la justicia, tampoco el hecho de no tener hijos puede constituir una restricción para acceder a estos métodos. Los procedimientos deberán ser realizados en forma gratuita en los sistemas públicos, privados y obras sociales.

2.1.6 Ley 26485 Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus derechos interpersonales.

En su artículo 4to define los diferentes modalidades de violencia contra las mujeres entre ellos la violencia contra la libertad sexual y reproductiva, que es aquella que vulnera la libertad de poder decidir el número de embarazos y el intervalo entre los mismos. Un ejemplo de violencia reproductiva constituye la negativa por parte de un/a profesional de proveer un MAC.

2.1.7. Ley 26743 Derecho a la identidad de género de las personas.

“...Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado en el momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo...” (art 2).

Según esta ley sancionada en el año 2012, toda persona tiene derecho a ser tratada de acuerdo con su identidad de género, respetando su nombre elegido independientemente de si este es diferente al consignado en su Documento de identidad.

A su vez otorga el derecho a todas las personas mayores de 18 años a acceder en forma gratuita a tratamientos quirúrgicos (parciales o totales) u Hormonales para adecuar su cuerpo a su identidad de género autopercebida, sin requerimiento de autorización Judicial (art. 11).

2.1.8. Otras leyes relacionadas con la SSYR en nuestro país:

Ley 26.529 Derechos del paciente en relación en relación con los profesionales e instituciones de salud

Ley Nacional de SIDA 23.789

Ley Nacional 26.150 Educación Sexual

Ley Nacional 24.417 Protección contra la violencia Familiar

2.2. Consejería en Salud Sexual y Reproductiva:

2.2.1. Modelo tradicional

La atención en SSYR se realiza en el consultorio de Ginecólogos/as o Médicos de Familia, de manera tal que para acceder a un MAC las mujeres deben sacar un turno con el profesional quien realiza la prescripción del mismo (en el mejor de los casos en la misma consulta, o bien solicita previamente exámenes complementarios que como veremos no son necesarios).

En muchos casos la decisión acerca de qué método es el “más apropiado” para cada mujer queda en manos del médico, quien recomienda uno u otro según su propia experiencia, preferencia o prejuicios.

A su vez, la mujer debe concurrir posteriormente a la farmacia del centro de salud u obra social donde finalmente recibe el método presentando la receta y luego todos los meses debe volver al profesional para que reitere la prescripción.

2.2.2. Dispositivos de Consejería en SSYR.

Los dispositivos de consejería en SSYR proponen un enfoque diferente. En primer lugar la atención deja de estar a cargo exclusivamente de los médicos, y pasa a estar a cargo de diferentes profesionales de la salud o incluso no profesionales que cuentan con formación apropiada acerca de los criterios de elegibilidad de los MAC (ver más adelante).

En segundo lugar, se implementa una consejería (comunicación “no indicativa”),} que, al contrario de lo que su nombre podía dar a entender, se opone a la idea de que el profesional es quien debe dar consejos acerca de cómo cuidarse, sino que se trata de brindar información apropiada para que la persona pueda elegir en forma autónoma.

En tercer lugar, se entiende que las consultas en relación a los MAC deben ser consideradas como una urgencia, de forma tal, que en el mejor de los casos, la atención debe realizarse sin necesidad de tener que sacar turno y se entrega el MAC en la misma consulta.

“Las consejerías integrales son un espacio de encuentro en donde se promueve la toma de decisiones consciente, autónoma e informada, se abordan temas vinculados a la sexualidad, los métodos anticonceptivos, situaciones de violencia o abuso, la continuidad o no de un embarazo, entre muchos otros. Requiere que se brinde información clara, actualizada y validada científicamente, expresada en términos sencillos”³.

En el Anexo 1 desarrollamos las características principales de los dispositivos de Consejería en SSYR.

3. Métodos anticonceptivos.

3.1. Definición:

“Los métodos anticonceptivos son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo”⁴.

El preservativo a su vez cumple una doble función dado que evita el embarazo y previene las ITS. Por lo que su uso está recomendado durante toda la vida reproductiva con este último fin.

3.2. Clasificación:

Existen diferentes maneras de clasificar los MAC, a continuación desarrollamos la que entendemos resulta más didáctica.

A lo largo del capítulo nos referiremos solamente a los MAC que son provistos por el Programa Nacional de SSYR (Anexo 2). Para profundizar sobre otros métodos,

³ Ministerio de Salud de la Nación: *Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva. Propuesta de Diseño, organización e implementación*, Buenos Aires, Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2010. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Consejerias_25072011.pdf

⁴ Provenzano, Belen, Chera Silvia: *Métodos Anticonceptivos. Guía para profesionales de Salud*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Programa de Salud Sexual y Procreación responsable, 2012. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/b02/pdf/Guia-Pract-MAC-completa.pdf>

recomendamos la lectura de: Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos. Guía Práctica para profesionales de Salud⁵.

Cuadro 1: Clasificación de MAC

Métodos de Barrera	<ul style="list-style-type: none"> - Preservativo masculino - Preservativo femenino - Diafragma
Anticonceptivos hormonales (Orales, Inyectables, Implantes subdermicos o parches subcutáneos)	<ul style="list-style-type: none"> - Combinados de estrógenos y progestágenos - Solo Progestágenos
Intrauterinos	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositivo intrauterino de cobre (DIU) - Sistema intrauterino de liberación (SIU) medicado con progestágenos
Método de lactancia amenorrea (MELA)	
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer	<ul style="list-style-type: none"> - Calendario, moco cervical, temperatura corporal
Métodos Irreversibles	<ul style="list-style-type: none"> - Anticoncepción quirúrgica : Ligadura tubaria y Vasectomía

Fuente: elaboración propia en base a: Métodos anticonceptivos, Guía práctica para profesionales de la salud. 2da edición. Argentina. Ministerio de salud de la Nación. 2012.

3.3. Eficacia y efectividad de los MAC.

- La eficacia de un MAC se refiere a la probabilidad de que se produzca un embarazo utilizándolo de manera correcta (uso correcto).
- La efectividad es la probabilidad de que se produzca embarazo independientemente de la forma de uso (uso habitual).

Como se observa en la tabla, la eficacia de los diferentes MAC es prácticamente igual, es decir que no existe uno “mejor que otro” con su uso correcto.

Figura 2: Uso habitual y uso correcto. Eficacia anticonceptiva de los MAC. Embarazos por cada 100 personas que usan el método durante un año.

⁵ Disponible en : <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/b02/pdf/Guia-Pract-MAC-completa.pdf>

Método anticonceptivo	Tabla de embarazo año*	
	Uso correcto	Uso habitual
Orales combinados	0.3	8
Orales de Sólo de Progestágenos (AOSP)	0.3	8
Inyectables combinados	0.05	3
Inyectables Sólo de Progestágeno (AISP)	0.3	3
Implantes	0.05	0.05
Anillos vaginales	0.3	8
Parches	0.3	8
Preservativos masculinos	2	15
Preservativos femeninos	5	21
Diafragmas con espermicidas	6	16
DIU con cobre	0.6	0.8
SIU con Levonorgestrel	0.2	0.2
Ligaduras tubarias	0.5	0.5
Vasectomías	0.1	0.15
Anticonceptivos químicos	18	29
Método de la Lactancia Amenorrea	0.9 **	2
Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad de la Mujer	—	25

Fuente: en: Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) del Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos, Guía práctica para profesionales de la salud. 2da edición. Argentina. Ministerio de salud de la Nación. 2012. p. 47

<http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/b02/pdf/Guia-Pract-MAC-completa.pdf>

Es por esto último, que, en la consejería sobre MAC, se intentará establecer a través de la entrevista si la mujer presenta alguna condición/contraindicación que determine que no pueda utilizar alguno de los disponibles a fin de brindar información acerca de las ventajas y desventajas, modo de uso y características de los diferentes MAC para que pueda decidir cual resulta más adecuado a su preferencia.

Con este objetivo la OMS publica desde el año 1996 los Criterios médicos de elegibilidad de MAC basados en evidencia científica⁶.

3.4. Criterios de elegibilidad de la OMS.

Se trata de recomendaciones basadas en evidencia científica que permiten establecer mediante preguntas si la mujer presenta alguna condición (clínica o se encuentra en alguna situación particular) que no le permita utilizar algún MAC.

Las situaciones que determinan la elegibilidad de cada MAC se clasifican en categorías:

Las categorías 1 y 2 no existe riesgo para la salud de la persona. Se puede utilizar.

Las categorías 3 y 4, puede existir algún riesgo. Preferentemente elegir otro MAC.

⁶ OMS. *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores* disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf?ua=1

Figura 3: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Categorías para métodos temporales

Categoría	Con juicio clínico	Con juicio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia	Sí (Use el método)
2	En general, use el método	
3	En general, no se recomienda el método, a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o no sean aceptables	No (No use el método)
4	No use el método	

Fuente: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud: *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*, Baltimore y Ginebra, CCP y OMS, 2011. p. 323

Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf?ua=1

En el Anexo 3 se desarrollan en forma completa los criterios de elegibilidad de la OMS.

3.5. Exámenes complementarios

Como vimos en los puntos anteriores a través de los criterios de elegibilidad de la OMS podemos establecer mediante la realización de una HC completa si existe alguna contraindicación para el uso de algún MAC.

Para el caso de los métodos hormonales combinados se recomienda la toma de TA. Para la colocación de DIU el examen ginecológico (especuloscopia y tacto bimanual).

Así, si bien en la práctica cotidiana es frecuente la solicitud de exámenes complementarios (Laboratorio, Ecografías, PAP, etc) previo a la prescripción, en ningún caso resultan necesarios según la evidencia científica actual disponible.

3.6. Elección del MAC.

A continuación presentamos una guía que fácilmente nos permite en la consulta establecer si una mujer presenta alguna restricción para el uso de algún MAC.

En primer lugar se deberá cotejar que la mujer no se encuentra embarazada. Para esto utilizaremos la siguiente Guía:

Figura 4: Lista de verificación de embarazo

Haga a la usuaria las preguntas 1-6. Cuando la usuaria conteste que “sí” a cualquier pregunta, deténgase y siga las instrucciones:

NO		SÍ
	1 ¿Ha tenido un bebé hace menos de 6 meses, está alimentando a su bebé con lactancia exclusiva o casi exclusiva y no ha vuelto a menstruar desde entonces?	
	2 ¿Se ha abstenido del coito desde su última menstruación o parto?	
	3 ¿Ha tenido un bebé en las últimas 4 semanas?	
	4 ¿Su última menstruación comenzó hace menos de 7 días (o hace menos de 12 días si la usuaria tiene intenciones de utilizar un DIU)?	
	5 ¿Ha tenido una pérdida de embarazo o aborto en los últimos 7 días (o en los últimos 12 días si la paciente piensa utilizar un DIU)?	
	6 ¿Ha estado utilizando un método anticonceptivo confiable de manera sistemática y correcta?	

Aunque la usuaria haya contestado que “no” a todas las preguntas, no se puede descartar el embarazo. La paciente deberá esperar a su próxima menstruación o tendrá que usar una prueba de embarazo.

Si la usuaria contestó que “sí” al menos a una de las preguntas y no presenta signos o síntomas de embarazo, puede darle el método que eligió.

Fuente: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud: *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*, Baltimore y Ginebra, CCP y OMS, 2011. p. 372

Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf?ua=1

En segundo lugar realizaremos 5 preguntas. En caso de que la mujer sea menor de 35 años y las respuestas al resto de las preguntas sean todas negativas, se encuentra en condiciones de elegir cualquier MAC. En caso de ser mayor de 35 y fumara o bien respondiera en forma afirmativa alguna de las otras preguntas, se deberá cotejar en el cuadro (ver cuadro 2) para poder establecer que MAC se podrán ofrecer.

- 1- ¿Qué edad tiene?
- 2- ¿Usted fuma?
- 3- ¿Tuvo un parto en los últimos 6 meses y/o está amamantando?

- 4- ¿Tiene usted antecedentes de algún problema de salud?
- 5- ¿Toma usted alguna medicación?

Cuadro 2: Criterios de elegibilidad de MAC

Método		AOC	AOSP (LNG o DSG)	AMPD	ACI	Implantes con ETNG	DIU - LNG	DIU
Preguntas								
Edad	Desde Menarca A 39 años	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	> 40 años	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Lactancia	< de 6 semanas post parto	No Usar	Si	No Usar	No Usar	No Usar	Si	Si
	> 6 semanas y < 6 meses postparto	No Usar	Si	Si	No Usar	Si	Si	Si
	> 6 meses post parto	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Postparto (con lactancia, incluido caso de cesárea)	< de 48 hs	No Usar	Si	No Usar	No Usar	Si	Si	Si
	> 48 hs y < 4 semanas	No Usar	Si	No Usar	No Usar	Si	No Usar	No Usar
	> 4 semanas y < 6 semanas	No Usar	Si	No Usar	No Usar	Si	Si	Si
	Sepsis puerperal	Si	Si	Si	Si	Si	No Usar	No Usar
Tabaquismo	Edad < 35 años	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	≥ 35 años y Fuma	No Usar	Si	Si	No Usar	Si	Si	Si
Antecedentes personales	HTA							
	Con antecedentes o entre PS 140-159 y/o PD 90-99	No Usar	Si	Si	No Usar	Si	Si	Si
	Con PS ≥ 160 y/o PD ≥ 100)	No Usar	Si	No Usar	No Usar	No Usar	Si	Si
	DBT							
	Sin enfermedad vascular , insulino dependiente o NO	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Uso de Medicación								
	Con neuropatía/retinopatía/ nefropatía o ≥ 20 años de evolución	No Usar	Si	No Usar	No Usar	No Usar	No Usar	Si
	DISLIPEMIA	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	CEFALEA							
	No Migrañosa	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Migraña sin aura < 35 años	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Migraña sin aura ≥ 35 años	No Usar	Si	Si	No Usar	Si	Si	Si
	Migraña con Aura	No Usar	Si	Si	No Usar	Si	Si	Si
	TVP y TEP							
	Con antecedentes o bajo tratamiento actual	No Usar	Si	Si	No Usar	Si	Si	Si
	TVP/TEP aguda	No Usar	No Usar	No Usar	No Usar	No Usar	No Usar	Si
	CANCER DE MAMA	No Usar	No Usar	No Usar	No Usar	No Usar	No Usar	Si
	ANTIBIOTICOS							
	Antibióticos de amplio espectro	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Rifabutina o Rifampicina	No Usar	No Usar	Si	Si	Si	Si	Si
	ANTIFUNGICOS/ANTIPARASITARIOS	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	ANTICONVULSIVANTES							
	Fenitoína, Carbamazepina, Topiramato, Barbitúricos	No Usar	No Usar	Si	Si	Si	Si	Si
	Lamotrigina	No Usar	Si	Si	No Usar	Si	Si	Si
	ANTIRETROVIRALES	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
							No Usar en caso de enfermedad	

							clínica avanzada o severa	
Método		AOC	AOSP (LNG o DSG)	AMPD	ACI	Implantes con ETNG	DIU - LNG	DIU
Preguntas								

Referencias: AOC: anticonceptivos orales combinados; AOSP: anticonceptivos orales solo con progestágenos; AMPD: Acetato de medroxiprogesterona de depósito (anticonceptivo solo progestágeno inyectable trimestral); ACI: anticonceptivos combinados inyectables (mensual) ; ETNG: Etonorgestrel; DIU: Dispositivo intrauterino; DSG: Desogestrel; LNG: Levonorgestrel

Fuente: elaboración propia en base a: Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) del Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos, Guía práctica para profesionales de la salud. 2da edición. Argentina. Ministerio de salud de la Nación. 2012. Criterios de elegibilidad de la OMS p.58-62

Disponible en : <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/b02/pdf/Guia-Pract-MAC-completa.pdf>

3.7 Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE).

Se trata de una herramienta fundamental para prevenir embarazos en el caso de falla, uso incorrecto o no uso de MAC. Algunos puntos importantes a tener en cuenta en relación a la AHE:

- No tiene contraindicaciones.
- Puede utilizarse tantas veces como sea necesario.
- Su eficacia es inferior a la del resto de los MAC para prevenir embarazos. (por esto último no se recomienda como método habitual)
- Se indica inmediatamente luego de la relación sexual sin protección y hasta 5 días después. Su eficacia es mayor cuanto más precoz es su toma.
- Puede ser entregada por cualquier efector de salud (no hace falta que sea Medico/a)
- No es un método abortivo.
- Debe estar disponible en los Centros de Salud y Guardias de Hospitales, debe ser provista las 24 hs del día.

3.8. Puntos Centrales.

Los derechos sexuales y reproductivos están reconocidos como derechos humanos básicos, los/as médicos/as Generales y Familiares cumplimos un rol fundamental en asegurar su cumplimiento.

La resolución de las necesidades anticonceptivas debe ser entendida como una urgencia por parte del sistema de salud.

La Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable Nro. 25.673 garantiza el acceso a todo MAC a las y los adolescentes, aún a las personas menores de 14 años.

Los diferentes MAC tienen una efectividad similar con su uso correcto. La elección del mismo debe estar basada en la preferencia de la mujer. El profesional deberá ofrecer las

diferentes posibilidades teniendo en cuenta la disponibilidad y los criterios de elegibilidad para que pueda elegir.

El preservativo es el único método que permite la prevención de la transmisión de ITS, por lo tanto debe ser sugerido durante toda la vida reproductiva con ese fin

Una anamnesis adecuada y la toma de tensión arterial son suficientes para poder realizar la prescripción de cualquiera de los MAC. No resultan necesarios otras maniobras del examen físico (con excepción del examen pélvico previo a la colocación del DIU) , exámenes complementarios(Ej: LAB o ecografía ginecológica) o estudios de Rastreo (por ejemplo PAP)

4. Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) componen un grave problema de salud pública a nivel mundial, por su alta prevalencia y morbilidad son consideradas una epidemia oculta. Existen más de treinta agentes infecciosos que pueden transmitirse por contacto sexual. Las consecuencias de estas infecciones en la salud pública se explican no solo por la morbilidad asociada a cada patología, sino también porque su presencia acrecienta la posibilidad de transmisión de VIH en una relación sexual no protegida.

4.1 Epidemiología:

A nivel mundial, casi un millón de personas se contagian una ITS por día. Por año, se originan alrededor de 340 millones de ITS curables en el planeta (trichomona 140 millones, Clamidia 92 millones, gonorrea 62 millones, sífilis 12 millones). Un 11% de estas infecciones se produce en América Latina y el Caribe. La prevalencia estimada de estas infecciones en nuestro territorio es de 71 cada 1000 personas. En los países en desarrollo, un 17% de las pérdidas monetarias asociadas a la salud puede ser atribuido a las ITS. En el mundo, se encuentran dentro de las 10 primeras causas de consulta en los centros de salud.

Figura 5: Nuevos casos estimados de infecciones de transmisión sexual curables (gonorrea, clamidia , sífilis y tricomoniasis) por región de la OMS , 2008



Fuente: Organización mundial de la Salud. Prevalencia e incidencia Global de las infecciones de transmisión sexual curables. Revisión y estimativos, Ginebra, 2008.

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>

4.2. Abordaje sindromático

En el siguiente capítulo desarrollaremos el abordaje sindromático de las ITS. Esta estrategia propuesta por la OMS nos permite realizar en el primer nivel de atención el tratamiento de la mayoría de las ITS sin necesidad de la solicitud de exámenes complementarios confirmatorios.

El abordaje sindromático se basa en que si bien existen diversos agentes etiológicos que pueden causarlas, estos producen solamente unos pocos síndromes. De forma tal, que a partir de un interrogatorio y examen físico minucioso podemos agrupar a las ITS en 7 síndromes, establecer un tratamiento empírico (que cubra a los principales agentes etiológicos posibles) y de esa manera realizar el tratamiento en la misma consulta, cortando la cadena epidemiológica de transmisión, sin requerir exámenes confirmatorios.

Con esta metodología se logra una mayor accesibilidad al tratamiento de la ITS de manera eficaz y segura en el primer nivel de atención.

Ventajas.

- Permite el tratamiento de la mayoría de las ITS en el primer nivel de atención
- Mayor número de personas pueden acceder al tratamiento.
- El diagnóstico y tratamiento se realiza en la misma consulta cortando la cadena epidemiológica.
- El abordaje resulta más sencillo, no se requiere personal especializado.
- No se requiere laboratorio.

Desventajas.

- Dificulta la investigación epidemiológica sobre agentes etiológicos.
- Pueden existir mayores sobretratamientos.
- Posibles fallas terapéuticas frente a organismos resistentes.

4.2.1. Identificación de los síndromes

En la siguiente tabla se desarrollan los signos y síntomas de los principales síndromes de ITS, sus causas y tratamiento.

En el anexo 4 presentamos los algoritmos de manejo de los 7 síndromes de ITS propuesto por el Ministerio de Salud de la Nación.

Cuadro 3: Identificación de los síndromes por ITS

Síndrome	Síntomas	Signos	Causas más comunes	Tratamiento
Flujo vaginal	Pérdida vaginal inusual Prurito vaginal y disuria (dolor durante la micción) Dispareunia (dolor durante el coito)	Pérdida vaginal anormal	VAGINITIS:	Trichomoniasis = Metronidazol
			- Trichomoniasis	Candidiasis = Clotrimazol, Miconazol, Ticonazol, Ketoconazol, Itraconazol o Fluconazol
			- Candidiasis	
			- Vaginosis bacteriana	Vaginosis bacteriana = Metronidazol o Clindamicina
			CERVICITIS:	Gonorrea = Ceftriaxona/Cefixima y como alternativa Azitromicina
			- Gonorrea	Clamidia = Azitromicina o Doxiciclina
Secreción uretral	Exudado uretral Disuria Micción frecuente	Exudado uretral (si es necesario pedir al paciente que exprima la uretra)	Gonorrea Clamidia	Ceftriaxona/Cefixima + Azitromicina
			Sífilis	Penicilina G Benzatinica
Úlcera genital	Llaga genital	Úlcera genital	Chancroide	Azitromicina, Ceftriaxona, Ciprofloxacina o Eritromicina
			Herpes genital	Aciclovir , Famciclovir o Valaciclovir

Dolor abdominal bajo	Dolor abdominal bajo Dispareunia	Pérdida vaginal Dolor abdominal bajo con la palpación Temperatura >38°	Gonorrea Clamidia Anaerobios mixtos	Ceftriaxona + Doxiciclina + Metronidazol ó Azitromicina + Metronidazol
Escroto agudo	Dolor y tumefacción escrotal	Tumefacción escrotal Aumento de tamaño de los nódulos linfáticos inguinales Fluctuación Abscesos o fístulas	Gonorrea Clamidia	Ceftriaxona + Doxiciclina
Bubón inguinal	Nódulos linfáticos inguinales dolorosos	Edema palpebral	LGV Chancroide	Ceftriaxona + Doxiciclina
Conjuntivitis neonatal	Tumefacción palpebral Flujo Bebe no puede abrir los ojos	Flujo purulento	Gonorrea Clamidia	Ceftriaxona + Eritromicina base o etilsuccinato

Fuente: elaboración propia en base a : OMS, *Módulos de capacitación para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual*, 2da edición. Ediciones de la OMS, 2008. p. 6. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43277/2/9789243593401_modulo2_spa.pdf

Es importante destacar que todas las consultas deben ser aprovechadas para asesorar a las personas sobre cómo prevenir la transmisión de ETS y ofrecer la posibilidad de realizar serologías para otras ETS incluyendo el VIH.

4.3. Puntos clave:

- Las ITS son una causa importante de morbilidad
- El abordaje sindrómico de las ITS permite un diagnóstico y tratamiento rápido y eficaz en el primer nivel de atención.
- Los métodos de barrera masculino y femenino pueden prevenirlas si son utilizados de manera sistemática y correcta.
- Algunas ITS no presentan signos ni síntomas en la mujer. Si la mujer cree que su pareja tiene una infección debe consultar.
- Algunas ITS son tratables. Cuanto antes sean tratadas, menos probabilidad de que causen problemas a largo plazo, tales como infertilidad o dolor crónico.

5. Seguimiento de embarazo normal

El control prenatal y atención de embarazos de bajo riesgo se encuentra dentro de las competencias del médico general y familiar. En Argentina, más de 99% de las embarazadas asiste su parto en una institución de salud y son atendidas por personal capacitado. Más del 10% de ellas llegan al parto sin haber tenido sin control prenatal. De las que se controlan, solamente una cuarta parte inicia los controles durante el primer trimestre del embarazo⁷.

5.1. Definición de embarazo:

El embarazo es el período comprendido desde la implantación del cigoto en el útero hasta el momento del parto e involucra cambios fisiológicos, físicos, psicológicos y sociales. Es importante destacar que el embarazo es un proceso natural y debe ser abordado desde esa perspectiva evitando la solicitud de exámenes innecesarios o limitando actividades sin una contraindicación específica (Ej: actividad física).

5.2. El control prenatal:

Comprende la serie de visitas programadas, con el objetivo de acompañar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Teniendo en cuenta que en muchos casos el embarazo es el único contacto de una mujer con el sistema de salud puede aprovecharse la oportunidad para promover prácticas preventivas, por ejemplo: control odontológico y papanicolau.

5.2.1. Características:

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

Precoz: que la primera visita se realice en el primer trimestre y permita detección temprana de embarazos de alto riesgo y derivación oportuna.

Periódico: se deben realizar al menos 5 controles para embarazos de bajo riesgo.

Completo: los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Amplia cobertura: lograr cubrir al mayor porcentaje posible de la población para disminuir la morbilidad materna y perinatal.

5.2.2. Objetivos:

- Realizar prácticas preventivas y de educación para la salud.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las posibles complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y vitalidad del feto.
- Detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas.
- Aliviar molestias y síntomas asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.

5.2.3. Enfoque de riesgo perinatal:

Consiste determinar si existen situaciones de riesgo que requieran un seguimiento más estrecho y/o de un especialista.

⁷ Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal; Ministerio de Salud de la Nación; 2013.

Cuadro 4. Factores de Riesgo:

Condiciones socio-demográficas:	Antecedentes obstétricos:	Patologías del embarazo actual:	Patologías maternas previas al embarazo:
<ul style="list-style-type: none"> • Edad < de 17 años o > de 35 años. • Desocupación personal y/o familiar • Analfabetismo • Desnutrición • Obesidad • Dependencia de alcohol, drogas ilícitas y abuso de fármacos en general. • Tabaquismo • Violencia Doméstica 	<ul style="list-style-type: none"> • Muerte perinatal en gestación anterior. • Antecedente de recién nacido con malformaciones del tubo neural. • Amenaza de parto prematuro en gestas anteriores. • Recién nacido con peso al nacer < de 2500 g, igual > a 4000 g. • Aborto habitual o provocado. • Cirugía uterina anterior. • Hipertensión. • DBT gestacional en embarazos anteriores. • Nuliparidad o multiparidad. • Intervalo intergenésico < de 2 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Desviaciones en el crecimiento fetal. • Embarazo múltiple. • Oligoamnios/ polihidramnios. • Ganancia de peso inadecuada. • Amenaza de parto pretérmino o gestación prolongada. • Preeclampsia. • Hemorragias durante la gestación. • Óbito fetal. • Ruptura prematura de membranas ovulares. • Placenta previa. • Diabetes gestacional. • Hepatopatías del embarazo • Malformaciones fetales. • Madre con factor RH negativo con o sin sensibilización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatías. • Neuropatías. • Endocrinopatías • Hemopatías. • Hipertensión arterial. • Epilepsia. • Enfermedades Infecciosas

Fuente: Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal; Ministerio de Salud de la Nación; 2013 (Págs 33-34)

5.2.4. Diagnóstico de embarazo:

Cuadro 5. Diagnóstico de embarazo

Signos de presunción:	Signos de probabilidad:	Signos de certeza:
<p>Inconstantes. Náuseas, vómitos, modificaciones en apetito y gusto, lipotimias, somnolencia, desgano, polaquiuria, turgencia mamaria. Aparecen al final de la 4ª semana de embarazo y desaparecen alrededor de la 18ª semana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea: En cualquier mujer sana en edad fértil con periodos regulares (periodicidad, duración, aspecto normales), que presente un atraso en la menstruación, debe pensarse en embarazo. • Modificaciones Uterinas: A través de tacto vaginal bimanual se puede palpar útero globuloso, fondos de saco convexos (Signo de Noble-Budin) y disminución de su consistencia (reblandecimiento). 	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de Sub-unidad Beta de la HCG (Gonadotropina Coriónica Humana): método de diagnóstico más precoz y sensible. • Ecografía transvaginal: a la 4ª semana se visualiza el saco gestacional, a la 5ª el embrión y a la 6ª la actividad cardíaca. • Palpación abdominal: permite en la segunda mitad del embarazo apreciar tamaño uterino, contracciones, movimientos fetales, actitud, situación, presentación, etc. • Detección de latidos fetales: a través del Estetoscopio Obstétrico de Pinard o detectores Doppler a partir de la semana 20.

Fuente: Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal; Ministerio de Salud de la Nación; 2013 (Págs 37-38)

5.2.5. Cálculo de la edad gestacional (EG):

La edad gestacional se calcula a partir del primer día de la fecha de la última menstruación (FUM). Se contabilizará las semanas de diferencia entre la fecha actual y la FUM.

También puede utilizarse el Gestograma (Anexo 5), que a su vez aporta información de otros parámetros de control del embarazo (vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal, verificar la normalidad del incremento de peso materno, de la presión arterial y de las contracciones uterinas).

Si hubiera dudas sobre la FUM (uso de anticonceptivos hormonales en los últimos 3 meses, ciclos irregulares, etc) se debe utilizar la ecografía para el cálculo, siendo más confiable cuanto más precoz sea.

5.2.6. Cálculo de la fecha probable de parto (FPP):

La fecha probable de parto se considera al primer día de la semana 40 de embarazo. Para el cálculo se puede utilizar la regla de Pinard que consiste en sumarle 10 días al día de inicio de la FUM y restarle 3 meses (FUM: 10/9/15, FPP 20/6/15) o el Gestograma.

5.2.7. Historia Clínica Perinatal:

La Historia Clínica Perinatal Base (Anexo 6) es una herramienta diseñada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) para homogeneizar la recolección de datos, planificar y supervisar la atención del embarazo y registrar datos perinatales, entre otras cosas. Es un modelo prediseñado en el cual se constatan todos los controles durante las consultas del embarazo incluyendo anamnesis, examen físico y exámenes complementarios.

CLAP: instrumento similar a la historia clínica perinatal que se entrega a la mujer y permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, parto y puerperio.

5.2.8. Número de visitas del Control Prenatal:

La cantidad de visitas debe ajustarse al contexto y preferencias de las pacientes teniendo en cuenta que un esquema de 5 visitas es igual de eficaz que un esquema de más visitas (Evidencia grado 1⁸).

5.3.9. Cronología de actividades para las consultas prenatales de bajo riesgo:

Cuadro 6. Controles recomendados en cada visita:

Primer visita: < 20 semanas	Segunda visita: 22-24 semanas	Tercer visita: 27-29 semanas	Cuarta visita: 33-35 semanas	Quinta visita: 38-40 semanas
En todas las visitas: cálculo de EGI, llenado de historia clínica, evaluación de riesgo, peso, IMC (a), medida de altura uterina (AU) (b), tensión arterial (TA) (c), suplementación con hierro (d) y ácido fólico (e), diagnóstico de vitalidad fetal, pautas de alarma, examen mamario (f), asesoramiento sobre lactancia materna, consejo anti tabáquico (g), vacunación antigripal (en cualquier momento del embarazo y durante los seis primeros meses del puerperio).				
Examen clínico completo, talla, grupo y factor (h), descartar embarazo múltiple, examen odontológico (i), PAP (j)				
Primera ecografía (k) (semanas 11-14), Segunda ecografía (semanas 20-22).		Tercer ecografía (semana 30).		
VIH (l), hepatitis B (m), chagas (n), sífilis (o); toxoplasmosis (p) (primer trimestre)			VIH, hepatitis B, sífilis; toxoplasmosis. (tercer trimestre)	
		Gammaglobulina anti D en pacientes RH no sensibilizadas (semanas 28 a 32)		
Hemoglobina, glucemia (q)		Hemoglobina, glucemia		
Orina completa y urocultivo (r)			Orina completa y urocultivo	
			Detección estreptococo grupo B (s) (semanas 35-37)	
				Descartar presentación pelviana, evaluar

⁸ Sikorski J, et al. A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project. BMJ 1996; 312(7030): 546-53.

				capacidad pelviana y proporción feto-pélvica.
		Preparación integral para maternidad/paternidad y consejería sobre métodos anticonceptivos.		
	Vacuna triple bacteriana acelular: a partir de semana 20 (Ver punto 5.2.10)			

Fuente: Elaboración propia, adaptado de la guía de Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal; Ministerio de Salud de la Nación; 2013.

- (a) IMC (índice de masa corporal): Se utiliza una gráfica de IMC/EG (Anexo 6). Ganancia de peso adecuada: cuando la curva se encuentra entre -1 y $+1$ DE (percentilos 10 y 90) (Anexo 8).
- (b) AU: Se mide desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. El valor se relaciona con la EG, se considera normal si se encuentra entre los percentilos 10 y 90 de la curva AU/EG. Sirve para detectar restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), macrosomía fetal, oligo y polihidramnios. (Anexo 9)
- (c) TA: Recomendación grado A (USPSTF). Se denomina Hipertensión Gestacional (HG) a la presencia de una tensión arterial igual o mayor a 140 mm Hg de sistólica y/o 90 mm Hg de diastólica, en dos tomas separadas por lo menos por 6 horas, en el transcurso de una semana, luego de la semana 20 de embarazo (Anexo 10).
- (d) Hierro: En Argentina el 30% de las mujeres embarazadas padece anemia. Se recomienda suplementar a toda embarazada desde el primer control hasta el término del embarazo con 60 mg de Sulfato Ferroso, lejos de las comidas (Recomendación A, USPSTF).
- (e) Ácido fólico: Se recomienda su uso desde por lo menos un mes y medio antes y hasta cumplidos los primeros 28 días del embarazo para prevenir la ocurrencia de defectos de cierre de tubo neural. La USPSTF recomienda la suplementación con 0.4 a 0.8 mg diario a todas las mujeres que están buscando un embarazo y continuar con esta dosis hasta el fin del primer trimestre (Recomendación A, USPSTF). En las mujeres con antecedentes de hijos con defectos del tubo neural, la dosis debe ser de 4 mg por día hasta el final del primer trimestre (Recomendación A, USPSTF).
- (f) Examen mamario: permite identificar anomalías que pudieran interferir con la lactancia (pezones planos, umbilicados); descartar la existencia de alguna patología tumoral y la presencia de secreciones anómalas por el pezón.
- (g) Tabaquismo: realizar consejo anti tabáquico para la mujer y sus convivientes.
- (h) Isoinmunización rh: La sensibilización por anti-D es la causa del 80-90% de las enfermedades hemolíticas clínicamente significativas del feto y recién nacido. Se debe determinar factor RH en la primer consulta. Si es negativo: solicitar Prueba de Coombs indirecta a la madre y grupo y factor al padre. De ser positiva la prueba de Coombs se deriva al especialista.
- (i) Examen odontológico: La presencia de enfermedad periodontal se vincula con bajo peso al nacer, parto pre-término, aborto y muerte fetal⁹.
- (j) PAP: el control de embarazo constituye una oportunidad para el rastreo de cáncer de cuello de útero. La frecuencia recomendada por el Programa Nacional de Cáncer Cérvico Uterino es la realización de un PAP cada 3 años, luego de 2 PAPs anuales negativos consecutivos.
- (k) Ecografías: Si se dispone de esta tecnología, se recomienda realizar tres ecografías en el embarazo normal, es decir, una por trimestre. La primera entre la semana 11 y 14, la segunda entre la semana 20 y 22, y la tercera en la semana 30.

⁹ Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal; Ministerio de Salud de la Nación; 2013. (Pág 59)

(l) HIV: La categorización del estadio de infección materna, el tratamiento antirretroviral adecuado y la adopción de medidas destinadas a minimizar el contacto del feto y el recién nacido con sangre y otros fluidos corporales maternos, ha permitido disminuir la transmisión vertical a menos del 2%. Es suficiente con 2 pruebas, una prueba en el primer trimestre y otra en el tercero.

(m) HBV: Solicitar en la primera consulta prenatal y repetir en el tercer trimestre. Si la mujer no está vacunada puede recomendarse la vacunación.

(n) Chagas: Se recomienda utilizar 2 pruebas serológicas por distinta técnica.

(o) Sífilis: Se recomienda realizar una VDRL en periodo preconcepcional o primer control prenatal. Si la primera determinación se realizó antes de las 20 semanas se la repetirá en el tercer trimestre.

(p) Toxoplasmosis: Solicitar IgG a toda paciente que se desconozca estado inmunitario previo. Si presentan serologías positivas previas al embarazo no requieren ser testeadas. Si el resultado es negativo debe informarse sobre fuentes de contagio y repetirla al menos una vez por trimestre.

(q) Diabetes Gestacional (DG): a todas las embarazadas se le solicitará una glucosa plasmática de ayunas en la primera consulta:

- Si el resultado es de 100 mg/dl o más se realiza una nueva determinación dentro de los 7 días. Si se reitera un valor mayor o igual a 100 mg/dl se diagnostica DG.
- Si la segunda determinación es menor de 100 mg/dl, se solicitará una Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa con 75 g glucosa (P75) en semana 24- 28.
- Si, el nivel de la primera glucosa plasmática es menor de 100 mg/dl se considera normal y se solicita una P75 entre la 24 y 28 semanas. Si la P75 realizada entre la 24 y 28 semanas está alterada se diagnostica DG.
- Si la p75 es normal y la paciente tiene factores de riesgo para el desarrollo de DG, debe repetirse entre las 31 y 33 semanas. Si este estudio está alterado se diagnostica DG.

(r) Rastreo de bacteriuria asintomática: la USPSTF recomienda la realización de un urocultivo (UC) a todas las mujeres embarazadas. Recomendación Grado A: La presencia de por lo menos 10^5 UFC/ml de orina, de un solo patógeno urinario se considera como un resultado positivo de la prueba. Se recomienda realizar UC a las 12-16 semanas o en la primera visita prenatal, si es posterior.

(s) Rastreo de Estreptococo grupo B: Durante la gestación, el EGB puede ocasionar bacteriuria asintomática, infección urinaria, corioamnionitis, endometritis y bacteriemia. La Ley Nacional N° 26.369 establece como práctica rutinaria de control y prevención a la realización del examen de detección del estreptococo Grupo B (*Agalactiae*), a todas las embarazadas con edad gestacional entre las semanas 35 y 37, presenten o no condiciones de riesgo. El examen se realiza mediante hisopado de introito vaginal y anal.

5.2.10. Vacunación en el embarazo:

Vacuna Triple Bacteriana Acelular (dTpa): La recomendación actual es vacunar a todas las embarazadas a partir de la semana 20 de gestación con el objetivo de disminuir la morbimortalidad por coqueluche en niños menores de seis meses.

Vacuna de Influenza (Antigripal): Debe ser indicada a todas las mujeres embarazadas, en cualquier trimestre de la gestación y durante los seis primeros meses del puerperio.

Hepatitis B: se puede recomendar a todas las mujeres que no hayan recibido previamente.

5.2.11. Actividad física y embarazo:

Se recomienda realizar actividad física durante el embarazo. Salvo contraindicaciones¹⁰, se recomienda: hacer cualquier actividad moderada, que no implique gran esfuerzo físico o riesgo de golpe o caídas graves como: caminar, nadar, realizar elongación, hacer bicicleta fija. Se deben evitar deportes de impacto y luego del primer trimestre ejercicios que requieran acostarse de espaldas. Se recomienda ropa cómoda y realizar ejercicio de 2 a 3 horas posteriores a la alimentación.

5.3. Marco Legal:

En la actualidad, la Argentina dispone de un marco legal amplio en relación a los derechos durante el embarazo:

- Ley 25.929 del Derecho de Padres e Hijos durante el nacimiento
- Ley 25.871 de Derecho a la Salud de la Ley de Migraciones Argentina
- Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales
- Ley 26150 de Educación Sexual Integral
- Ley 26618 de Matrimonio Igualitario
- Ley 26743 de Identidad de Género
- Ley 26862 de Fertilización Asistida

5.3.1. Maternidad segura y centrada en la familia (MSCF)

Es aquella maternidad que reconocer a la familia como protagonistas de la atención del recién nacido, estimulando el respeto y la protección de la salud. Se promueve la colaboración del padre, la implementación de prácticas seguras para el cuidado del embarazo y del recién nacido. Fomenta el reconocimiento del concepto de MSCF como una política de la Institución; el apoyo a la embarazada y su familia durante el control prenatal; el respeto de las decisiones de las embarazadas y su familia en el trabajo de parto y parto; la priorización de la internación conjunta madre-hijo/a sano con la participación de la familia; la facilitación de la inclusión de madre y padre y el resto de la familia en la internación neonatal; la implementación de una residencia de madres que permita la permanencia de las mismas con sus recién nacidos internados; la organización del seguimiento del recién nacido sano y especialmente el de riesgo, luego del alta en consultorios externos especializados; y la colaboración de otras instituciones para la transformación en MSCF.

5.3.2. Ley N° 25.929 “Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de Nacimiento”:

Se refiere a los derechos relacionados con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto. Promueve la transmisión de información sobre las diversas intervenciones médicas, el trato con respeto e intimidad, el acceso a un parto natural evitando prácticas invasivas y medicaciones innecesarias, a la información sobre lo que va sucediendo en la evolución de su parto, al acompañamiento por quien ella elija, a poder permanecer con su recién nacido a su lado y a recibir apoyo sobre lactancia.

A su vez, se establecen los derechos del recién nacido: a ser tratados de manera digna; a ser identificados correctamente; a no ser sometidos a exámenes innecesarios; a permanecer en

¹⁰ Contraindicaciones absolutas: cardiopatía hemodinámicamente descompensada, enfermedad pulmonar restrictiva, incompetencia ístmico-cervical, gestaciones múltiples con riesgo de parto pretérmino, metrorragia persistente del segundo y del tercer trimestre, placenta previa luego de la semana 26ª, amenaza de parto prematuro en el corriente embarazo, ruptura prematura de membranas, preeclampsia/hipertensión inducida por la gestación.

internación conjunta con su madre; a que sus padres reciban información adecuada sobre cuidados para su crecimiento, desarrollo y vacunación.

5.3.3. Ley N° 26.485

Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales:

Define a la violencia obstétrica como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. Se considera trato deshumanizado al trato cruel, deshonroso, descalificado, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no. Las mujeres que se atienden en las referidas instituciones tienen el derecho a negarse a la realización de las prácticas propuestas por el personal de salud. Las instituciones del ámbito de la salud pública, privada y de la seguridad social deben exponer gráficamente, en forma visible y en lenguaje claro y accesible para todas las usuarias, los derechos consagrados en la ley que se reglamenta

6. Interrupción legal del embarazo

En la Argentina desde abril de 1922 el Código Penal (CP) de la Nación, en su Artículo N°86, reconoce las causales para la interrupción legal del embarazo. El acceso a este derecho ha sido vulnerado por numerosas causas, principalmente el desconocimiento de los profesionales de la salud.

No hay datos estadísticos, ni en Argentina ni el resto del mundo, pero se estima que casi la mitad de las interrupciones se producen de forma insegura¹¹. Esto aumenta significativamente el riesgo de sufrir complicaciones y la tasa de mortalidad materna.

En el año 2012 la Corte Suprema de Justicia de la Nación, interpreta el Artículo n°86, incisos 1 y 2, determinando a partir del Fallo F.A.L./ medida autosatisfactiva, los lineamientos para avanzar en esta práctica: "...no puede ni debe ser obligada a solicitar una autorización judicial para interrumpir su embarazo, toda vez que la ley no lo manda, como tampoco puede ni debe ser privada del derecho que le asiste a la interrupción del mismo ya que ello, lejos de estar prohibido, está permitido y no resulta punible..."¹².

"...El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

1° Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.

2° Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto..." (CP art 86).

A partir de este fallo y con el objetivo de facilitar el cumplimiento de este derecho en abril del 2015 el Ministerio de Salud de la Nación presentó el "Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo" que corresponde a una revisión y actualización de la Guía Técnica para la atención integral de abortos no punibles, Ministerio de Salud del año 2010, donde además de desarrollar en profundidad ambas causales (salud y violación) define cuales son los alcances de la ley, como debe ser el abordaje del proceso de interrupción, desarrollando el rol de cada actor del equipo de salud interviniente¹³.

Esta práctica debe respetar los parámetros de accesibilidad, confidencialidad, competencia técnica, calidad, autonomía, como también el concepto integral de salud descrito por la OMS en 1946:

¹¹Guttmacher Institute. Hechos sobre el aborto inducido en el mundo. New York: Guttmacher Institute - World Health Organization.

¹²CSJN. Fallo "F., A. L. s/Medida autosatisfactiva". Disponible en: <http://www.csjn.gov.ar/confal/>

ConsultaCompletaFallos.do?method=verDocumentos&id=13517

¹³Ministerio de Salud de la Nación (2010). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. 2° Edición. Buenos Aires, abril 2015.

“...La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades...”¹⁴.

Por lo tanto, al momento de determinar las causales de aborto no punible es pertinente no solo considerar el riesgo físico sino también el aspecto psicológico y social. Es responsabilidad del personal de salud garantizar y, por sobre todo, no obstruir el derecho al acceso a estas prácticas.

6.1. Procedimientos

Existen dos procedimientos terapéuticos para realizar la interrupción legal del embarazo: medicamentoso e instrumental. Se elige una u otra práctica de acuerdo a la edad gestacional, la disponibilidad del centro asistencial y la decisión personal. Ambas prácticas son de baja complejidad, pudiendo realizarse de manera ambulatoria. Serán derivadas al hospital las mujeres que cursan gestaciones mayores a 12 semanas, o menores a 12 semanas pero que no tengan criterios para la práctica ambulatoria.

El procedimiento medicamentoso se realiza utilizando Misoprostol, o la combinación de Misoprostol y Mifepristona (esta última no disponible actualmente en Argentina).

Cuadro 7. Procedimiento medicamentoso.

	DOSIS	VIA	Fuente
Menor a 12 semanas	Misoprostol 800 mcg (4 comprimidos), cada 3-12hs, 3 dosis	Vía Vaginal	OMS
	cada 3hs, máx 3 dosis	Vía Sublingual	
Mayor a 12 semanas	Misoprostol 800mcg, cada 3hs, máximo 5 dosis.	Vía vaginal o sublingual	

Fuente: elaboración propia a partir de Grossma, *Métodos médicos para el aborto en el primer trimestre*: Comentario de la BSR (última revisión: 3 de septiembre de 2004). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

El procedimiento instrumental consiste en la evacuación uterina mediante la aspiración de vacío (eléctrica o manual) o el legrado mecánico, reservado este último solo para casos en donde no se puede utilizar el aspirado o cuando se ha comprobado que la evacuación por aspirado manual endo-uterino (AMEU) fue incompleto. Ya que es un procedimiento costoso con mayor tasa de complicaciones, que requieren anestesia general o equipo médico con anestesista, dilatación cervical mayor e internación hospitalaria, a diferencia de la AMEU que puede realizarse en forma ambulatoria con anestesia local, es de menor costo y presenta menor tasa de complicaciones.

6.2. Atención post aborto

6.2.1. Consejería sobre anticoncepción

Luego de una interrupción es prioritario recomendar el uso de un MAC, la elección debe estar orientada individualmente, según los criterios de elegibilidad y atendiendo a las

¹⁴ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 22 de julio de 1946.

preferencias de cada usuaria. El momento de inicio del método solo será demorado si existieran complicaciones graves post aborto que requieran un tratamiento adicional. Los anticonceptivos combinados o de progestágenos solos pueden iniciarse entre el primer o segundo día, y el dispositivo intrauterino (DIU) se podrá colocar inmediatamente siempre que no haya signos de complicaciones, de ser así será postergada la colocación y se ofrecerá un método alternativo.

6.2.2. Atención integral de la salud

Se puede utilizar este espacio para realizar prácticas de promoción y protección de la salud, ofrecer el diagnóstico de ITS, rastreo de cáncer de cuello uterino, vacunación, detección de situaciones de violencia de género, entre otras.

7. Cáncer de cuello uterino

7.1. Epidemiología

El cáncer de cuello uterino (CCU) es el segundo tipo de cáncer más común a nivel mundial y la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres entre 35 y 64 años.

En la Argentina cada año se diagnostican alrededor de 4000 casos nuevos. El 82% de las muertes a causa de esta enfermedad ocurre en mujeres de más de 40 años. Afecta principalmente a mujeres que no acceden al rastreo. En los últimos treinta años no ha habido descensos significativos de la mortalidad por esta causa a pesar de los conocimientos y tecnologías actualmente disponibles para su prevención.

7.2. Historia natural

Existe una Asociación entre el CCU y el Virus del papiloma Humano (VPH), de forma tal que más del 99% de los casos están asociados al virus, convirtiéndose en causa necesaria para su desarrollo.

La principal vía de infección es la transmisión sexual y no se ha comprobado la eficacia del preservativo como método de prevención, ya que el virus puede ubicarse en los genitales internos y externos, incluidas las zonas que no están protegidas por él. No obstante, se recomienda su utilización por su utilidad en la prevención de otras ITS.

Hay más de 100 serotipos de VPH, pero sólo 15 son considerados de alto riesgo oncogénico, entre ellos los más comunes son el 16 y 18, responsables del 70 % de los casos de cáncer, seguidos por los serotipos 31 y 45.

Figura 6. Serotipos de VPH.

Grupo	Tipo de VPH
16-18-31-33-35-39-45-51-52-56-58-59	Grupo de alto riesgo
26-53-66-68-73-82	Probable grupo de alto riesgo
6-11-40-42-43-44-54-61-70-72-81	Grupo de bajo riesgo

Fuente: Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer Cervicouterino, Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino, Ministerio de Salud de la Nación. Página 8.

La infección por el virus provoca una alteración en las células del cuello uterino, ya sea en su epitelio escamoso como glandular, la cual se denomina displasia o neoplasia cervical intraepitelial (CIN) que se caracteriza por la presencia de atipias nucleares en un epitelio que, en general, conserva su arquitectura. Cuanto mayor es la modificación citológica y la extensión en espesor, mayor es el grado de displasia. Es una etapa previa pero no obligada de carcinoma invasor, y su reversibilidad está en relación inversa a la atipia.

El espectro de alteraciones epiteliales fueron clasificados en 3 categorías: CIN I, CIN II Y CIN III. En 1988 se introdujo un nuevo sistema de clasificación denominado Bethesda para los informes citológicos con el fin de unificar la terminología, el cual fue revisado en 2001. Su intención fue diferenciar las lesiones con menor probabilidad de progresión al cáncer de

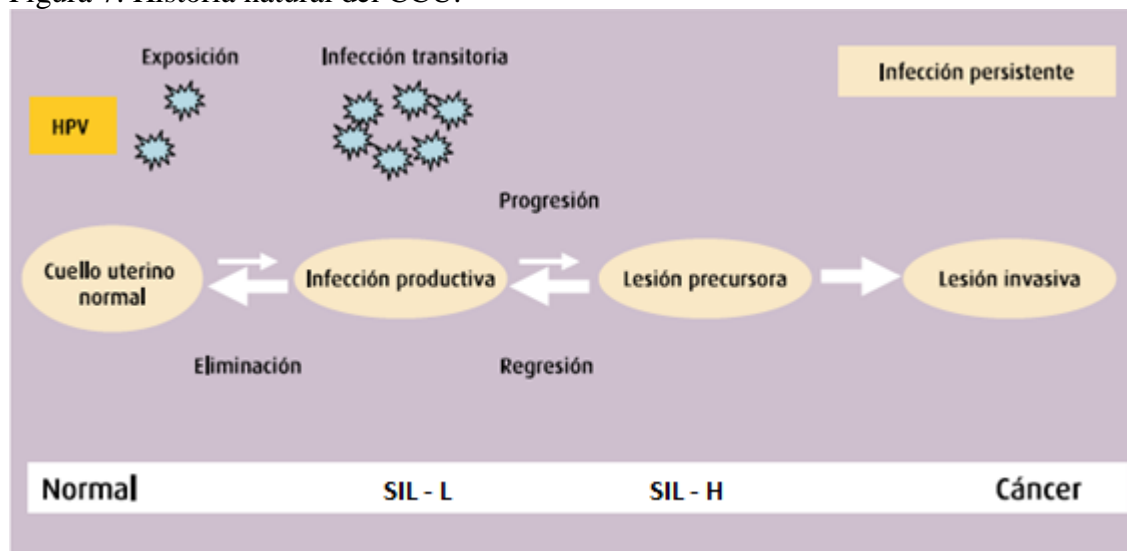
aquellas que más probablemente indiquen lesión pre-cancerosa o cancerosa. Según este sistema, las lesiones del epitelio escamoso, que previamente correspondía a CIN I o Condiloma plano, ingresan a la categoría lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (SIL-L) y los CIN II Y III se reunieron en un grupo denominado lesión intraepitelial escamosa de alto grado (SIL-H).

- Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (SIL-L): Pueden aparecer tras meses de ocurrida la infección, tienen mínimo riesgo de progresión maligna y remiten espontáneamente.
- Lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (SIL-H): menos comunes y pueden surgir tanto por una progresión de las displasias de bajo grado, o directamente de la infección persistente por VPH. Algunas de estas lesiones de alto grado progresan a carcinoma invasor, y otras pueden regresar, especialmente si se trata de mujeres jóvenes.

Se estima que sólo el 5% de las mujeres infectadas con alguno de estos tipos de VPH contraen infecciones persistentes, las cuales pueden generar las lesiones de alto grado y los carcinomas. El tiempo de evolución de una displasia hacia un CCU es de entre 10 y 20 años, lo que hace que sea una enfermedad relativamente fácil de prevenir, y es la razón fundamental del rastreo.

Existen dos tipos de cáncer cervical, el carcinoma escamoso, que es el más prevalente, y el adenocarcinoma que representa sólo entre el 10 y 15% de éstos. La clasificación de Bethesda para las lesiones neoplásicas intraepiteliales glandulares (ACIS) es similar a la de las lesiones intraepiteliales escamosas de cuello uterino (SIL).

Figura 7. Historia natural del CCU.



Fuente: Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer Cervicouterino, Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino, Ministerio de Salud de la Nación. Página 8

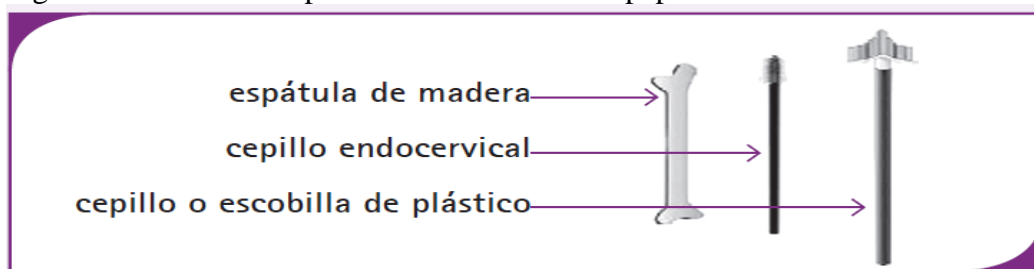
7.3. Rastreo de CCU

El CCU cumple con los criterios de Frame y Carlson: posee largo período asintomático, es prevalente, alta morbilidad, se cuenta con el test de Papanicolaou (PAP) como test diagnóstico en período asintomático y existen tratamientos efectivos para realizar en este período, los cuales, disminuyen la morbilidad real.

El principal test para realizar rastreo de CCU es la citología cervical exfoliativa (PAP): técnica mediante la cual se obtiene a través de una espátula y/o cepillo una muestra de células de endo y exocervix (zona de transformación donde la displasia y el cáncer se manifiestan), su posterior fijación en un vidrio para ser observada al microscopio por un anatomopatólogo y así detectar precozmente la presencia de células displásicas.

La sensibilidad de la prueba depende tanto de la toma de la muestra como de su procesamiento en el laboratorio y puede variar desde un 84% a un 38%; la especificidad puede llegar a un 90%. El rastreo es menos efectivo para detectar adenocarcinoma ya que puede manifestarse en varios sitios del canal cervical interno lo que hace más dificultosa su detección.

Figura 8. Instrumentos para toma de muestra de papanicolaou.



Fuente: Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud, programa de capacitación. Curso: Detección temprana y seguimiento de factores de riesgo cardiovascular y enfermedades oncológicas en el primer nivel de atención. Unidad 4: prevención y rastreo de enfermedades oncológicas, página 87.

El PAP puede realizarse en cualquier establecimiento de salud que cuente con los insumos básicos para la obtención de la muestra. La muestra puede ser tomada por: médicos ginecólogos y obstetras, médicos generalistas y/o de familia, otros profesionales médicos, obstétricas /parteras, enfermeros, agentes sanitarios.

7.3.1. Recomendaciones de rastreo y su frecuencia

En nuestro país, el Programa Nacional de Cáncer Cérvico Uterino recomienda realizar el PAP a partir de los 25 años. Recomendamos priorizar a las mujeres de 35 a 64 años y aquellas mayores de 64 años que nunca se lo hayan realizado (población objetivo).



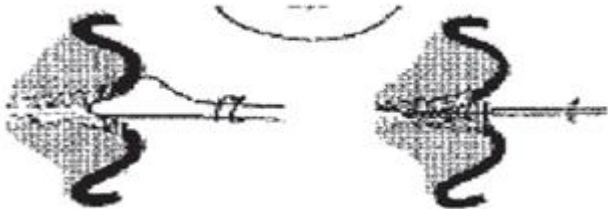
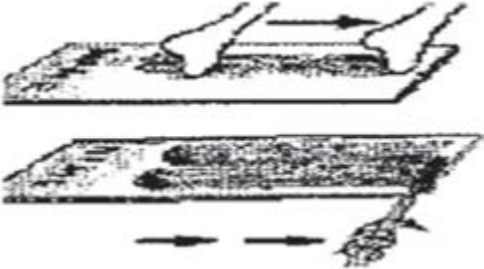
La frecuencia recomendada es realizar un PAP cada 3 años luego de 2 PAPs anuales consecutivos negativos (1-1-3). No se recomienda rastrear antes de haber cumplido los 3 años del inicio de las relaciones sexuales.

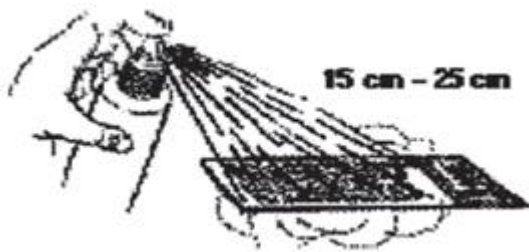
El objetivo es centrar el rastreo en aquellas mujeres que tienen mayor riesgo de sufrir lesiones precancerosas (mayor frecuencia en mujeres a partir de los 40 años, con un pico máximo a los 50 años) pero antes de que la incidencia de cáncer invasor comience a alcanzar un valor máximo. La probabilidad de desarrollar un cáncer invasor es muy baja en menores de 25 años.

La fuerza de trabajo de servicios preventivos de Estados Unidos (USPSTF) recomienda el rastreo en mujeres entre los 21 a 65 años, con una frecuencia de 3 años, o la realización de PAP en combinación con la prueba de VPH (ver más adelante) cada 5 años.

7.3.2. Instrucciones para la toma de muestra de PAP:

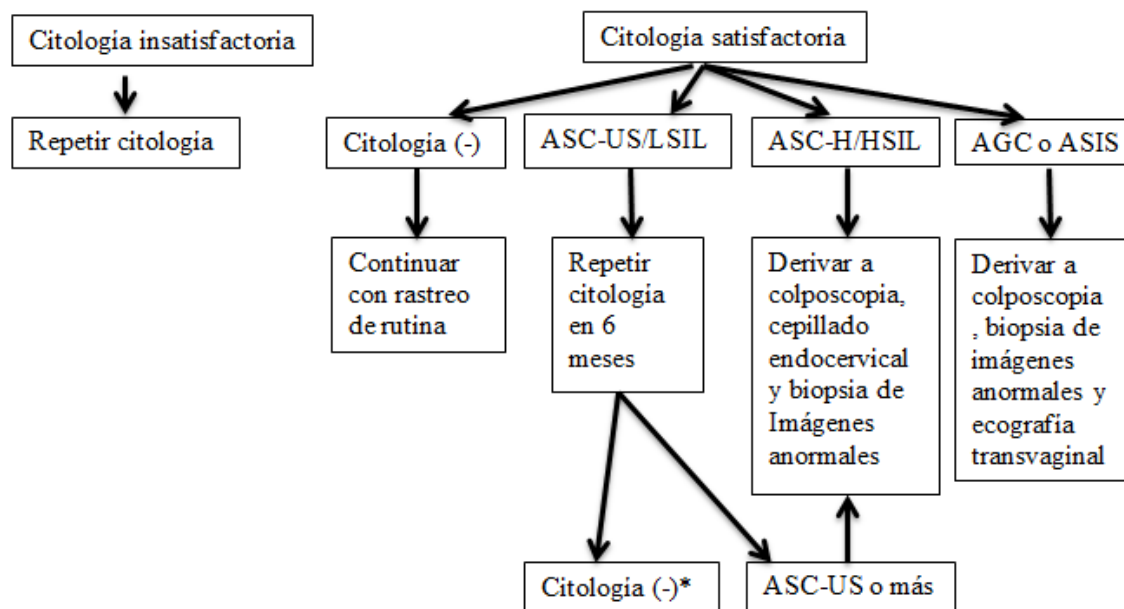
Figura 9. Instrucciones para la toma de la muestra de PAP

<p>1) Rotular el portaobjeto</p> 	
<p>2) Visualizar el cuello del útero</p> 	<p>Lubricar el espéculo con agua tibia de ser necesario. No utilizar gel lubricante. Localizar la zona de transformación.</p>
<p>3) Recolectar la muestra</p> 	<p>Para que sea adecuada utilizar espátula y cepillo endocervical. Espátula: rotar una vez en 360° sobre orificio cervical externo. Cepillo: insertar suavemente en canal cervical y girar sólo 90°. No utilizar durante embarazo</p>
<p>4) Extender la muestra</p> 	<p>Aplicar cada muestra en una mitad de un mismo portaobjeto. Espátula: desparrame en un solo movimiento uniforme. Cepillo: gire en un solo movimiento. La muestra se seca rápidamente.</p>
<p>5) Fijar la muestra inmediatamente para evitar la desecación de las células con el aire lo que dificultaría su evaluación.</p>	<p>Puede realizarse de dos formas: a) húmeda: sumergir la muestra en una solución de etanol al 95% y así transportarlo, o sumergirlo por 20-30 minutos, dejar secar al aire y luego transportarlo en un sobre. b) cubierta: combinación de alcohol con sustancia semejante a la cera que</p>

	<p>se aplica con nebulizador sobre la muestra. No utilizar laca de pelo como fijador citológico porque dificulta el procesamiento de la muestra.</p>
---	--

Fuente: elaboración propia, adaptado de Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. Programa de Capacitación. Detección temprana y seguimiento de factores de riesgo cardiovascular y enfermedades oncológicas en el PNA. Unidad 4: Prevención y Rastreo de Enfermedades Oncológicas. Página 89.

Figura 10. Lectura de resultados y seguimiento



*Con dos citologías negativas regresa al tamizaje de rutina

Fuente: Elaboración propia, adaptado de Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. Programa de Capacitación. Detección temprana y seguimiento de factores de riesgo cardiovascular y enfermedades oncológicas en el PNA. Unidad 4: Prevención y Rastreo de Enfermedades Oncológicas.

7.3.3. Prueba de VPH

En nuestro país, en el año 2011, el Instituto Nacional del Cáncer, junto con el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino, ha iniciado un proyecto para la incorporación de esta prueba en los servicios de salud de la provincia de Jujuy; y en los años siguientes, se irá incorporando al resto de las provincias.

Es una prueba que permite detectar la presencia de ADN de 13 serotipos de VPH de alto riesgo oncogénico en las células del cuello del útero mediante un cepillado (sensibilidad 90% y especificidad 93%). Se realizará una doble toma: primero un extendido para PAP y luego el cepillado para la prueba de VPH. Una prueba de VPH negativa implica que el virus no está presente por lo tanto la lectura del PAP es innecesaria. En caso de una muestra positiva se analiza el extendido del PAP. Este triage diagnóstico (Test de VPH + PAP) tiene muy alta sensibilidad y un valor diagnóstico de un resultado negativo de casi el 100%.

7.3.4. Colposcopia

Es un examen a través del cual se visualiza a gran aumento la integridad del epitelio de la vagina y el cuello del útero mediante un lente (colposcopio). Por medio de tinciones del tracto genital inferior se pueden observar cambios que sugieren la presencia de células anormales. Es un método de rastreo de segunda línea, que debe realizarse ante un resultado anormal del PAP, permitiendo la toma de una muestra de biopsia.

7.4. Vacuna contra el VPH

La vacuna contra VPH, incorporada al Calendario Nacional de Vacunación en el año 2011, está destinada a niñas de 11 años de edad nacidas a partir del año 2000, con el propósito de disminuir la incidencia y la morbilidad por CCU. Forma parte del abordaje integral para el control y prevención del CCU junto con el rastreo para la detección temprana y tratamiento oportuno.

En la actualidad se cuenta con dos vacunas disponibles registradas en la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT): una bivalente-Cervarix® (VPH 16 y 18) y otra cuadrivalente-Gardasil® (VPH 16, 18, 6, 11).

A partir de enero de 2014 se aplica por calendario la vacuna cuadrivalente.

Esquema de aplicación: 2 dosis con un intervalo entre ellas de 6 meses. Si la segunda dosis fue administrada antes de los 6 meses, se debe aplicar una tercera dosis respetando los intervalos mínimos.

7.4.1. Controversias

El Manual del vacunador Argentina 2014 (lineamientos técnicos sobre vacuna contra el VPH) expresa que la eficacia de la vacuna cuadrivalente fue evaluada en cuatro estudios clínicos de fase II y III, aleatorizados, doble ciego, controlados por placebo. Dichos estudios solo tuvieron un seguimiento medio de 3-4 años lo cual vuelve inciertos los efectos secundarios y a largo plazo de la vacuna.

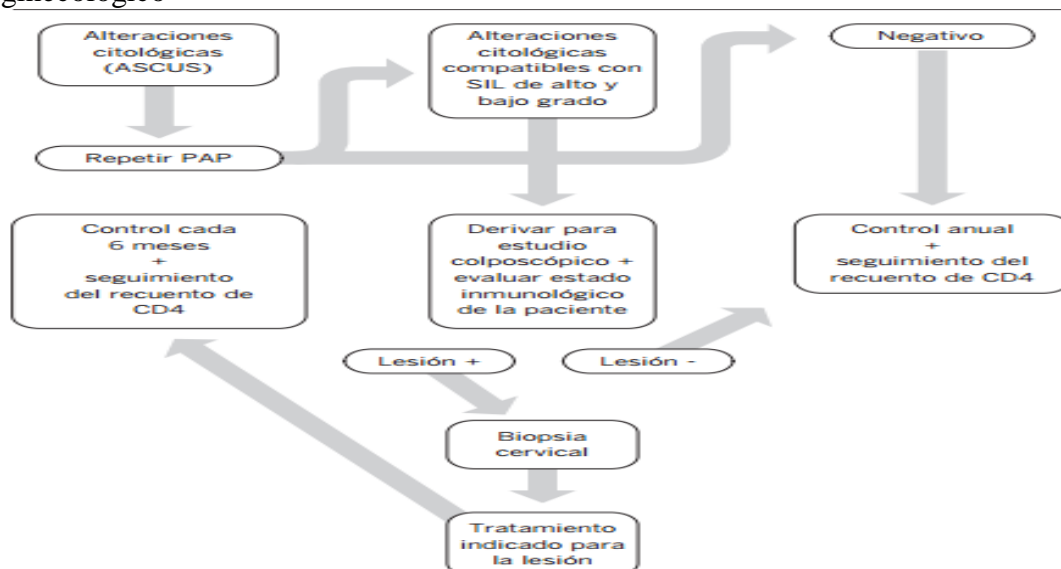
Otras controversias alrededor de las mismas es que al existir más de 100 serotipos de VPH, el haber recibido la vacuna no protege de las verrugas o del desarrollo de cáncer producidas por un serotipo diferente de los que ésta posee y a su vez no existe evidencia que demuestre que previenen el cáncer de ningún tipo.

7.5. Rastreo de CCU en mujeres que conviven con VIH

Esta población presenta mayor riesgo de enfermedades oncogénicas del tracto genital inferior, así como mayor progresión y recidiva de lesiones. La inmunosupresión es predisponente para el VPH, y su grado se asocia con la prevalencia de citología e histología cervical anormal. Con recuentos menores a 200 CD4/microlitro aumenta la prevalencia de lesiones intraepiteliales de alto y bajo grado, hay mayor discordancia entre el resultado citológico e histológico y mayor tasa de falsos negativos. Por lo tanto, en este grupo, se recomienda la realización de PAP y colposcopia para el rastreo.

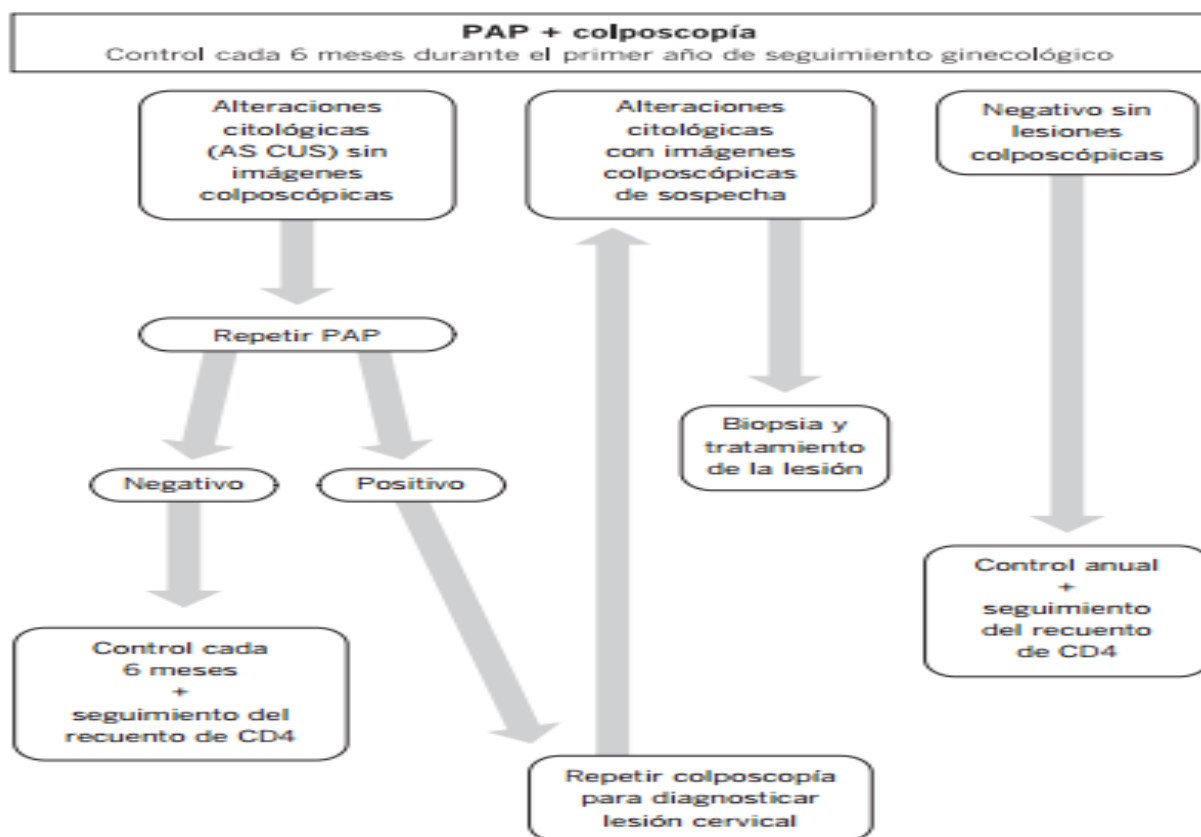
Desde la “Guía para la atención integral de las mujeres con infección por VIH” se plantean tres escenarios diferentes según recursos disponibles para elaborar recomendaciones de rastreo de cáncer de cuello uterino:

Figura 11. Escenario 1 PAP, control cada 6 meses durante el primer año de seguimiento ginecológico



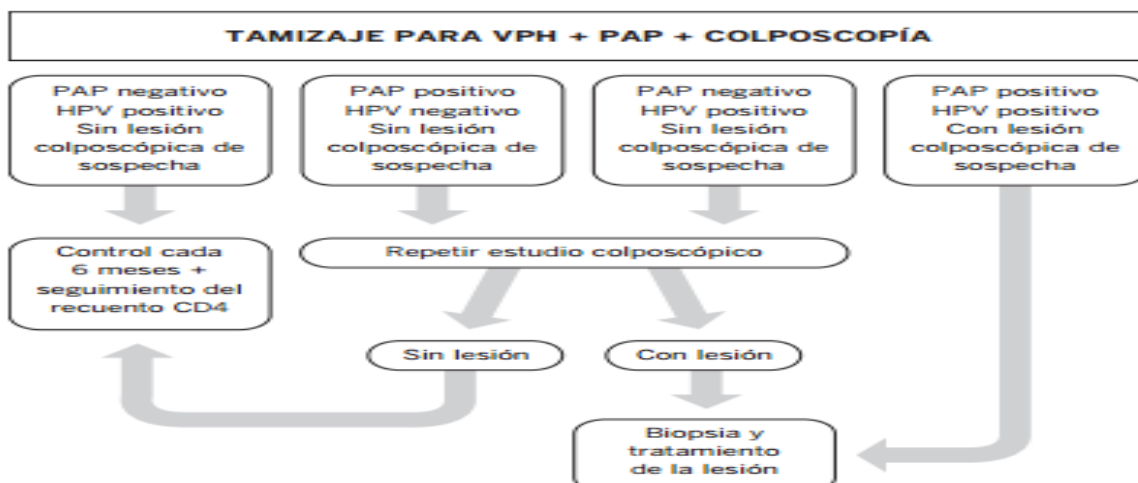
Fuente: “Guías para la atención integral de las mujeres con infección por HIV”. UNFPA. Ministerio de Salud de la Nación, 2013. Página 29

Figura 12. Escenario 2: PAP + Colposcopia.



Fuente: “*Guías para la atención integral de las mujeres con infección por HIV*”. UNFPA. Ministerio de Salud de la Nación, 2013. Página 30

Figura 13. Escenario 3: VPH + PAP + Colposcopia

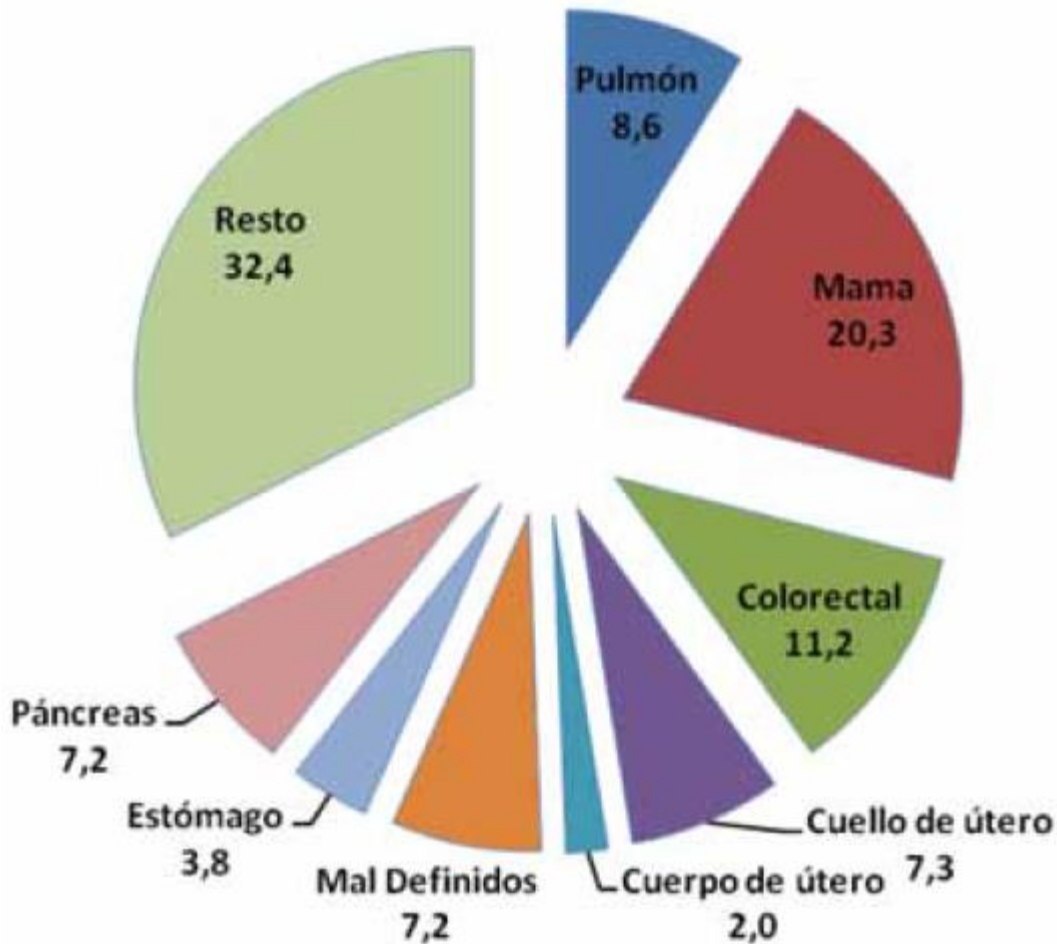


Fuente: “*Guías para la atención integral de las mujeres con infección por HIV*”. UNFPA. Ministerio de Salud de la Nación, 2013. Página 31

8. Cáncer de mama

Las enfermedades neoplásicas constituyen un importante problema de salud en todo el mundo y, dentro de esta categoría, el cáncer de mama representa la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres. En Argentina se estima una incidencia 17.000 casos y 5.400 muertes al año, que corresponde a la segunda tasa de mortalidad en el continente americano (20,1 por 100.000, en 2008), similar a la de las enfermedades altamente prevalentes como la diabetes.

Figura 14. Distribución de defunciones por tumores malignos en mujeres. Argentina, 2007.



Fuente: MSal 2009 y datos proporcionados por el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino.

El cáncer de mama cumple con los criterios de rastreo de Frame y Carlson. El pronóstico del cáncer de mama depende en parte del tamaño del tumor y su diseminación extraglandular, como también de la presencia de factores celulares que determinan su agresividad biológica al momento del diagnóstico. La detección de tumores pequeños y/u hormonodependientes permite, en la mayoría de los casos, la aplicación de tratamientos locales y sistémicos menos agresivos, con altas tasas de curación.

8.1. Factores de riesgo

Edad: el riesgo aumenta con la misma.

Antecedentes familiares de cáncer en las ramas materna y paterna independientemente del sexo, con mayor riesgo si los afectados son familiares de primer (padres, hermanos, hijos) y

segundo grado (tíos, abuelos, nietos) y cuanto más temprana es la edad de diagnóstico. Tumores asociados al cáncer de mama hereditario: ovario, endometrio, colon, próstata, páncreas, melanoma, tiroides. Entre el 75 y 80 % de las pacientes que padecen cáncer de mama no presentan antecedentes familiares, son esporádicos, por lo cual la ausencia de estos no debe excluir la sospecha.

Edad de la menarca: se asocia al inicio tardío de la menstruación con menor riesgo de cáncer de mama.

MAC : el aumento de riesgo se encuentra descartada por la evidencia actual.

Antecedentes obstétricos: existe una relación inversa entre cáncer de mama y paridad, a mayor número de hijos menor probabilidad de desarrollar esta enfermedad. También existe una relación entre éste y la edad del primer embarazo que llegó a término, a mayor edad mayor riesgo de cáncer de mama.

Lactancia: se le ha otorgado un valor protector. Hay una reducción del riesgo relativo de cáncer de mama en un 4,3% por cada año de lactancia y aumenta por cada embarazo¹⁵.

Antecedentes personales de cáncer de mama tanto in situ como invasivo.

Menopausia: su inicio precoz reduce el riesgo.

Prótesis mamarias: No tienen efecto sobre el riesgo de cáncer de mama pero al momento del rastreo mamográfico deben realizarse incidencias diferentes para una mejor visualización del tejido mamario.

Terapia hormonal de reemplazo: el riesgo está aumentado en tratamientos prolongados (períodos mayores a 3-5 años) y en tratamiento combinados (estrógenos-progesterona).

Radioterapia torácica previa: es considerada un factor de riesgo más aún cuando es aplicada a edades tempranas.

Dieta: existe un correlato entre consumo de grasas y aumento del riesgo de cáncer de mama.

Alcohol: el aumento del riesgo en las mujeres que consumen alcohol en una cantidad mayor o igual a 2 copas por día (equivalentes: cerveza 350 ml, vino 150 ml, whisky 44 ml) se relaciona, entre otras, con el aumento de estrógenos y andrógenos.

8.2. Rastreo

8.2.1. Autoexploración

La evidencia disponible no ha demostrado beneficio del autoexamen, no reduce la mortalidad por cáncer de mama. Esto debe informarse a la mujer y si la misma decidiera hacerlo, se debe enseñar la técnica correcta.

8.2.2. Exploración física

La OMS en su guía "Control de cáncer: aplicación de los conocimientos; guía para desarrollar programas eficaces; módulo 3", expresa que solo se debería utilizar en ensayos o proyectos de demostración. El examen físico cobra importancia si la mamografía no se encuentra accesible y en lugares donde epidemiológicamente la enfermedad se diagnostica en fases avanzadas. Debe ser sistematizada, primero la paciente deberá estar sentada, luego en decúbito dorsal y por último recostado a 45 ° hacia ambos lados (preferible en mujeres obesas o de mamas muy grandes). Al momento de localizar lesiones, se debe dividir la mama en cuatro cuadrantes alrededor del pezón, recordando que la mayor parte de la glándula se ubica en el cuadrante superoexterno y se prolonga hacia la axila. El drenaje se dirige hacia axila principalmente pero también a regiones claviculares y estructuras profundas del tórax.

¹⁵ Lancet en 2009 (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer: Breast cancer and breastfeeding. Lancet 2002 360 (9328): 187-195)

8.2.3. Estudios por imágenes

Mamografía bilateral: es considerada el primer y único test de elección para la detección temprana en mujeres asintomáticas. Posee una sensibilidad que varía entre el 70% y el 95% y una especificidad superior al 90%. Se realiza en dos proyecciones: cráneo-caudal y mediolateral oblicua. Para su interpretación se utiliza la clasificación BIRADS (en inglés Breast Imaging Reporting and Data System) desarrollada en 1993.

Está indicada como método de rastreo a las mujeres de 50 a 70 años sin antecedentes de factores de riesgo significativos para cáncer de mama, realizada de manera bienal de no encontrarse hallazgos insatisfactorios.

En este sentido, el Programa Nacional de cáncer de mama del Ministerio de Salud adhiere a las recomendaciones de la US Preventive Services Task Force de los Estados Unidos, la Canadian Task Force on Preventive Health Care, el Advisory Committee on Cancer Prevention de la Unión Europea y el National Health Service del Reino Unido

Figura 15. Categoría BI-RADS

BI-RADS 0: estudio no concluyente, que requiere de estudios adicionales de imagen para una interpretación adecuada (proyecciones magnificadas o focalizadas, ecografía mamaria). Debe quedar muy claro que BIRADS 0 NO corresponde al riesgo más bajo, sino que el radiólogo no tiene con el o los presentes estudios elementos suficientes como para definir la probabilidad de cáncer.
BI-RADS 1: estudio negativo o normal, donde se encontraron las estructuras sin daño aparente. Por lo que el control queda a criterio del médico solicitante, siendo éste un nuevo estudio cada año o cada dos años, dependiendo de la edad y de los factores de riesgo de la mujer solicitante.
BI-RADS 2: estudio que presenta una imagen con lesión o lesiones de naturaleza benigna específica (quistes, fibroadenomas, etc.) que requieren seguimiento o tratamiento ocasional según indicación clínica o igual al BIRADS 1.
BI-RADS 3: estudio probablemente benigno. Presenta una imagen que será benigna en un 98% de los casos, pero que no es concluyente, por lo que se debe realizar un seguimiento a base de estudios mamográficos (y/o ecográficos) cada 6 meses de la mama involucrada y anual de la contralateral, durante 2-3 años para asegurar estabilidad y descartar malignidad.
BI-RADS 4: estudio que presenta una imagen con apariencia de malignidad no contundente, por lo que debe sugerirse al médico tratante la realización de una biopsia para la confirmación citohistopatológica de la lesión detectada por imagen. Opcionalmente, puede subdividirse en 4a, b y c.
BI-RADS 5: estudio que presenta imágenes altamente sugestivas de malignidad (microcalcificaciones pleomórficas en grupo mayor de 5, imagen nodular irregular, distorsión de la arquitectura mamaria, etc.). En estos casos se recomienda la realización de una biopsia para hacer el estudio citohistopatológico en forma urgente para corroborar el diagnóstico y llevar a cabo el tratamiento oportuno.
BI-RADS 6: Cuando el estudio a evaluar corresponde a una paciente que ya posee una biopsia de una lesión que es positiva para carcinoma mamario, aún no tratado, dicha lesión se categoriza como BI-RADS 6.

Fuente: Guía programática abreviada. Documento técnico para referentes del programa. Programa Nacional de Cáncer de mama. Ministerio de Salud de Nación. Página 7

En pacientes con factores de riesgo deberán evaluarse en conjunto con especialista a fin de determinar la estrategia de rastreo, refiriéndonos con esto al estudio complementario adecuado, edad de inicio, frecuencia, etc; teniendo en cuenta el riesgo individual de cada paciente.

La ecografía mamaria no está recomendada para el rastreo en mujeres de la población general.

8.2.4. Controversias

Existe variabilidad en la reducción de la mortalidad comparando áreas con y sin cobertura de rastreo para cáncer de mama e inclusive el sobrediagnóstico puede llegar al 52%.

Bibliografía

Battistella, Gabriel, Meza Virginia. *Terapeutica Racional en Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación. Programa Remediar+Redes, 2014. Pag 72-104. Disponible en: http://www.remediar.msal.gov.ar/files/2014_-IP_Unidad_3_TRAPS.pdf

Bourdieu P. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama; 2000.

Cabral Soto J, Cruz Palacios C, Ramos Alamillo U, Ruiz Gomez P. *Atlas de ITS. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www2.paho.org/mex/dmdocuments/pub_atlasits.pdf

Calvetti JM. *Análisis de la utilización de los servicios del Centro de Salud y Acción Social Comunitaria N° 35 focalizado en los varones entre 2005 y 2011 (Ciudad Autónoma de Buenos Aires)*; 2014. Disponible en: <http://repositoriojmr.unla.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?e=d-00000-00---off-0epidemi1--00-2---0-10-0---0---0direct-10-UN--4-----0-11--10-es-50---20-about-Varones--00-1-1-00-0-0-01-1-0utfZz-8-00&a=d&c=epidemi1&cl=CL1.2.2>

Cardaci N. *Ordenando relatos. Investigaciones sobre salud y género en programas mexicanos de estudios de la mujer*. Salud Colectiva. 2006;2(1): 21-34. Esteban, 2006;

Ciapponi Agustín, Guía de Práctica Clínica: Actualización y combinación de las guías de cuidados preventivos de la fuerza de tareas de EE.UU. y Canadá (Cuarta parte) Combination and update of preventive care guidelines of the U.S. and Canadian task forces. Evid Act Pract Ambul. 13(1). 20-25. Ene-mar 2010. Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/bywgrebg.pdf>.

Recomendaciones de Fuerzas de Tarea de los EE.UU y Canada:
<http://www.evidencia.org/files/bywgrebg.pdf>

Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud: *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*, Baltimore y Ginebra, CCP y OMS, 2011. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf?ua=1

Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. *Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior*. Cad Saú Púb [Internet]. 2007 [citado 06 Jun 2008]; 23(3):565-574. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=es&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2007000300015.

Guide to Clinical Preventive Services, 2014. June 2014. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/cpsguide.pdf>

Krieger N. *A glossary for social epidemiology*. J Epid Comm Hea.2001; 55 (10):693-700.

Ledesma, Noemí. *Prevención y rastreo de enfermedades oncológicas: detección temprana y seguimiento de factores de riesgo cardiovascular y enfermedades oncológicas en el PNA*. 1a ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Programa REMEDIAR+REDES. , 2012. Disponible en: <http://remediar.msal.gov.ar/files/unidad%204%20.pdf>

Ley 25.673: Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. B.O. 22-11-2002

Ley 26130: Régimen para las intervenciones de anticoncepción quirúrgica. B.O. 29-08-2006

Ley 26743: Identidad de Género. B.O. 24-05-2012.

Ley 26485: Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus derechos interpersonales. B.O. 14-04-2009.

Ley de parto humanizado:

http://www.msal.gov.ar/vamosacrecer/index.php?option=com_content&view=article&id=390:ley-nacional-no-25929-ley-de-parto-humanizado&catid=279:nc-derecho-de-los-padres-durante-el-nacimiento&Itemid=225

López E, Findling L, Abramzón M. Desigualdades en Salud: ¿Es diferente la percepción de morbilidad de Varones y Mujeres? Sal Cole. 2006;2(1):61-74.

Menéndez EL. *Salud y género: Aportes y problemas*. Sal Cole. 2006;2(1): 5-7.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Preparación integral para la maternidad: Guía para el trabajo de equipos de salud interdisciplinarios*. 2005.

Ministerio de Salud de la Nación: *Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva. Propuesta de Diseño, organización e implementación*, Buenos Aires, Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable,2010. Disponible en:http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Consejerias_25072011.pdf

Ministerio de Salud de la Nación: *Derechos Sexuales y derechos Reproductivos, Leyes que reconocen tus derechos*,2013. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Leyes-que-reconocen-tus-derechos.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación, UNFPA: *Guía para la atención integral de las mujeres con infección por VIH*, Buenos Aires, Dirección de SIDA y ETS , 2013. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000112cnt-2013-05_guias-para-atencion-integral-mujeres-2013.pdf

Ministerio de Salud de Nación. *Guía programática abreviada. Documento técnico para referentes del programa*. Programa Nacional de Cáncer de mama, 2014. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000664cnt-49-Manual_programatico2015.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. *Guía programática abreviada para el tamizaje del cáncer cervicouterino*. Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cervicouterino, 2014. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000433cnt-Guia_Programatica_Abreviada_BAJA.pdf

Ministerio de Salud de la Nación: MAC, *Guía para un acceso sin barreras*. Programa de Salud Sexual y Procreación responsable, Buenos Aires 2010. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000688cnt-MAC_Guia_para_un_acceso_sin_barreras-Nueva-edicion.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*. 2° Edición. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Buenos Aires, abril 2015. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación: *Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal*. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2013. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>

Organización Mundial de la Salud. *Detección temprana. Control del cáncer: aplicación de los conocimientos; guía de la OMS para desarrollar programas eficaces; módulo 3*. 2007. II Serie. ISBN 978 92 4 354733 6. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44023/1/9789243547336_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. *Módulos de capacitación para el manejo sintomático de las infecciones de transmisión sexual*, Ediciones de la OMS, 2008 Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43277/2/9789243593401_modulo2_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. “*Salud Reproductiva: Proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo*” en EB133/15.Add.15.18 de diciembre de 2003. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf

Péchin Juan, Aczel Ilona, Mallo Erica, García Diego Javier: *Atención de la Salud Integral de Personas Trans. Guía para equipos de Salud*, Buenos Aires, Programa de Salud Sexual y Procreación responsable, 2015. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf>

Provenzano Belén, Chera Silvia: *Métodos Anticonceptivos. Guía para profesionales de Salud*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Programa de Salud Sexual y Procreación responsable, 2012. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/boletin/b02/pdf/Guia-Pract-MAC-completa.pdf>

Rohlf I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escribá V, García-Calvente M, Llacer A, Mazarrasa L, Pasarín M, Peiró R, Valls-Llobet C. *La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud*. Gac Sanit. 2000;14(2):146-55.
Sabo, D. *Comprender la salud de los varones. Un enfoque relacional y sensible al género*. PAHO [Internet]. 2000 [Citado 4 Feb 2013] Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DBI/po04/PO04_body.pdf

Rubinstein A, Terrasa S, Durante E y otros. *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. 2º Edición. Editorial Panamericana: Buenos Aires, Argentina; 2006.

Salas-Valenzuela M, Medina-Mora MPT. *El concepto de género en documentos gubernamentales sobre salud y nutrición en México*. Sal Cole. 2006;2(1): 35-45.

Serrano, MJ. *El rol de la variable sexo/género en sociolingüística ¿diferencia, dominio o interacción?* Santiago de Chile: Boletín de Filología de la Universidad de Chile. 2008; 43(1):175-192.

Testa M. *Atención Primaria o Primitiva*. En: Spinelli H, coordinador. *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993.

Trumper Eugenia: *Anticoncepción hormonal de emergencia. Guía de procedimientos para profesionales de la salud*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2007. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/AHE_guia_profesionales\[2\].pdf](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/AHE_guia_profesionales[2].pdf)

Viniegra María, Buffa Rosana, Pesce Verónica. El cáncer de mama en 8 palabras, una guía breve para Atención Primaria de la Salud. 2013. Ministerio de Salud de la Nación.

Disponible en:

http://www.msal.gob.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo_medico/Cancer_de_mama/El_cancer_de_mama_en_8_palabras_Guia_APS_2013.pdf

Viniegra María, Paolino Melisa, Arrossi Silvina. *Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Informe final julio 2010. Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales.*

Representación OPS/OMS en Argentina. Disponible en:

http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub67.pdf

Zamberlin, Nina, Portnoy, Fabian: *Tu cuerpo, tu Salud, Tus derechos... Guia sobre salud sexual y Reproductiva*, Buenos Aires. Fondo de Población de Naciones Unidas. UNFPA, 2007. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/unfpa-baja.pdf>

Anexos

Anexo 1. Dispositivos de consejerías en SSYR.

En este anexo, desarrollamos algunos de los aspectos principales que caracterizan a los dispositivos sobre consejería integral en SSYR. Para ampliar dicha información sugerimos la lectura de la siguiente guía:

Ministerio de Salud de la Nación: *Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva. Propuesta de Diseño, organización e implementación*, Buenos Aires, Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2010. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Consejerias_25072011.pdf

Trabajo en Equipo.

Se propone el trabajo en forma interdisciplinaria a partir de equipos formados por diferentes profesionales (médicos de diferentes especialidades, psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, promotores de salud, enfermeros, etc) y no profesionales (administrativos, miembros de la comunidad).

Esto permite abordar un mismo problema desde diferentes perspectivas y ampliar la mirada sobre una misma situación.

Estos equipos llevan adelante tanto los consultorios de consejería (en general en forma de duplas formadas por dos personas de especialidades diferentes), así como otras actividades como talleres, charlas en sala de espera, actividades de promoción en escuelas u otras instituciones.

Perspectiva de derechos.

Las consultas deben orientarse siempre a respetar los derechos sexuales y reproductivos.

Para fortalecer los derechos sexuales debe respetarse el nombre elegido de cada persona aunque no sea el que figura en el documento, no presuponer la heterosexualidad, identificar posibles situaciones de violencia y favorecer en la consulta la posibilidad de resolver inquietudes relacionadas con la sexualidad.

Para el cumplimiento de los derechos reproductivos, debe brindarse información completa, adecuada y en términos comprensibles. Se debe facilitar en la misma consulta el MAC según las posibilidades y preferencias del/ la usuario/a.

Perspectiva de género.

Como desarrollamos en la introducción, trabajar bajo un enfoque de género implica entender que las diferencias entre hombres y mujeres dependen de aspectos socioculturales y que en el estado actual de las cosas, estas diferencias ponen en un mayor grado de vulnerabilidad a las mujeres y a las minorías de género.

“Incorporar el enfoque de género en el equipo de salud permite estar alerta sobre la necesidad de, por ejemplo, conversar con una mujer heterosexual o bisexual sobre el grado de autonomía que tendrá para usar el método anticonceptivo requerido, si podrá acordarlo con la pareja o deberá ocultar su uso; si tiene posibilidades de decidir cuándo tener relaciones sexuales o si vive una situación de coerción o violencia sexual” (1)

Sugerimos el siguiente video acerca de consultas sobre SSYR pensadas desde una perspectiva de género.

<https://www.youtube.com/watch?v=WUnGHQNpxQY>

Autonomía.

Se trabaja mediante una comunicación “no indicativa”, se debe brindar información clara y completa para que los/as usuarias puedan decidir, fomentando el autocuidado.

Oportunidad y Accesibilidad.

En dos sentidos diferentes:

Por un lado el de aprovechar todo contacto de las personas con el sistema de salud para realizar consejerías sobre SSYR , tanto los espacios o consultorios específicos de consejería , así como también cualquier otra consulta con el Hospital o centro de salud (Ej: preguntar durante s controles de salud del niño a los padres acerca del tema).

Y por otro lado, aprovechar las consultas sobre SSYR para abordar otros temas relacionados con la sexualidad (violencia de género, ofrecer serologías para ITS, sugerir prácticas preventivas como el PAP)

Confidencialidad.

Teniendo en cuenta que se tratan temas relacionados con la sexualidad, ITS, violencia, etc, resulta primordial asegurar la confidencialidad y el desarrollo de las consultas en espacios privados.

Anexo 2. Cuadro comparativo de MAC.

	Preservativo	Anticonceptivos Combinados Orales (ACO)	Anticonceptivos orales sólo de Progestágenos anovulatorios (Desogestrel)	Anticonceptivos orales sólo de Progestágenos NO anovulatorios (Minipíldora)
Principal mecanismo de acción	Impide el encuentro de óvulos con espermatozoides.	Anovulación.	Anovulación.	Alteración del moco cervical.
Cómo se utiliza	Se coloca en el pene erecto antes del coito.	Pastilla que se toma vía oral.	Pastilla que se toma vía oral.	Pastilla que se toma vía oral.
Frecuencia de uso	En cada relación sexual.	Todos los días a la misma hora. En las presentaciones de 21 comprimidos, se hace una semana de descanso antes de comenzar el siguiente blister.	Todos los días a la misma hora, sin descanso entre blisters.	Todos los días a la misma hora, sin descanso entre blisters.
Eficacia	Depende del uso. Si se usa adecuadamente es muy alta.	Depende mucho de cómo la usuaria tome las pastillas. Si se hace correctamente, es muy alta.	Depende mucho de cómo la usuaria tome las pastillas. Si se hace correctamente, es muy alta.	Es alta si se encuentra con lactancia exclusiva. También depende de si toma correctamente las pastillas.
Tiempo para que sea efectivo, desde inicio del método	Inmediatamente.	7 días de adecuada toma de comprimidos con hormona. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comenzó el primer día del ciclo.	7 días de adecuada toma. Indicar método de respaldo por este tiempo.	2 días de adecuada toma. Indicar método de respaldo por este tiempo.
Margen de seguridad en la toma	(no corresponde)	24 horas.	12 horas.	Bajo: es sólo de 3 horas. Enfatizar la importancia de tomarla en horario.
Prácticas a realizar con nivel de recomendación A antes de iniciar el método	Consejería.	Consejería. Control de tensión arterial.	Consejería.	Consejería.
Patrones de sangrado	No los cambia.	El sangrado coincide con la semana de descanso o pastillas placebo y es más escaso. Puede existir sangrado irregular los primeros meses.	Irregularidades del sangrado menstrual e incluso amenorrea.	En general, prolonga la duración de la falta de menstruación de la mujer que amamanta. Irregularidades menstruales.
Privacidad	Requiere adherencia del varón.	No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las pastillas.	No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las pastillas.	No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las pastillas.
Uso durante la lactancia	Se puede usar sin problema.	No se recomiendan durante período de lactancia exclusiva.	Se pueden usar sin problema.	Se pueden usar sin problema, siempre y cuando la mujer no haya reiniciado sus menstruaciones y se encuentre en período de lactancia exclusiva.
Uso ante contraindicación de estrógenos	Se puede usar sin problema.	No usar.	Se pueden usar.	Se pueden usar.
Recuperación de la fertilidad	Inmediato si no se usa.	Rápidamente al suspender la toma.	Rápidamente al suspender la toma.	Rápidamente al suspender la toma.
Protección contra ITS	Alta.	Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.

Anticonceptivos Combinados Inyectables mensuales (ACI)	Anticonceptivos inyectables sólo de Progestágenos (AMPD)	DIU de cobre	Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)
Anovulación.	Anovulación.	Reacción inflamatoria estéril local que es tóxica sobre los espermatozoides.	Anovulación en un alto porcentaje.
Inyección intramuscular profunda, en cadera, parte superior de brazo o nalgas.	Inyección intramuscular profunda, en cadera, parte superior de brazo o nalgas.	Dispositivo que se coloca dentro del útero.	Pastilla que se toma por vía oral.
Mensual: una inyección la misma fecha calendario (el mismo día) de cada mes.	Trimestral: cada 90 días o 13 semanas.	Luego de colocado, dura hasta 10 años.	Cada vez, luego de la relación sexual sin cuidado, con riesgo de embarazo no deseado.
Alta. Menos dependiente de la usuaria. La usuaria debe concurrir a un efector para que le aplique la inyección cada mes.	Alta. Menos dependiente de la usuaria. La usuaria debe concurrir a un efector para que le aplique la inyección cada tres meses.	Muy alta. No depende de la usuaria.	Es más efectivo cuanto antes se tome. Dentro de las 12 horas de la relación sexual de riesgo, tiene 95% de eficacia.
7 días de aplicada. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comenzó el primer día del ciclo.	7 días de aplicada. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comenzó el primer día del ciclo.	Inmediatamente luego de colocado.	Sirve sólo para esa toma. No es un método efectivo como método habitual.
Puede darse hasta 3 días antes o después de la fecha exacta.	Puede darse hasta 2 semanas antes o después de la fecha en que debía aplicarse.	(no corresponde)	Puede tomarse hasta el 5º día, sin embargo su efectividad va disminuyendo con los días.
Consejería. Control de tensión arterial.	Consejería. Control de tensión arterial.	Consejería. Examen ginecológico.	Facilitar el acceso inmediato, sin turno, por guardia.
Al comienzo puede haber sangrado irregular. Luego el sangrado se regulariza. Puede generar también amenorrea.	Irregularidades del sangrado menstrual los primeros meses y luego ausencia de sangrado o sangrado infrecuente.	Puede causar menstruaciones más abundantes y prolongadas. También sangrado irregular y más dolor durante la menstruación.	Puede modificar el sangrado menstrual, adelantándolo o retrasándolo una semana.
No existen signos físicos de uso.	No existen signos físicos de uso.	Una vez colocado, sólo la usuaria sabe que lo tiene.	No existen signos físicos de uso.
No se recomiendan durante período de lactancia exclusiva.	Se pueden usar sin problema.	Se pueden usar sin problema.	Se puede usar sin problema.
No usar.	Se pueden usar.	Se puede usar.	Se puede usar.
Rápidamente al suspender la toma.	Puede haber una demora.	Rápidamente al retirar el dispositivo.	Sólo protege o disminuye la posibilidad de embarazo en esa relación sexual de riesgo.
Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.	Ninguna.

Fuente: Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) del Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos, Guía práctica para profesionales de la salud. 2da edición. Argentina. Ministerio de salud de la Nación. 2012. Características de los Métodos de la Canasta de Insumos del PNSSyPR - MSAL. p. 50-51

Anexo 3. Criterios de elegibilidad de la OMS (completo)

			ACD	ACI	ADPS	AMPD	DIU cobre	
1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA	Edad	Desde la menarca hasta los 18 años	1	1	1	2	2	
		Desde los 18 a los 39 años	1	1	1	1	1	
		Desde los 40 años y más	2	2	1	1	2¹	
	Nulíparas		1	1	1	1	2	
	Lactancia materna	Hasta las 6 semanas post parto	4	4	3²	3²		
		6 semanas a 6 meses post parto (con lactancia exclusiva)	3	3	1	1		
		6 meses post parto o más	2	2	1	1		
	Post parto (no amamantando)	Menor a 21 días	3	4¹	3	4¹	1	
		Entre 21 días y 42 días	2	3¹	2	3¹	1	
		Mayor a 42 días	1	1	1	1	1	
	Post parto (amamantando o no, incluido post cesárea)	Menor a 48 horas					1	
		Entre 48 horas y 4 semanas					3	
		Mayor a 4 semanas					1	
	Post aborto	Primer trimestre	1	1	1	1	1	
		Segundo trimestre	1	1	1	1	2	
Tabaquismo	Edad menor a 35 años	2	2	1	1	1		
	Edad mayor o igual a 35 años y consume MENOS de 15 cig/día	3	2	1	1	1		
	Edad mayor o igual a 35 años y consume MAS de 15 cig/día	4	3	1	1	1		
Obesidad (IMC mayor a 30 kg/m2)		2	2	1	1	1		
2. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad mayor, fumar, DBT, HTA, etc)		3	4	3	4	2	
	Hipertensión	Historia de presión alta donde no se puede evaluar	3	3	2	2	1	
		Antecedentes de HTA con presión controlada y se puede evaluar	3	3	1	2	1	
		Máxima entre 140 y 159 / Mínima entre 90 y 99	3	3	1	2	1	
		Máxima mayor de 160 y/o Mínima mayor de 100	4	4	2	3	1	
	Antecedente de HTA durante el embarazo con TA actual normal		2	2	1	1	1	
	Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar	Antecedentes	4	4	2	2	1	
		Aguda	4	4	3	3	1	
		Con tratamiento anticoagulante	4	4	2	2	1	
	Cirugía menor sin inmovilización		1	1	1	1	1	
Hiperlipidemia diagnosticada⁵		2	3	2	3	2		
3. ENFERMEDADES ENDOCRINOLÓGICAS	Trastornos tiroideos	Hipotiroidismo	1	1	1	1	1	
		Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	
	Diabetes	Sin enfermedad vascular y NO insulina dependiente	2	2	2	2	1	
		Sin enfermedad vascular e insulina dependiente	2	2	2	2	1	
		Neuropatía/ retinopatía/ nefropatía	3	4	3	4	2	
		Otra enfermedad vascular o DBT de más de 20 años de evolución	3	4	3	4	2	
			ACD	ACI	AOPS	AMPD	DIU cobre	
4. TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	Cefaleas⁴	No migrañosas	I:1	C:2	I:1	C:2	1	1
		Migraña sin aura en menores de 35 años	I:2	C:3	I:2	C:3	1	2
		Migraña sin aura en mayores de 35 años	I:3	C:4	I:3	C:4	1	2
		Migraña con aura (preguntar: "¿ve una mancha luminosa antes de que aparezca el dolor de cabeza?")	4	4	I:2	C:3	I:2	C:3
	Epilepsia (VER DETALLADAMENTE INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS)		1	1	1	1	1	
5. INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO	Miomas uterinos		1	1	1	1	1¹	
	Cánceres	Cáncer de mama (actual)	4	4	4	4	1	
		Historia familiar de cáncer de mama	1	1	1	1	1	
		Cáncer cérvico-uterino	2	2	1	2	I:4	
		Cáncer de ovario	1	1	1	1	I:3	
	Neoplasia intraepitelial cervical		2	2	1	2	1	
	Hemorragia genital inexplicada (antes de la evaluación)		2	2	2	3	I:4	
	Enfermedad inflamatoria pélvica	Actual	1	1	1	1	I:4	
		Pasada	1	1	1	1	2²	
	Infecciones de transmisión sexual (ITS)	Gonorrea y clamidiasis u otras formas de cervicitis purulenta	1	1	1	1	I:4	
		Otras ITS y vaginitis	1	1	1	1	2	
		Ver también interacciones medicamentosas	Alto riesgo de ITS	1	1	1	1	I:2/3
6. ENFERMEDADES DEL HIGADO	Hepatitis viral	Infección por VIH o SIDA¹⁰	1	1	1	1	I:2/3¹	
		Hepatitis aguda o exacerbación	I:4	C:2	I:3	C:2	1	
	Cirrosis	Portadora de hepatitis viral o hepatitis crónica	1	1	1	1	1	
		Leve (compensada)	1	1	1	1	1	
	Antecedente de colestasis	Grave (descompensada)	4	3	3	3	1	
		Relacionada con el embarazo	2	2	1	1	1	
	7. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS	Antibióticos	Relacionada con los anticonceptivos orales	3	2	2	2	1
Antibióticos de amplio espectro			1	1	1	1	1	
Antifúngicos/ antiparasitarios		Rifampicina o rifabutina¹²	3	2	3	1	1	
			1	1	1	1	1	
Anticonvulsivantes		Algunos anticonvulsivantes¹¹ (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato)	3	2	3	1	1	
		Lamotrigina¹⁴	3	3	1	1	1	
Antirretrovirales¹⁵		Inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa reversa	1	1	1	1		
		Inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa reversa	2	2	2	2		
	Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir	3	3	3	2			

REFERENCIAS/CATEGORÍAS

- 1:** Puede usar el método en cualquier circunstancia. No hay restricciones.
- 2:** Puede usar el método y eventualmente necesitar algún seguimiento.
- 3:** Habitualmente no es recomendable el método, excepto que no se disponga de otros métodos más apropiados o aceptables.
- 4:** NO debe usarse el método.

ABREVIATURAS

- ACO:** Anticonceptivo combinado oral
- ACI:** Anticonceptivo combinado inyectable (mensual)
- AOSP:** Anticonceptivo oral sólo progestágeno (Minipíldora y Desogestrel)
- AMPD:** Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (anticonceptivo sólo de progestágeno inyectable trimestral)
- DIU:** Dispositivo intrauterino

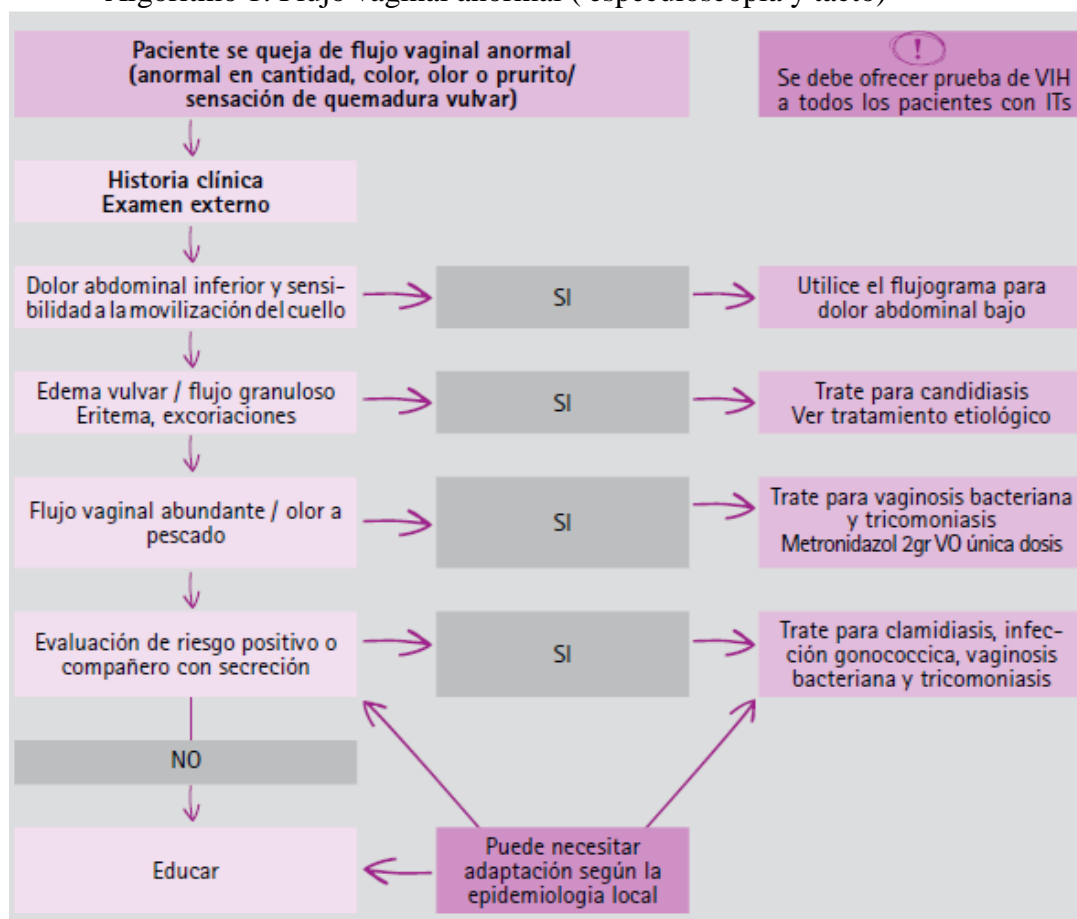
INICIO Y CONTINUACIÓN

- I:** Inicio del método
- C:** Continuación del método

Fuente: Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) del Ministerio de Salud de la Nación. Métodos anticonceptivos, Guía práctica para profesionales de la salud. 2da edición. Argentina. Ministerio de salud de la Nación. 2012. Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación de métodos anticonceptivos. RESUMEN.

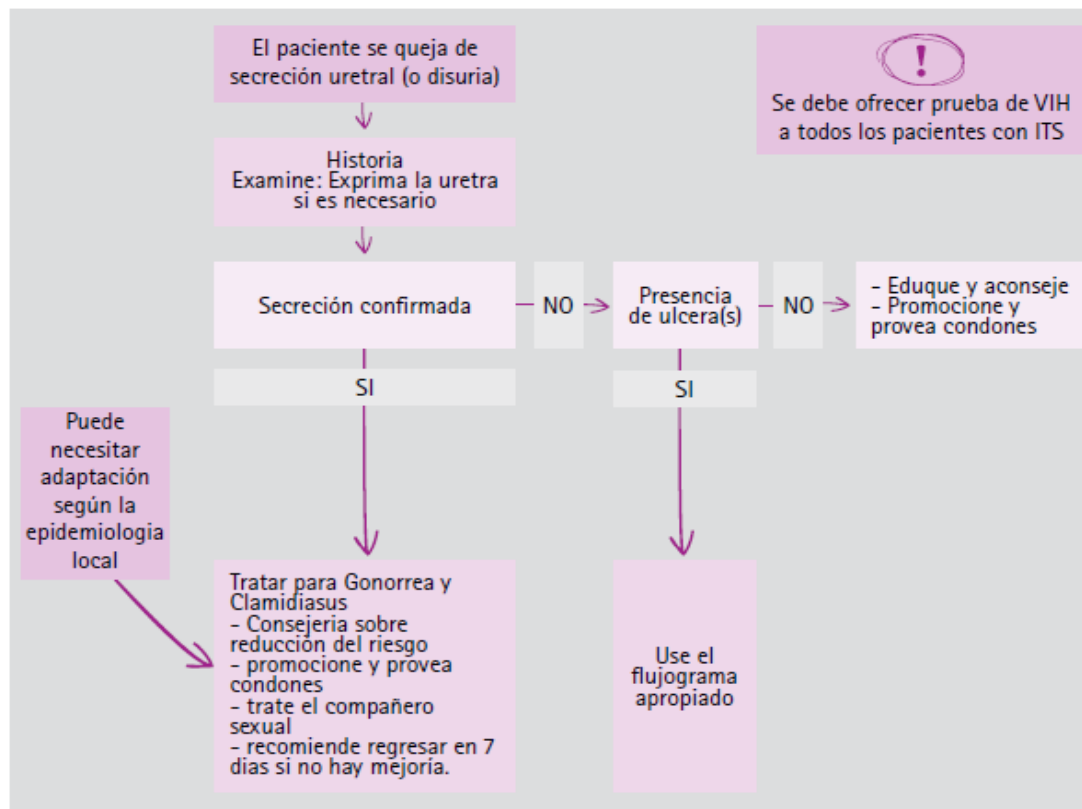
Anexo 4. Algoritmos de abordaje sindromático de las ITS

Algoritmo 1: Flujo vaginal anormal (especuloscopia y tacto)



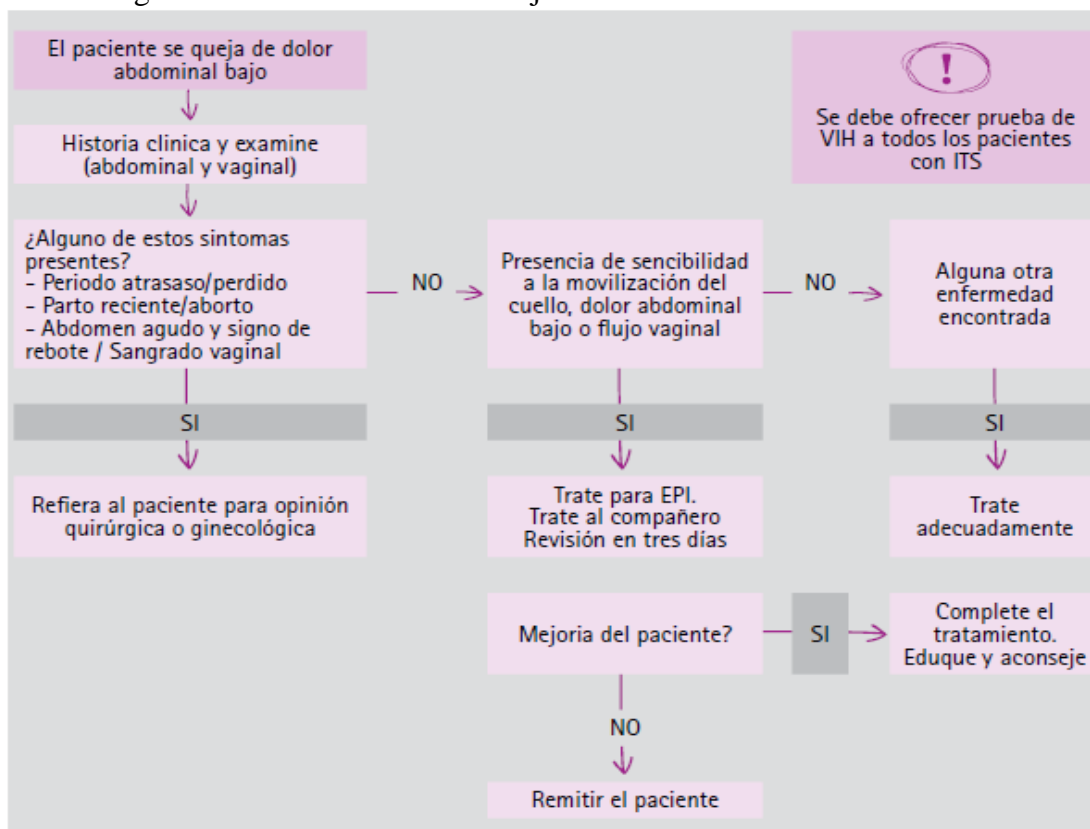
Fuente: Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación. Terapéutica racional en atención primaria de la salud. p. 84

Algoritmo 2: Secreción uretral



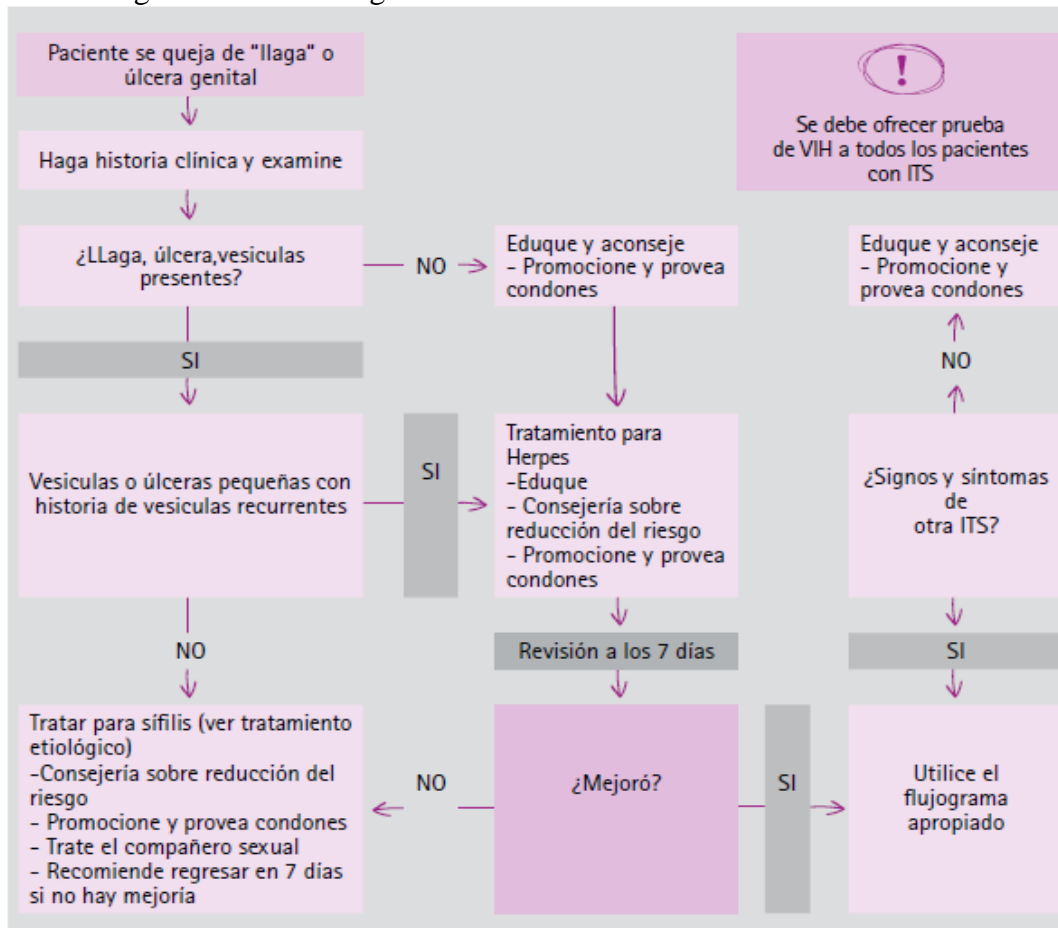
Fuente: Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación. Terapéutica racional en atención primaria de la salud. p.92

Algoritmo 3: Dolor abdominal bajo



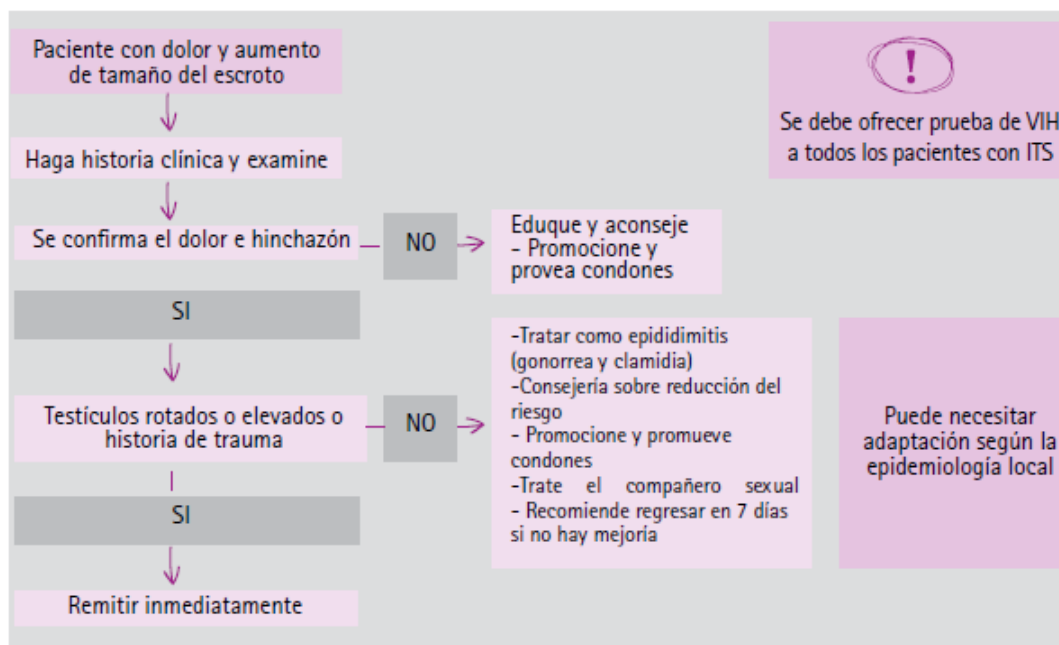
Fuente: Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación. Terapéutica racional en atención primaria de la salud. p. 94

Algoritmo 4: Úlcera genital



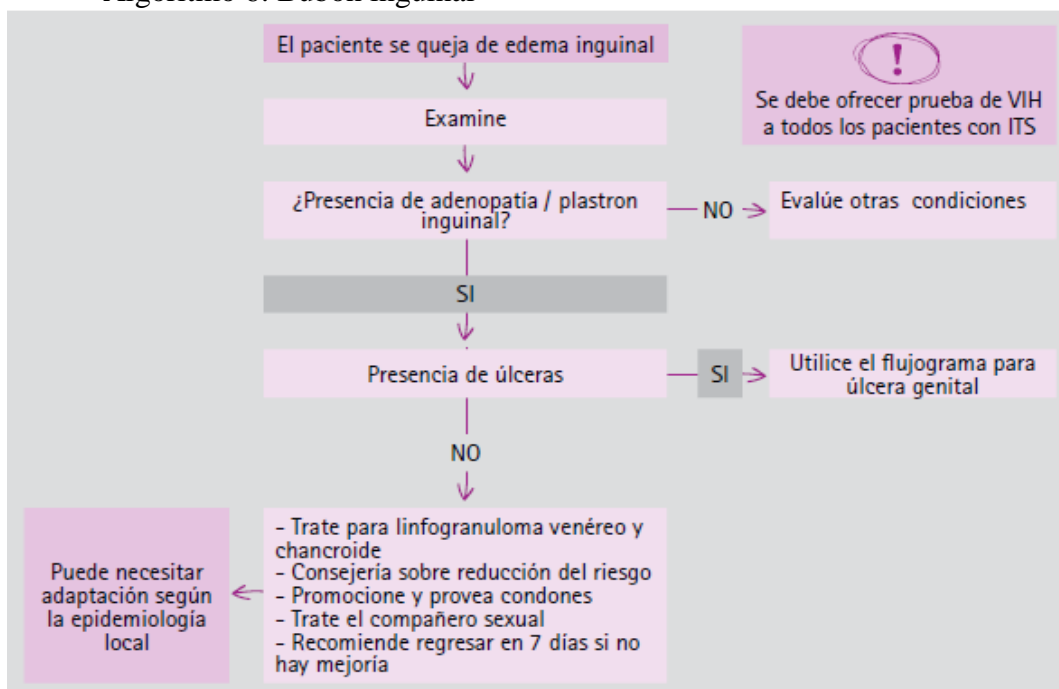
Fuente: Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación. Terapéutica racional en atención primaria de la salud. p.97

Algoritmo 5: Escroto agudo



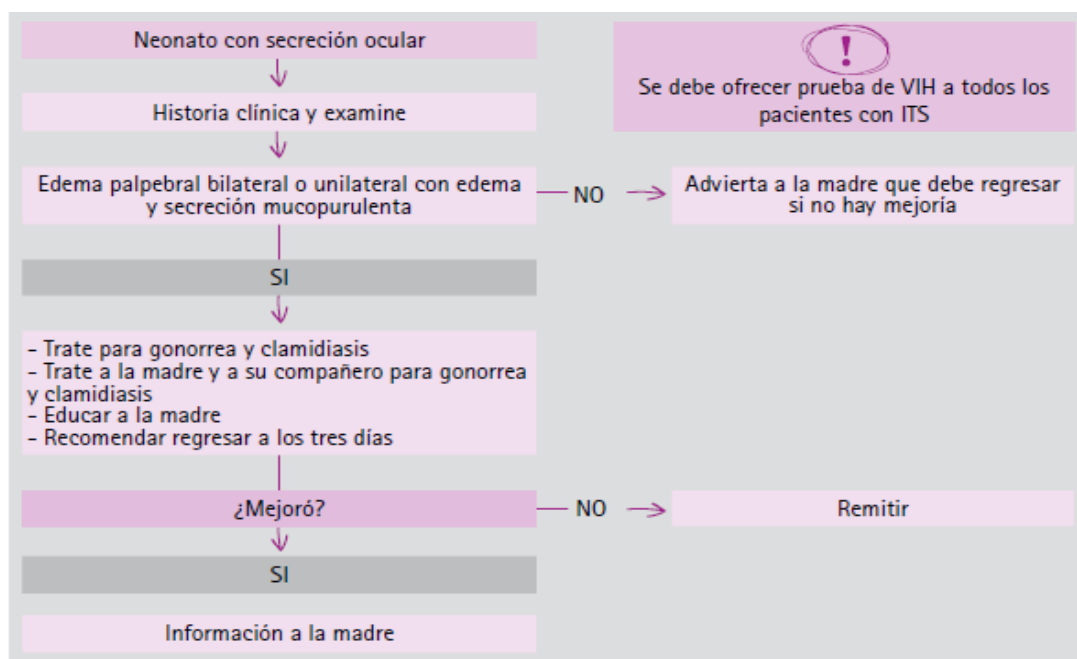
Fuente: Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación. Terapéutica racional en atención primaria de la salud. p. 103

Algoritmo 6: Bubón inguinal



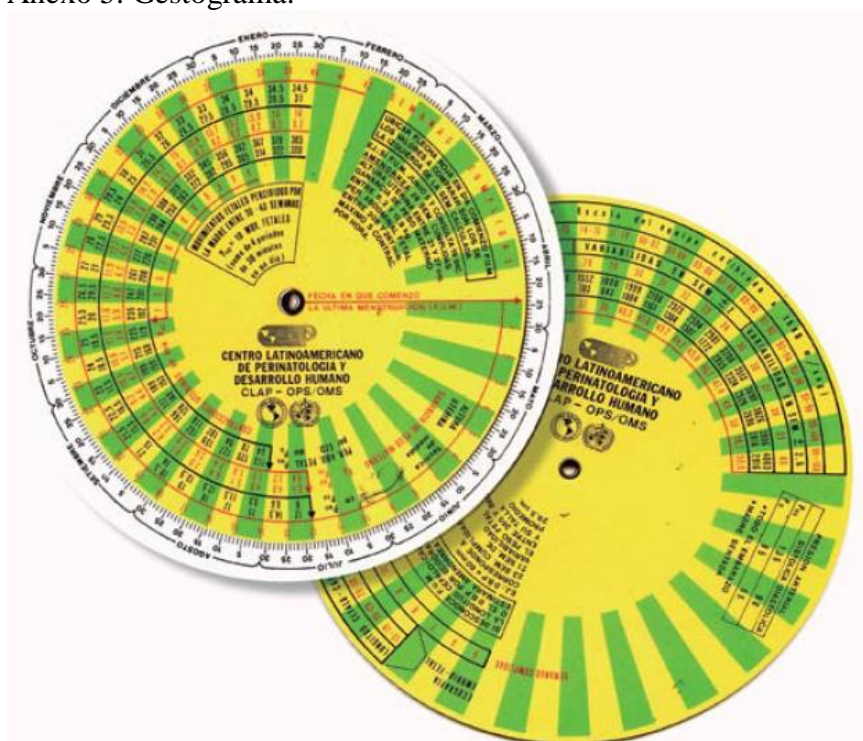
Fuente: Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación. Terapéutica racional en atención primaria de la salud. p. 104

Algoritmo 7: Conjuntivitis neonatal



Fuente: Dirección de SIDA y ETS. Guía de Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación. Terapéutica racional en atención primaria de la salud. p. 106

Anexo 5. Gestograma.

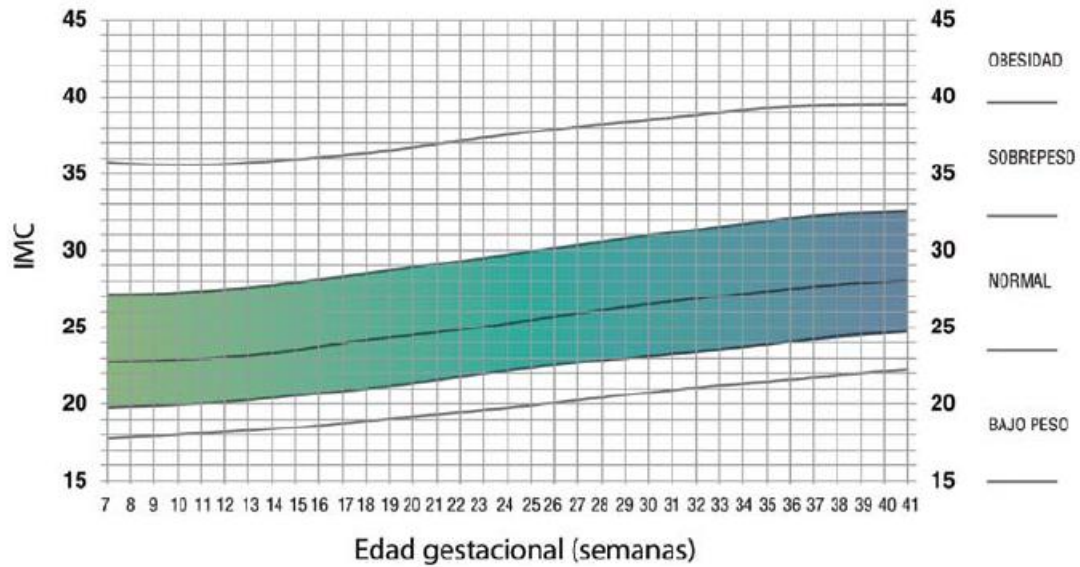


Anexo 6: CLAP

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS										FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		EDUCACION		ESTADO CIVIL		LUGAR DEL CONTROL PRENATAL																					
NOMBRE: _____ APELLIDO: _____										_____ día _____ mes _____ año		blanca indígena mestiza negra otra		ninguno primario secundario universitario afijos en el mayor nivel		canadense unión estable otro soltero viudez		Lugar del control prenatal																					
DOMICILIO: _____										EDAD (años): _____								Lugar del parto																					
LOCALIDAD: _____ TELEF.: _____																		N° de control																					
ANTECEDENTES FAMILIARES no si TBC diabetes hipertensión pre-eclampsia eclampsia cto. cond. médica grave										PERSONALES no si TBC diabetes hipertensión pre-eclampsia eclampsia cto. cond. médica grave										OBSTETRICOS gestas previas abortos vaginales nacidos vivos vivos muertos después 1° sem. después 1° sem.										FIN EMBARAZO ANTERIOR día _____ mes _____ año semanas de 1 a 6									
GESTACION ACTUAL PESO ANTERIOR _____ Kg TALLA (cm) _____ FUM _____ EG CONFABLE por FUM Eco < 20 s.										ULTIMO PREVIO n/c < 2500g normal > 4000g Antecedentes de gemelares no si										3° sem. consecutivo emb. ectópico paritos cesáreas nacidos muertos										EMBARAZO PLANEADO no si FRACASO METODO ANTICONCEPC. no si barrera DIU horm. natural									
TRABAJO DE PARTO normal anormal no si PNP COLP HEPATITIS B BACTERIURIA GLUCEMIA EN AYUNAS ESTREPTOCOCCO B 35-37 semanas PREPARACION PARA EL PARTO CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA										GRUPO Rh Rh+ Rh- inmuniz. no si toxoplasmosis < 20 sem IgG > 20 sem IgG 1° consulta IgM Hb < 20 sem Fe/Folatos indicados Hb > 20 sem VIH - Diag. Tratamiento										VIH - Diag. Tratamiento VIH - Diag. Tratamiento SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento Prueba no si no inapropiada inapropiada Tratamiento no si Tto de pareja no si										EX NORMAL ODONT. no si MAMAS no si									
CONSULTAS ANTENATALES día _____ mes _____ año edad gest. _____ peso _____ P.A. _____ altura uterina _____ presión tación _____ FCF (lpm) _____ movim. fetales _____ protuber. _____ signos de alarma, exámenes, tratamientos Inicial Técnico próxima cita										PARTO FECHA DE INGRESO _____ CONSULTAS PRE-NATALES total _____ CARNÉ no si hora _____ min _____ posición de la madre _____ PA _____ pulso _____ corte/10' dilatación _____ altura present. _____ variedad posit. _____ meconio _____ FCF (lpm) _____ HTA previa no si HTA inducida embarazo no si preeclampsia no si eclampsia no si cardiopatía no si nefropatía no si diabetes no si										ABORTO HOSPITALIZ. en EMBARAZO no si CORTICOIDES ANTENATALES completo incompleto ninguno semana inicio no si INICIO espontáneo inducido cesar. elect. no si ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO < 37 sem. > 37 sem. > 16 hs. temp. > 38°C no si EDAD GEST. al parto semanas _____ días _____ PRESENTACION SITUACION cefalica pelviana transversa no si TAMARO FETAL ACORDE no si ACOMPAÑANTE TDP P pareja familiar otro ninguno no si código										ENFERMEDADES HTA previa no si HTA inducida embarazo no si preeclampsia no si eclampsia no si cardiopatía no si nefropatía no si diabetes no si infec. ovular no si infec. urinaria no si amenaza parto preter. no si R.C.I.U. no si rotura prem. de membranas no si anemia no si otra cond. grave no si HEMORRAGIA 1° trim. 2° trim. 3° trim. postparto infección puerperal no si código TOP Prueba no si Sillas no si VIH no si									
NACIMIENTO VIVO MUERTO anteparto parto ignora momento no si hora _____ min _____ día _____ mes _____ año MULTIPLE orden no si TERMINACION espont. cesárea fórceps no si INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO no si										POSICION PARTO sentada acostada no si EPOSIOTOMIA no si DESGARROS Grado (1 a 4) no si OCOTOCICOS prealumbr. postalumbr. no si PLACENTA completa incompleta retenida no si LIGADURA CORDON precort. no si MEDICACION no si										RECIBEN NACIDO SEXO f m PESO AL NACER _____ g LONGITUD _____ cm P. CEFALICO cm EDAD GESTACIONAL sem. días PESO E.G. _____ g APGAR (min) 1° 5° ESTIMACION no si REANIMACION estimular aspiración masajes oxígeno masaje tubo no si FALLECE EN LUGAR DE PARTO no si REFERIDO alq. neonat. otro cto. labio. hosp. no si ATENDIDO médico obst. ent. asist. estuf. empir. otro Nombre PARTO NEONATO no si										PUERPERIO Meconio 1° día no si día _____ hora _____ T°C _____ P.A. _____ pulso _____ nivel. uter. loquios _____ ANTICONCEPCION CONSERVIA no si METODO ELEGIDO DIU post-evento DIU natural DIU hormonal ninguno no si									
EGRESO RN vivo fallecido traslado día _____ mes _____ año hora _____ min _____ lugar _____ Responsable _____										EGRESO MATERNO traslado lugar día _____ mes _____ año hora _____ min _____ lugar _____ Responsable _____										EGRESO AL ALTA boca abierta no si BCG no si INMUN. HEPATITIS B no si PESO AL EGRESO _____ g																			

Anexo 7. Percentilos del IMC en embarazadas.

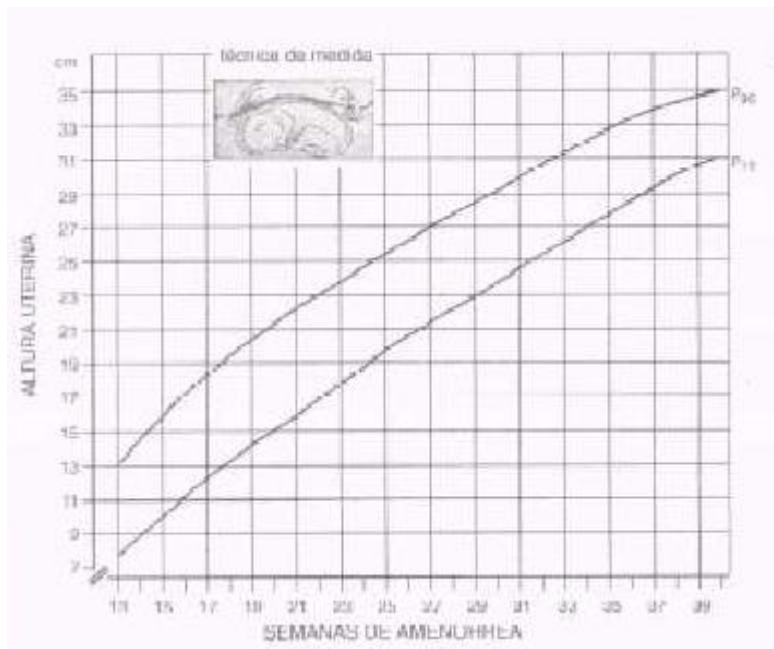
Índice de masa corporal por edad gestacional



Anexo 8. Curva de altura uterina según edad gestacional

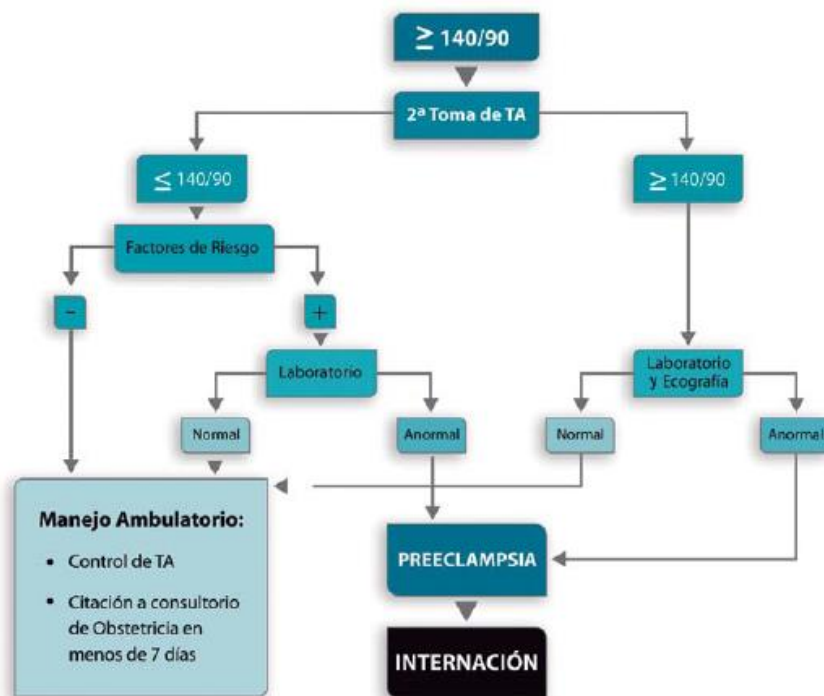


Anexo 9 . Incremento de peso materno según edad gestacional.



Fuente: Fescina et al, 1984

Anexo 10. Hipertensión gestacional



Anexo 11. Fármacos y embarazo.

Clasificación de los fármacos de acuerdo con su potencial teratogénico

Categoría A. Fármacos que han sido probados en gran número de embarazadas sin un aumento de malformaciones o efectos directos o indirectos sobre el feto. **No hay riesgo**

Categoría B. Fármacos que han sido probados en un **limitado** número de embarazadas sin un aumento de malformaciones o efectos directos o indirectos sobre el feto

Categoría C. Fármacos que, por su efecto farmacológico, han causado o se cree que son sospechosos de causar daños peligrosos en fetos humanos o neonatos (sin ser deformaciones), que son **reversibles**

Categoría D. Fármacos que, por su efecto farmacológico, han causado daños peligrosos o malformaciones en fetos humanos o neonatos que son **irreversibles**. Su uso queda al criterio del médico

Categoría X. Fármacos que, por su efecto farmacológico, son de **muy alto riesgo**, por causar daños permanentes o malformaciones en fetos humanos. **No deben utilizarse en el embarazo o si existe posibilidad de embarazo**

Clasificación de algunos fármacos de uso frecuente de acuerdo con su poder teratogénico

Antibióticos, antiparasitarios, antimicóticos, antivirales

A: Cefalexina, cefalotina, amoxicilina, ampicilina, eritromicina, clindamicina y nistatina

B: Amoxiclavulánico, azitromicina, otras cefalosporinas, praziquantel, anfotericina, griseofulvina, didanosina (ddI), rilonavir, saquinavir, nelfinavir, vancomicina

C: Imipenem, claritromicina, sulfametoxazol (y cualquier sulfá), pirimetamina, mebendazol, fluconazol, itraconazol, ketoconazol, isoniácida, etambutol, rifampicina, dapsona, aciclovir, amantadina, ganciclovir, zidovudina (AZT), indinavir, nevirapina, lamivudina, stavudina, cloranfenicol y trimetoprima

D: Gentamicina, neomicina, tobramicina, amikacina, hidroxiurea, cloroquina y estreptomycin

X: Quinolonas y tetraciclinas, quinina

Analgésicos, antitusivos, expectorantes, descongestivos, antihistamínicos y antiasmáticos

A: Paracetamol, codeína, halotano, ketamina, tiopentano, óxido nítrico, lidocaína local, noscapina, dextrometorfano, codeína, bromexina, hidroxifenazina, difenhidramina, clorfeniramina, salbutamol, fenoterol, adrenalina.

B: Acetilcisteína, pseudoefedrina, terfenadina, bromuro de ipratropio

C: Morfina, fentanilo, dextropropoxifeno, ibuprofeno, naproxeno, indometacina, diclofenac, piroxicam, aspirina y ergotamina

D: Fenilefrina

Antihipertensivos, antiarítmicos, cardiotónicos

A: Alfametildopa, digoxina

B: Labetalol, dinitrato de isosorbide, dipiridamol, trinitroglicerina, clonidina, dopamina, dobutamina

C: Atenolol, timolol, nadolol, nifedipina, verapamilo, diltiazem, tiazidas, furosemida, amiodarona

D: Reserpina, espironolactona, quinidina

X: Enalapril

Digestivos, dermatológicos, hormonas, hipoglucemiantes, anticoagulantes, hematopoyéticos y vacunas

A: Antiácidos, tiroxina, triyodotironina, corticoides tópicos, ácido fólico y hierro, vacuna de la hepatitis B, vacuna antitetánica

B: Ranitidina, mebendazol, loperamida, hioscina, tirotrofina, bromocriptina, beclometasona, estrógenos, etinilestradiol, ciproterona, tamoxifeno, clomifeno, calcitonina, calcitriol, vacuna BCG

C: Cortisona, dexametasona, prednisona, anticonceptivos orales, propiltiouracilo, metformina

D: Medroxiprogesterona, levonorgestrel, dicumarol, heparina, vacunas contra el sarampión, paperas, rubéola, Sabin

X: Isotretinoína, dietilestilbestrol, danazol, esteroides anabólicos, glibenclámda, metformina, warfarina

Anticonvulsivantes y psicotrópicos

A: Hidroxicina (como sedativos)

C: Lorazepam, flunitrazepam, diazepam, tiordazina, clorpromazina, haloperidol, amitriptilina, desipramina, nortriptilina

D: Difenhidantoina, fenobarbital, ethosuximida y clonazepam, imipramina

X: Ácido valproico, carbamazepina, litio
