

HACIA UNA ATENCION INTEGRAL Y HUMANIZADA DE LA MUJER



SERIE: MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EDUCATIVA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA

Nº 1

A

AGRADECIMIENTO

A MotherCare, en la persona de su Director en Bolivia, Dr. Guillermo Seoane, por haber impulsado y apoyado la publicación de este Manual

*Impreso en Gráfica Latina
Av. 20 de Octubre Nº 1824
Teléfonos: 379494 - 377449
La Paz - Bolivia*

Depósito Legal Nº 4-1-886-96

PRESENTACIÓN

Con la finalidad de reducir las altas tasas de morbilidad materna que se dan en nuestro país, el Plan Estratégico de Salud prioriza la atención integral a la mujer y la salud sexual y reproductiva, como uno de los pilares fundamentales del nuevo modelo de atención que se viene implementando en el país, para lo cual es de vital importancia el fortalecimiento de los recursos humanos del sector salud, principalmente del Auxiliar de Enfermería que por su perfil educativo y su desempeño laboral se halla más cerca a la atención de la familia y especialmente de la mujer.

El texto que se presenta "Hacia una Atención Integral y Humanizada de la Mujer" ha sido elaborado por la Escuela Técnica de Salud, para que las Auxiliares de Enfermería y el personal de salud en general principalmente del área rural, cuenten con un instrumento de estudio y revisión permanente y les permita comprender mejor los problemas de salud de la mujer, y adquirir nuevas capacidades y competencias para una atención de calidad y con calidez durante el desempeño de sus funciones.

La necesidad de realizar esta primera reimpresión del texto que se presenta, es una muestra de sus muchas virtudes que con un lenguaje claro y sencillo, parte de la caracterización y ubicación social y cultural de las mujeres del país, incursionando en el proceso de la reproducción humana, la atención integral a la madre, la planificación familiar, las enfermedades propias de la mujer, sin descuidar las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, asimismo, considera los aspectos más relevantes de la Bioseguridad en la atención a la mujer durante el proceso reproductivo.

Esperamos que este nuevo aporte de una institución del Ministerio de Salud y Previsión Social, sea utilizado por el personal de salud y redunde directamente en favor de la atención integral y humanizada en beneficio de las mujeres y las familias de nuestro país.

Noviembre de 1998.

Dr. Guillermo Cuentas Yañez
MINISTRO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL

AUTORIDADES NACIONALES

**Dr. Guillermo Cuentas Yáñez
MINISTRO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL**

**Dr. José Henicke Bruno
VICEMINISTRO DE SALUD**

**Dr. Julio Alfred Cassab
DIRECTOR GENERAL DE SALUD**

**Dr. Marco Caviedes Vargas
JEFE UNIDAD DE DESARROLLO
DE RECURSOS HUMANOS**

**Dr. Jaime Tellería Guzmán
UNIDAD NACIONAL DE ATENCIÓN
A LA MUJER Y AL NIÑO**

**Dr. Oscar Landívar
DIRECTOR GENERAL
DE SERVICIOS DE SALUD**

**Dr. Moisés Martínez Zenteno
DIRECTOR
ESCUELA TECNICA DE SALUD**

EQUIPO DE TRABAJO

Coordinación y Sistematización:	Dra. Rosario André Dalence
Revisión:	Dr. Raúl Prada Dra. Virginia Camacho Dr. Guillermo Seoane
Capítulo I.	Dra. Rosario André Dalence
Capítulo II.	Dra. Rosario André Dalence
Capítulo III.	Lic. Verónica Kaune Moreno,
Capítulo IV.	Sr. Hernán Medrano
Capítulo V.	Dra. Rosario André Dalence Lic. Carmela Cabero Lic. María Luisa Fuentes Lic. Ana Valdez Lic. Carmen Trujillo Sra. Adriana de Cartagena Lic. Rosario Huanverdy
Capítulo VI.	Lic. Magaly Severich Dr. Moisés Martínez
Capítulo VII.	Dr. Moisés Martínez
Capítulo VIII.	Dr. Moisés Martínez
Capítulo IX.	Lic. Ana Valdez Lic. Teresa Morales
Transcripción, Revisión de estilo y diagramación.	Lic. Teresa Peñaloza Chej
Ilustración.	Sra. Rosario Moyano A.

ÍNDICE

CAPÍTULO I.

CONTEXTO SOCIAL Y CULTURAL DE LA SALUD REPRODUCTIVA	1
A. El entorno social de la mujer	3
B. Acerca de nuestra realidad	6
C. El enfoque de genero	16
D. La salud de la mujer y los Derechos Humanos	17
E. El aborto como principal causa de morbilidad materna	21
F. La Conferencia de El Cairo y el Plan de Acción	24

CAPÍTULO II.

PROCESO DE LA VIDA REPRODUCTIVA	29
A. Reproducción	31
B. Riesgo reproductivo en la adolescencia	37
C. Menopausia y climaterio	40
D. Proceso de la atención integral a la madre	41

CAPÍTULO III.

COMUNICACIÓN INTERPERSONAL, CONSEJERÍA Y MÉTODO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	47
---	----

I. La Comunicación Interpersonal y Consejería	49
A. Comunicación Interpersonal	50
B. Técnicas de Escucha Activa	56
II. Método de Resolución de Problemas	79
A. Objetivos	79
B. Definición de Método de Resolución de Problemas	79
Anexo 1	88
Anexo 2	91
Anexo 3	92

CAPÍTULO IV.

ANIMACIÓN DE EVENTOS EDUCATIVOS EN SALUD	93
Introducción	95
1. Aspectos a tomar en cuenta en el proceso enseñanza–aprendizaje	95
2. Las Técnicas y los Métodos de Enseñanza–Aprendizaje	96
2.1.¿Qué es un Método Participativo?	96
2.2.¿Qué son las técnicas participativas?	98
2.3.Clases de técnicas	99
2.4.Producción de técnicas participativas	101
3. Proceso de conocimiento	105

CAPÍTULO V.

PROCESO DE ATENCIÓN A LA MADRE	107
Introducción	109
A. Proceso del embarazo	110
A.1.Fisiología del embarazo	110
A.2.Signos y síntomas que indican embarazo	118
A.3.Diagnóstico del embarazo	119
A.4.Control prenatal	121
B. Proceso del parto	146
B.1.Fisiología del parto	147
C. Atención del parto donde no hay médico y/o enfermera	167
D. Atención integral a la mujer durante el puerperio	176
D.1.Consideraciones generales del puerperio	176
D.2.Cuidados específicos en el puerperio	179
D.3.Emergencias del proceso de puerperio	182
D.4.Orientación a las parejas sobre Planificación Familiar	189
D.5.Lactancia materna	189
E. Proceso de atención al Recién Nacido	199
E.1.Características físicas del Recién Nacido	199
E.2.Cuidados al Recién Nacido en el período inmediato	200
E.3.Material básico para la atención del Recién Nacido	200

E.4.Procedimiento para los cuidados inmediatos del Recién Nacido	203
E.5.Procedimiento para los cuidados mediatos del Recién Nacido	206
E.6.Emergencias del Recién Nacido	208
F. Programación operativa de la Atención Integral de la Mujer	213

CAPÍTULO VI

PROCESO DE REPRODUCCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR	215
Introducción	217
I. Anatomía y fisiología de los órganos de reproducción femenino y masculino	218
A. Órgano reproductor femenino	218
B. Órgano reproductor masculino	223
II. Cambios en la pubertad y adolescencia	228
A. Cambios biológicos	228
B. Cambios psicológicos	229
C. Conocimientos, Actitudes y Prácticas con los adolescentes	230
D. Sexo–Sexualidad	231
D.1.Sexualidad en el niño	232
D.2.Sexualidad en la pubertad–adolescencia	232
D.3.Sexualidad en el adulto	233
D.4.Sexualidad en climaterio	233
D.5.Sexualidad en la tercera edad	234
III.Planificación Familiar	234
A. Familia y Sociedad	235
B. Planificación Familiar	242

CAPÍTULO VII

MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA	263
Introducción	265
A. Historia de las Enfermedades Sexualmente Transmisibles	266
B. Aspectos epidemiológicos	267
C. Proceso Salud–Enfermedad en las Enfermedades de Transmisión Sexual	268
D. Manifestaciones clínicas y manejo sindrómico de las Enfermedades de Transmisión Sexual	269
D.1.Síndrome de Secreción Uretral	273
D.2.Síndrome de Flujo Vaginal	277
D.3.Síndrome de Úlcera Genital	280
D.4.Síndrome Genital Cutáneo	288
E. Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual	291
F. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA	292

CAPÍTULO VIII

CÁNCER CERVICO UTERINO Y DE MAMA	301
1. Cáncer cervico-uterino	303
2. Cáncer de mama	306

CAPÍTULO IX.

BIOSEGURIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA	309
Introducción	311
A. Aspectos generales del proceso infeccioso	312
A.1. Infección	312
A.2. Fuentes comunes de infección	313
B. Métodos de control de infecciones	314
a. Asepsia	314
b. Antisepsia	314
c. La descontaminación	314
d. La limpieza	315
d.1. Aseo	317
d.2. Cuándo y cómo hacer limpieza en las zonas de bajo riesgo	318
d.3. Cómo limpiar derrames de sangre y otros materiales orgánicos	318
e. La desinfección	319
f. La esterilización	319
g. Técnica de barrera	319
h. Técnica de barrera inversa	319
i. Eliminación de desechos	320
j. Lavado de manos	322
k. Procedimiento para colocarse la bata	325
l. Procedimiento para el uso del barbijo	329
ll. Procedimiento para el calzado de guantes	330
m. Uso de guantes	333
n. Preparación de la piel de los clientes antes de los procedimientos quirúrgicos	333
o. Cuidado de la piel antes de procedimientos quirúrgicos	333
p. Preparación de la vagina y el cuello uterino antes de la inserción o retiro de un DIU.	334
q. Preparación de la piel para las inyecciones	334
r. Cuidado de equipo y material	335
BIBLIOGRAFÍA	337



CAPÍTULO I

CONTEXTO SOCIAL Y CULTURAL DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Dra. Rosario André

- Se espera que al concluir la lectura de este capítulo, la Auxiliar de Enfermería haya logrado los siguientes objetivos:
 1. Obtener información sobre el concepto de Desarrollo Humano Sostenible.
 2. Ampliar su percepción acerca de los problemas que hacen a la salud reproductiva de la mujer.
 3. Explicar los conceptos de género y salud reproductiva en el entorno familiar, laboral y comunitario.
 4. Seleccionar información útil para resolver sus dudas respecto a la comprensión de una salud reproductiva integral.



A. *El entorno social de la mujer.*

Cuando hablamos de la mujer, la familia y la sociedad seguramente que lo primero que se nos ocurre, es pensar en nuestra propia situación.

¿Cómo somos las mujeres bolivianas? ¿Qué pensamos acerca de nosotras mismas? ¿Cómo valoramos nuestro rol en la familia desde que fuimos hijas hasta adolescentes y hoy madres? ¿Cómo nos sentimos frente a nuestros padres, y a nuestros hermanos varones?

Muchas podríamos relatar nuestra infancia en los siguientes términos:

“Llegaba de la escuela y ayudaba a mi mamá en la cocina, iba a traer agua y cuidaba a mi hermanito. Tenía dos hermanos varones y una hermanita mujer, los varones siempre estaban jugando y cuando ellos hacían las tareas mi papá decía que no debían molestarlos porque ellos tenían que aprender para poder trabajar, en cambio tú te podrás casar y no necesitas saber mucho”.

“Cuando tenía quince años iba con mi mamá muy tempranito a vender api en la esquina de mi calle porque allí salía mucha gente de la Iglesia y en la noche le acompañaba a vender anticuchos, llevábamos a mis hermanitos porque no había quien les cuide en la casa ya que mi papá siempre llegaba borracho, decía que tomaba porque no tenía trabajo”.

“Allí conocí a mi esposo, él era cuidador de carros, una noche me robó y después me dijeron que estaba embarazada, entonces yo tenía 16 años y él 20, ya había vuelto del cuartel pero no sabía hacer nada sólo cuidar autos, pero él era “leído” en cambio yo apenas sabía escribir. Cuando mi papá supo que estaba embarazada me echó de la casa y la pegó a mi mamá, todas las noches la pegaba, por eso quise hacerme un aborto, mi amiga me dijo que ella sabía dónde hacían, pero me dio miedo porque su ahijada de mi mamá murió cuando le hicieron ‘la extracción’”.

“Ahora tengo 27 años y tengo cuatro hijos vivos y uno muerto, se murió al nacer por asfixia. Nunca me hice ver con el médico, dicen que en la Posta atienden, pero me da miedo porque mi

amiga me dijo que tratan mal y además porque apenas gano para comer en el día, no tendría para pagar mi consulta. La mayor de mis hijas tiene 10 años, y en la escuela no anda bien porque la hago faltar para que me ayude. Mi marido anda con otra mujer y yo me ayudo vendiendo comida igual que mi mamá. Me da mucha pena de mi hija que desde tan chiquita tiene que trabajar conmigo, tengo miedo de que su vida sea igual que la mía. Mi comadre me ha reñido: ¡por qué tienes tantas guaguas, debes ir donde el Doctor para que te atienda, debes pedir planificación familiar!. Le he hablado a mi marido y casi me pega me ha dicho debes querer andar mal, querrás ir a la calle, una buena mujer tiene los hijos que su marido quiera.”

Esta historia que parece la de un cuento triste es la de muchas mujeres bolivianas, por eso es importante que reflexionemos sobre ella y tratemos de encontrar una explicación a los hechos que hemos narrado.

PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR



1. *¿Cuál es el rasgo dominante en el relato; es decir qué es lo que más nos llama la atención?*
2. *¿Por qué las mujeres desde niñas son las que asumen las tareas más pesadas y son postergadas en su educación?*
¿Por qué no se reconoce la igualdad de derechos del hombre y de la mujer en el mundo y en nuestro país ?
3. *¿Quién nos ha hablado sobre nuestra sexualidad? ¿Qué problemas tenemos cuando no recibimos orientación? ¿Por qué ocurre que muy jóvenes nos embarazamos y no podemos ya estudiar ó trabajar? ¿Por qué hay niños que no los queremos o que no los podemos criar?*
4. *¿Por qué los hombres no participan con nosotras en el trabajo y en el cuidado de la casa si somos los dos que decidimos formar una hogar y tener una familia?*
5. *¿Qué cambios hay en la vida y en la salud de los hombres cuando son padres, al nacer sus hijos? ¿Quiénes tenemos el derecho de decidir sobre nuestra reproducción? ¿Qué obligaciones trae la reproducción para la mujer, y para el hombre? ¿Qué cambios hay en la salud de la mujer cuando los hijos nacen muy seguido? ¿Qué problemas hay cuando viene un embarazo y en la familia hay todavía un niño pequeño que aún no camina?*
6. *¿Qué estamos haciendo para cambiar esta situación? ¿Tenemos la fuerza y los conocimientos para hacerlo? ¿Cuáles son nuestros derechos?*

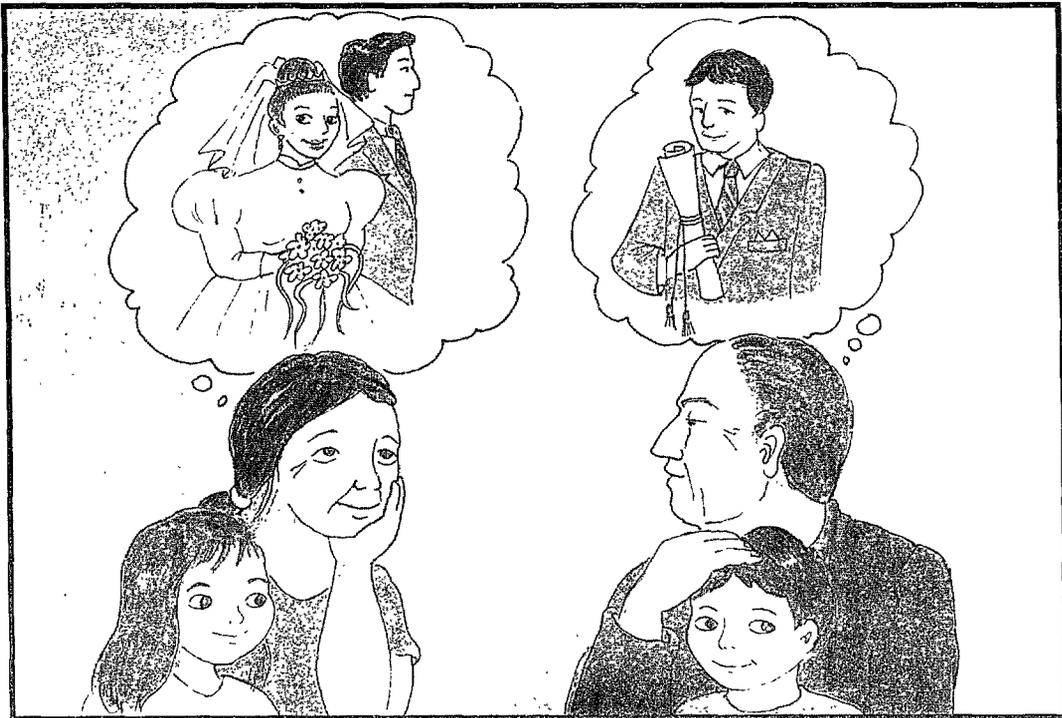


**LA AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEBE
REFLEXIONAR ESTA HISTORIA CON LAS
JÓVENES Y MADRES DE SU COMUNIDAD
SOBRE LOS PUNTOS ANOTADOS.**

B. Acerca de nuestra realidad.

Para ayudar a las madres a explicar esta realidad la Auxiliar de Enfermería debe estar informada de lo siguiente:

- a. En todo el país del total de niños y adolescentes matriculados la mayor proporción corresponde a los varones y la menor a las mujeres. La pobreza es el mayor obstáculo para que la mujer concurra a la escuela, influyen también ciertos comportamientos culturales en los cuales la producción del hombre es mejor considerada al interior del grupo familiar y de las comunidades. En general la educación de la mujer implica una mayor carga económica para la familia porque se pierde el aporte de ella en el cuidado de los niños y en las tareas domésticas, es la hija mayor la que desde muy temprano asume el rol de la madre.



- b. En cuanto al acceso a la alimentación, nuestro patrón cultural está orientado a proteger la salud y el estado nutricional del varón por cuanto se atribuye a él el sostenimiento de la familia. El reparto de los alimentos tiene como prioridad la atención del padre de familia, luego los hijos varones, los más grandes primero, después las hijas mujeres, luego los niños, después las niñas y finalmente la madre. En situaciones de crisis el comportamiento es el mismo, en ningún momento se valora el trabajo doméstico, además de agrícola o artesanal que realiza la mujer, ni el gran desgaste que le significa el desempeñar su papel reproductivo.

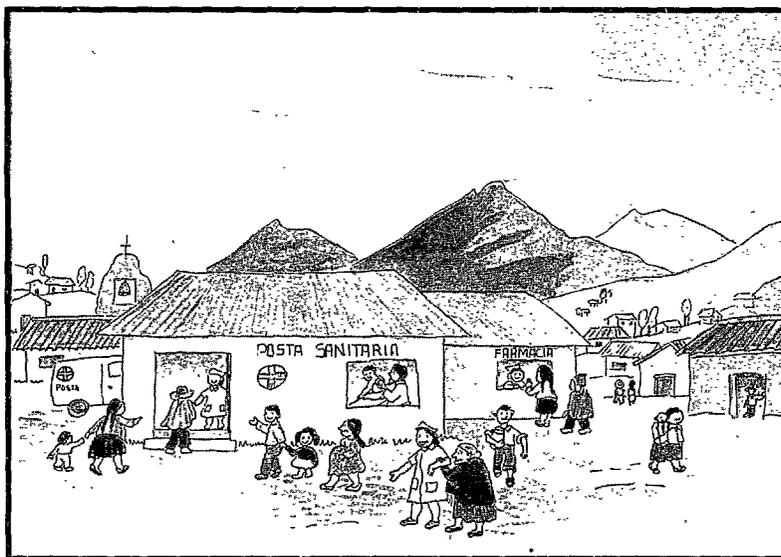


- c. El impacto de las medidas de ajuste estructural que fueron aplicadas en nuestro país para controlar la gran inflación por la que atravesamos los años 80 al 85, generó una gran desocupación especialmente en el sector laboral masculino, es en estas condiciones y en defensa del núcleo familiar que la mujer y los hijos salen al frente con estrategias de sobrevivencia basadas en lo poco que aprendieron para subsistir en la vida.

Una evidencia de esta afirmación es que, en los grandes centros urbanos se ve a las mujeres incorporadas a la venta callejera, sobretodo de alimentos. Esto conlleva a que la mujer deba aportar con una doble y hasta triple jornada de trabajo para lograr la sobrevivencia familiar, pero además deba afrontar las

contingencias de su disgregación, algunos de sus niños en la calle, otros ayudando en el trabajo y seguramente un otro en la espalda o debajo de la mesa en la que se preparan los anticuchos.

- d. El acceso a los servicios de salud especialmente en lo que hace a la atención de la madre y el niño presenta serias deficiencias que obedecen a causas de orden estructural

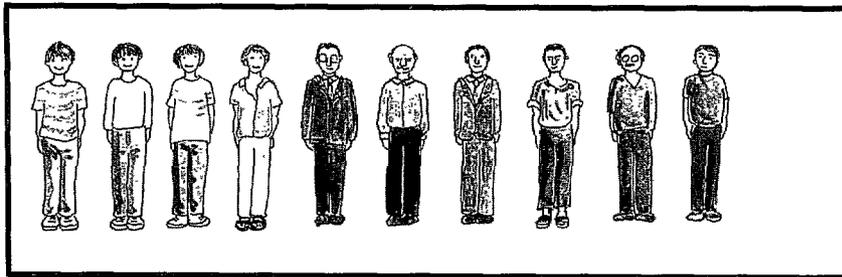


en cuanto al acceso económico y geográfico a los servicios. Por otra parte, la calidad de los servicios que se ofertan está muy lejos de las necesidades de las usuarias, generalmente no se toman en cuenta sus deseos y necesidades y se les impone una forma de atención que es contradictoria con sus valores culturales.

En una investigación realizada en nuestro país ¹, se consultó con las madres sobre sus experiencias al tener el parto en una institución pública, la señora se quejaba de la discriminación que sufren las mujeres de bajos recursos cuando entran al servicio, con expresiones como: "... por qué gritas, para qué estuviste con hombres..." o, "... por qué tienes tantos hijos, ¿no te da vergüenza?", "... me han amarrado mis piernas a una mesa, estaba temblando de frío y ahí me han dejado, por eso prefiero tener mis güagüas en mi casa o donde la partera".

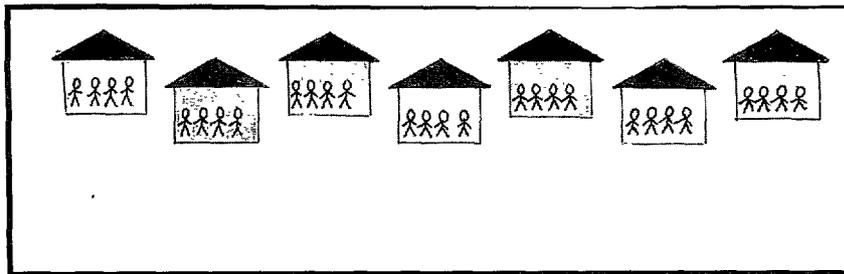
- e. En cuanto a la salud materno infantil los datos de la última Encuesta Nacional de Salud ENDSA ², nos responden a las siguientes interrogantes:

¿Cómo se distribuye nuestra población por edades?



Nuestra población es una población eminentemente joven con un 44% por debajo de los 15 años de edad.

¿Cuántos vivimos en cada hogar boliviano?



Cada hogar Boliviano tiene en promedio 4.5% y tienen un varón como jefe en el 81% de los casos. Vale la pena aclarar que es probable que este dato esté ocultando una mayor participación de la mujer como jefe del hogar, por cuanto siguiendo la costumbre, la mujer o los integrantes de la familia atribuyen al hombre este rol.

¹ Grupo Solidaridad de El Alto GS Taller de Historia y Participación de la Mujer TAHIPAMU "Hagamos un nuevo trato" Mujeres de El Alto Sur hablan de su experiencia de dar a luz en centros hospitalarios

² Ministerio de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente Secretaría Nacional de Planificación Instituto Nacional de Estadística/Demography and Health Surveys Macro International Inc. "Encuesta Nacional de Demografía y Salud", octubre 1994, Bolivia

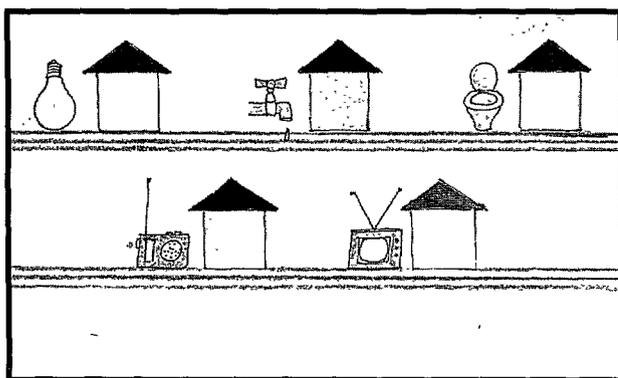


¿Cuál es la proporción de mujeres que accede a la educación?

Si bien hay un mejor acceso de la población a la educación más del 50% de la población tiene un nivel intermedio o más de instrucción, la tasa de analfabetismo en los mayores de 15 años se estima en un 20% con una diferenciación por sexo importante, 12 % para hombres y 28% para mujeres.

La proporción de mujeres en edad reproductiva con estudios más allá del nivel básico ha aumentado del 46% al 52% en los últimos cinco años.

¿De qué servicios básicos disponemos?



Respecto a los servicios básicos 54% de los hogares dispone de luz eléctrica. El agua por tubería alcanza al 54% y solo el 24% de la población cuenta con inodoro y alcantarilla. El 82% de los hogares cuenta con aparatos de radio y el 53% con televisión.

¿Cuál es el nivel de fecundidad de las mujeres bolivianas?

La fecundidad tiende al descenso, y actualmente es de 4,8 hijos por mujer, cifra que presenta diferenciaciones según el nivel de instrucción y el área de procedencia.

Las mujeres con nivel medio de instrucción tendrían un promedio de 3 hijos, mientras que las mujeres sin instrucción tienen un promedio de 6 a 7 hijos. Esta cifra respecto al lugar de residencia muestra que las mujeres del área rural tienen en promedio 2.5 hijos más que las que residen en el área urbana.

La fecundidad en adolescentes según la última Encuesta Nacional de Salud ENDSA, encontró que el 18% de las mujeres de 15 a 19 años ya es madre o está embarazada de su primer hijo. A los 19 años, cuatro de cada diez son madres y entre ellas hay un 9% que ya tienen por lo menos 2 hijos. La fecundidad más alta en adolescentes se presenta en Beni y Pando, siendo la proporción de adolescentes embarazadas del 33% mucho más alta que en Oruro donde esta es del 9%, La diferencia que observamos en la fecundidad de las adolescentes de ambos departamentos puede ser explicada por la influencia de los factores culturales.



En la ENDSA se explican las tasas de fecundidad por la influencia de los siguientes factores:

- ***La nupcialidad y exposición al riesgo de embarazo.***

Esta se refiere al riesgo de embarazo por matrimonio. El 62% de las mujeres de 15 a 49 años vive en unión conyugal, de estas, cuatro quintas partes están casadas.

Entre las mujeres que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, la mitad ha tenido su primera experiencia antes de los 19 años casi dos años antes del establecimiento del hogar.

La edad a la que se inicia la vida reproductiva se ha mantenido invariable en los últimos 20 años. La mitad de las mujeres tiene su primer hijo antes de cumplir los 22 años. En ciertos grupos sociales se observa una tendencia a retrasar esta.

- ***Infertilidad.***

Esta se refiere a la poca probabilidad de quedar embarazada durante el período post-parto y depende de dos factores: del período de abstinencia sexual post-parto y de la práctica de la lactancia.

La abstinencia sexual post-parto en nuestro medio dura, en promedio seis meses, pero la mitad de las mujeres reinicia la vida sexual 2 meses después del parto.

Considerando que la amenorrea por lactancia exclusiva dura en promedio 11 meses, el resultado final es el período no susceptible al riesgo de un nuevo embarazo que se estima en alrededor de 13 meses promedio, esto quiere decir que el período promedio en el cual una mujer no se embaraza es de 1 año y 1 mes, corto para lograr un espacio intergenésico saludable (el espacio intergenésico es el período de tiempo que se da entre un embarazo y el siguiente).

- ***Preferencias reproductivas.***

El 59.0% de las mujeres bolivianas consideran como ideal tener entre 2 y 3 hijos, en comparación con una tasa de fecundidad real de 4 a 5

hijos por mujer. Esta diferencia entre el número de hijos real y el número de hijos deseado tiene mucha importancia porque está expresando un deseo de planificar la familia.

Este promedio no se modifica por el nivel de instrucción de la madre: desde la categoría “sin instrucción” hasta el nivel “medio o más”, el promedio ideal es de 2 a 3.

¿Qué ocurre con la Planificación Familiar?

a. En cuanto al conocimiento y uso de métodos.

El 82% de las mujeres en edad fértil han oído hablar de métodos modernos de regulación de la fecundidad en comparación a dos de cada tres en 1989, esto quiere decir que el número de mujeres en edad fértil, informadas sobre los métodos modernos de planificación familiar está en ascenso.

Los métodos modernos más conocidos son: la píldora (64.4%) y el Dispositivo Intra Uterino DIU (63.5%); entre los métodos tradicionales podemos señalar el ritmo (69.4%) como el más conocido.

De acuerdo al área de residencia de las mujeres en edad fértil, encontramos que el 92% que vive en área urbana conoce algún método anticonceptivo moderno, mientras que de aquellas que residen en área rural, el 55% tiene conocimiento de tales métodos.

Actualmente, el 45.3% de las mujeres en edad fértil unidas, están usando algún método de Planificación Familiar, mientras que en 1989 esta cifra llegaba sólo al 30.3%.

b. En cuanto a necesidades no satisfechas.

Hay un 24% de mujeres en unión conyugal que manifiesta una necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos.

Un 50% de las mujeres en unión y que no practican planificación familiar manifestaron su intención de hacerlo en el futuro. El 43% en los próximos 12 meses, siendo el DIU el método más popular mencionado por el 22% de las mujeres.

¿Cuál es el nivel de Salud de las madres y los niños?

a. *Mortalidad infantil*

La mortalidad infantil se refiere a la probabilidad de morir durante el primer año de vida.

En el período de diez años entre 1982 y 1992, la mortalidad infantil bajó de 105 defunciones por mil a 75, una disminución de casi el 30%.

La mortalidad infantil en el área urbana es de 60 por mil en tanto que en el área rural ésta es 50% mayor, es decir que alcanza un promedio de 92 por mil.

Los extremos se encuentran entre Santa Cruz y Potosí, con 50 y 131 muertes infantiles por mil nacido vivos, respectivamente.

b. *Mortalidad Materna*

Según la última ENDSA, 390 muertes maternas por cada 10.000 nacidos vivos para el período 90 – 94 mientras que para el período 84 – 89 es de 416 muertes maternas por cada 10.000 nacidos vivos. Se han encontrado importantes diferencias por lugar de ocurrencia de la muerte materna; para 1984 se estimó que ocurrieron 591 muertes maternas por 10.000 nacidos vivos en el Altiplano.

c. *Alto riesgo reproductivo.*

La ENDSA 94 permite estimar el alto riesgo reproductivo, a través de los siguientes indicadores:

- Las edades extremas de la madre al nacimiento de los hijos en edades menores de 18 o de 35 y más
- Los nacimientos en intervalos cortos menores de 24 meses.
- El orden de nacimiento mayor de 3, es decir la presencia de un cuarto hijo.

El orden de nacimiento superior a 3 hijos y el espaciamiento menor a 24 meses, son los indicadores de mayor sensibilidad para determinar el alto riesgo reproductivo.

¿Cuál es el nivel de Salud de las madres y los niños?

El nivel de salud de las madres está muy vinculado al nivel de salud de los niños, por esta razón es que aún cuando nuestro texto se refiere a la salud integral de la mujer vamos a referirnos también a la salud del niño.

La salud de la madre, se mide a través de los siguientes indicadores:

a. Cuidado prenatal.

El cuidado prenatal médico apenas llega al 50% de las mujeres embarazadas, en tanto que la atención prenatal brindada por enfermeras, auxiliares y sanitarios es tan sólo del 3%.

La atención prenatal tiene mayor cobertura en el área urbana (68.3%), siendo el área rural el menos atendido (36.1%).

b. Atención del parto.

Es preocupante conocer que el 57% de los partos ocurridos entre 1991–1994 hayan sido domiciliarios, concentrándose este índice entre los grupos de mayor riesgo reproductivo: madres de más de 35 años, y un orden de nacimientos de más de 6.

Respecto al tipo de asistencia durante el parto, sólo el 47.2% fue atendido por médicos y personal para médico; un porcentaje importante, 40.3%, fue atendido por familiares y amigos.

c. Cobertura de vacunación.

La cobertura de vacunación con toxoide antitetánico en la embarazada es apenas del 40%. Los departamentos de mayor cobertura son los del llano aunque sólo alcanzan al 60%.

¿Qué indicadores nos permiten medir la salud de los niños?

Los indicadores que miden la salud de los niños son los siguientes:

a. Cobertura de inmunización

Sólo el 37% de los niños de 12 a 23 meses, fueron protegidos con todas las vacunas en 1994. El 20% fue vacunado durante su primer año de vida y el 17% después del primer aniversario. Sólo el 56% de los niños está vacunado contra el sarampión. En Oruro, Beni y Pando esta cobertura alcanza al 26%.

b. Infecciones Respiratorias Agudas.

Estas afectan al 17% de los niños menores de 3 años. Los mayores niveles de infección respiratoria aguda están en los departamentos de Beni y Pando. 33% y contradictoriamente a los esperado el menor nivel se encuentra en Potosí con el 9%.

c. Diarrea y Rehidratación Oral.

La prevalencia de diarrea ha disminuido respecto al año 89 del 36% al 30%. El suero de rehidratación oral es conocido por el 84% de las madres pero solo el 33% lo usó durante las dos últimas semanas.

d. Lactancia y nutrición.

El 96% de los niños lactó alguna vez del pecho materno. El 22% empieza a lactar en la primera hora, y el 62% durante el primer día. La lactancia dura en promedio 17.5 meses, pero en forma exclusiva solo un poco más de tres meses. El 80% de los niños de 12 meses de edad continuaba lactando.

Un 5% de los menores recibe el pecho por lo menos 6 veces al día. Los alimentos sólidos después de los tres meses de vida. A los 6 años y 7 meses más del 80% de los lactantes recibe alimentos sólidos.

e. Nutrición.

Según la ENDSA 94, el 28% de los niños menores de 3 años adolecen de desnutrición crónica, esta cifra fue del 30 % en el año 89.

En el grupo de 2 años 51% de los niños padecía de desnutrición crónica en el año 1989, 32% en el año 1994. La Desnutrición crónica severa es de 21% en el año 1989, y del 12% en el año 1994.

Esta desnutrición es más alta en el altiplano, en Oruro alcanza al 38%, en Santa Cruz y Tarija al 2.7 y 6.5 % respectivamente, en los otros Departamentos llega a más del 10%.



PREGUNTAS DE REFLEXIÓN



1. *¿Por qué las tasas de fecundidad son más altas en el área rural que en el área urbana?*
2. *¿Qué relación hay entre el nivel educativo de la mujer y la tasa de fecundidad?*
3. *¿Qué relación hay entre pobreza y escolaridad de hombres y mujeres?
¿Cómo se expresa la discriminación de la mujer en la escolarización?*
4. *¿Cuáles son las causas de la elevada mortalidad materna?*
5. *¿Por qué las mujeres no asisten a los servicios de salud para la atención de su parto?*
6. *¿Qué acciones realizarías en tu servicio y en la comunidad para lograr mejores coberturas de atención prenatal y del parto?*
7. *¿En tu centro de salud o posta sanitaria se ofrecen servicios de planificación familiar y de consejería? Si no, ¿por qué no se ofrecen estos servicios? ¿Qué acciones realizarías para ofertar estos servicios y lograr que las mujeres acudan a ellos?*
8. *¿Qué relaciones se dan entre la salud de las madres y la de sus niños?*
9. *¿De qué manera influye en la salud de los niños un espaciamiento intergenésico corto?*

C. *El Enfoque de Género.*

“Género se entiende, ... como una construcción social basada en la diferenciación biológica de los sexos (fenotipo y genotipo), que se expresa a través de relaciones de poder – subordinación representadas en la adscripción de funciones, actividades, normas y conductas esperadas para hombres y mujeres en cada sociedad.”³

Esto quiere decir que las diferencias que se atribuyen a los hombres y las mujeres, si bien se originan en una diferenciación de carácter biológico van más allá de la diferencia sexual y genital, sino que, en esta diferenciación interviene la sociedad la cual define los roles que deben asumir el hombre y la mujer y establece las jerarquías de cada uno de ellos en los diferentes hechos sociales.

Por ejemplo, hay una división sexual del trabajo, los hombres deben hacer determinadas cosas y las mujeres otras, niño y niña tienen diferentes roles y jerarquías en la familia; generalmente el nacimiento de un varón es mejor recibido que el de una mujer incluso por las propias madres, si se trata de dividir los escasos recursos del hogar, quién debe tener derecho a una mejor educación es el hombre, no así la mujer, respecto a las tareas domésticas solo la mujer debe realizar estas, no así el hombre. Es así que progresivamente los padres y sus hijos varones adquieren un nivel de mayor jerarquía frente a las madres y sus hijas mujeres.

Frente a esta situación, se contraponen el enfoque de género que es la manera de tener en cuenta como las diferencias biológicas pueden condicionar culturalmente una desigualdad en la satisfacción de las necesidades fundamentales de las mujeres. Producto del reconocimiento de estas desigualdades es que bajo el enfoque de género se han movilizadas a nivel mundial las mujeres para reivindicar sus derechos.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN

1. *¿Cuáles son las diferencias que en tu comunidad se reconocen, entre el hombre y la mujer?*
2. *¿Cuáles son las diferencias que se dan en una familia, en la crianza de un niño y de una niña?*
3. *¿Cuántas mujeres participan en las OTBs de tu comunidad o en otros grupos organizados?*
4. *¿Qué cosas hace la mujer para cuidar su salud reproductiva?*
5. *¿Cómo aplicaríamos el enfoque de género a la prestación de servicios de salud?*
6. *Reflexiona sobre estos temas con organizaciones de tu comunidad y con grupos de mujeres y busca con ellas las soluciones para una igualdad en el trato a las mujeres.*

³ De los Ríos Rebeca: “Género, Salud y Desarrollo: Un Enfoque en Construcción”, en *Género Mujer y Salud en las Américas*, Publicación Científica No 541, Organización Panamericana de la Salud, Págs. 14 y 15



D. La Salud de la Mujer y los Derechos Humanos.

Pese a las dificultades que todavía tiene la mayor parte de la población boliviana para que se haga efectivo el Derecho a la Salud, hay un avance a nivel mundial y también en nuestro país respecto a la legitimación de estos derechos y a los medios para efectivizarlos.

El 18 de octubre de 1994, se ha aprobado la Ley No 1599 en la cual se aprueba y ratifica la Convención Interamericana para Prevenir sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belem Do Pará” adoptada el 9 de Junio de 1994, en Belem Do Pará, Brasil en el Vigésimo Cuarto Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos y firmada por Bolivia el 14 de septiembre de 1994.⁴

La Resolución aprobada en la séptima sesión plenaria celebrada el 9 de junio de 1994 y sancionada por la ley a la que hicimos referencia, destaca en su artículo 4 lo siguiente:

“Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los Derechos Humanos y las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre Derechos Humanos”.

Estos derechos comprenden, entre otros:



- a. Derecho a que se respete su vida.
- b. Derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.
- c. Derecho a la libertad y a la seguridad personales.
- d. Derecho a no ser sometida a torturas.
- e. Derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja su familia.
- f. Derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley.
- g. Derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos.

⁴ Gaceta Oficial de Bolivia, “ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer”, Ley No 1599

- h. Derecho a la libertad de asociación.
- i. Derecho a la libertad de profesar la religión y las creencias propias dentro la ley.
- j. Derecho a tener igualdad de acceso a las funciones públicas de su país y a participar en los asuntos públicos, incluyendo la toma de decisiones.



El Artículo 6, aclara además que: El derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye entre otros:

- a. Derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación.
- b. Derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad y subordinación.

La Organización Panamericana de la Salud en su publicación científica No 553, hace un análisis sobre los Derechos Humanos Aplicables a la Salud de la Mujer ⁵. A continuación se señalan los siguientes:

Cuando nos referimos al Derecho a estar libre de toda forma de discriminación significa que a la mujer se le reconocen no sólo sus derechos de casarse y de formar una familia, sino también el de acceder a la salud y a la educación.

El Derecho a la información, la opinión y la expresión implica que, toda mujer debe tener derecho a la información de manera que pueda adoptar sus decisiones con conocimiento de causa; esto significa que la mujer que decide recibir un servicio de salud debe ejercitar su elección con conocimiento de causa, para lo cual debe tener conocimientos suficientes acerca de:

⁵ Cook, Rebeca. "La Salud de la Mujer y los Derechos Humanos". Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Publicación Científica No. 553



- la intervención que se le propone
- las consecuencias de rechazar el tratamiento
- las formas alternativas de manejar sus circunstancias, es decir de manejar las diferentes situaciones en las que esté involucrada.

Con el fin de adoptar decisiones respecto a la adopción de medidas seguras y fiables, la mujer debe tener información respecto de los métodos anticonceptivos y su empleo así como acceso garantizado a la educación sexual y a los servicios de planificación familiar, y sobretodo debe elegir libremente, sin coacciones ni exceso de persuasión.

El derecho a la vida es un derecho fundamental para la condición humana, se espera que los Estados consideren este derecho en su dimensión más amplia es decir que consideren que más de 500.000 mujeres mueren al año en el mundo por causas obstétricas. Esto exige de los Estados, la puesta a disposición de las mujeres de servicios de atención materna y de asesoramiento e información para que las mujeres puedan evitar las muertes maternas.

El Derecho a la libertad y a la seguridad: en lo que toca a la mujer se debe entender este derecho para proteger además su salud física y mental, desde niñas las mujeres son expuestas a riesgos de violencia sexual y no sexual, así como en la adolescencia o juventud a la interrupción de un embarazo no deseado, ya sea dentro o fuera del matrimonio, con un grave riesgo para su salud.

El Derecho a no sufrir tortura y malos tratos cobra cada vez mayor importancia, por cuanto diversos estudios han demostrado las variadas formas de violencia que se ejercitan en contra de la mujer, desde la violencia doméstica, el acoso sexual en el trabajo, el abuso sexual en la infancia.

El Derecho al matrimonio y a fundar una familia: se reconoce que la familia es el elemento fundamental y natural de la sociedad, por lo tanto se le deberá otorgar a la mujer toda la protección necesaria durante el embarazo y el parto.

El Derecho a la educación: se ha comprobado que las mujeres que saben leer tienen un mejor acceso a la información, por lo tanto el Estado debe facilitar y romper todas las barreras que limitan el acceso de la mujer a la educación desde las culturales hasta las económicas. La mujer no debe ser discriminada para acceder a la educación ni debe negársele información acerca de su sexualidad.



El Derecho a la salud y a la atención médica: los Estados, reconocen el derecho que toda persona tiene de disfrutar al más alto nivel posible de una salud física y mental. Este derecho se ve algunas veces restringido cuando no respetamos los valores culturales de las madres que buscan una atención del parto, o cuando por razones económicas los servicios le son negados. Lo mismo ocurre cuando por diversas razones, el servicio está “cerrado” o existe un letrero de “No hay atención”.

El Derecho a los beneficios del progreso científico: esto implica que en las investigaciones científicas se dé importancia a investigar aspectos directamente relacionados con la salud de la mujer.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN

Las siguientes preguntas nos ayudarán a reflexionar sobre el tema que hemos leído, para esto registre todas las palabras que no entienda y consulte en su caso con el diccionario.

- 1. En nuestra comunidad, ¿sabemos de casos de violencia intrafamiliar en contra de la mujer? Si es así, ¿qué hacemos para ayudar a esa mujer a solucionar su problema?, ¿cómo intervenimos en nuestra comunidad para evitar la violencia intrafamiliar?*
- 2. ¿Estamos conscientes del significado del derecho a la salud y a la atención médica?. Volvamos a leer su contenido y meditemos sobre el mismo. ¿Qué trato brindo yo a una mujer que busca mis servicios?. ¿Cómo la recibo, cómo la oriento, cómo resuelvo su problema?.*
- 3. Discuta con las mujeres de su comunidad el contenido de los derechos de la mujer aplicados a la salud y el contenido de la Convención de Belem Do Pará. Motive a que ellas comenten sus experiencias, y a que aprendan todas de sí mismas y de sus compañeras.*
- 4. En forma conjunta con el grupo de mujeres defina tres acciones para la lucha contra la violencia intrafamiliar y la discriminación de la mujer. En una próxima sesión evalúe los avances.*



E. El Aborto como principal causa de morbimortalidad materna.

Para el Derecho Penal, aborto es provocar la muerte del producto en cualquier momento del embarazo ⁶. Desde el punto de vista ginecológico, aborto es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad del producto.

El aborto es una causa importante de egreso hospitalario en las maternidades de nuestro país. Generalmente el aborto se produce por un embarazo no deseado.

**¿Qué factores influyen para que una mujer
no admita su embarazo?**

**¿Cuáles son las circunstancias en que se produce
un embarazo no deseado?**

La observación del desenvolvimiento de las familias de zonas pobres, especialmente periurbanas, y estudios realizados en éstas, muestran que el aborto se produce en mujeres casadas, por razones de orden económico, la calidad de relación de la pareja, ruptura del núcleo familiar o espaciamiento intergenésico corto, y falta de uso de métodos de planificación familiar, interrupción de su uso o falla en la efectividad de éstos.

El aborto se da también en casos de violación y por razones de salud. A continuación transcribimos algunos de los testimonios citados en el texto de referencia⁷:

“Mujer de 22 años, católica, estudia en la Universidad, trabaja por horas y vive con su madre en un barrio acomodado de la ciudad:

Es un pecado matar a un ser humano y yo he matado a mi niño, a un ser humano que está en nuestro vientre, yo dije: “¡Dios mío, perdóname!”.

“Mujer de 26 años, católica, trabajadora del hogar, conviviente, tiene un hijo. Vive en un barrio popular periférico:

⁶ Ortiz Ortega, Adriana. “Razones y Pasiones en torno al Aborto. Una contribución al debate”. Editora EDAMEX

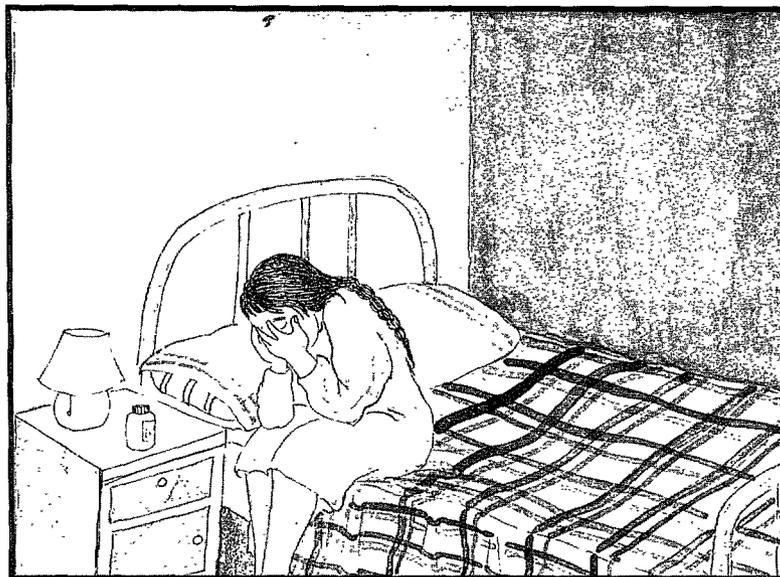
⁷ Cardich, Rosario y Carrasco, Frescia. “Desde las Mujeres. Visiones del Aborto Nexos entre sexualidad, anticoncepción y aborto” Movimiento Manuela Ramos & The Population Council Lima 1993



Mi hermana me explicó que el aborto no era como matar un bebé, porque el niño ya estaba un poco malito...Yo no tenía derecho a hacer eso, pero era lo único que me quedaba: no podía yo en ese momento tener otro bebé, estaba mal, pero era la mejor decisión la que había tomado...Hasta mi mamá me dijo que era malo lo que había hecho. Yo creo que el aborto es quitarle la vida a un ser humano, porque él no tiene la culpa de nada, él no me pidió venir aquí. No sé, te sientes mal, pero poco a poco te vas acostumbrando”.

En mujeres solteras, la presencia de un embarazo a edades tempranas por una falta de educación sexual, el temor a un proyecto de vida truncado, la presión de los padres o el abandono del hombre, hacen que las jóvenes recurran a esta práctica generalmente en condiciones adversas para su salud y con riesgo de su vida. Entre las secuelas afectivas que deja el aborto en la joven que se sometió a éste, está un sentimiento de culpa que marca el resto de sus días, existen también secuelas físicas por una mala práctica, de ahí que es necesario que la/el Auxiliar de Enfermería colabore en la tarea de luchar contra el aborto, y ayudarlo a prevenir con una buena consejería en planificación familiar para evitar un embarazo no deseado tanto en solteras como en casadas.

Con las adolescentes el trabajo está en ganar la confianza de ellas y esa tarea corresponde a los padres pero también al personal de salud. La/el Auxiliar de Enfermería puede dar una consejería adecuada y ayudar a las adolescentes a prevenir el aborto; por lo tanto una estrategia de solución es la prevención atacando aquellos factores que hacen a la calidad de vida y a la disponibilidad de información y servicios de planificación familiar.





Pero sobretodo, la orientación tiene que estar dirigida a los factores que tienen que ver con la persona misma, es decir con sus actitudes y con sus valores para ejercitar de manera responsable su sexualidad; **entonces prevenir el aborto es superar las diferencias de género que muestran a la mujer como la única responsable de las consecuencias de una relación sexual, es también educar sexualmente a los jóvenes y a las jóvenes para que logren manejar, reiteramos responsablemente su sexualidad.**

Otro aspecto a señalar es la falta de consideración y solidaridad del trabajador en salud con una mujer que llega al servicio con aborto incompleto, o por complicaciones. La censura que imponen a ésta los prestadores del servicio y la poca atención que prestan a la recuperación de su salud no sólo es un factor más de complicación sino que atenta contra sus derechos humanos y evita que podamos hacer una terapia post aborto que prevenga una repetición del mismo. La consejería post-abortó es fundamental. Una mujer que tuvo un aborto debe ser atendida con mucha consideración, y asesorada para evitar la repetición de otro embarazo no deseado.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN

1. *¿Qué puedo hacer yo en mi comunidad para luchar contra el aborto?*
2. *¿Qué actitud debo tomar frente a una mujer en riesgo de aborto?*
3. *¿Qué acciones inmediatas debo realizar cuando una mujer ha recurrido al aborto?*
4. *¿Cómo puedo contribuir a evitar un embarazo precoz?*
5. *¿Cómo puedo contribuir a evitar un embarazo no deseado?*

F. *La Conferencia de El Cairo y el Plan de Acción.*

La Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo se llevó a cabo en El Cairo, Egipto, del 5 al 13 de septiembre de 1994. Allí se reunieron representantes de todos los Gobiernos que integran las Naciones Unidas.



(Poster Oficial de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo)

Nuestro país concurrió a esta reunión llevando una Declaración de Principios Sobre Población y Desarrollo Sostenible, que define el marco de lo que hará Bolivia en el tema de Población y Desarrollo. A continuación, destacamos los rasgos más importantes de la posición Boliviana a propósito del presente texto:

*“Los principios que sustenta el Gobierno de Bolivia reflejan la convicción de que los problemas de la **pobreza**, la **inequidad**, el deterioro del medio ambiente y los cambios demográficos, no pueden ser tratados aisladamente, sino que requieren de una **visión integral**, en una perspectiva que articule el corto y el largo plazo.”*



*“Existe asimismo la clara conciencia de que el pueblo boliviano posee una rica tradición de culturas, de conocimientos y de formas organizativas que han permitido construir bases importantes de solidaridad y constituyen un enorme potencial de desarrollo y creatividad”. Desde esta visión integral el desarrollo de la población trasciende la perspectiva meramente demográfica y se constituye en el sujeto principal del **desarrollo sostenible**”.*

“En función a ello el Gobierno de la República de Bolivia pretende:

- *El desarrollo integral de las capacidades de la población boliviana a través de: fortalecimiento del capital humano; la mejora de la calidad y cantidad de empleos; la educación para el desarrollo sostenible; el fortalecimiento del primer nivel de atención en salud; el respeto a la **diversidad cultural**; y el pleno ejercicio de los derechos cívicos y políticos de todos los habitantes.*
- *La consolidación del proceso de participación popular a través de: posibilitar el protagonismo de la sociedad; asumir la heterogeneidad étnica y la interculturalidad como un valor positivo; ampliar los niveles de **equidad social**; optimizar la inversión social; generar mecanismos de descentralización del poder; incorporar a las Organizaciones Territoriales de Base y los Municipios en el Sistema Nacional de Planificación.”*
- *Respecto a las decisiones sobre la sexualidad y fecundidad de las mujeres y democratización de sus roles en la familia y la sociedad. A través de: promoción de acciones preventivas y educativas en lo referente a la **maternidad segura**; ampliación del acceso y mejoramiento de la calidad de la atención prenatal y del parto; difusión de información sobre **salud reproductiva**; apoyo a los servicios de **planificación familiar**; y difusión y promoción de los métodos de regulación de la fecundidad”.*
- *Se reconoce el derecho de toda la población a la información y educación sexual y para la vida familiar. La información debe ser completa, objetiva y veraz, en una perspectiva integral que incluya componentes biológicos,*



psicológicos, culturales y espirituales, sobre una base respetuosa de la ética, los valores y cultura propia del país, para lograr 'una sexualidad biológica y éticamente sana, como base de una vida familiar responsable'".

"La Salud reproductiva es un componente de la salud integral (biológica, mental y social) y en razón del derecho que tienen las personas para gozar plenamente de todas sus potencialidades biológicas, emocionales y espirituales, según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, es parte de la política oficial expresada en el 'Plan Vida/Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Perinatal', Bolivia, 1994-1997".

- *Uno de los componentes de la salud reproductiva es la planificación familiar, como derecho humano fundamental de las 'parejas e individuos de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos', en el sentido de que la decisión sobre el número de hijos y el **espaciamiento de los embarazos** debe ser decidido entre el padre y la madre, en un marco de mutuo respeto y de igualdad de derechos del hombre y de la mujer".*
- *Los servicios de salud reproductiva requieren de la disponibilidad de los medios necesarios, así como de la posibilidad de acceso a información amplia, objetiva, completa y veraz, de tal modo que las opciones sean además de libres, con conocimiento de causa sobre los riesgos y beneficios implicados.*

"Se crea de esta manera, en el marco de un criterio informado, la más amplia libertad de opciones, de tal suerte que cualquier coacción física, económica o psicológica será inaceptable y atentatoria contra los derechos humanos.

" Del mismo modo, las políticas referidas a la población deberán ser decididas en el más amplio marco de autonomía y soberanía de la nación, sin lugar para coacción o presión alguna de naturaleza extra nacional o internacional, respondiendo solamente al consenso que resulte del mejor interés del pueblo boliviano."



“El aborto constituye un importante problema de salud pública en los países de la región y, aunque existen diversas posiciones al respecto, en general ninguno de ellos lo acepta como método de regulación de la fecundidad”.

- *No obstante, las mujeres que hubieran recurrido al aborto deben ser tratadas humanamente y con la debida orientación.*

“La actual legislación de Bolivia sólo permite el aborto cuando la continuación del embarazo pone en riesgo la vida de la madre o en casos de violación o incesto. Por tanto, el aborto no es promovido ni permitido como una alternativa a la planificación familiar”⁸.

PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR

1. *Con ayuda del facilitador discute e interpreta los conceptos resaltados en la negrilla.*
2. *Compara la situación que vive la mujer respecto a su salud reproductiva y la que el país ha expresado en la Conferencia de El Cairo– Egipto.*
3. *Analiza la realidad de las mujeres de tu comunidad respecto a su participación en las decisiones de espaciamiento familiar. Discute este tema con las mujeres y varones de los grupos organizados.*
4. *La posición del país habla de una salud reproductiva vista desde una perspectiva biológica y social. Explica qué quiere decir esto, y cómo se puede llevar a la práctica en tu comunidad.*
5. *Cuál es tu interpretación de la siguiente afirmación: “...los problemas de la pobreza, la inequidad, el deterioro del medio ambiente y los cambios demográficos, no pueden ser tratados aisladamente”.*
6. *¿Cómo pondrías en práctica los enunciados respecto a la salud reproductiva?*
7. *¿Cuál es la realidad de tu comunidad respecto al medio ambiente?. ¿Cómo se utilizan los recursos naturales?*
8. *¿Qué entendemos por desarrollo sostenible?*

⁸ Ipiña Melgar, Enrique, Ministro de Desarrollo Humano. Discurso en la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5 al 13 de septiembre de 1994.



PREGUNTAS DE REFLEXIÓN:

1. *¿Qué información actualizada tengo después de la lectura de este Capítulo?*
2. *¿En qué dirección han cambiado mis actitudes frente a los problemas de Salud Reproductiva de las mujeres?*
3. *¿Con quiénes y en qué grupos he compartido la información nueva que tengo?*
4. *¿Qué actividades sugeridas en el documento he realizado?*
5. *¿De qué manera he contribuido a mejorar la prestación de servicios de salud?*
6. *¿Cuáles son las áreas en las que aún debo mejorar?*
7. *¿Cuáles son mis propósitos de aquí en adelante?*



▶ **CAPÍTULO II**

PROCESO DE LA VIDA REPRODUCTIVA

Dra. Rosario André

Se espera que al concluir la lectura de este capítulo, la Auxiliar de Enfermería haya logrado los siguientes objetivos:

- 1. Comprender la problemática de la salud reproductiva en una dimensión globalizadora e integral.*
- 2. Identificar los problemas que se presentan en la relación oferta de servicios y necesidades de la población.*
- 3. Aplicar el enfoque de género en el análisis de la situación de salud de la mujer.*



A. Reproducción.

El significado de la reproducción biológica es tan grande que de ella depende la sobrevivencia del planeta. Generalmente se analiza el tema de la reproducción sólo desde la perspectiva biológica, es decir nos ocupamos de describir la anatomía de los órganos de la reproducción, y alguna vez su fisiología.

Esta visión limitada del análisis nos ha impedido comprender la verdadera dimensión del fenómeno de la reproducción, de ahí que, de manera esquemática, nos ocuparemos de ésta desde una perspectiva social.

Esto implica que partimos de reconocer que en la reproducción influyen muchos factores, entre ellos la cultura y la manera en que determinado grupo social la percibe y la valora. Seguramente en nuestro país los collas, chapacos y cambas tenemos diferentes formas de valorar la reproducción. Esto debe interesarnos cuando hablamos de la salud reproductiva, por cuanto lo primero que debemos hacer es entender cuál es el valor que a la reproducción le asigna una familia o un grupo comunitario.

El siguiente contenido nos ayudará a interpretar mejor las connotaciones de la reproducción.

a. Los Derechos Humanos.

En páginas anteriores, hemos visto lo que en el país se entiende como Salud Reproductiva, por otra parte el gobierno ha declarado que “el elemento clave de nuestro desarrollo es el ser humano”; también hay que reconocer que la decisión de reproducirse, en nuestro país recae en los propios individuos. Es así que, la planificación familiar es un componente de la salud reproductiva y un derecho fundamental de las parejas para decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos.

Es importante aclarar que si bien reconocemos que la responsabilidad sobre la reproducción es individual y familiar, existe también una responsabilidad colectiva y del Estado para asegurar las condiciones más adecuadas para el desarrollo humano, en términos de educación, servicios de salud de calidad, y una atención humanizada de la maternidad desde el embarazo, el parto y el puerperio.

b. El enfoque de género.

La aplicación del enfoque de género en la comprensión de la reproducción y de la salud reproductiva es fundamental. Esto implica compartir las tareas de la maternidad con la pareja; lo cual significa que tanto el hombre como la mujer deben compartir las



responsabilidades del hogar, en lo doméstico y en el sostenimiento económico. Todo esto favorece el respeto entre ambos y refuerza sus expectativas de desarrollo personal.

Implica también que la mujer debe tener la posibilidad de decidir sobre el espaciamiento de sus embarazos, mejorar su autoestima y lograr un relacionamiento horizontal con su pareja, favorable al crecimiento y desarrollo de sus hijos.

c. *El enfoque de salud.*

Considerando que, la reproducción es un hecho de gran importancia social, lo es también desde el punto de vista biológico. Desde que nace, la mujer está preparando su organismo en lo anatómico y funcional, para la maternidad. Su sistema reproductivo es complicado, por tanto requiere de toda la atención para que la reproducción no se convierta en un factor que disminuya la expectativa de vida de las mujeres.

d. *Pubertad y adolescencia.*

De las anteriores lecturas hemos identificado que la discriminación que la sociedad hace de la mujer empieza desde que ésta es niña.

Esta situación sumada a su condición biológica pone a la mujer en situaciones difíciles frente a la vida.

Desde su nacimiento, hasta el momento en que se inicia la pubertad, la mujer ya experimenta una diferenciación de género que se expresa en los roles que se le asigna en el hogar, en los juegos y en su acceso a la educación. Sin embargo de que la consideración de género va más allá de los aspectos puramente biológicos, la confluencia de factores biológicos marcan verdaderos hitos en la vida social y afectiva de la mujer.

La pubertad y adolescencia que experimentan hombres y mujeres, tiene una clara diferenciación en su expresión biológica.



¿Qué es la pubertad?



La pubertad es la etapa en la que se inicia la adolescencia; en promedio la pubertad comienza a los 10 años y se expresa en dos cambios fisiológicos de importancia: la maduración sexual y el estirón del crecimiento. Obviamente estos cambios afectan la esfera afectiva, es decir que el niño ó niña en la que comienza la pubertad, muestra cambios visibles en su manera de reaccionar frente a las influencias de su entorno.

Uno de los problemas de mayor importancia para el adolescente es enfrentarse a su propia sexualidad.

¿Qué es la adolescencia?

La adolescencia es un período de la vida en el cual se producen rápidos cambios biológicos y psicológicos tanto en la estructura misma del organismo como en su funcionamiento.

Una de sus características es que durante el proceso de maduración, el desarrollo biológico se alcanza más rápido que el psicológico. Desde ya esto produce un desequilibrio emocional en aquellos adolescentes que están viviendo esta etapa.

Para que al final de esta etapa el adolescente asuma constructivamente su rol en la sociedad, sea capaz de alcanzar su autodeterminación y ejercitar responsablemente su sexualidad, es necesario apoyar su potenciamiento emocional, intelectual y físico.

En este proceso, intervienen una serie de factores que lo obstaculizan o viabilizan, entre ellos está la solidez o desestructuración del núcleo familiar. Un adolescente requiere de una familia que le dé mucho afecto, y le proporcione alimentación, salud y educación.

Se requiere también que los padres cuenten con la información necesaria y sobre todo puedan asumir una actitud favorable frente a la educación sexual. Es tan importante para un adolescente, el contar sobretodo con el apoyo de su núcleo familiar y sentir que su escuela le da seguridad.



El siguiente ejemplo nos dará una idea de las formas en que se expresan estos cambios en un medio en el cual no estamos acostumbrados a hablar de nuestra sexualidad:

Juanita de diez años de edad notó que le empezaba a crecer el vello pubiano, como no sabía de que se trataba empezó a plantearse una serie de interrogantes, suponiendo que algo malo pasaba. No habló de esto con nadie en su familia. Posteriormente sintió que uno de sus senos le empezó a crecer, lo cual conflictuó más su situación pensando que se encontraba enferma, su mamá le había dicho que ella no debía mostrar a nadie su cuerpo, ni a sus hermanas, porque "algo malo le podía pasar."



Juanita asoció esta advertencia de su mamá y pensó que algo malo había hecho sin darse cuenta, notó también que las vecinas le miraban de una forma rara y que algunos chicos intentaban apegarse a ella. Juanita ya tenía once años. Una amiga de su mamá le dijo: “Ya te estás poniendo mujercita, cuidadito con los hombres”.

Juanita pensaba antes de dormir y se preguntaba: ¿Qué me está sucediendo?. Tengo miedo de que algo malo me pase, ya no voy a ir a traer agua a la pila de la esquina, ni me voy a poner mi blusa nueva, porque con esa los chicos” me miran feo.”

Desde entonces Juanita decidió andar encorvada para que no se dieran cuenta de lo que le estaba pasando, su mamá le recriminaba y le decía que era una floja, además Juanita tenía miedo que su mamá le bañara y cada vez le costaba más acercarse a ella. Sentía que un miedo le invadía y no tenía ganas de estudiar, había bajado mucho en su rendimiento, además se sentía culpable.

Un día en la escuela durante el recreo, Juanita tuvo que enfrentarse a su primera menstruación, se puso a llorar, no sabía que hacer, ¿se había caído sin darse cuenta? mi mamá me va a pegar, y mi papá le va a pegar a mi mamá porque no me ha cuidado.

Volvió a su curso sin saber qué hacer y una amiga más grande que ella dijo: “Señorita, está con su menstruación pero no sabe nada.!” Juanita se sintió humillada y fue la profesora quien le dio una explicación de lo que le pasaba. Cuando llegó a su casa y le contó a su madre esta le dijo: “¡Bueno, ahora nada de acercarse a un chico, tienes que cuidarte de no bañarte porque la sangre se te subirá a la cabeza!”.



REFLEXIONA SOBRE LO SIGUIENTE:

1. *¿En qué etapa de su vida estaba Juanita?*
2. *¿Cómo podrían describir el estado de ánimo en el que se encontraba?*
3. *¿Por qué Juanita se sentía así? ¿Qué es lo que estaba fallando en su escuela y su familia?*
4. *¿Cómo podrías ayudar en tu comunidad a muchas niñas que como Juanita están experimentando su adolescencia?*
5. *¿Cuáles son los riesgos que confronta una adolescente como Juanita? ¿Un adolescente varón confronta también riesgos? Si es así, ¿cuáles son? ¿Cómo se inician en la pubertad y en la adolescencia los niños y las niñas y cuáles son las diferencias?*
6. *A través del relato de la historia de Juanita discute con un grupo de padres de familia sobre la situación de Juanita.*
7. *Usa para la discusión el siguiente texto:*

“Los niños que no tuvieron una adolescencia feliz, es posible que no puedan relacionarse bien con los adultos y que no disfruten de su sexualidad, ni de su trabajo porque su autoestima quedará muy afectada”.
8. *Reflexiona acerca del texto y analiza el significado de la autoestima. Vamos a intentar definir ésta de una manera muy sencilla: “La autoestima significa cómo me valoro yo frente a los otros, y cómo pienso que ellos me valoran. Para poder valorarme tengo que estar seguro de mis potencialidades, y también tengo que asumir mis debilidades y ser capaz de transformarlas en fortalezas”.*
9. *Crear y describir situaciones de adolescentes con una baja autoestima y adolescentes con una autoestima elevada. ¿Cuáles son los factores que influyen en una u otra situación?*



B. Riesgo reproductivo en la adolescencia.

Recordaremos que riesgo es la probabilidad que tiene una persona de ser afectada por una condición. En este entendido, aún cuando la reproducción es inherente al ser humano, ésta conlleva un riesgo. Este riesgo está vinculado a la edad y condición biológica de la mujer, pero también a sus condiciones de vida en lo afectivo, en lo social, en lo económico.

No es lo mismo esperar un niño con la seguridad de un compañero que la apoya y que comparte sus ansiedades y sus problemas, disponiendo por lo menos de condiciones materiales mínimas para asegurar la llegada de un niño saludable y darle la oportunidad de un hogar, una buena alimentación, y una buena educación.

Una condición en la cual la función reproductiva está intermediada por factores de riesgo es el embarazo en la adolescencia, por eso nos referiremos de manera especial a este tema.

a. El embarazo en la adolescencia.

Hablar del embarazo en la adolescencia es hablar de adolescentes madres. Esto significa niñas mujeres entre los 12 y 18 a 20 años.

¿Cómo reacciona la sociedad y la familia de una adolescente que se embaraza a los 12 ó 14 años de edad? Generalmente se culpabiliza a la mujer o a la madre por “no haber cuidado a su hija”. El padre descarga su agresión en la niña embarazada y en su madre. Desde el punto de vista médico, la reacción se orienta más hacia aquellos factores de orden biológico, como inmadurez del aparato reproductor, carencias nutricionales, etc. siendo el problema mayor la repercusión social.

¿Por qué ocurre un embarazo en la adolescencia? Diversos estudios han puesto en evidencia que, en una gran proporción, el embarazo en niñas de 12 a 15 años se produce como consecuencia del acoso sexual de familiares o de personas muy allegadas al núcleo familiar. Desde luego que influye de manera determinante, la falta de una información adecuada sobre la sexualidad. A partir de los 15 años influye más una relación amorosa y nuevamente la falta de información sobre el ejercicio de una sexualidad responsable.

b. ¿Cuáles son los riesgos para el embarazo en la adolescencia?

Sin que esto implique orden de importancia, los factores de riesgo que influyen en el embarazo en la adolescencia, son las condiciones de pobreza, una baja autoestima



asociada a la falta de afecto y seguridad en el hogar, la ruptura del núcleo familiar o la presencia de un padre autoritario, el maltrato, el abandono, la pérdida de autoridad moral de los padres, la imitación de patrones de conducta ajenos a nuestra sociedad y comportamientos asociados con el uso de alcohol y drogas.

c. ¿Cuáles son las consecuencias de un embarazo en la adolescencia?

Primero, debemos tener en cuenta que potencialmente la mayor parte de los embarazos en la adolescencia no son deseados.

El miedo a la violencia familiar que desencadena esta situación, y en muchos casos la falta de solidaridad de la pareja, las condiciones de pobreza del ambiente familiar, el temor a la censura social o a truncar un proyecto de vida, obligan a la adolescente a buscar información sobre cómo realizar un aborto, en condiciones clandestinas y al menor costo posible, condiciones de riesgo altamente severas para su vida y su futuro.

Siendo el aborto una causa importante de morbilidad materna, su prevención, es la prevención de un embarazo no deseado y para lograr esto, los jóvenes deben acceder a una información responsable; esto quiere decir, basada en su concepción cultural, y que rescate los valores humanos.

En cuanto al futuro social de una adolescente embarazada, en algunos casos, tanto él como ella dejan de estudiar, ella se dedicará a cuidar al niño y él a buscar algún trabajo con mínimas posibilidades, por no estar preparado.



La madre adolescente, sin ninguna información para espaciar sus embarazos, en poco tiempo estará presionada por las condiciones económicas y sin recursos personales para acceder a un trabajo digno, lo cual implica que tendrá que engrosar las filas de vendedores ambulantes o realizar otras actividades acordes con sus posibilidades de desempeño.

En otras situaciones, el padre se niega a reconocer al niño como suyo, entonces lo más probable es que posteriormente la adolescente, ya joven, busque otro compañero, que en muchos casos es un padrastro que no acepta al niño que no es su hijo. Muchos niños de la calle o en la calle, sufren por un padrastro que los maltrata, por una madre incapaz de rebelarse ante la violencia, y así se abre un nuevo círculo de maltrato.

La situación descrita empeora en las familias pobres donde los abuelos se ven obligados a asumir la responsabilidad de la crianza del nieto, o de los nietos, situación que agrava su ya decaída economía.

Esta falta de realización personal de los adolescentes–padres, sumada a las condiciones de pobreza creará tensiones en el hogar, que en muchos casos acaban con el abandono por parte del varón. En resumen, detrás de un embarazo de una adolescente está la amenaza de un aborto o de un proyecto de vida truncado, por esto debemos educar a nuestros jóvenes para que asuman una conducta sexual responsable, respetando su derecho a ser, no sólo informados, sino educados para una vida digna.

REFLEXIONA SOBRE LO SIGUIENTE:

1. *Discute con las padres de familia de tu comunidad cuáles son las causas y las consecuencias del embarazo en la adolescencia. Para esta discusión puedes aplicar la siguiente técnica:*
 - a. *Explica a los participantes tu preocupación por el problema del embarazo en la adolescencia y pregunta sobre la importancia que para ellos tiene.*
 - b. *Escribe en el pizarrón o en un papelógrafo, tres apreciaciones. Me preocupa mucho, me preocupa poco, no me preocupa. Luego pregunta a los participantes su opinión y anota con una raya en la columna A la frase que señalen.*

Cualquiera sea la opinión mayoritaria, escribe en el pizarrón la siguiente frase: ¿Por qué? y deja que cada uno de los participantes dé su opinión.
 - c. *Una vez lograda la motivación sobre el tema, organiza a los participantes en grupos de trabajo, y muestra la figura de una adolescente embarazada y escribe debajo un nombre, por ejemplo Juanita. Luego pide que cada grupo discuta para responder a las siguientes preguntas:*
 - *¿Cuáles son las causas de que adolescentes como Juanita se embaracen en nuestra comunidad?*
 - *Puedes utilizar otras dinámicas como la narración de historias que conocieron los participantes.*
2. *Extrae conclusiones dirigidas a mostrar la necesidad de una educación sexual de tipo preventivo y respetuosa de nuestros valores culturales.*



C. *Menopausia y Climaterio.*

¿Qué es la menopausia y el climaterio?

La menopausia es un período de la vida de la mujer que generalmente se inicia a los 45 años, y concluye a los 60. Específicamente se refiere al período en que la mujer deja de presentar el sangrado menstrual durante por lo menos un año.

La menopausia y el climaterio son dos condiciones fisiológicas que han servido para estigmatizar a la mujer y discriminarla por ser mujer. No obstante, es preciso reconocer que la mujer también contribuye a esta situación; emocionalmente se acepta esta condición con una visión fatalista de que a partir de la aparición de su menopausia ella pertenece a un grupo de mujeres en situación de desventaja insuperable.

Generalmente la menopausia provoca una baja de la autoestima de la mujer en un momento en que requiere más bien que ésta sea estimulada. Es decir que la mujer debe mirar sus otras potencialidades para afrontar este período de su vida con serenidad e inteligencia.

En esta etapa de la vida la diferenciación de género se hace más evidente, las mujeres son sujeto de discriminación laboral, abandono de la pareja, falta de adaptación social, rechazo a su condición y pérdida de autoestima. Cuando un hombre de más de 50 años se enoja o se torna exigente no se percibe ninguna anormalidad, pero si una mujer presenta estas manifestaciones, se la estigmatiza como menopáusica.

Otros trastornos asociados, son el aumento de riesgo de neoplasias, enfermedades del corazón, trastornos de la personalidad. En general tanto la mujer como los hombres tienden a exagerar los efectos de la menopausia y darles un sentido que convenga a sus intereses, manipulación de los suyos para una mayor atención, culpabilización a esta condición de cualquier otro trastorno.

REFLEXIONA SOBRE LO SIGUIENTE:

1. *¿Cómo reacciona la mujer de tu comunidad cuando entra a la menopausia?*
2. *¿Cómo reacciona la gente de tu comunidad con las mujeres menopáusicas?*
3. *¿Qué tipo de apoyo podrías prestarle para que sea ella misma quien encare esta etapa crítica de su vida?*



D. Proceso de la atención integral a la madre.

A continuación se describen, desde una perspectiva ideal a la que debemos apuntar, los elementos que intervienen en este proceso:

1. Condiciones previas deseadas para un embarazo feliz.

1.1. Estado físico y emocional de los padres, amor, estabilidad, y seguridad construida en la solidaridad y mutua confianza y en el reconocimiento social de su unión.

2. Embarazo.

2.1. Embarazo deseado, plena aceptación emocional de la pareja.

2.2. Servicios de salud accesibles.

2.2.1. Captación precoz de la embarazada por visita domiciliaria o comunicación informal.

2.2.2. Control prenatal eficiente, periódico y continuo a partir de la primera falla menstrual.

2.2.3. Aplica estrategia de visualización de oportunidades para la detección y recuperación de embarazadas.

2.2.3.1. Valoración de riesgo.

2.2.3.2. Educación para el cuidado prenatal.

2.2.3.2.1. Higiene alimentaria.

2.2.3.2.2. Higiene corporal.

2.2.3.2.3. Higiene genital.

2.2.3.2.4. Educación para la lactancia materna.

3. Parto.

3.1. Preparación de las condiciones para la atención del parto.

3.1.1. ¿Qué es lo que la mujer prefiere?

3.1.2. Si elige una atención por partera, “verificar el riesgo”, asegurarse de que la partera sabrá detectar los signos de alarma y existirán las condiciones para referencia inmediata.

3.1.3. Uso y análisis de la Historia Clínica Perinatal.

3.1.4. Si elige una atención en domicilio por médico o auxiliar, asegurarse de contar con todos los dispositivos de seguridad para controlar la emergencia y referirla de inmediato.

- 3.2. Preparación de la madre y su grupo familiar.
 - 3.2.1. Explicación de la fisiología del trabajo de parto.
 - 3.2.2. Demostración de las posiciones y de los ejercicios que le facilitarán el trabajo de parto.
 - 3.2.3. Preparación del padre para que participe en la atención de la mujer.
 - 3.2.4. Detección de signos y síntomas de alarma.
 - 3.2.5. Preparación de la madre y de sus familiares.

4. *Atención del recién nacido.*

- 4.1. Registro en la Historia Clínica Perinatal.
- 4.2. Poner al seno materno inmediatamente después del nacimiento.
- 4.3. Aplicar todos los procedimientos normados para la atención del recién nacido.
- 4.4. Disponer el alojamiento conjunto.
- 4.5. Aplicar vacuna B.C.G.
- 4.6. Educación de la madre para el cuidado del niño.
 - 4.6.1. Hábitos
 - 4.6.2. Vestido
 - 4.6.3. Higiene Corporal
 - 4.6.4. Higiene Alimentaria
 - 4.6.5. Primer contacto con el ambiente externo
 - 4.6.6. Plan de vacunación
 - 4.6.7. Signos y síntomas de alarma del recién nacido.

5. *Puerperio.*

- 5.1. Educación para el puerperio.
 - 5.1.1. Cuidado de los pezones.
 - 5.1.2. Demostración de las posiciones para una buena lactancia.
 - 5.1.3. Higiene del puerperio.
 - 5.1.3.1. Higiene alimentaria
 - 5.1.3.2. Higiene corporal
 - 5.1.3.3. Higiene genital



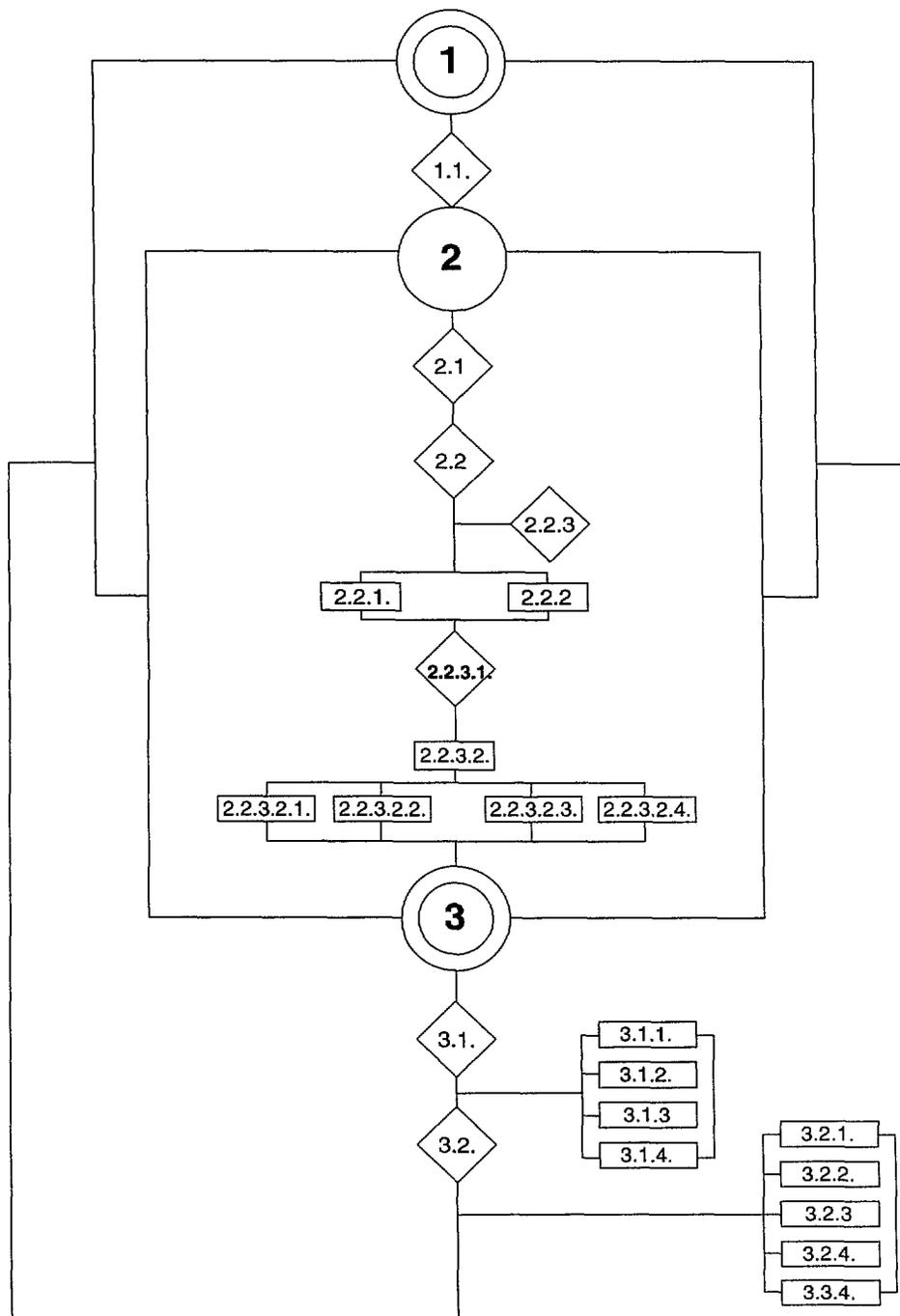
6. Relaciones Sexuales y Planificación Familiar.

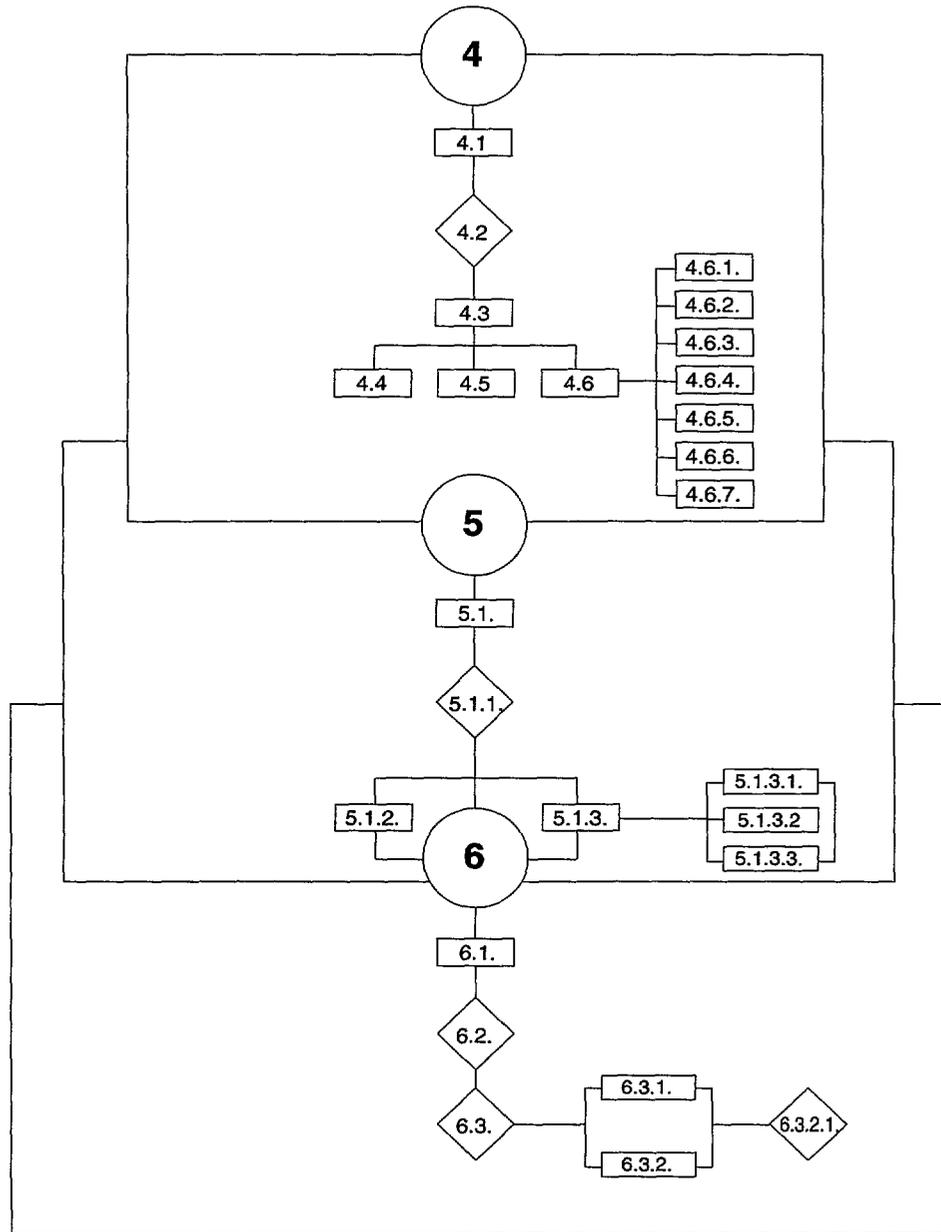
- 6.1. ¿Cuándo iniciar las relaciones sexuales?
- 6.2. ¿Qué precauciones adoptar?
- 6.3. ¿Cómo espaciar los nacimientos?
 - 6.3.1. Información y puesta al alcance de métodos anticonceptivos.
 - 6.3.2. Seguimiento domiciliario para la vigilancia del puerperio, planificación familiar y captación del recién nacido para la vigilancia de su crecimiento y desarrollo.
 - 6.3.2.1. Aplicación de la estrategia de visualización de oportunidades perdidas.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN

Para orientar la reflexión el facilitador deberá considerar lo siguiente:

1. *Para la mejor comprensión del proceso de atención integral a la madre se representa el mismo en una descomposición analítica de sus principales elementos.*
2. *La simbología utilizada es la siguiente:*
 - ⊙ *Representa los elementos previos a la ocurrencia del embarazo.*
 - ◇ *Representan los aspectos claves del proceso de la maternidad, de las relaciones sexuales y planificación familiar.*
 - ▭ *Representa las decisiones críticas y en las que se debe poner particular énfasis.*
3. *La aplicación del diagrama consiste en:*
 - *La Auxiliar de Enfermería deberá confrontar el número inscrito dentro de la figura con los números presentados en las hojas anteriores.*
 - *Una vez ubicado el número, el Auxiliar deberá dar lectura y preparar el paso siguiente. Si el trabajo se realiza en grupos, otro de los participantes deberá emitir su opinión y un tercero deberá ubicar en el diagrama el número correspondiente. Un cuarto participante dará lectura al contenido escrito en los números subsiguientes.*
 - *Esta actividad puede ser vivencial, es decir, que cada alumno se identifique con un número. La dinámica dependerá del número de participantes.*
4. *Elabore otro diagrama del proceso basándose en su propia práctica e identificando los vacíos y las restricciones (lo que se hace y lo que se omite).*
5. *Finalmente, motive a los participantes a proponer soluciones para superar las carencias identificadas en su práctica.*







▶ **CAPÍTULO III**

COMUNICACIÓN INTERPERSONAL, CONSEJERÍA Y MÉTODO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Lic. Verónica Kaune, M.A.

Se espera que al concluir la lectura de este capítulo, la Auxiliar de Enfermería haya logrado los siguientes objetivos:

- 1. Dar una definición de la comunicación interpersonal y la consejería.*
- 2. Demostrar que conocen la diferencia entre motivación, educación y consejería.*
- 3. Utilizar por lo menos 5 características esenciales de una buena consejera.*
- 4. Saber utilizar las 4 técnicas de escucha activa.*
- 5. Poder formular 4 tipos de preguntas.*
- 6. Mejorar la calidad de atención de los servicios que prestan las Auxiliares de Enfermería por medio del mejoramiento de destrezas en comunicación interpersonal, consejería y resolución de problemas.*
- 7. Utilizar conceptos, técnicas y destrezas básicas de comunicación interpersonal y consejería.*
- 8. Ayudar a los pacientes a tomar sus propias decisiones respecto a las prácticas recomendadas en salud materna y neonatal.*



I. LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL Y CONSEJERÍA.

En su trabajo diario, las Auxiliares de Enfermería se comunican con el público, las pacientes y las familias de los mismos para diferentes propósitos: motivar, educar y brindar servicios de consejería. Una de las interacciones más íntimas – la consejería – es un proceso donde la consejera ayuda a que el paciente mejore su habilidad de tomar decisiones y resolver problemas. Las habilidades interpersonales que utilizan las Auxiliares de Enfermería cuando se comunican con las pacientes, determinan la calidad del servicio que estas reciben.

EJERCICIO: *Realizar Pre Auto-evaluación ver Anexo 1.*

Percepciones: *Valores, Rumores y Conceptos Errados.*

Entender nuestras propias percepciones y valores es primordial para poder dar servicios de consejería. Al entender mejor sus propias percepciones y valores la Auxiliar de Enfermería podrá apreciar y respetar mejor las experiencias, realidades y valores de las mujeres con quienes trabajan. Los rumores y conceptos erróneos comúnmente son barreras a los mensajes que la Auxiliar pueda dar sobre la salud. Al conocer los factores que hacen a un rumor “creíble”, la Auxiliar podrá entender qué información verídica se necesita para contrarrestar ese rumor.

Consideraciones Culturales.

Cuando las Auxiliares de Enfermería y las usuarias se encuentran en el servicio de salud se deben relacionar, esta relación es una relación intercultural que debe ser considerada.

La Comunicación Interpersonal y la Consejería toman en cuenta esta relación y la clasifican como una relación intercultural, que definida por el psicólogo Dr. Sue (1981) se refiere a una relación donde dos o más de los participantes difieren en modo de crianza, en valores, en modos de vida, en clase social, en forma de educación, etc., componentes claves cuando se habla de relaciones interpersonales interculturales.

Este tipo de relación intercultural, es la que se establece entre las Auxiliares de Enfermería y las usuarias del servicio, especialmente si consideramos el medio en el cual vivimos, donde encontramos diferentes formas de vida, grupos étnicos, razas, religiones, valores, culturas y clases sociales.

Si tomamos en cuenta esto, seríamos más sensitivos y abiertos a otras idiosincrasias y podríamos intervenir de una manera más eficiente. La comunicación interpersonal y consejería toman en cuenta las siguientes variables:

- a) **Idioma:** Por eso es responsabilidad de la Auxiliar de Enfermería encontrar el modo más claro de expresarse ante la usuaria, ya sea hablando Aimara, Quechua, Guaraní, Castellano o utilizando modismos de las mismas.
- b) **Clase Social:** Es responsabilidad de la Auxiliar de Enfermería entender a la usuaria desde la clase social de la cual proviene para así evitar malas interpretaciones.
- c) **Valores Culturales:** Estos valores culturales son usados tanto por la Auxiliar de Enfermería y la usuaria para determinar qué es normal y qué es anormal. Entonces la Auxiliar de Enfermería debe hacer un intento para conocer cuáles son sus valores culturales de manera tal que sus prejuicios y costumbres no interfieran en la relación. La Auxiliar de Enfermería al entrevistar a la usuaria va conociéndola, determinando sus valores culturales, su punto de vista, para así poder relacionarse con ella más efectivamente.

A. *Comunicación Interpersonal.*

Para poder definir con mayor precisión el significado de Comunicación Interpersonal es necesario definir el término “comunicación”.

“La comunicación es el acto de transmitir o intercambiar información a través del lenguaje, señales o acciones, entre un remitente y un receptor”.





A.1. La Función de la Comunicación:

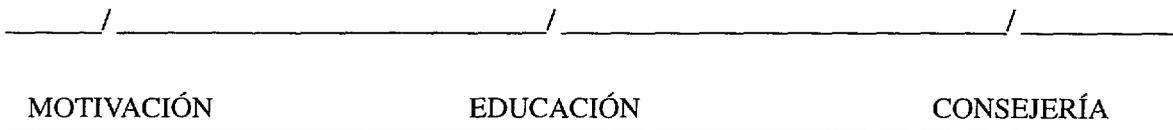
REMITENTE	RECEPTOR
atraer	disfrutar
informar	comprender, entender
enseñar	aprender
convencer	decidir
reforzar	mantener comportamiento
obtener atención	incrementar conciencia
ofrecer incentivo	incrementar motivación
capacitar	aprender destrezas
señalar acción	tomar acción

A.2. Definición de Comunicación Interpersonal.

“La Comunicación Interpersonal es el intercambio CARA a CARA de información, pensamientos y sentimientos de forma verbal y no-verbal entre dos o más personas que se da en todas las áreas de los servicios de salud. La Comunicación Interpersonal incluye los procesos de motivación, educación, y consejería.”

Las diferencias entre motivación, educación y consejería se pueden examinar más a fondo al comparar los objetivos de cada uno de estos procesos.

CAMINO DE LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL



A.3. Definición de Motivación:

“La Auxiliar de Enfermería anima a la usuaria y a sus familiares a adoptar un nuevo comportamiento para el cuidado de su salud, como por ejemplo, visitar la clínica para cuidados pre-natales. Mediante la motivación se persuade a que la usuaria se anime a visitar el sector formal de salud.”



¿Qué se debe hacer cuando se motiva?

- Saludar a la usuaria amablemente.
- Explicar los beneficios del servicio.
- Anular rumores.
- Dar una introducción del tema de salud materna y neonatal.
- Dar información de dónde, cuándo y a qué hora son los servicios pre– natales, post–natales y pediátricos.

A.4. Definición de Educación:

La Auxiliar de Enfermería ofrece información real sobre datos y hechos objetivos. La educación ayuda a que la usuaria tome sus propias decisiones mediante el incremento del conocimiento acerca de algún tema de salud.

¿Qué se debe hacer cuando se educa?

- Saludar a la usuaria amablemente.
- Presentar información respecto a la atención que se ofrece en el servicio de salud.
- Dar una introducción de los beneficios del cuidado materno.
- Explicar acerca de los cuidados que una mujer embarazada debe tener, se indica cuáles son los signos de complicación del embarazo, se indica a dónde ir.
- Explicar las ventajas y desventajas de dar a luz en el domicilio, puesto, centro de salud u hospital de distrito.
- Animar a que haga preguntas.
- Aclarar puntos y contrarrestar rumores.
- Dar información sobre la próxima visita al servicio.

A.5. Definición de Consejería:

“La consejería es un proceso y una interacción especial de persona a persona donde la consejera brinda información adecuada, la cual ayuda a que la usuaria tome una decisión INFORMADA acerca de su salud. La consejería ayuda a que la usuaria defina y comprenda sus sentimientos, maneje sus preocupaciones personales, mejore su bienestar personal, y mejore su habilidad de tomar sus propias decisiones y resolver sus propios problemas”.



¿Qué se debe hacer cuando se brinda servicios de consejería?

- Saludar a la usuaria amablemente.
- Preguntar en qué se la puede ayudar.
- Identificar problemas o preocupaciones.
- Brindar consejería, se exploran los sentimientos, pensamientos y actitudes de la persona.
- Escuchar activamente (en la próxima sección).
- Hacer preguntas abiertas.
- Hacer un examen físico si fuera necesario.
- Tomar la historia clínica.
- Asistir a la usuaria a que tome una decisión.
- Preguntar cuáles son las ventajas, desventajas o contraindicaciones de su elección.
- Pedir a la usuaria que haga un resumen de lo hablado.
- Resumir en general lo que se habló.
- Anotar toda la información que se obtuvo durante la visita.
- Definir la fecha para la próxima visita.

¿Quién es una consejera?

De acuerdo a la Organización de Entrenamiento TASO (1992) una consejera es una persona que es capaz de:

- Ayudar a las personas a comprender la importancia de la salud reproductiva, materna, neonatal y a resolver problemas asociados a estos temas.
- Ganar la confianza de las personas que necesitan orientación.
- Comunicar información veraz y objetiva acerca de la salud reproductiva, materna y neonatal.
- Comprender los sentimientos, pensamientos y preocupaciones de otras personas.

¿Cómo se debe brindar la Consejería en la salud reproductiva, materna y neonatal?

La consejera efectiva necesita tener:

- Excelente entendimiento y conocimiento acerca de la salud reproductiva, materna y neonatal.
- Actitudes positivas.
- Excelentes habilidades de comunicación.

¿Cuáles son las características y cualidades esenciales de una consejera?

Para que la Auxiliar de Enfermería tenga éxito cuando brinde servicios en consejería debe contar con las siguientes características y cualidades esenciales, ser:

- Empática – Saber aceptar– Congruente – Genuina/Auténtica.
- Confidencial – Respetuosa – Discreta – Responsable.
- Honesta – Comprensiva – Tener convicción – Segura.
- Sociable – Eficiente – Flexible – Activa.

A.6. Características de la Consejería.

A continuación, se enfatizarán cinco características importantes: empatía, aceptación, genuinidad, confidencialidad y respeto.

a) Empatía o Comprensión Adecuada:

La Auxiliar de Enfermería que practica la consejería es empática o demuestra tener una comprensión adecuada de la usuaria, cuando trata de comprender el problema o situación de la usuaria desde el punto de vista de la misma. Trata de imaginarse y ponerse en el lugar de la usuaria y sentir, percibir el problema desde ese lugar. “Se pone en los zapatos de la usuaria que trata de ayudar”.

b. Demostrar Aceptación Incondicional:

Es saber transmitir aceptación a la usuaria sin juzgarla, ni rechazarla, aunque no se esté de acuerdo con la actitud, juicio o conducta de la usuaria. Una consejera no es moralista ni crítica.



c. **Genuina/Auténtica:**

Lo que la Auxiliar de Enfermería comunica a la usuaria corresponde a sus verdaderos sentimientos, pensamientos y creencias. La consejera no es artificial, no se esconde detrás de la máscara profesional ni es hipócrita; puede hablar de sí misma siempre y cuando sea apropiado hacerlo.

d. **Confidencial:**

Significa que como Auxiliares de Enfermería que practican la consejería, NO deben revelar nada de lo que la persona les dice, ni nada acerca de la persona que las visita. No comentan sobre la consejería realizada ni en los pasillos ni en su hogar.

e. **Respetuosa:**

Una Auxiliar de Enfermería respetuosa permite la libertad de expresión de la usuaria, en sus propias palabras, no impone conceptos.

A.7. **Estilos de Comunicación que deben evitarse.**

Los estilos de comunicación que la Auxiliar de Enfermería debe evitar cuando brinda servicios de consejería son:

- a. **Ordenar, exigir:** por ejemplo: “tiene que venir a las 7 de la mañana y así lo hará”.
- b. **Desviar, evitar, eludir, negar:** por ejemplo: “podemos discutir eso más tarde....olvídese de eso...eso no es importante” ó “no se preocupe, estoy segura que no está embarazada a pesar de haberse olvidado de tomar las pastillas dos días”
- c. **Amenazar, advertir:** por ejemplo: “más vale que haga lo que le digo, si no, no respondo”
- d. **Juzgar, culpar, insultar, criticar:** por ejemplo: “usted es mala....es su culpa....está cometiendo un error...” o “usted no tendría esos problemas si no hubiera tenido relaciones sexuales sin estar casada”
- e. **Persuadir, argumentar, reprender:** Por ejemplo: “sí, pero....fíjese por qué está equivocado.....se da cuenta de que lo que usted piensa está errado?”
- f. **Bromear, fastidiar, ser indiferente, usar sarcasmo:** Por ejemplo: “quién te crees, la super mujer?”.
- g. **Aconsejar:** por ejemplo: “Usted debe usar el DIU para que esté tranquila”.



- h. **Atacar:** por ejemplo: “Cómo pudo ser tan irresponsable?, ¡¡¡Cómo pudo tener relaciones sexuales sin usar un condón!!!”.
- i. **Compadecer:** por ejemplo: “!Pobrecita, qué terrible...espero que no estés infectada con el virus del SIDA!”.

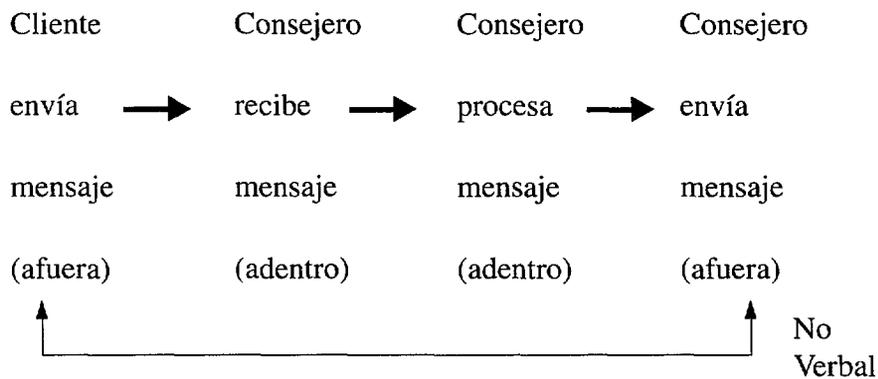
B. Técnicas de Escucha Activa.

La comunicación siempre se da en dos vías. Escuchar es la mitad de hablar. Por lo tanto el saber **ESCUCHAR ACTIVAMENTE** es tan importante como el saber hablar, quizás el saber escuchar sea más difícil.

El escuchar activamente y adecuadamente es el **PRIMER** requisito esencial de la consejería, el obviarlo puede hacer que la consejera se concentre en el problema incorrecto o proponga una alternativa prematuramente.

B.1. Tres procesos esenciales para Escuchar Activamente.

Los psicólogos Cormier y Cormier (1985) indican que el **ESCUCHAR** Activamente contiene tres procesos esenciales: “recibir el mensaje, procesar el mensaje, y enviar el mensaje”.



B.2. Tres sentidos esenciales para Escuchar Activamente.

Los psicólogos Cormier y Cormier (1985) indican que cuando una escucha activamente, debe utilizar tres sentidos esenciales: la vista (visual), el sonido (auditivo), y el tacto/ experiencial (táctil).



Las usuarias utilizarán predominantemente uno de estos tres sentidos para expresarse, algunas utilizarán palabras **VISUALES** como por ejemplo: está claro, mira, parece.

Algunas se expresarán utilizando palabras **AUDITIVAS** como por ejemplo: oigo, te contaré, suena, escucha. Otras utilizarán palabras **TÁCTILES** para expresarse, por ejemplo: me siento, tocar, palpar. La Tabla 1 brinda ejemplos de este tipo de palabras.

Tabla 1

EJEMPLOS DE PALABRAS SENSORIALES DE LA USUARIA Y LAS FRASES CORRESPONDIENTES DE LA CONSEJERA

PALABRAS SENSORIALES	FRASES CORRESPONDIENTES
PALABRAS VISUALES:	
ver brillante	Parece que
claro mostrar	Se muestra como
enfoco colorido	Desde mi perspectiva
imagen ojeada	Como lo veo
vista mirada	Veo lo que quiere decir
perspectiva	Se mira como
PALABRAS AUDITIVAS:	
escucha discute	Suena como
grito debería	Como escucho
decir fuerte	Lo que está diciendo
dijo bulla	Escucho que dice
hablar llamar	Algo me dice
oír ahora escucha	Me está diciendo que
oídos	
PALABRAS TÁCTILES:	
siente relajado	Tú sientes
tocar sensación	Desde mi lugar
presión experiencia	Yo percibo que
dolor firmeza	Tengo la corazonada que
entrometido	Tengo la sensación
palpar “tú sabes”	Siento que

Adaptado de Lankton (1980)

B.3. *Dos formas de Comunicarse: Verbal y No Verbal*

Las personas nos comunicamos de muchas maneras y a diferentes niveles, usando formas verbales pero también no verbales, tales como movimientos, expresiones, el tono de voz, expresiones afectivas. Para ser efectiva como comunicadora, la Auxiliar de Enfermería debe ser sensible a la gran variedad de comportamientos que exhiben las mujeres y sus seres allegados al expresar ideas o sentimientos. Es importante que la Auxiliar también reconozca que sus propios comportamientos y reacciones le están mandando mensajes (positivos o negativos) a la usuaria.



- a. **Comunicación Verbal:** es el intercambio de información CARA a CARA donde se presentan ideas o sentimientos utilizando el habla.



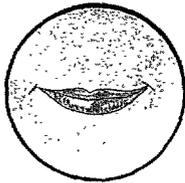
- b. **Comunicación No-Verbal:** es el intercambio de información CARA a CARA donde se presentan ideas o sentimientos mediante posturas o gestos que no se escuchan.

Ejemplos: Besarse, llamar, mirar a otra persona insistentemente, voltear los ojos, agarrarse las manos, dar la mano, patear, cruzar brazos, expresiones faciales (gruñir, fruncir el ceño, sonreír), reír, saludar, hablar, gritar, murmurar, llorar, etc.



Tabla 2

INVENTARIO DEL COMPORTAMIENTO NO-VERBAL

Dimensión no-verbal	Comportamiento Observado
<p>1. TÁCTIL 1.1. OJOS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto visual directo - No puede mantener contacto visual - Mirando hacia abajo, a otro lado fijamente, severamente - Pestañeando rápidamente - Frunciendo el ceño - Ojos lagrimosos - Movimiento de ojos
<p>1.2. BOCA</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Sonrisas - Labios apretados - El labio inferior tiembla - Morderse los labios - Boqui abierto



1.3. EXPRESIONES FACIALES



- Contacto visual con sonrisa
- Ojos tensos y boca apretada
- Ojos semi-cerrados, boca rígida
- Sonrojarse
- Manchas rojas en el cuello

1.4. CABEZA



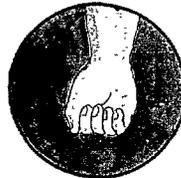
- Moviendo la cabeza arriba/abajo
- Moviendo la cabeza derecha/izquierda
- Cabizbajo, con la mandíbula en el pecho

1.5. HOMBROS



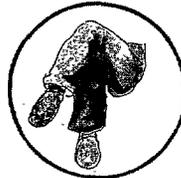
- Encoger los hombros
- Inclinarsse hacia adelante

1.6. BRAZOS Y MANO



- Brazos cruzados
- manos agarradas
- puños cerrados
- manos sobre las rodillas
- manos y brazos rígidos

1.7. PIERNAS Y PIES



- piernas y pies cómodos/relajados
- piernas y pies cruzados
- cruza y descruza piernas repetidamente
- mueve una pierna continuamente
- piernas están tiesas

1.8. TODO EL CUERPO



- se inclina hacia la persona
- al lado de la persona
- no mira a la persona directamente
- se mece continuamente
- sentado recto no se mueve
- se toca el cabello continuamente
- respira agitadamente
- respira lentamente



II. PARAL LINGÜÍSTICAS

2.1. Voz, nivel y tono

- murmullo, susurro
- tonalidad de la voz cambia

2.2. Habla fluidamente

- tartamudea
- habla inseguro
- hace errores al hablar
- habla rápidamente/lentamente
- silencio

Adaptado de Cormier&Cormier (1985)

Antes de ingresar al próximo tema, la Auxiliar de Enfermería deberá llenar la siguiente Auto-Evaluación:

DESTREZAS de ESCUCHA ACTIVA AUTO EVALUACIÓN

1. Completa el siguiente cuestionario de Destrezas de Escucha Activa y calcula tu puntaje:

Como oyente, ¿qué tan frecuentemente realizas estos diez malos hábitos de escucha activa?. Marca un círculo alrededor de la "X" de la columna que elegiste. Después tabula tu puntaje usando la clave al final del ejercicio.

	F R E C U E N C I A					
HÁBITOS AUDITIVOS	Siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Pocas veces	Nunca	Pts
1. Interrumpo a la expositora	x	x	x	x	x	
2. Me distraigo fácilmente por los errores de la expositora y sus ademanes (voz alta o baja, expresiones, etc.) en lugar de concentrarme en lo que está diciendo.	x	x	x	x	x	
3. Presto atención sólo cuando el tema me interesa.	x	x	x	x	x	
4. Permito que distracciones externas interfieran en mi conversación con otros, por ej.: cuando hablo con una amiga, o por teléfono, etc.	x	x	x	x	x	
5. Hago alguna otra cosa mientras escudo, por ej: limpio mi cuarto, miro fijamente al espacio, ordeno mi escritorio, etc.	x	x	x	x	x	
6. Me hago la que presto atención a la expositora, pero en realidad la estoy ignorando y estoy pensando en otras cosas.	x	x	x	x	x	
7. Estoy interesada solo en expresar mis ideas y no me importa lo que la otra persona tenga que decir.	x	x	x	x	x	
8. Sueño despierta mientras la expositora habla	x	x	x	x	x	
9. Busco información para usarla en contra de la expositora.	x	x	x	x	x	
10. Me concentro en lo que yo quiero decir en vez de escuchar lo que la expositora dice.	x	x	x	x	x	
TOTAL PUNTAJE						

CLAVE: Siempre=2 puntos
Algunas veces=6 puntos
Nunca=10 puntos.

Frecuentemente=4 puntos
Pocas veces=8 puntos



INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE

- Si tu puntaje es menos de 50, necesitas trabajar fuerte para mejorar tu comportamiento de escucha activa, necesitas practicar habilidades para mejorar tu audición.
- Si tu puntaje está entre 50 y 85, tú tienes un comportamiento de escucha activa promedio y puedes mejorar tu efectividad auditiva con la práctica. Tu escuchas bien bajo ciertas circunstancias, pero tienes que estar atenta a cuándo realmente escuchas y cuándo no.
- Si tu puntaje está entre 85 y 100, tu comportamiento de escucha activa es positivo y excelente, y te debería brindar buenos resultados. ¡Tú escuchas muy bien!

B.4. Cuatro técnicas esenciales de Escucha Activa.

A continuación se presentan cuatro técnicas de Escucha Activa esenciales, que toda Auxiliar de Enfermería debe saber manejar con excelencia cuando brinda servicios de consejería. Estas son: Aclarar; Parafrasear; Reflejar; Resumir.

Técnica 1. ACLARAR.

*La aclaración es un PREGUNTA que se formula después de que la usuaria ha expuesto su situación. Tiene **dos partes**: la **pregunta** que se formula y la **repetición** del mensaje escuchado en las palabras de la consejera.*

Esta pregunta puede ser formulada así:

Usuaría: “Algunas veces desearía morirme”.

Consejera: “**(primera parte)**:¿Qué quiere decir **(segunda parte)** cuando dice que desearía morirse?”

Propósitos: Los 3 propósitos de la aclaración son:

- Alentar a que la usuaria elabore más acerca del tema.
- Asegurarse de que se escuchó correctamente.
- Aclarar mensajes que son confusos o vagos.

Pasos a seguir: Hay 4 pasos para aclarar lo que escuchas:

Paso 1. Identifica el contenido verbal y no-verbal del mensaje. **Pregúntate:** ¿Qué me acaba de decir la usuaria?

Paso 2. Determina si existen partes en el mensaje que son confusas o vagas y que necesitan aclaración. **Pregúntate:** ¿Hay algún mensaje confuso o vago que debo profundizar más?

Paso 3. Determina con qué frase iniciarás tu aclaración, Revisa la **Tabla 1** y recuerda:

Para personas que utilizan palabras sensoriales **VISUALES**, puedes iniciar tu aclaración diciendo: “Parece que”; “Desde mi punto de vista”, “Desde mi perspectiva”; “Como yo lo veo”; “Ya veo lo que usted quiere decir”.

Para personas que utilizan palabras sensoriales **AUDITIVAS**, puedes decir: “Suenan como”; “Como yo lo escucho”; “Lo que usted está diciendo”; “Yo oigo que usted dice”; “Algo me dice”; “Usted me está contando_”.

Para personas que utilizan palabras sensoriales **TÁCTILES**: puedes decir: “Tú sientes”; “Desde mi lugar”; “Yo siento que”; “Tengo la corazonada que”.

Por ejemplo, puedes iniciar tu frase diciendo: “¿Podría describirlo?”, o “¿Podría aclarar...?”, o “¿Está usted diciendo que....?”. Utiliza tu voz para dar un mensaje en forma de **pregunta**. **Pregúntate**: ¿Como puedo iniciar mi respuesta?

Paso 4. Enuncia la **ACLARACIÓN** que elegiste. Recuerda determinar si tu aclaración fue efectiva, escucha y observa activamente la respuesta de la usuaria.

a. Actividad de aprendizaje: ACLARAR.

En esta actividad de aprendizaje, se te presentará un mensaje de una usuaria para que practiques. Elabora un ejemplo utilizando los cuatro pasos para aclarar mencionados. Hazte las preguntas en voz alta y luego escríbelas en un papel.

b. Ejemplo de ACLARACIÓN.

Usuaria: Una joven de 15 años dice: “Mis notas han bajado...no sé por qué...Me siento tan mal por todo”.

Paso 1: ¿Qué me acaba de decir esta persona?. Respuesta: “Que ella se siente mal y muy desalentada”.

Paso 2: ¿Hay mensajes vagos o confusos que debo profundizar?. Respuesta: Si, quiero saber por qué se siente tan mal por todo.

Paso 3: ¿Cómo puedo iniciar mi respuesta?.

Puedo preguntar: “Estás diciendo que hay algo específico...? o “¿Puedes describir ese sentimiento...?.

Paso 4: Dí en voz alta o escribe la aclaración que utilizarás:

c. **ACLARACIÓN:** Consejera:”¿Está diciendo que hay algo específico por lo que te sientes tan mal por todo?”, ó “¿Me puedes describir cómo es sentirse tan mal por todo?”

d. **Ejercicios de ACLARACION: (utiliza una hoja del cuaderno)**

Usuaría: “Esta clínica está muy alejada. ¿Por qué no pueden ustedes construir una en mi pueblo?. He tenido que buscar a mi comadre para que cuide a mis cuatro hijos y he tenido que cocinar para tres días y despertar a media noche para iniciar mi viaje a este lugar...”.

Paso 1: ¿Qué me acaba de decir la usuaria?.

Paso 2: ¿Hay mensaje vagos o confusos que debo profundizar?

Paso 3: ¿Cómo puedo iniciar mi aclaración?. Puedo preguntar:

Paso 4: Dí en voz alta o escribe la aclaración que utilizarás.

ACLARACIÓN:

Consejera:



Técnica 2: PARAFRASEAR.

El parafraseo es similar a la aclaración. El parafraseo se define como la repetición del contenido del mensaje, que puede describir una situación, un evento, una persona o una idea en las propias palabras de la consejera.

Propósitos: Los 4 propósitos del parafraseo son:

- Indicar a la usuaria que has comprendido su mensaje.
- Alentar a que la usuaria elabore una idea importante.
- Ayudar a que la usuaria enfoque el contenido de su mensaje.
- Ayudar a la usuaria que necesita tomar una decisión.

Pasos a seguir: Hay 4 pasos para parafrasear lo que escuchas:

Paso 1. Escucha el mensaje atentamente y recuérdalo en tu mente. **Pregúntate:** ¿Qué me acaba de decir la usuaria?

Paso 2. Identifica el contenido del mensaje.

Pregúntate: ¿Qué situación, persona, objeto o idea se discute en este mensaje?

Paso 3. Elige un comienzo apropiado para tu parafraseo, por ejemplo:

Utiliza la **Tabla 1.**

Para personas que utilizan palabras sensoriales **VISUALES**, puedes decir: “Parece que”; “Desde mi punto de vista”, “Desde mi perspectiva”; “Como yo lo veo”; “Ya veo lo que usted quiere decir”.

Para personas que utilizan palabras sensoriales **AUDITIVAS**, puedes decir: “Suena como”; “Como yo lo escucho”; “Lo que usted está diciendo”; “Yo oigo que usted dice”; “Algo me dice”; “Usted me está contando_”.

Para personas que utilizan palabras sensoriales **TACTILES**: puedes decir: “Tú sientes”; “Desde mi lugar”; “Yo siento que”; “Tengo la corazonada que”.

Paso 4. Utilizando la frase que elegiste en el punto 3, traduce el contenido de la usuaria en tus propias palabras y verbaliza el mensaje en una parafrase. Recuerda utilizar tu voz como un hecho y NO como una pregunta.

Pregúntate: ¿Cómo puedo decir este contenido en mis propias palabras?, y determina si tu parafraseo fue efectivo.

a. Actividad de aprendizaje: PARAFRASEAR.

En esta actividad de aprendizaje, se te presentará un mensaje de una usuaria para que practiques. Elabora un ejemplo utilizando los cuatro pasos para parafrasear mencionados. Hazte las preguntas en voz alta y luego escríbelas en un papel.

b. Ejemplo de PARAFRASEO.

Usuaría: La usuaria es una señora de 35 años que trabaja de empleada doméstica y además está estudiando en un instituto y dice: “Estoy tratando de trabajar, ir al instituto y atender a mi familia, me digo a mí misma algún día será mejor”

1. ¿Qué me ha dicho esta persona?. Respuesta: “Que todo es muy duro y que es difícil sobrellevarlo”.
2. ¿Cuál es el contenido de este mensaje, qué persona, objeto, idea o situación está discutiendo la usuaria?. Respuesta: Tratar de sobrellevar el trabajo, la universidad y la familia.
3. ¿Cuál es la frase apropiada que debo decir?, esta debe estar de acuerdo con las palabras sensoriales que ha utilizada la usuaria. Respuesta: La usuaria utiliza el verbo DECIR entonces utilizaré la frase: “Pienso” ó “Escucho que dices”, ó “Suenan como”.
4. ¿Cómo puedo decir este contenido en mis propias palabras y hacerlo bien? Respuesta: trabajando, instituto, familia = muchas demandas.

Veré como recibe este mensaje la usuaria.

c. PARAFRASEA: Consejera: “Pienso que hay muchas demandas de su tiempo ahora”.

d. Ejercicios de PARAFRASEO: (utiliza una hoja del cuaderno)

Usuaría: “Mi esposo no quiere que vuelva a la clínica para la revisión pre-natal porque no le gusta que los médicos sean hombres y me revisen”.



1. ¿Qué me ha dicho esta persona?.
2. ¿Cuál es el contenido de este mensaje, qué persona, objeto, idea u situación está discutiendo la usuaria?.
3. ¿Cuál es la frase apropiada que debo decir?, esta debe estar de acuerdo con las palabras sensoriales que ha utilizado la usuaria.
4. ¿Cómo puedo decir este contenido en mis propias palabras?

PARAFRASEA:

Consejera:

Técnica 3. REFLEJAR.

*En contraste con las técnicas de aclaración y parafraseo, donde ambas se refieren al **CONTENIDO** del mensaje que la usuaria emite, la técnica **REFLEJAR** remite el mensaje de la usuaria tomando en cuenta y describiendo los **SENTIMIENTOS** de la misma acerca del contenido. Por ejemplo: la usuaria se puede sentir desconsolada (sentimiento) por no poder hablar con su esposo acerca de los métodos artificiales de planificación familiar (contenido).*

Es importante indicar que el parafraseo y el reflejar no se excluyen mutuamente. El reflejar es similar al parafraseo, solo que el reflejar añade el tono emocional del mensaje emitido por la usuaria. Hay 7 grandes categorías de sentimientos: felicidad, tristeza, miedo, incertidumbre, rabia, fortaleza, debilidad, descritas a continuación:

PALABRAS AFECTIVAS COMUNES.

- 1. Felicidad:** Entusiasmado, emocionado, deleitado, alegre, extático, regocijado, jubiloso, bien, feliz, optimista, entusiasta, contento, complacido, contento, relajado, satisfecho, tranquilo.
- 2. Tristeza:** Desesperado, deprimido, abrumado, miserable, abandonado, abatido, desolado, desilusionado, solo, mal, infeliz, pesimista, triste, dolido, perdido, descorazonado, desalentado, decepcionado, marginado.
- 3. Temor:** Con pánico, aterrizado, temeroso, asustado, agobiado, preocupado, tembloroso, ansioso, amenazado, agitado, exaltado, nervioso, incómodo, a la defensiva, aprehensivo.
- 4. Incertidumbre:** Desorientado, desconfiado, confundido, desconcertado, en duda, confundido, inseguro, escéptico, misterio, inseguro, sorprendido, incierto, indeciso, molesto.
- 5. Enojo:** Hostil, furioso, enojado, lleno de odio, rudo, vengativo, mezquino, irritado, ofendido, loco, frustrado, resentido, dolido, molesto, impaciente, obstinado, perturbado, anonadado, en desacuerdo, refunfuñón.
- 6. Fortaleza:** Poderoso, autoritario, fuerte, rudo, importante, confiado, sin temores, enérgico, bravo, corajudo, atrevido, seguro, adecuado, diestro, decidido, firme, capaz, fuerte.



7. Debilidad: Insuficiente, avergonzado, débil, vulnerable, cobarde, exhausto, impotente, inútil, desmoralizado, desprotegido, inepto, incapaz, incompetente, inadecuado, frágil, dócil.

Adaptado de “Destrezas de los Consejeros” de R.R. Carkhuff y W.A. Anthony (1979)

Propósitos: Los 4 propósitos de la técnica **REFLEJAR** son:

- Que la usuaria se siente comprendida.
- Alentar a la usuaria a que exprese sus sentimientos positivos y negativos acerca de una persona o situación.
- Ayudar a la usuaria a manejar sus sentimientos.
- Ayudar a la usuaria a diferenciar sus sentimientos adecuadamente.

Pasos a seguir: 6 pasos para reflejar sentimientos.

Paso 1. Escucha si la usuaria utiliza palabras que denoten sentimientos positivos, negativos o ambiguos. Revisa la Tabla 3. **Pregúntate:** ¿Qué palabras que expresan sentimientos ha dicho la usuaria?

Paso 2. Concéntrate en el comportamiento No-verbal de la usuaria mientras te da el mensaje. Revisa la Tabla 2.

Pregúntate: ¿Qué sentimientos están implícitos en la voz y en el comportamiento no-verbal de la usuaria?

Paso 3. Elige aquellas palabras “sentimiento” que reflejen adecuadamente los sentimientos de la usuaria con la misma intensidad. **Pregúntate:** ¿Qué tipo de palabras escojo que reflejen adecuadamente los sentimientos que la usuaria me está expresando y con la misma intensidad?

Paso 4. Elige la frase reflejo adecuada, tratando de que sea igual el tipo de expresión sensorial.

Visual: “Parece que estás muy enojada”.

“Está claro que estás muy enojada”.

Auditiva: “Te escucho decir que estás muy enojada”.

“Me estás diciendo que estás muy enojada ahora”.

Táctil: “Puedo sentir tu rabia”.

“Creo que te sientes muy enojada ahora”.

Pregúntate: ¿Cuál es la frase apropiada que concuasa con sentimientos y palabras sensoriales expresados por la usuaria?.

Paso 5. Utiliza la técnica de parafraseo, añade al contenido apropiado la frase de reflejo que elegiste, y refleja.

Pregúntate: ¿Cuál es el contenido que acompaña este sentimiento que parafrasearé?

Paso 6. Después de reflejar determina la efectividad del reflejo de los sentimientos, generalmente si estás reflejando correctamente la usuaria dirá: “Sí, así es como me siento”.

Pregúntate: ¿Cómo sabré si mi reflejo de sentimientos está correcto?

a. Actividad de aprendizaje: REFLEJAR.

En esta actividad de aprendizaje, se te presentará un mensaje de una usuaria para que practiques. Elaborar un ejemplo utilizando los SEIS pasos para REFLEJAR mencionados. Hazte las preguntas en voz alta y luego escríbelas en un papel.

b. Ejemplo: REFLEJAR.

Usuaría: Describe que tiene el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida que causa el SIDA, tiene 25 años y dice llorando: “Escúcheme, no puede ser que desgracia....el doctor dice que tengo SIDA....yo no sé cómo...soy muy fiel a mi esposo...me voy a morir...qué hago, todo ha terminado, que pena y dolor, ayúdeme”(la voz esta casi apagada, entre llantos).

1. ¿Qué palabras que expresan sentimientos ha dicho la usuaria?. Respuesta: Pena, dolor.
2. ¿Qué sentimientos están implícitos en la voz y en el comportamiento no verbal de la usuaria? Respuesta: Desesperación, dolor, tristeza, confusión, desesperanza.



3. ¿Qué tipo de palabras escojo que reflejen adecuadamente los sentimientos que la usuaria me está expresando y con la misma intensidad?. Respuesta: Tristeza, desesperanza.
4. ¿Cuál es la frase apropiada que concuasa con los sentimientos y palabras sensoriales expresados por la usuaria? La usuaria utilizó la palabra escúcheme, por ello utilizaré un principio de frase auditiva: Respuesta: “Usted dice” ó “Escucho que” ó “Le han dicho que”. Ver Tabla 1.
5. ¿Cuál es el contenido que acompaña este sentimiento que parafrasearé? Respuesta: La persona ha sido diagnosticada con SIDA, indica que es fiel, que no sabe cómo.
6. ¿Cómo sabré si mi reflejo de sentimientos está correcto? Escucha y observa la respuesta de la usuaria y determina si confirma o niega lo que acabas de decir.

En este momento la charla interna de la consejera termina y le dice a la usuaria:

c. REFLEJAR Y PARAFRASEAR.

Consejera: “Usted me dice que está desesperada porque le acaban de diagnosticar con el SIDA habiendo sido fiel a su esposo”.

d. Ejercicios: REFLEJAR: (utiliza una hoja del cuaderno)

Usuaria dice: “Le estoy diciendo que no sé qué haré porque no tengo dinero para pagar el parto....me da mucha vergüenza decirlo....pero no sé qué hacer” (voz enfática y fuerte).

1. ¿Qué palabras que expresan sentimientos ha dicho la usuaria?
2. ¿Qué sentimientos están implícitos en la voz y en comportamiento no verbal de la usuaria?
3. ¿Qué tipo de palabras escojo que reflejen adecuadamente los sentimientos que la usuaria me está expresando y con la misma intensidad?
4. ¿Cuál es la frase apropiada que concuasa con los sentimientos y palabras sensoriales expresados por la usuaria? La usuaria utilizó la(s) palabra(s) , , por ello utilizaré un principio de frase:
5. ¿Cuál es el contenido que acompaña este sentimiento que parafrasearé?
6. ¿Cómo sabré si mi reflejo de sentimientos está correcto? Escucha y observa la respuesta de la usuaria y determina si confirma o niega lo que acabas de decir.

En este momento la charla interna de la consejera termina y le dice a la usuaria:

e. **REFLEJAR Y PARAFRASEAR:**

Consejera:

Técnica 4. RESUMIR

Después de que la usuaria ha emitido varios mensajes, podemos observar que se han formado temas. Los temas nos indican lo que la usuaria nos quiere decir y en qué desea enfocar la conversación. La Auxiliar de Enfermería que está brindando la consejería puede responder a los temas de la usuaria resumiendo todo lo que ha escuchado. El resumen es una colección de dos o más paráfrases y reflexiones que condensan los mensajes de la usuaria.

Propósitos: Los 5 propósitos del resumen son:

- Agrupar los temas que la usuaria ha presentado.
- Identificar temas comunes.
- Enfocar la discusión.
- Moderar la sesión.
- Revisar el progreso que se ha obtenido hasta la fecha.

Pasos a seguir: Hay 5 pasos para resumir lo que escuchas:

Paso 1. Pon atención y recuerda el mensaje o la serie de mensajes internamente. **Pregúntate:** ¿De qué ha estado hablando la usuaria, cuál ha sido el enfoque de nuestra(s) sesión(es)?.

¿Cuál es el contenido central? ¿Cuál es el sentimiento central?

Paso 2. Identifica los temas más importantes de los mensajes que escuchaste. **Pregúntate:** ¿Qué ha repetido la usuaria todo el tiempo?, ¿Cuáles son las diferentes partes de este rompecabezas?, ¿Cuál es el tema que se repite?

Paso 3. Elige un comienzo apropiado para iniciar el resumen, el cual utilice un pronombre personal "TU" o el NOMBRE de la usuaria y concuasa con las palabras sensoriales que aprendimos. Tabla 1, 2.y 3. Por ejemplo: "Lucía, parece que....." **Pregúntate:** ¿Cuál es la frase sensorial que concuasa con las palabras sensoriales de la usuaria?

Paso 4. Utilizando el comienzo de frase que has seleccionado, elige parafrases y reflexiones que describan los temas presentados juntándolos en tu resumen. Recuerda que el resumen NO se debe escuchar como una pregunta.

Paso 5. Determina si tu resumen ha sido efectivo al observar y escuchar a la usuaria.

a. Actividad de aprendizaje: RESUMIR

En esta actividad de aprendizaje, se te presentará un mensaje de una usuaria para que practiques. Elaborar un ejemplo utilizando los cinco pasos para resumir mencionados. Hazte las preguntas en voz alta y luego escríbelas en un papel.

b. Ejemplo: RESUMIR.

Una niña de 10 años, al inicio de la sesión dice: “Yo no comprendo por qué mis padres ya no pueden vivir juntos. No los culpo por estar separados, pero me siento muy confundida” (lo dice con ojo llorosos, con voz suave, mirando al piso).

A la mitad de la sesión dice: “Quisiera que vuelvan...pero creo que no pueden porque pelean mucho por mí. Quizá yo soy la razón por la cual no pueden vivir juntos nunca más.”

1. ¿De qué ha estado hablando, cuál ha sido el enfoque de nuestras sesiones?
 - 1.a. ¿Cuál es el contenido central?: Respuesta: “Quiere que sus padres no se divorcien”.
 - 1.b. ¿Cuál es el sentimiento central?: Respuesta: “Se siente triste, deprimida y responsable”.
2. ¿Qué ha repetido todo el rato? ¿Cuáles son las diferentes partes de este rompecabezas? ¿Cuál es tema que se repite?. Respuesta “Que ella es la responsable por el divorcio de sus padres.”
3. ¿Cuál es la frase que utilizaré que concuasa con las palabras sensoriales de la cliente? Tabla 1. Respuesta: Utilizaré la frase introductora: “Yo siento” ó “Tu estás sintiendo”.
4. Haz el resumen:

Consejera: “María, al inicio de nuestra conversación, tú sentías que había una persona responsable del divorcio de tus padres, Ahora, siento que dices que esa persona eres tú. También me indicaste que no querías culpar a nadie por ello. Ahora, siento que tú te estas sintiendo responsable por el divorcio.”
5. Determina si tu resumen ha sido efectivo al observar y escuchar a la usuaria.



c. **Ejercicio: RESUMIR (utiliza una hoja del cuaderno si es necesario).**

Usuaría: “Mire, estoy esperando que me atienda el médico desde esta mañana. Estoy muy molesta porque desde la que entrega la ficha me ha tratado mal...luego cuando pregunto a las enfermeras dónde tengo que ir, ellas me tratan mal y para colmo yo era la ficha 8 y vino una mujer con la ficha 10 y entró antes que yo, mire...tengo que ir a cocinar y arreglar la casa...a qué hora me van a atender. ¿Por qué no hay orden en la atención?”

1. ¿De qué ha estado hablando, cuál ha sido el enfoque de la sesión(es)?
¿Cuál es el contenido central?
¿Cuál es el sentimiento central?
2. ¿Qué ha repetido todo el rato? ¿Cuáles son las diferentes partes de este rompecabezas? ¿Cuál es el tema que se repite?
3. ¿Cuál es la frase que utilizaré que concuasa con las palabras sensoriales de la cliente? Tabla 1.
Utilizará las frase introductora:
4. Haz el **RESUMEN**:
Consejera:
5. Determina si tu resumen ha sido efectivo al observar y escuchar a la usuaria.

B.5. Ejemplo General utilizando las cuatro técnicas de escucha activa:

Usuaría: Una mujer de 35 años, madre de dos niños dice: “Mi vida se derrumbó después de la muerte de mi marido. Me sentía tan insegura, pensaba que no podía mantener a mis hijos sola. Mi esposo siempre tomó todas las decisiones en la casa. No duermo desde hace mucho tiempo, y estoy comenzando a tomar con mucha frecuencia. He engordado 10 kilos. Me veo horrible. ¿Cómo podré conseguir trabajo, si me veo tan mal?”

Consejera ACLARA: “Está diciendo que una de las cosas más duras que está afrontando ahora es el no tener suficiente confianza para tomar decisiones sola?”

Consejera PARAFRASEA: “Desde que su esposo falleció, usted tiene todas las responsabilidades y decisiones sobre sus hombros.”



Consejera **REFLEJA**: “Parece que usted se siente **angustiada** por tener todas las responsabilidades de la familia a su cargo.”

Consejera **RESUME**: “Ahora que su esposo ha fallecido, usted está encarando muchas situaciones que le son muy difíciles....el manejo de las responsabilidades, la toma de decisiones, y el tratar de cuidar a sus hijos y a su persona, y parece que todo esto le angustia.”

B.6. Tipos de preguntas.

La Auxiliar de Enfermería puede utilizar dos tipos de preguntas muy útiles para llevar a cabo una sesión de educación o consejería, estas son las preguntas abiertas y las preguntas de sondeo. Asimismo, existen dos tipos de preguntas que no se deben utilizar cuando uno brinda servicios de consejería, estas son las preguntas cerradas y las dirigidas. A continuación damos una descripción detallada de las mismas.

Existen cuatro tipos de preguntas: Preguntas Cerradas, Preguntas abiertas, Preguntas de sondeo y preguntas dirigidas.

TABLA 4: CUATRO TIPOS DE PREGUNTAS

TIPO DE PREGUNTAS	CUÁNDO SE USAN LOS DIFERENTES TIPOS DE PREGUNTAS?	QUE SE BUSCA CON LOS DIFERENTES TIPOS DE PREGUNTAS?	EJEMPLOS
CERRADAS	Cuando se requiere una respuesta específica, por ejemplo, cuando se toma un historial reproductivo.	Una respuesta breve y exacta normalmente provoca una respuesta “sí” o “no”. No brinda información profunda. Parece un interrogatorio.	Cuántos niños tiene? Qué edad tiene su hija? Le gusta la planificación familiar?
ABIERTAS	Cuando se necesita información detallada, tal como la opinión de la usuaria.	Una respuesta más larga que permita una explicación y exploración de pensamientos, sentimientos y preocupaciones.	Qué es lo que usted ha oído acerca de la planificación familiar? Qué opina usted acerca de tomar la píldora? Utilizar preguntas que comienzan con: Qué, Cómo, Cuando, Dónde, Con quién?
DE SONDEO	Cuando se requiere información adicional y de mayor profundidad acerca de algo Nota: fuera del contexto, puede parecer que las preguntas de sondeo sugieren una respuesta.	Se busca aclarar y explorar la información con más profundidad, se busca información adicional. Requiere tacto en la redacción y el tono utilizado. Las preguntas de sondeo deben ser hechas cortésmente y sin prejuicios.	Piensa usted que es difícil tomar la píldora? Puede practicar la planificación familiar? Qué es lo que no le gusta del cuidado que esta recibiendo? (en respuesta a una declaración de que el cuidado no es bueno) Prefiere usted dar a luz en su casa?
DIRIGIDAS	Evite utilizar preguntas que sugieren la respuesta porque usted va a aprender muy poco de ellas.	Sesga las respuestas de las usuarias, y hace que estas respondan lo que ellas creen que queremos escuchar, no permite respuestas reales.	No es mejor tener menos niños pero más saludables que tener tantos niños a los que no puede atender? No piensa usted que el DIU es un método conveniente para la planificación familiar?



II. MÉTODO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS (MRP).

Las destrezas para resolver problemas se encuentran entre las más urgentes y más significativas que todo personal de salud debe manejar.

Si las Auxiliares de Enfermería van a desarrollar un sentido de responsabilidad hacia las usuarias del servicio, deben saber las destrezas para resolver problemas.

Este Método de Resolución de Problemas (MRP) ayudará a que la Auxiliar de Enfermería aprenda los pasos necesarios para identificar el problema y determinar cómo asistir y que acciones se deben tomar en la atención a la mujer en edad fértil.

A. Objetivos.

La Auxiliar de Enfermería que brinda servicios a mujeres en edad fértil deberá:

- Identificar los problemas más comunes y frecuentes durante el cuidado de mujeres en edad fértil.
- Definir el Método de Resolución de Problemas (MRP).
- Explicar por qué es importante que la Auxiliar de Enfermería aprenda a usar el Método de Resolución de Problemas (MRP).
- Explicar y demostrar los cuatro pasos del Método de Resolución de Problemas (MRP).
- Aplicar el Método de Resolución de Problemas (MRP) a situaciones de salud materna y neonatal.

Saber resolver problemas efectivamente en la casa, en el trabajo y en otras situaciones, es esencial para un buen crecimiento y desarrollo de las personas.

Aprender el MRP te ayudará a comprender situaciones y problemas complicados. El presente método organiza el problema en cuatro pasos muy sencillos.

B. Definición del Método de Resolución de Problemas.

“El Método de Resolución de Problemas (MRP) en la prestación de servicios de salud, es una manera ORGANIZADA para prestar atención a la mujer en edad fértil. Al obtener y organizar información precisa, la Auxiliar de Enfermería podrá, de una manera eficiente, IDENTIFICAR los problemas que experimenta la mujer y así brindar mejor servicio”.



¿Cuándo se debe utilizar el MRP?

De acuerdo a los psicólogos Miller y Miller (1989) se debe utilizar el MRP cuando: a) el problema es importante y complicado, b) existe una gran tensión y conflicto, c) quieres tener información de las otras personas que están envueltas en el problema, d) estás tratando de encontrar la mejor solución posible.

a. Tipos de Problemas.

Los psicólogos Miller y Miller (1989) agrupan los problemas en tres grandes categorías: 1) problemas funcionales; 2) problemas personales; 3) problemas interpersonales/ organizacionales.

- **Son problemas funcionales los de:**

La casa, con los estudios, con el trabajo, con el dinero, con la profesión, con el tiempo, con el transporte, con la ropa, con los deberes, con la salud, etc.

- **Son problemas personales los relacionados con una misma:**

Problemas de auto-estima, de identidad, de energía, de valores, de libertad, de productividad, de apariencia, de responsabilidad, de reconocimiento, de fe, de hábitos, de creatividad, de éxito, de fracaso, de actitudes de seguridad.

- **Son problemas Interpersonales/Organizacionales los relacionados con otra persona o institución:**

Estar juntos o estar separados; estar cerca o estar lejos; privacidad vs. compañía; igualdad vs. subordinación; estabilidad vs. inestabilidad; estar de acuerdo o en desacuerdo; similitud vs. diferencia; comprensión vs. incomprensión; inclusión vs. exclusión, colaboración vs. competencia.

b. Cuatro pasos del Método de Resolución de Problemas.

Los cuatro pasos del Método de Resolución de Problemas son:

Paso 1. PREGUNTA Y ESCUCHA.

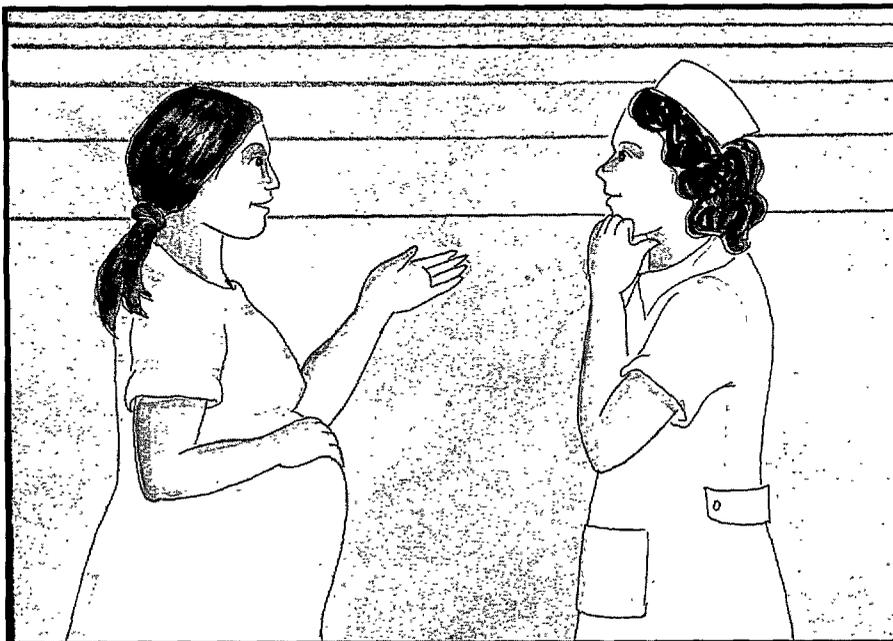
Paso 2. OBSERVA Y PALPA.

Paso 3. IDENTIFICA EL PROBLEMA Y LA NECESIDAD.

Paso 4. INICIA LA ACCIÓN APROPIADA.



Paso 1: PREGUNTA Y ESCUCHA



Este es el primer paso que se debe tomar cuando TU ves a la mujer. Haz preguntas para determinar las razones de la visita, utiliza las técnicas de Escucha Activa: Aclara, Parafrasea, Refleja y Resume.

Pon mucha atención a sus respuestas. Establece confianza. Procura que la mujer se sienta bienvenida. Ayúdala a sentirse tranquila.

Haz preguntas de una manera amable y mostrando verdadera empatía, aceptación, congruencia e interés en lo que dice la mujer. Escucha bien todas sus respuestas. Todas las respuestas son importantes y te ayudarán a identificar los problemas. Acuérdate de guardar en **confidencia** lo que la usuaria te cuenta, no hables de ella ni en el pasillo ni en tu casa.

Posibles Preguntas que puedes hacer o hacerte:

- ¿Qué es lo que escucho?
- ¿Qué pregunta debo hacer?
- ¿Que es lo que piensa (parafraseo) esta persona respecto al problema?
- ¿Qué siente (refleja) la paciente respecto al problema que presenta? ¿Está angustiada, preocupada, triste, alegre?
- ¿Qué es lo que la persona quiere hacer respecto al problema?

Paso 2. OBSERVA Y PALPA

Este es el segundo paso que tú debes tomar al ver a la mujer. Examina las áreas del cuerpo de la mujer de acuerdo a la información que obtuviste en el primer paso **PREGUNTA y ESCUCHA**. Por ejemplo, si la mujer se queja de dolor de la mandíbula, tú vas a querer examinar sus dientes, oídos, garganta y cuello. Si se queja de una secreción vaginal tú vas a querer hacer un examen pélvico.



NOTA: Este paso es muy importante y puede ser realizado u omitido de acuerdo a cada situación en particular.

Paso 3. IDENTIFICA EL PROBLEMA O LA NECESIDAD



Este es el tercer paso del Método de Resolución de Problemas. La Auxiliar de Enfermería debe identificar cuáles son los problemas con base en la información que se obtuvo en los primeros dos pasos. Es muy importante que se le dé atención a todos los problemas que se descubren; no sólo aquellos por los cuales la mujer buscó atención.



Tal vez la mujer necesite información sobre planificación familiar, buena alimentación durante el embarazo, cómo aliviar el dolor por causa de las hemorroides y dónde obtener vacunas para sus niños pequeños, todo durante la misma visita.

Al volver a ver a la mujer en otra cita, tú podrías determinar si ha resuelto los problemas, si se han mantenido igual o si han empeorado. Podrías desarrollar un nuevo plan para darle seguimiento o tratamiento. Tal vez necesitarás reiterar las recomendaciones o consejos con mucho detalle. Tal vez necesitará un medicamento o tratamiento distinto al que había recibido. Tal vez tendrá que ser referida a un hospital o clínica.

Recuerda mantener confianza: empatiza, acepta, sé congruente y respetuosa. Utiliza las Técnicas de Escucha Activa: aclara, parafrasea, refleja y resume.

Posibles preguntas que puedes hacer para identificar el problema:

- ¿Cuál es el problema o la necesidad?.
- ¿Qué se podría hacer?.
- ¿Qué ha hecho hasta el momento para manejar la situación?.

Paso 4. INICIA LA ACCIÓN APROPIADA

Este es el cuarto paso del Método de Resolución de Problemas. La Auxiliar de Enfermería decide qué se debe hacer para solucionar cada problema. Las siguientes áreas se deben considerar al enfrentar cada problema o necesidad.

Preguntas Posibles:

- ¿Qué se puede hacer para resolver el problema?
- ¿Cuáles son las opciones?
- ¿Cuáles son las ventajas y desventajas del problema?
- ¿Qué se debe hacer para resolver el problema?
- ¿Cuáles son las acciones específicas que se debe seguir?



c. Acciones apropiadas.

A continuación se presentan algunas acciones apropiadas que puedes utilizar y combinar:

- c.1. Tratamiento Médico.** Hace frente al problema con medicamentos o los tratamientos indicados. (Recuerda que todo medicamento debe usarse con mucha precaución durante el embarazo.)
- c.2. Educación.** Ofrece información real sobre datos y hechos objetivos. La educación ayuda a que la paciente tome sus propias decisiones mediante el incremento del conocimiento acerca de algún tema de salud.
- c.3. Consejería.** Brinda información adecuada, la cual ayuda a que la usuaria tome una decisión informada acerca de su salud. Ayuda a que la usuaria defina y comprenda sus sentimientos, maneje sus preocupaciones personales, mejore su bienestar personal, y mejore su habilidad de tomar sus propias decisiones y resolver sus propios problemas.
- c.4. Exámenes de laboratorio/pruebas.** Recolecta mas información sobre el problema.
- c.5. Referencias.** Usa otros recursos en la comunidad, tales como médicos, hospitales, programas educativos, grupos de mujeres, organizaciones en la comunidad, la iglesia, u otros, que le puedan ayudar a la mujer a resolver sus problemas.
- c.6. Plan de seguimiento.** Pídele a la mujer que regrese de acuerdo a la severidad del problema. Escribe en un papel el día y hora exacta de la próxima cita. Quizás le pedirás que regrese al día siguiente, en tres días, dos semanas o cuando sea lo más apropiado. Si es factible que su problema tenga mayores complicaciones, debes asegurarte de que se haga ver con mucha frecuencia hasta que salga del peligro.
- c.7. Anotar.** Todo síntoma, problema, requerimientos de consejería, información de laboratorio, examen físico, tratamientos brindados, referencias y la fecha en la que debe regresar la mujer para recibir seguimiento, debe ser clara y cuidadosamente anotado. Cuando las anotaciones son buenas y completas, generalmente el cuidado es también bueno y completo.

d. Actividades de aprendizaje.

Práctica con el Método de Resolución de Problemas: Estudio de Caso (utiliza una hoja del cuaderno).



Ana es una joven de 18 años que llega quejándose de no haber tenido la menstruación en 4 meses. Tiene 10 meses de estar trabajando en una pequeña fábrica mezclando productos químicos para hacer pintura. Vive en casa de sus padres con cinco hermanos, dos primos y la abuelita de muy avanzada edad.

Paso 1. Escucha y pregunta.

¿De qué manera podrías hacer que esta joven tímida se sienta acogida en el puesto o centro de salud?

¿Qué preguntas le harías sobre su situación social, económica, familiar, de trabajo? ¿Qué le preguntarías sobre sus síntomas (quejas o problemas) y sus planes para el futuro? ¿Cómo aclaras, parafraseas, reflejas y resumes lo que escuchas activamente?. Asegúrate de guardar todo lo que la usuaria te dice en **confidencia**, no hables de lo que ella te dijo en el pasillo ni en tu casa.

Paso 2. Observa y palpa.

¿Cuáles serían las partes del cuerpo de la jovencita que examinarías?, ¿Qué estarías buscando?, ¿Qué tipo de pruebas le harías?, ¿Qué información adicional necesitas?

Paso 3. Identifica los problemas o necesidades.

Piensa y anota los problemas o necesidades que descubriste en los Pasos 1 y 2. Es muy importante que organices la información para poder TOMAR LAS ACCIONES APROPIADAS.

Paso 4. Toma las acciones apropiadas.

Examina los problemas/necesidades que identificaste y apuntaste. Pregúntate, ¿Cómo puedo solucionar estos problemas o necesidades? Mientras más completa y organizada esté la información que recolectaste, mayores son las probabilidades de que des consejos y tratamientos apropiados. Esto no significa que vas a resolver todos los problemas. Es posible que tengas que repetir los pasos 1 al 4 varias veces para solucionar un problema difícil.

Algunas posibles respuestas al estudio de caso que se presentó anteriormente:

Paso 1. Escucha y pregunta.

Averigua si la jovencita es activa sexualmente, si regularmente usa algún método de planificación familiar, ¿cuál método usa, está casada o tiene un compañero que la apoya y aprecia? ¿Qué piensa la joven, cuál es la razón por no tener su período? ¿Ha recibido algún tratamiento médico o está tomando algún medicamento? ¿Ha ido a consultar con algún otro profesional de salud? ¿Le han hecho un examen de embarazo recientemente? ¿Cómo se sentiría el papá del bebe si ella resulta estar embarazada? ¿Y su familia qué diría? ¿Qué otros síntomas tiene? ¿Dolor o sensibilidad de los senos, el abdomen hinchado, náuseas o vomito, cansancio, se le han oscurecido los pezones, otros síntomas?

¿Se está alimentando bien? ¿Come lo suficiente? En el trabajo, ¿trata de evitar el contacto directo o inhalar los químicos? ¿Con qué tipo de químicos trabaja? ¿Cuáles son las posibles consecuencias nocivas de estos químicos?

¿Vive en un hogar saludable? ¿Hay alguien en su casa que también está enfermo, por ejemplo con tuberculosis o alguna otra enfermedad que pueda ser contagiosa? ¿Qué otras preguntas harías?

Paso 2. Observa y palpa.

La primera causa de ausencia de la menstruación en mujeres entre los 15 a 49 años de edad es el embarazo. Por esta razón vas a querer hacer los exámenes físicos y de laboratorio para determinar si está embarazada (examen de los senos, examen abdominal, examen pélvico, presión arterial, examen de laboratorio si el examen pélvico no es definitivo, etc.).

Si tienes pistas de otras razones por las cuales no está menstruando, vas a querer hacer mas investigaciones. Por ejemplo, la jovencita hizo mención de que muchas mujeres pierden la menstruación después de haber trabajado en la fabrica por algún tiempo.

Paso 3. Identifica los problemas o necesidades.

Una vez que has obtenido toda la información que puedas, haciendo las preguntas (PREGUNTE Y ESCUCHE), haciendo el examen físico y de laboratorio (OBSERVA Y PALPA), debes organizar toda la información que obtuviste. Las respuestas que anotarás dependerán de las respuestas que obtuviste de la jovencita y el resultado del examen.



Paso 4. Toma las acciones apropiadas.

Tu plan de acción o tratamiento incluye educación general, consejería para problemas específicos, dar tratamientos y dar una referencia si así se requiere. Recuerda que si no se resuelve el problema, empieza de nuevo obteniendo mas información que le ayudará a la jovencita a solucionar su problema y así sentirse mejor.

Cada una de las siguientes unidades o secciones de este manual sobre la atención integral de la mujer en edad fértil se desarrollará usando el método de resolución de problemas que se acaba de introducir. El poner en práctica este método te ayudará a ser mas organizada y detallada en prestar cuidados y asistencia a la mujer.

ANEXO 1

PRE Y POST AUTO-EVALUACIÓN COMUNICACIÓN INTERPERSONAL, CONSEJERÍA Y MÉTODO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Nombre: _____ Fecha: _____

- 1. En tus propias palabras escribe el significado de los siguientes conceptos:**
 - 1.1. Comunicación:
 - 1.2. Comunicación Interpersonal:
 - 1.3. Motivación:
 - 1.4. Educación:
 - 1.5. Consejería:

- 2. Qué se debe hacer cuando:**
 - 2.1. Se motiva?
 - 2.2. Se educa?
 - 2.3. Se brinda consejería?

- 3. Describe cinco características y cualidades esenciales de una consejera?**
 - 3.1.
 - 3.2.
 - 3.3.
 - 3.4.
 - 3.5.

- 4. Escribe y da ejemplos de los 9 estilos de comunicación que se deben evitar:**
 - 4.1.
 - 4.2.
 - 4.3.
 - 4.4.
 - 4.5.
 - 4.6.
 - 4.7.
 - 4.8.
 - 4.9.



5. Indica y da ejemplos de los tres sentidos esenciales para Escuchar.

- 5.1.
- 5.2.
- 5.3.

6. Define que es la comunicación:

- 6.1. VERBAL:
- 6.2. NO-VERBAL:

7. Escribe y da las respectivas definiciones de las 4 Técnicas de Escucha Activa:

- 7.1.
- 7.2.
- 7.3.
- 7.4.

8. Indica cómo, por separado, aclararías, parafrasearías, reflejarías y resumirías la situación que te presenta una usuaria.

USUARIA: "Mire, usted sabe cuán apretados estamos económicamente..tengo cuatro hijas y no deseo tener más...pero...mi esposo quiere tener un hijo desesperadamente....no se qué hacer!!!"

ACLARA:

PARAFRASEA:

REFLEJA:

RESUME:

9. Llena el siguiente cuadro:

TIPOS DE PREGUNTAS	CUANDO SE USAN LOS DIFERENTES TIPOS DE PREGUNTAS?	QUE SE BUSCA CON LAS PREGUNTAS....	DE EJEMPLOS DE PREGUNTAS... .
CERRADAS			
ABIERTAS			
DE SONDEO			
DIRIGIDAS			

10. **Define el Método de Resolución de Problemas:**
11. **¿Cuándo se debe utilizar el Método de Resolución de Problemas?**
12. **Escribe y define los CUATRO PASOS del Método de Resolución de Problemas.**
13. **Utilizando las Características esenciales de una buena consejera, las Técnicas de Escucha Activa, los diferentes Tipos de Pregunta y los Cuatro Pasos del Método de Resolución de Problemas indica cómo conducirías el siguiente ESTUDIO de CASO. (si fuera necesario utiliza una hoja adicional)**

USUARIA: *“Le cuento que hace unos días tengo una gran hinchazón en mis brazos, manos y cara...además que me duele mucho mi cabeza....mi esposo no quiere que venga al centro de salud, pero yo me he sentido tan mal que he venido no más. Tengo miedo que mi esposo se entere....no le diga que he venido ¿qué puedo hacer?”*

14. **Por favor, responde, VERDADERO o FALSO a las siguientes frases: (Marca un círculo alrededor de la respuesta que elija)**

	VERDADERO	FALSO
14.1 Mis pacientes deben tener mis mismos valores	V	F
14.2 Mientras sea médicamente apropiado la usuaria debe poder escoger el método de planificación familiar que ella desee	V	F
14.3 La auxiliar de enfermería debe dar explicaciones a los pacientes utilizando términos científicos	V	F
14.4 Cuando un paciente se avergüenza por una de mis preguntas, vuelvo hacer la misma pregunta, utilizando las mismas palabras.	V	F



ANEXO 2

LISTA DE CHEQUEO DE ACTIVIDADES EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER EN EDAD FÉRTIL PARA LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

Se acordó de hacer lo siguiente:

- *Explicar a las usuarias sobre el cuidado antes y después de ser dadas de alta.*
- *Determinar el tipo de alimentos que deberían consumir*
- *Informar qué deberían hacer durante la lactancia.*
- *Conversar acerca del espaciamiento entre niños/planificación familiar.*
- *Re-enfatizar qué hacer en el caso de una descarga vaginal y/o fiebre.*
- *Explicar cómo cuidar los senos y qué hacer en caso de otros síntomas nocivos.*
- *Preguntar si tiene alguna pregunta acerca de sí misma y el bebé.*
- *Reunirse con los miembros de la familia para conversar acerca del cuidado de la usuaria.*
- *Enfatizar la inmunización del bebé y cómo cuidar los ojos y el ombligo.*
- *Reprogramar la siguiente y las subsiguientes visitas a puesto, centro u hospital de distrito.*

En el trato con la usuaria, se acordó: **SADAER**

- S – Saludar a la usuaria amablemente*
- A – Averiguar acerca de su condición*
- D – Decirle qué sucederá durante la visita*
- A – Ayudarle a que esté cómoda y que encuentre soluciones a sus problemas*
- E – Explicarle todo el procedimiento de cuidado pre/post parto.*
- R – Referir a la usuaria y/o programar cualquier otra visita*

También preste atención a las siguientes habilidades verbales y no verbales:

HABILIDADES NO VERBALES: SESES

- S – Se encuentra relajada*
- E – Es accesible y sin prejuicios*
- S – Se sienta de frente*
- E – Establece contacto visual*
- S – Se inclina hacia la usuaria*

TÉCNICAS DE ESCUCHA ACTIVA: PARREC

- P – Parafrasear*
- A – Aclarar*
- R – Reflejar*
- R – Resumir*
- E – Empatía*
- C – Confidencialidad*



ANEXO 3

Responsabilidades que el Auxiliar de Enfermería debe cumplir para la atención humanizada de la mujer

El rol que desempeña la Auxiliar de Enfermería para contribuir a la reducción de la mortalidad materna y perinatal en Bolivia es de máxima importancia. La Auxiliar de Enfermería funciona como eje central ya que tiene representatividad y acceso a mujeres en sectores urbanos y rurales del país.

Es precisamente por medio de esta posición de respeto, confianza y de miembro de la comunidad con muchos conocimientos y destrezas que la Auxiliar puede y debe ejercer una influencia fuerte y positiva sobre la vida de mujeres y seres allegados.

Entre las responsabilidades más importantes de la Auxiliar de Enfermería encontramos:

- Lograr calidad y calidez de atención
- Guardar confidencialidad
- Tener información clara y completa sobre el tema que va a tratar.
- Generar actitudes sanas hacia sí misma, hacia la usuaria y hacia la salud reproductiva, materna y neonatal.
- Promover un servicio de salud cálido, seguro y eficiente a la persona que lo solicite.
- Luchar contra toda discriminación a los usuarios.
- Apoyar la decisión o el consentimiento del uso de un método anticonceptivo o de realizarse una prueba de ETS.
- Buscar siempre actualización en nuevas formas o técnicas que se refieran al campo de la salud reproductiva, materna y neonatal.
- Facilitar el desarrollo de la expresión libre y responsable de la sexualidad en una pareja o en una persona.



CAPÍTULO IV

ANIMACIÓN DE EVENTOS EDUCATIVOS EN SALUD

Sr. Hernán Medrano

Se espera que al concluir la lectura de este capítulo, la Auxiliar de Enfermería haya logrado los siguientes objetivos:

- 1.- Disponer de una información clara y sencilla sobre métodos de Educación Popular.*
- 2.- Identificar las técnicas y métodos participativos, para realizar actividades educativas a la comunidad.*
- 3.- Comprender para utilizar adecuadamente las técnicas participativas en educación para la salud.*



Introducción.

El trabajo desempeñado por los profesionales en salud (médicos, enfermeras, auxiliares y técnicos) ya no se restringe al trabajo intra-hospitalario. Las necesidades y requerimientos de salud de la población exigen que el personal de salud desempeñe funciones en todos los niveles del sistema de salud, a través de un contacto directo y cotidiano con el pueblo.

El trabajo educativo en salud, se refiere principalmente a la extensión de las coberturas de los programas de salud y una labor que tienda a relacionar el sistema de servicios con la población.

Una parte importante del desempeño de las funciones de la Auxiliar de Enfermería, es promover una efectiva participación de la población en las acciones de salud. Para lo cual requiere conocer y manejar metodología educativa participativa (métodos y técnicas participativas).

La educación en salud, toma sus bases en los postulados de la Educación Popular, emplea una metodología educativa participativa, que parte siempre de lo que la gente sabe, vive y piensa (partir de la práctica). Este conocimiento popular es profundizado a través de la problematización, para posteriormente ser sistematizado de acuerdo a las características y ritmo del grupo (teorización). El proceso de teorización debe conducir a volver a la práctica para transformarla, mejorarla y resolverla (volver a la práctica).

1. Aspectos a tomar en cuenta en el proceso de Enseñanza–Aprendizaje.

- El aprendizaje de las personas se basa en sus propias experiencias.
- Las personas aprendemos haciendo, aplicando, experimentando y si es posible ensayando pruebas y cometiendo errores.
- Las personas aprendemos en una relación de colaboración y participación.

El aprendizaje está relacionado con la manera de ser, pensar, sentir y actuar de cada persona. Este proceso es activo, no pasivo. El aprendizaje es el resultado de algo que hacemos, es la consecuencia de una actividad.

Para lograr captar el interés y la participación de las personas, es necesario crear un ambiente de confianza y cordialidad, para lo cual es necesario tener conocimiento y destreza en el manejo de instrumentos de trabajo educativo, como los métodos y las técnicas participativas.

2. Las Técnicas y los Métodos de Enseñanza – Aprendizaje

Para lograr un aprendizaje participativo, es necesario recurrir a métodos y técnicas que faciliten la participación de las personas.

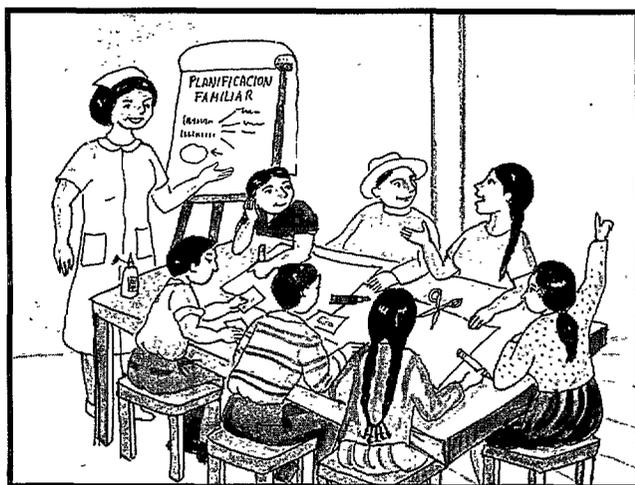
2.1. ¿Qué es un Método Participativo?

Los métodos son los distintos caminos, maneras o procedimientos que debemos recorrer para alcanzar los objetivos propuestos.

Todo método realiza sus operaciones mediante las técnicas; por lo tanto, el método es el conjunto de momentos y técnicas articulados para lograr el objetivo.

Entre los métodos participativos utilizados para desarrollar las actividades de Enseñanza – aprendizaje están:

- **Taller Educativo**



Objetivos. Es un método fundamental del trabajo participativo, cuya principal característica es el trabajo **colectivo para producir algo**. Eso que se produce puede ser conocimiento, un proyecto, un plan, una evaluación, etc.

Duración. Un Taller puede durar 1 hora, 3 horas, 1 día, tres días, una semana y hasta un mes, pudiendo haber talleres permanentes.

Participantes. En un taller pueden participar hasta unas 50 personas. Pero el número ideal es de 35 personas.

Procedimiento. Un taller se desarrolla mediante actividades puntuales que llamamos técnicas. Deben combinarse adecuadamente técnicas de animación y de producción para crear condiciones favorables al trabajo colectivo.

Lugar. Un taller debe realizarse en un espacio adecuado cubierto, espacioso, para permitir plenarios, trabajos de grupo y dinámicas de animación.



- ***La Asamblea***

Es el método más corriente en el trabajo de las organizaciones populares y por lo tanto es el que más se puede usar sobre todo en momentos de toma de decisiones importantes.

Es bueno incorporar al trabajo de la asamblea un trabajo en detalle más sistemático, tal como puede ser la anotación en papelógrafos, el manejo de la lluvia de ideas, los dibujos, etc.

Una de las actividades que se debe rescatar de la asamblea es el libro de actas, el cual permite el control de lo acordado en cada reunión.

- ***Feria Educativa***

Es una actividad que se realiza en uno o dos días, permite incorporar diferentes acciones tales como la exposición de publicaciones y objetos, funciones de teatro, títeres, video, diaporamas, concursos, canciones, etc.

- ***Velada Cultural***

Es un evento que sirve para exponer videos, películas, diaporamas, cantantes, poesía, teatro. Permite incorporar a cantidades de personas.

- ***Exposiciones dialogadas***

Consiste en la exposición oral, por parte del educador, de un determinado tema. Se debe dar oportunidad de que los participantes del evento también hagan sus exposiciones, ya que esto favorece al desenvolvimiento de los participantes y se presta para confrontar sus juicios.

En cuanto a las recomendaciones para su uso: es necesario motivar previamente a los participantes para atraer su atención; el manejo de la voz con claridad, utilizando palabras sencillas; no se debe exponer más de lo necesario; no emplear la exposición como recurso único; dar lugar a la participación y preparar con anticipación el tema.

- ***Mesa redonda***

Consiste en una discusión ante un auditorio por una grupo seleccionado de personas (por lo general 3 o 6), coordinada por un moderador.



La forma de discusión es la forma de conversación, no se les permite discursos ni a los participantes, ni al moderador.

Este método puede ser utilizado para identificar el problema o los temas a ser explorados, proporcionar hechos y opiniones sobre problemas y temas de discusión, para pesar las ventajas y desventajas de una determinada situación, etc.

2.2. *¿Qué son las técnicas participativas?*

Las técnicas participativas son las normas o formas de enseñanza – aprendizaje que establecen o definen el uso educativo de los materiales. Son herramientas a las cuales se acude para realizar un momento de las actividades educativas ó parte de los métodos educativos.

Los materiales educativos

Un material se convierte en material educativo cuando el educador lo utiliza adecuadamente, es decir cuando lo utiliza con un fin de aprendizaje.

Los materiales varían de acuerdo al método y a las técnicas empleadas en el proceso de enseñanza – aprendizaje; así por ejemplo pueden ser:

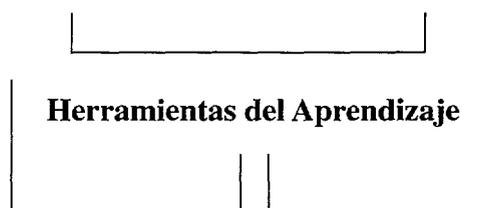
- Papel sábana
- Marcadores
- Proyector de slides
- Radio grabadora
- Títeres
- Radio
- Video

Existe una interrelación entre métodos, técnicas y materiales educativos, como lo podremos ver en el siguiente cuadro:



MÉTODOS	TÉCNICAS	MATERIALES
Taller Educativo	Afiche	Papel Sábana
Autodiagnóstico	Sociodrama	Papelógrafos
Concursos	Juegos Vivenciales	Hojas de papel sábana, marcadores

Formas de Aprender



Relaciona las Técnicas Uso Educativo de los Materiales

“El método educativo es el proceso o las etapas en el desarrollo del aprendizaje”

2.3. Clases de Técnicas.

- **Preparatorias al Aprendizaje**

Las técnicas preparatorias están destinadas a crear un ambiente de confianza, cordialidad y participación. Condiciones necesarias para que los participantes estén predispuestos positivamente para el proceso de aprendizaje.

Entre las técnicas preparatorias están la Presentación, la Integración, la Concentración y la Animación.

- **Técnicas para Desarrollar el Aprendizaje**

Estas técnicas están dirigidas a crear un ambiente donde las personas comparten experiencias y percepciones respecto al medio que les rodea.

En este proceso, se motiva el desarrollo de todos los sentidos, de manera que se puedan percibir mejor los fenómenos y acontecimientos que suceden en la realidad, lo que permitira tanto al grupo social como a la persona tener la capacidad de actuar para transformar la realidad, **su realidad**.

Para motivar una **forma de ser** (conducta), que se plasme, en acciones de transformación, es necesario partir de lo que el grupo y cada persona percibe ó ve; lo que conducirá a crear conocimiento y por lo tanto un cambio de actitudes y prácticas, a través de situaciones concretas.

Entre estas técnicas podríamos mencionar el Conocimiento (análisis y síntesis), la Motivación y la Comunicación.



CUADRO DE TECNICAS PARTICIPATIVAS PARA LA EDUCACION EN SALUD

PROCESO DE CONOCIMIENTO CODIGO	MOTIVACION	OBSERVACION DIAGNOSTICO	PROFUNDIZA CION (análisis-síntesis)
VIVENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Sajra hora - Los números - El Pueblo manda 	<ul style="list-style-type: none"> - Teatro popular - Juego de Roles - Sociodrama 	<ul style="list-style-type: none"> - Teatro Popular - Traslado peligroso
GRAFICA	<ul style="list-style-type: none"> - Historieta - Rompecabezas 	<ul style="list-style-type: none"> - Afiche - Lectura de texto - Rotafolio - Cuestionario 	<ul style="list-style-type: none"> - Franelógrafo - Collage - Historieta
AUDIOVISUAL	<ul style="list-style-type: none"> - Video foro - Diaporama - Cine - Telenovela 	<ul style="list-style-type: none"> - Títeres - Lluvia de ideas - Video 	<ul style="list-style-type: none"> - Video Foro - Diaporama - Telenovela - Cine
AUDITIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Cuento - Canciones - Radionovela 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuento - Cassette foro - Lluvia de ideas 	<ul style="list-style-type: none"> - Radio Novela - Cassette foro - Radio novela - Exposición dialogada

2.4. Producción de Técnicas Participativas.

Es necesario tomar en cuenta, que la educación popular utiliza cuatro códigos para la metodología participativa de enseñanza – aprendizaje, estos son:

Vivenciales.

Se caracterizan por resacatar la vivencia de las personas a través de juegos o dramatizaciones, cuyo objetivo puede estar dirigido a motivar la participación y/o observar y profundizar una determinada situación. Entre las más usuales están:

- ***Títeres***



Los participantes organizados en grupos muestran de manera alegre y satírica la reflexión de un grupo sobre determinado tema. Previamente se deben elaborar los muñecos con los personajes de la historia, posteriormente se procede a los ensayos previos cuidando la utilización de la voz y el movimiento de los muñecos. Después de la presentación se empieza a debatir lo presentado.

- ***Sociodrama***

A través del sociodrama, los participantes muestran la reflexión de un grupo sobre un determinado tema, una vez definido el tema, el coordinador debe explicar claramente este y los objetivos, posteriormente el grupo hará una ronda de aclaración del tema y los puntos claves del sociodrama para improvisar la representación.

Audiovisuales.

Se caracterizan por emplear medios en los cuales intervienen, imágenes y sonido al mismo tiempo, los objetivos son similares al anterior, entre las más usuales están:

- ***Video Foro, Diaporamas, Cine***

Permiten discutir o analizar determinados temas o problemas, en base a una guía de preguntas y comentarios respecto al tema tratado, concluida la proyección, se debate el tema, con un redactor que tome apunte de las opiniones y las conclusiones a las que se ha llegado.



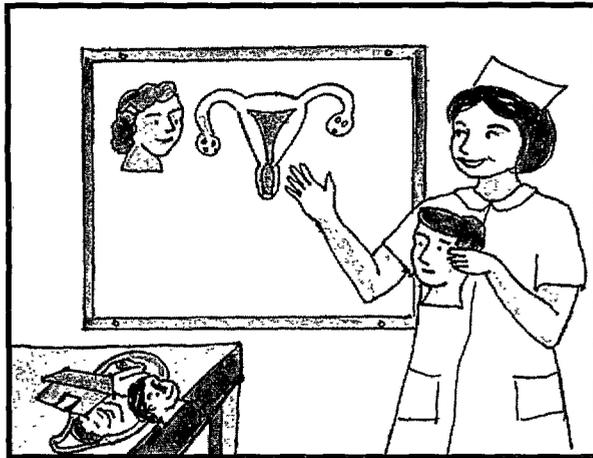
Gráficos.

Se caracterizan por la utilización de dibujos o palabras escritas, las cuales expresan contenidos simbólicamente, los cuales requieren un proceso de interpretación, los objetivos son similares al anterior. Entre las más usuales están:

- **El afiche**

Consiste en mostrar una imagen de los conceptos que tiene un grupo sobre un determinado tema. Los participantes organizados en grupos que deben elaborar un afiche cuyo contenido sea el tema que interesa desarrollar, para luego ser expuesto en plenario, buscando las diferencias y similitudes.

- **Franelógrafo**



Se muestra visualmente la relación entre varios elementos, mostrar la estructura de las relaciones entre ellos, los participantes organizados en grupos, definen una determinada relación entre los elementos de un problema. Preferentemente el facilitador debe tener el material listo de acuerdo a problemática a tratarse.

- **Historieta**

Se proporciona el tema y los objetivos al grupo. Luego se le indica que debe elaborar una historieta en la que represente el tema discutido, exponiendo el trabajo en plenario, entrando en el debate grupal de los criterios expuestos.

Auditivos.

Se caracterizan por la utilización principalmente de sonidos producidos por la voz y transmitidos a través de distintos medios, los objetivos son idénticos al anterior. Entre los más usuales están:

- ***Canciones***

Los participantes organizados en grupos muestran una reflexión o propuesta de manera alegre y fácil de memorizar.

- ***Cuentos***

Los participantes expresan en forma de relato (fantástico o realista) secuenciado un determinado tema o hecho.

Para la producción de técnicas participativas es necesario, tomar en cuenta los siguientes criterios:

Para la selección de la técnica adecuada:

- La selección de la técnica se la hace en función del número y las características sociales, culturales, económicas y políticas de los participantes.
- La técnica debe adecuarse al tema que se va tratar en el evento educativo y al objetivo de aprendizaje que se pretende lograr.
- Los materiales empleados deben ser preferentemente accesibles sencillos y que se encuentren en la comunidad.
- Se debe tomar en cuenta el tiempo de duración de la técnica, de acuerdo a la disponibilidad de los participantes y a las características del espacio físico en el cual se aplicara.
- El ambiente de enseñanza – aprendizaje debe ser participativo y de confianza, motivado por el buen humor.
- Dentro del proceso educativo se puede utilizar la diversidad de técnicas, entre ellas las auditivas, gráficas, audiovisuales o vivenciales.

Para la Planificación de la elaboración y aplicación de la Técnica

La planificación se realiza en base a los criterios mencionados anteriormente, a partir de ellos se definen:

- Para aplicar una u otra técnica, es necesario conocer de antemano sus caminos y las alternativas de la técnica seleccionada, para que realmente sirva como herramienta de reflexión.
- El conocimiento y manejo de los materiales a utilizarse.
- La disposición de los materiales, equipos y tipo de técnica, para su aplicación en el momento oportuno.



- El desarrollo de la técnica se definirá en función de las características propias de la técnica, del número de participantes y del tiempo disponible de la comunidad.

3. *Proceso de conocimiento.*

Motivación

Es el inicio o introducción al proceso de conocimiento, en la que generalmente se siguen los siguientes pasos:

- Integrar al grupo
- Conocer a los participantes
- Animar a los participantes
- Presentación de los temas
- Motivar a los participantes
- Organización interna del taller

Diagnóstico – Observación

Percepción de la realidad, partiendo de la práctica.

Profundización, análisis y síntesis

En el caso de Salud, un ejemplo de tema de profundización: Educación en salud y Salud integral de la Mujer y el niño.

Aplicación (vuelta a la práctica)

Es el proceso, en el que se pone en práctica las habilidades y destrezas prácticas.

Evaluación y seguimiento

En esta etapa se trata de ver los logros y las fallas del proceso y se recogen las sugerencias de los participantes para corregirlas.



CAPÍTULO V

PROCESO DE ATENCIÓN A LA MADRE

*Dra. Rosario André Lic. Carmela Cabero
Lic. María Luisa Fuentes
Lic. Ana Valdez
Lic. Carmen Trujillo
Sra. Adriana de Cartagena
Lic. Rosario Huanverdy*

Se espera que al concluir la lectura de este capítulo, la Auxiliar de Enfermería haya logrado los siguientes objetivos:

- 1. Tener una información clara y precisa sobre elementos básicos del proceso del embarazo, parto, puerperio y recién nacido.*
- 2. Ofrecer al lector, información actualizada sobre factores y manejo de riesgos reproductivos.*
- 3. Socializar la información específica y actualizada en torno a la promoción y prevención de la salud de la mujer, durante el proceso reproductivo.*
- 4. Promover una atención de calidad a través de un cambio de actitud y comportamientos en la atención y prestación de servicios durante el proceso del embarazo, parto, puerperio y recién nacido.*



Introducción.

El significado de ser madre es una experiencia propia, que está de acuerdo con la realidad social y cultural en que la madre vive. Es un hecho trascendental en la vida de la mujer, que no sólo es susceptible de contraer enfermedades que afectan a hombres y mujeres, sino también las enfermedades y trastornos específicamente relacionados con el embarazo.

La mayoría de las mujeres que esperan ser madres por primera, segunda o tercera vez, se encuentran en una situación especial de mezcla de sentimientos, de miedo, zozobra e incertidumbre, al mismo tiempo que resignación, tomando el hecho como un mandato divino difícil de negarse a aceptar. “Si quiere y manda Dios, lo voy a tener”, manifiestan muchas mujeres.

Las reacciones son diversas dependiendo de las experiencias vividas y de las oportunidades de acceder a la información. Al margen de todas estas consideraciones, es cierto que todas las mujeres en situación de ser madres, sufren un patrón de reacciones y cambios similares, muy conocidos por la gente. Las diferencias están determinadas por los factores de riesgo y las oportunidades de atención que se había aplicado.

De ahí que, la atención de la madre debe ser abordada con un enfoque integral; en tal sentido, se ha ordenado este trabajo en tres clásicas etapas por las que transita la mujer para ser madre y después de ser madre. Ellas son: el proceso de embarazo, el post-parto y el puerperio y la lactancia. De toda esta situación especial y trascendental como es el proceso de la maternidad, surgen las preguntas para reflexionar con el personal de salud, con la mujer embarazada, la pareja y la familia.

PREGUNTAS DE REFLEXIÓN

1. *¿Cómo se logra el milagro de la concepción?*
2. *¿Cómo es posible el crecimiento de un nuevo ser dentro del vientre de la mujer?*
3. *¿El embarazo es una enfermedad?*
4. *¿Cómo se dan cuenta las mujeres que están embarazadas?*
5. *¿Qué cambios ocurren normalmente en el cuerpo de la mujer y el nuevo ser que se va formando?*
6. *¿De qué se alimenta la mujer embarazada?*
7. *¿Qué cuidados, precauciones debe tener la mujer embarazada?*
7. *¿Cómo podemos reconocer los riesgos y complicaciones del embarazo?*
8. *¿Cuánto tiempo dura todo el embarazo?*

El o la Auxiliar de Enfermería debereflexionar sobre estas preguntas en grupos de jóvenes y madres de la comunidad

A. PROCESO DEL EMBARAZO.

Se considera así al período comprendido entre la fecundación hasta el inicio del trabajo de parto que dura 9 meses.

A.I. Fisiología del embarazo.

Para entender mejor este proceso es necesario revisar los siguientes conceptos:

a. Fecundación. *Es la unión del óvulo y el espermatozoide, es el momento de la iniciación del embarazo. El óvulo fecundado se dirige a través de la trompa de Falopio hasta el útero. Allí se anida e implanta para desarrollarse hasta el momento del nacimiento (como si fuese un nido para albergar al huevo).*

b. Concepción. *Se puede considerar como un proceso maravilloso mediante el cual el óvulo fecundado se implanta dentro del útero, crece, se desarrolla y se convierte en un recién nacido después del parto.*

c. Desarrollo del embrión y del feto. *Una vez implantado el nuevo ser (huevo o cigoto) en la pared posterior del útero, las células se van multiplicando, adquiriendo la forma de una mora (período morular). Posteriormente, las células continúan multiplicándose hasta formar una masa celular (blastómera) de donde se diferenciarán las células que formarán las estructuras del nuevo ser (masa celular interna) y otras estructuras como la placenta y el amnios que se forman de la masa celular externa. Las células externas de la blastómera se diferencian en ectotrofoblasto y sinototrofoblasto, las cuales se diferencian para formar la placenta y la cavidad amniótica.*

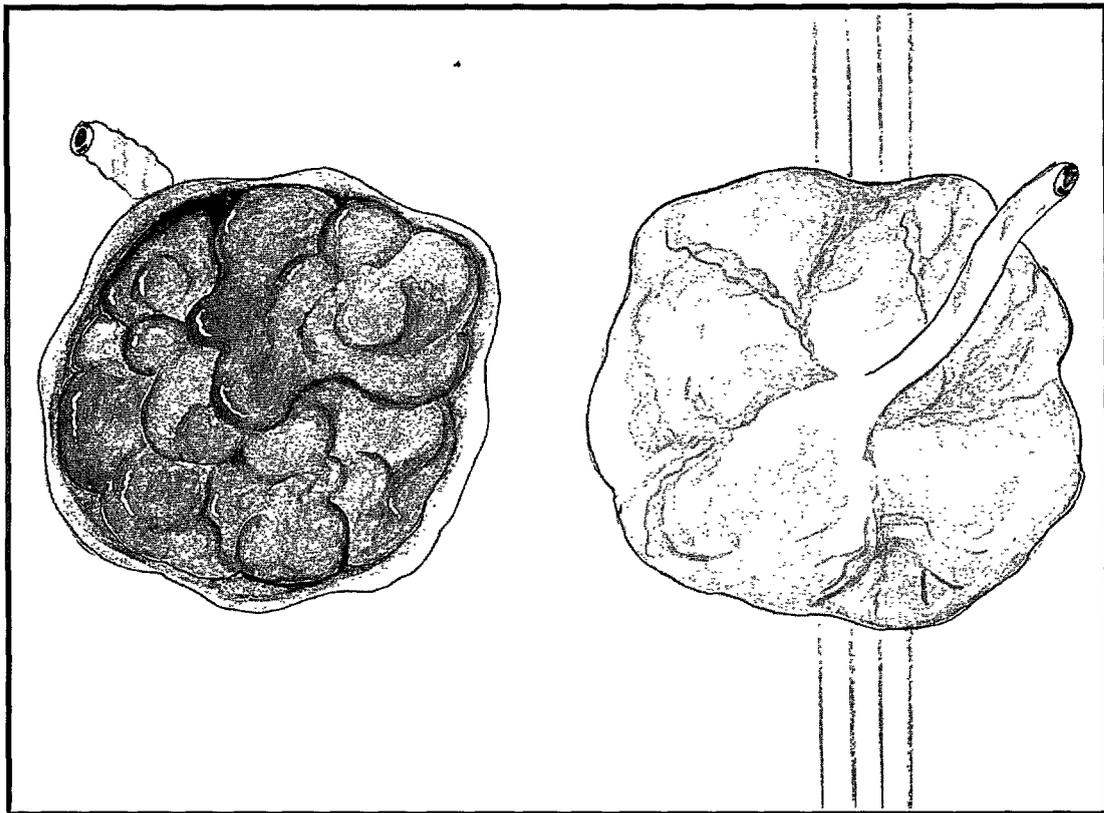
Al término del embarazo, la cavidad amniótica contiene normalmente de 500 a 1000 ml de líquido amniótico. Este líquido tiene las funciones de: mantener al feto en una temperatura adecuada, proteger al feto contra posibles traumas y además le provee un medio en el cual puede moverse con facilidad.



Durante el parto la bolsa de las aguas, distribuye regularmente la fuerza uterina durante las contracciones, de esta manera ayuda en la dilatación del cuello uterino, también se conoce que el feto ingiere este líquido para mantener su estado de hidratación.

Las células externas del nuevo Ser se van diferenciando en lo que será la placenta, la cual se adhiere a la pared uterina a través de vasos sanguíneos con el objeto de nutrir y proporcionar oxígeno al nuevo Ser. Este proceso concluye el tercer mes.

PLACENTA

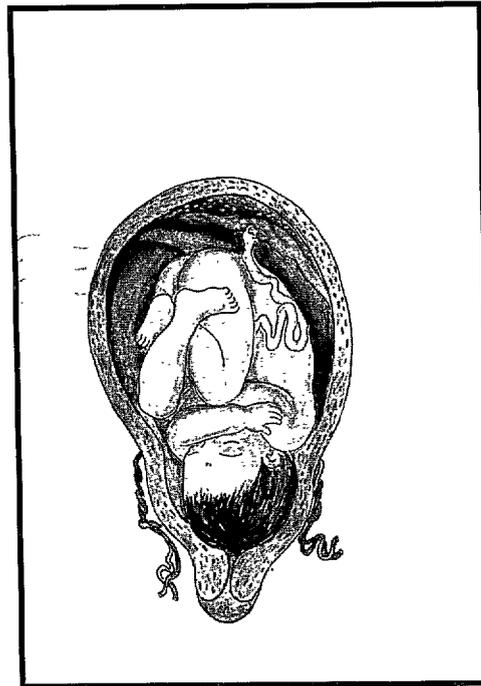


CARA MATERNA

CARA FETAL

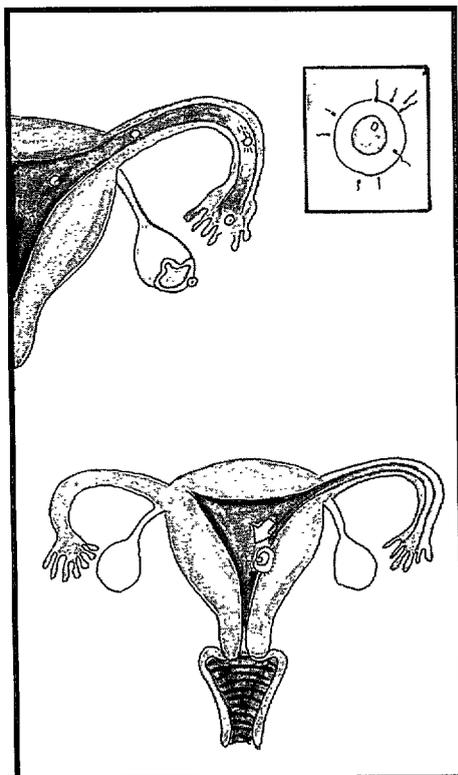
La placenta y el feto están conectados por el cordón umbilical que generalmente mide 45–50 cm. de longitud y más o menos 1.5 cm. de diámetro. Este sale aproximadamente del centro de la placenta y entra en la pared abdominal del feto, en el ombligo. El cordón contiene dos arterias y una vena gruesa que están entrelazadas y protegidas de la región exterior por una sustancia transparente, gelatinosa, blanco azulada.

Feto dentro del útero

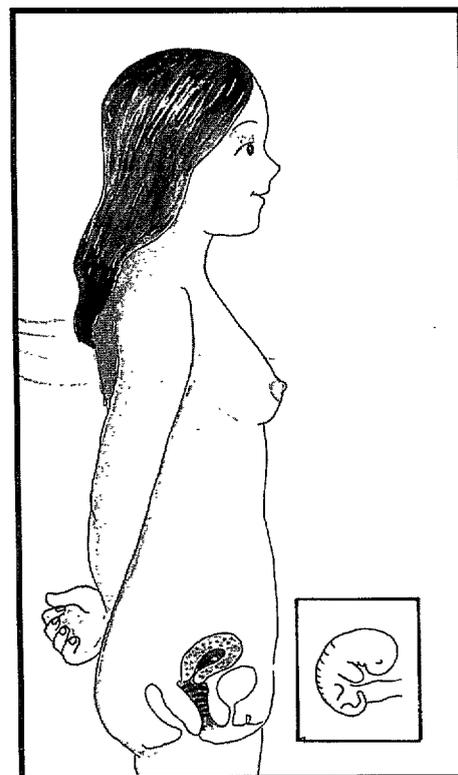


DESARROLLO DEL FETO: DESDE LA FECUNDACIÓN AL NACIMIENTO.

Fecundación-Implantación



Primer Mes

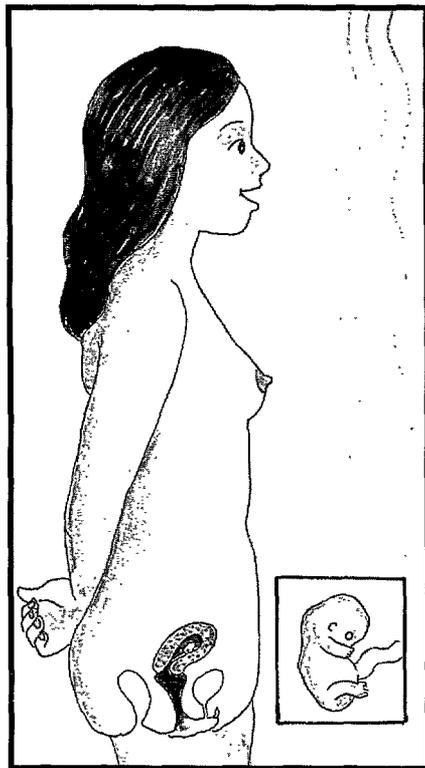




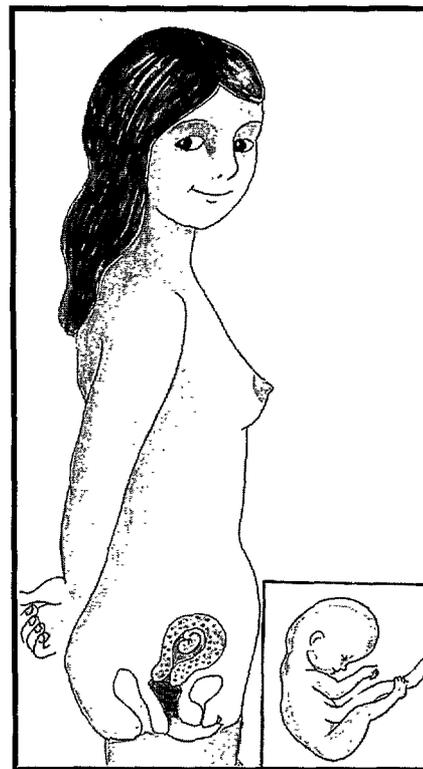
Fecundación: ocurre al unirse el espermatozoide y el óvulo en la Trompa de Falopio, ocurre durante el período fértil del ciclo menstrual. **Implantación:** el huevo fertilizado se adhiere a la pared del útero y comienza a dividirse y a subdividirse. El sexo del bebé es determinado por los cromosomas del espermatozoide en el momento de la fecundación.

Primer Mes: El embrión mide 6mm de longitud; la sangre ya se encuentra circulando y los ojos y oídos se comienzan a formar.

Segundo Mes



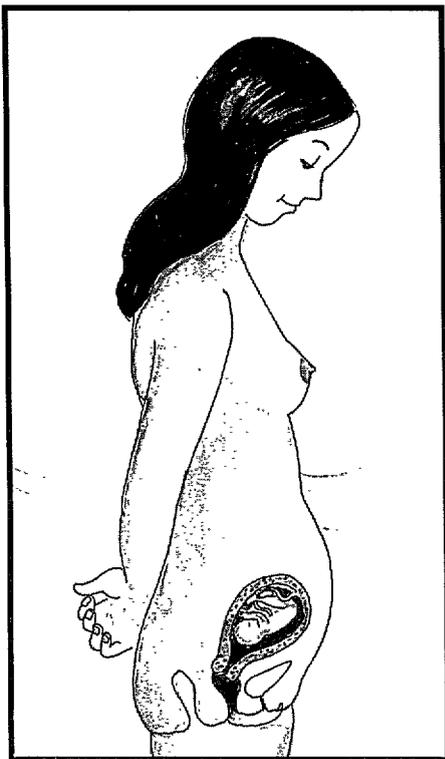
Tercer Mes



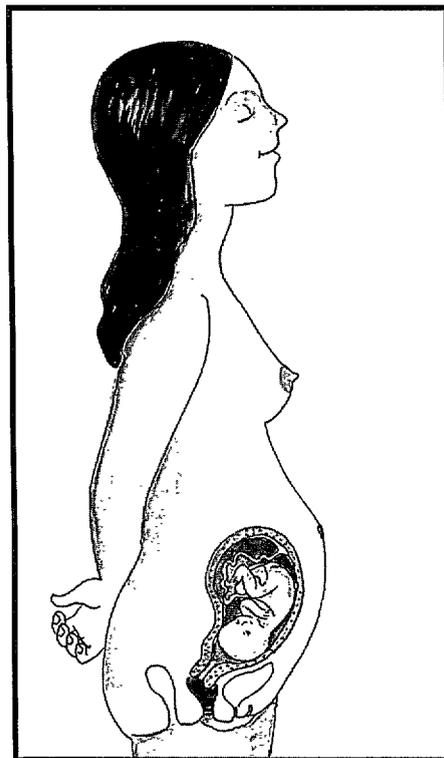
Segundo Mes: El embrión mide 2.5 cm, las facciones de la cara y los órganos sexuales se desarrollan. Los huesos se comienzan a formar; el embrión flota protegido en el líquido amniótico.

Tercer Mes: El feto mide aproximadamente 7.5 cm de longitud, los dientes comienzan a formarse. El embrión se llama feto después de la octava semana.

Cuarto Mes



Quinto Mes

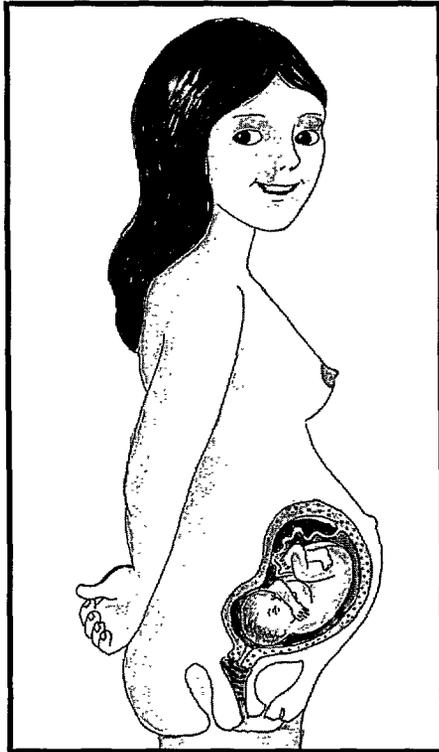


Cuarto Mes: El feto mide aproximadamente 15 cm de longitud, pesa 150 gramos. La carita ya está formada, el cabello comienza a crecer.

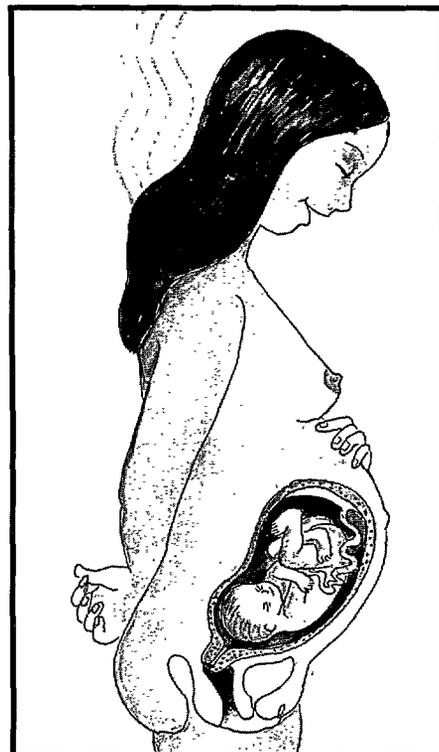
Quinto Mes: El feto mide 25 cm. Los latidos del corazón se pueden escuchar por medio del estetoscopio. La madre ya siente los movimientos del feto.



Sexto Mes



Séptimo Mes

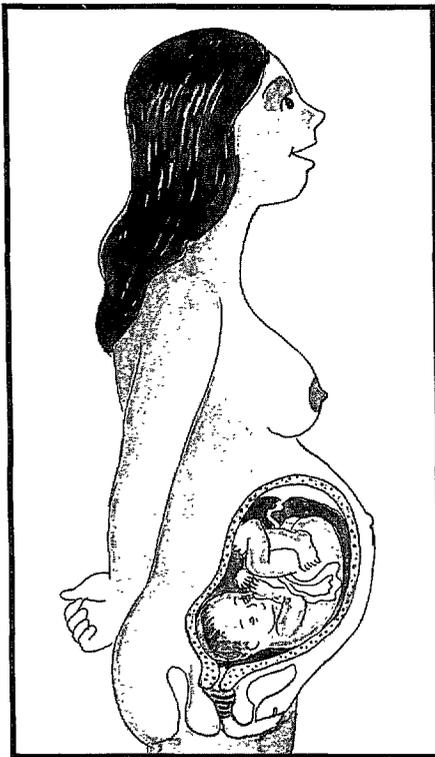


Sexto Mes: El feto mide 30 cm, pesa 500 gramos. La posición del feto cambia (cabeza hacia abajo). El bebé patea activamente.

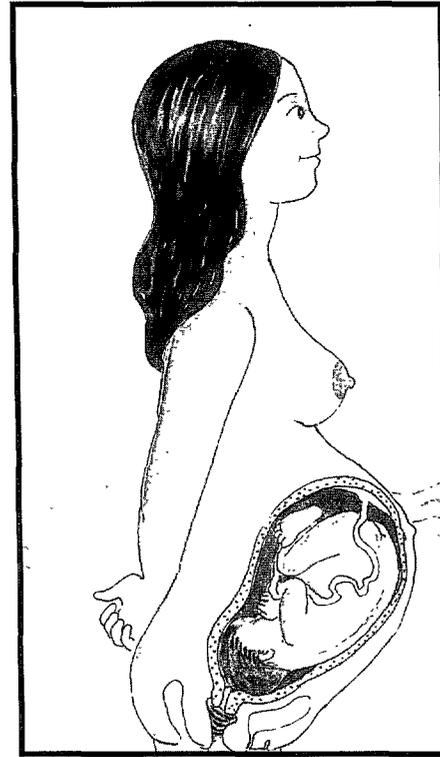
Séptimo Mes: El feto mide 35 cm, pesa 1,000 gramos. El desarrollo del bebé permitiría su sobrevivencia si naciera en este momento.



Octavo Mes



Noveno Mes



Octavo Mes: El feto mide 42.5 cm, pesa 1,800 gramos. Depósitos de grasa comienzan a formarse debajo de la piel. Las uñas y los huesos comienzan a endurecerse.

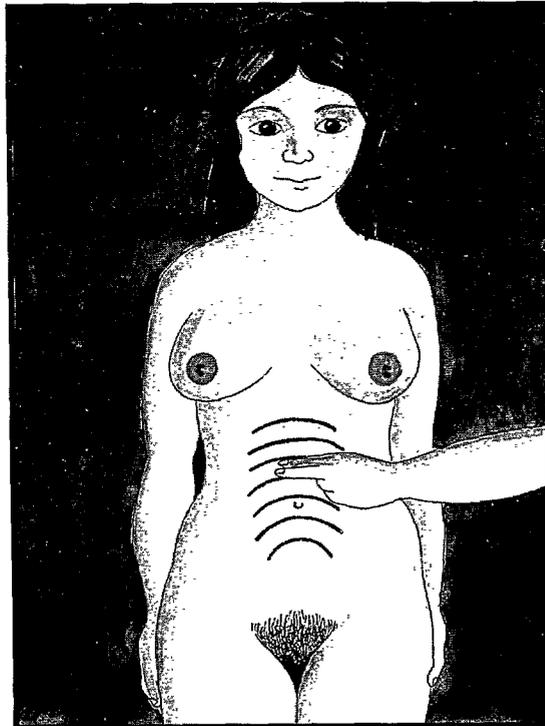
Noveno Mes: El feto mide 50 cm, pesa 3,000 gramos. Los cartílagos de la nariz y de los oídos ya están desarrollándose.



d. Cambios vitales durante el embarazo.

Durante el embarazo se producen varios cambios en la forma del cuerpo de la madre y la función de varios órganos a medida que el feto se va desarrollando. A continuación mencionaremos los cambios más relevantes.

- **Cambios en el útero.**



El órgano que más sufre los cambios es el útero, que aumenta de tamaño progresivamente, de 7.5 cms que es su tamaño normal a 32 cm. o más al final de la gestación, condicionando también un aumento de peso a partir del tercer o cuarto mes de embarazo. El útero sobrepasa la pelvis, palpándose por encima de la sínfisis pubiana. Al sexto mes, alcanza el nivel del ombligo y al final del embarazo alcanza la punta de la apófisis xifoides del esternón.

- **Cambios en la circulación.**

Otro cambio importante se produce a nivel del volumen sanguíneo que aumenta por la retención de líquidos a consecuencia de la acción de la hormona estrogénica a nivel de los riñones, los que a su vez realizan doble trabajo; al mismo tiempo el retorno venoso disminuye por compresión de las venas de la región pélvica, provocando la presencia de várices en los miembros inferiores y la vulva, sobre todo en los últimos meses del embarazo.

Es por esta razón que la mujer no debe permanecer acostada sobre su costado derecho, de espaldas y/o sentada, por lo que se aconseja descansar sobre el costado izquierdo para evitar la presión, principalmente de la vena cava inferior. La presión arterial por el mismo efecto de la hormona estrogénica, tiende a bajar, sobre todo en los dos primeros trimestres, ocasionando vahídos o desmayos leves.



- ***Cambios respiratorios.***

La presión que ejerce el útero a consecuencia del crecimiento sobre el diafragma, disminuye el espacio de la cavidad torácica que ocupan los pulmones, provocando movimientos respiratorios más seguidos, para compensar la disminución de aporte de oxígeno, dando la impresión de una fatiga. Esta molestia se acentúa el último trimestre del embarazo.

- ***Cambios en el intestino.***

El aumento natural de la hormona progesterona producida por la placenta, hace que el último trimestre del embarazo disminuya el peristaltismo intestinal, provocando períodos de estreñimiento.

- ***Cambios en la piel.***

En la piel se producen cambios de pigmentación, a nivel de la cara aparecen las “pecas” llamadas cloasma del embarazo, las areolas y el pezón aumentan de tamaño, tornándose de un color oscuro, muchas veces se presenta cosquilleo o picazón, al presionar los pezones podría obtenerse la salida de líquido amarillento secreción láctea (calostro).

En el abdomen se observa la línea alba de color café oscuro que se extiende desde el ombligo hasta el pubis, la piel del abdomen sufre un estiramiento por el aumento de volumen del útero grávido, provocando pequeñas roturas de las fibras elásticas de la piel, quedando las llamadas estrías del embarazo.

- ***Cambios en el sistema endocrino.***

Las funciones del sistema endocrino también se modifican, produciendo una mayor cantidad de hormonas estrógeno y progesterona, así como también aparece la hormona prolactina que estimula la producción de la secreción láctea (calostro) en las mamas en preparación para la lactancia.

- ***Cambios en la vejiga.***

La vejiga queda desplazada hacia la parte anterior de la pelvis por el útero en crecimiento, evitando el llenado normal y provocando la micción frecuente, sobre todo en los 3 primeros meses de embarazo.

A.2. *Signos y síntomas que indican embarazo.*

Fácilmente no podríamos saber si una mujer está embarazada o no, pero si ponemos atención, acertaremos con seguridad, preguntando, escuchando y observando los siguientes signos y síntomas:

Amenorrea o la suspensión de la menstruación o regla, ausencia o falta de sangre por la vagina en el tiempo correspondiente al siguiente mes.

Náuseas y vómitos, generalmente se presentan por las mañanas, debido al aumento de la secreción del jugo gástrico y la presencia de la hormona relaxina.

Vientre y senos aumentados de volumen, las glándulas mamarias se tornan turgentes, aumentando de tamaño, también aumenta la vascularidad, esto ocurre generalmente a partir de tercero a cuarto mes de embarazo. Se observa el vientre aumentado de volumen por el crecimiento del útero a medida que el producto de la concepción crece; el útero aumenta de tamaño y peso de 7.5 cm. hasta 32 a 35 cm. y de 60 a 90 gr. a 1000 gr. al final del embarazo.

Micción frecuente, por el aumento en tamaño del útero que presiona la vejiga desplazándola hacia la parte anterior de la pelvis, disminuye la capacidad de retener orina por el tiempo normal entre una y otra micción.

A.3. Diagnóstico del embarazo.

Para asegurar si una mujer está embarazada o no, se realizan los siguientes procedimientos, sobre todo donde no hay doctor y laboratorios clínicos. Para realizar un diagnóstico adecuado del embarazo, recurriremos al método de resolución de problemas. Este Método define 4 pasos a seguir para diagnosticar el embarazo:

Paso 1. Pregunta y escucha.

Este es el primer paso que se debe tomar cuando tú ves a la mujer.

Haz preguntas para determinar las razones de la visita. Pon mucha atención a sus respuestas. Procura que la mujer se sienta bienvenida. Ayúdala a sentirse tranquila con sus acciones.

Posibles preguntas que puedes hacer o hacerte:

- *¿Qué es lo que veo y escucho?*
- *¿Qué es lo que piensa esta persona respecto al problema?*
- *¿Qué siente la paciente respecto al problema que presenta? ¿Está angustiada, preocupada, triste, alegre?*



- *¿Qué es lo que la persona quiere hacer respecto al problema?*
- *La fecha del último período menstrual.*
- *Los cambios en las mamas y abdomen.*
- *La presencia de náuseas, mareos y vómitos.*
- *Presencia de micción frecuente.*

Paso 2. Observa y palpa.

Este es el segundo paso que tú debes tomar al ver a la mujer. Examina las áreas del cuerpo de la mujer de acuerdo a la información que obtuviste en el primer paso PREGUNTA Y ESCUCHA. Por ejemplo, si la mujer se queja de ausencia de menstruación y tiene vida sexual activa, tú vas a tener que examinar las mamas y abdomen.

- *Examen de los senos.*
- *Examen abdominal.*
- *Si no hay seguridad dar una orden de laboratorio.*

Paso 3. Identifica el problema o la necesidad.

Este es el tercer paso del método de resolución de problemas. El Auxiliar de Enfermería debe identificar cuáles son los problemas con base en la información que se obtuvo de los dos primeros pasos. Es muy importante que se le dé atención a todos los problemas que se descubran, no sólo aquellos por los cuales la mujer buscó la atención.

Posibles preguntas:

- *¿Cuál es el problema o la situación?*
- *¿Qué ha hecho hasta el momento para manejar la situación?*

Realiza tu plan de acción en base a la información obtenida.



Paso 4. Inicia la acción apropiada.

Este es el cuarto paso del método de resolución de problemas. El Auxiliar de Enfermería decide qué se debe hacer para solucionar cada problema. Las siguientes áreas se deben considerar al enfrentar cada problema o necesidad.

Posibles preguntas:

- *¿Qué se puede hacer para solucionar el problema?*
- *¿Cuáles son las opciones?*
- *¿Qué se debe hacer para resolver el problema?*
- *¿Cuáles son las acciones específicas que se deben seguir?*

Toma las acciones apropiadas:

- *Educación.*
- *Consejería.*
- *Referencia.*

A.4. Control prenatal.

Para promover la salud de la mujer y del niño y el bienestar de la familia, contamos con los cuidados prenatales, con el objeto de minimizar o evitar los problemas que puedan amenazar la vida o la salud de la madre o el niño.

También es de gran valor el de desarrollar en la embarazada la absoluta confianza en sí misma y en el personal de salud para lograr el éxito en el control prenatal.

Para entender los cuidados prenatales revisamos la palabra “natal”, que se refiere al nacimiento y junto con el prefijo “pre”, abarca todas las personas interesadas que habrán de dar apoyo y asegurar el nacimiento normal con un bebé saludable.



El período prenatal comprende el tiempo que transcurre desde el momento de la fecundación, el desarrollo del embrión y feto hasta el momento del inicio del nacimiento. Este tiempo normalmente dura de 37 a 40 semanas (9 meses), considerado como un embarazo “a término”.

La evolución normal del embarazo depende de las condiciones de salud de la madre, el ambiente familiar, su nutrición, estado emocional y su situación socioeconómica. Para que el control prenatal sea eficaz, deberá ser: precoz (primer trimestre de embarazo), periódico, completo, extenso. Por esta razón es necesario vigilar (por lo menos 4 veces) la salud de la madre y el feto bajo los siguientes objetivos:

- *Promover y mantener la salud de la madre y su feto.*
- *Asegurar que el feto se esté desarrollando y creciendo hasta alcanzar madurez al momento de nacer.*
- *Iniciar el control antes del quinto mes gestacional; en todo el embarazo se deben realizar por lo menos 3 controles.*
- *Detectar riesgos del embarazo, tratarlos y/o referirlos en forma oportuna y segura.*
- *Preparar a la pareja y la familia para el parto, puerperio y los cuidados del recién nacido, a través de orientaciones educativas.*

Para lograr estos objetivos el personal de salud necesita saber más de la salud de la familia y de su modo de vivir. Estos detalles conforman la “Historia Clínica Perinatal Base”.

La Historia Clínica debe hacerse en la primera visita, porque a través de ella se podrán detectar tempranamente factores de riesgo en la embarazada.

Para facilitar y seguir esquemáticamente el proceso del control prenatal, a continuación se presentan las actividades y cronología del control prenatal, utilizando la técnica de “Preguntar–Escuchar”, “Observar y Palpar”, Identificar el problema e Iniciar la acción apropiada.



CUADRO DE ACTIVIDADES Y CRONOLOGÍA EN LA CONSULTA PRENATAL

TAREAS	N° de controles			
	1° antes de 20 sem.	2° 22 – 29 semanas	3° 33 – 35 semanas	4° 38 – 40 semanas
Llenar HCPNB o elaborar HCl	X	X	X	X
Examen clínico	X			
Examen ginecológico	X			
Diagnóstico del embarazo	X			
Medición de peso	X	X	X	X
Medición de talla	X			
Diagnóstico y evaluación de edad gestacional	X	X	X	X
Determinación de la presión arterial	X	X	X	X
Determinación de grupo sanguíneo y RH	X			
VDRL	X			
Determinación de glicemia	X			
Parcial de orina (albumina)	X		X	X
Determinación de hemoglobina	X			
Evaluación de riesgo	X	X	X	X
Examen odontológico	X			
Palpación abdominal. Diagnóstico de presentación fetal			X	X
Medición de altura uterina	X	X	X	X
Reporte de movimientos fetales		X	X	X
Administración de hierro y ácido fólico		X	X	X
Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal		X	X	X
Educación y orientación prenatal	X	X	X	X
Inmunización	X	X	X	X
Registro de datos	X	X	X	X

Fuente: "Manual de Normas y Procedimientos del Plan de Supervivencia y Desarrollo Materno Infantil".

Uno de los pasos a seguir en el control de la embarazada es el:

a. Examen físico.

El Examen Físico a la embarazada se realiza con el objeto de evaluar y buscar signos



de riesgo en forma oportuna relacionados con la salud de la madre y el feto, utilizando la observación, palpación y auscultación.

Inspeccionar el cuerpo de la madre con atención especial de la cara, los senos, las manos, las piernas, el abdomen y la vulva.

En la cara se observa presencia o ausencia de edema; en los ojos poner énfasis en el color de la conjuntiva, comparando con la mucosa de la boca (encías).

En la boca, los dientes, la condición, el número de piezas, la presencia o ausencia de caries y/o signos de infección de las encías (gingivitis).

En el cuello se palpa la glándula tiroides en la parte anterior, los latidos de las venas.

En el tórax poner atención en los senos, observar el tamaño, simetría, color de la piel, presencia de secreción láctea, condición y forma de los pezones. También se observan los movimientos respiratorios y se escuchan los latidos del corazón.

En el abdomen es importante observar la forma, volumen, color y condición de la piel, presencia o ausencia de estrías. A través de la palpación y auscultación, determinar la presentación y vitalidad del feto (maniobras de Leopold), medir la altura uterina y relacionar con la fecha de la última menstruación (F.U.M.) y determinar el tiempo de embarazo. A partir del 5o. mes, controlar los Latidos Cardíacos Fetales (L.C.F.).

En los miembros inferiores, se observa la condición, motilidad, fuerza muscular, presencia o ausencia de edema y várices.

En los genitales externos se debe observar (si es posible) condición, tamaño, color de la piel, presencia o ausencia de secreciones (leucorrea), várices vulvares.

Todos los datos se registran en la HCPB o el registro que por norma se utiliza en el servicio, de esta manera se cumple con la actividad de admitir a la embarazada para detectar factores de riesgo, acompañar y evaluar el progreso del proceso de embarazo.

b. *Formulario de Registro de Datos.*

Un aspecto vital para realizar el seguimiento de la embarazada es el registro de datos. Para este propósito la Secretaría Nacional de Salud cuenta con varios instrumentos que describiremos a continuación:



- ***Historia Clínica Perinatal Base.***

Los datos obtenidos en el control prenatal se deben registrar en una HCPB, la cual ha sido desarrollada por el Centro Latino Americano de Perinatología, CLAP, que reúne en una sola hoja los datos indispensables para la planificación de la atención del embarazo, parto, puerperio y el recién nacido. El listado de las preguntas constituye un recordatorio para miembros del equipo de salud, ayuda para el cumplimiento de las normas y la auditoría. Una copia de la HCPB se presenta en la página siguiente.

Esta historia cuenta con un sistema de advertencia sobre algunos factores que pueden elevar el riesgo perinatal; los casilleros correspondientes a las respuestas que indican riesgo están coloreadas. De esta manera el equipo de salud puede obtener información sobre la situación perinatal, las características de la población asistida y la calidad de la atención brindada; así como elementos indispensables para la toma de decisiones y acciones a realizar.

- ***Carnet perinatal.***

Es conveniente que la embarazada reciba, en la primera visita al control, una tarjeta o carnet copia de la HCPB, para llevarlo consigo cada vez que concurra al control prenatal o parto. Con esta medida se obtiene la información que se requiere para conocer la evolución del embarazo, cuándo la mujer debe ser atendida en su próximo control o en otro servicio de salud. Una copia del Carnet perinatal se muestra en la página siguiente.

c. Control de la evolución del embarazo.

- ***Examen abdominal***

Este examen se logra a través de la inspección, palpación y auscultación (Maniobras de Leopold).

- ***Situación del feto.***

A medida que el feto crece, se va acomodando a la pelvis de la madre. En condiciones normales, el feto se sitúa en forma longitudinal en relación al eje de la madre, tanto en la presentación cefálica, como pélvica. Cuando ocurre un desvío hacia la derecha o la izquierda en presentación de la cabeza del feto, este está situado en forma oblicua, también puede encontrarse el feto en una situación transversa cuando se coloca en forma perpendicular a la madre.

REPUBLICA DE BOLIVIA

CLAP - OPS/OMS HISTORIA CLINICA PERINATAL - BASE										ESTABLEC.		Nº H.C.	
NOMBRE _____										EDAD años		ESTADO CIVIL	
DOMICILIO _____ FONO _____										menor de 18		casada unión estable soltera otro	
LOCALIDAD _____ DISTRITO _____ AREA _____										mayor de 35			
ANTECEDENTES										ALFABETA		ESTUDIOS	
PERSONALES										ning		sec años aprob	
FAMILIARES										no		prim univ	
diabetes										si		viven	
TBC pulmonar										no		fin anterior embarazo	
hipertensión										si		mes año	
gemelares										si		RN con mayor peso	
otros										si		g	
EMBARAZO ACTUAL										GRUPO		FUMA	
PESO ANTERIOR										Rh		HOSPITALIZACION	
TALLA (cm)										sensibilidad		no si	
EX CLINICO										no si		TRASLADO	
EX MAMAS										si		no si	
EX ODONT										no si		cigarrillos	
PELVIS										si		por día	
PAPANIC										no si		lugar	
COLPOSCOPIA										no si			
CERVIX										no si			
VDRL										día mes		día mes	
si no										Hb		día mes	

lecha de la consulta	1/	2/	3/	4/	5/	6/	7/	8/	9/
semanas de amenorrea									
peso (kg)									
tensión arterial máx./mín. (mm Hg)									
alt. uterina / presenta pubis fondo									
FC F. (lat min.) / mov fetal									
Nº de tabletas de sulfato ferroso entregadas									

EDAD GEST sem	PRES cel pelv tran	TAMANO FETAL acorde	INICIO esp ind. ces elect	MEMB int rot	TERMINACION espont forcpes cesárea otra	INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION		
						ninguna	otras infec	anemia crónica
menor 37					hora min día mes año	emb múltiple	paratosis	rot pre memb
mayor 41						hipert previa	R C I U	infec puerp
						preeclampsia	amen parto prem	hem puerp
						eclampsia	desprop cel pelv	otras
						cardiopatía	hemorragia 1º trim	
						diabetes	hemorragia 2º trim	
						infec urinaria	hemorragia 3º trim	

SEXO	PESO AL NACER	TALLA	EDAD POR EXA FISICO	PESO E G	APGAR 1º minuto	REANIM RESPIR	VDRL	1 CAPSULA DE VITAMINA "A" ADMINISTRADA POST-PARTO
f	g	cm	sem	adec	5º	no		si no
m	menor 2500 g	PER CEF	menor de 37	peq gde	6 o menor	máscara tubo		
EXAMEN FISICO	ninguna	otros SDR	infecciones	otras	ALOI CONJUNTO	HOSPL TALIZADO		
normal	memb hialina	hemorragia	defectos cong		si no	no si		
anormal	sind asprat	hiperbilirub	neurólogicas					
	apnea	otras hematol	metab/nutric					
EGRESO R. N.	sano traslado	pecho	PESO AL EGRESO	EGRESO MATERNO	sana traslado	ANTICONCEPCION		
hora día mes	con patol	artificial	g	día mes año	con patol	ninguna	condón	ligadura tubaria
	fallece				fallece	refenda	D I U	ritmo
							pildora	otro

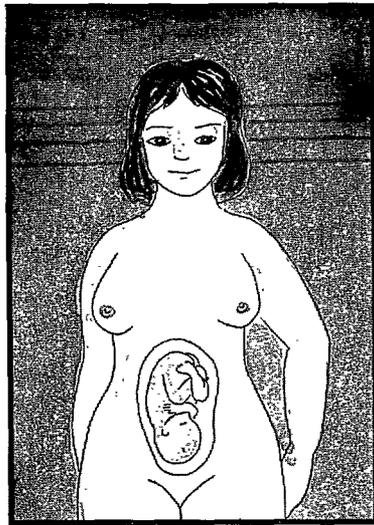
ESTE COLOR SIGNIFICA ALERTA

REPUBLICA DE BOLIVIA

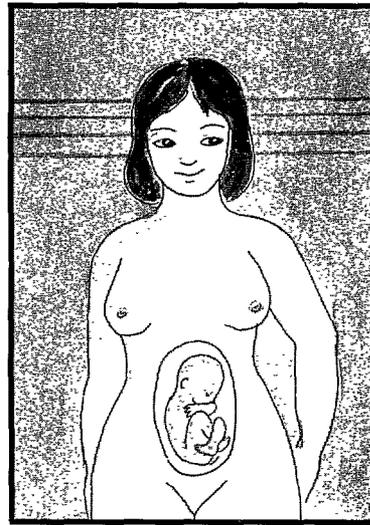
CLAP-OPS/OMS HISTORIA CLINICA PERINATAL - BASE										ESTABLEC		N° H C															
NOMBRE										EDAD años		ALFABETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL											
DOMICILIO										menor de 15		no		ning prim		casada estable soltera otro											
LOCALIDAD										mayor de 35		si		sec aprob		casada estable soltera otro											
TEL																											
ANTECEDENTES		PERSONALES		OBSTETRICOS		gastas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		fin anterior embarazo											
FAMILIARES		diabetes		diabetes		ninguno o más de 3 partos		partos		cesáreas		nacidos muertos		muertos 1° sem		RN con mayor peso											
TBC pulmonar		hipertensión		hipertensión crónica		algun RN menor de 2500g		gemelares				nacidos muertos		después 1° sem.		g											
gemelares		otros		Infertilidad																							
EMBARAZO		gesta		DUDAS		ANTITETANICA		actual		GRUPO		FUMA		HOSPITALIZACION		no si											
PESO ANTERIOR		TALLA (cm)		no		previa		si no		Rh		no si		TRASLADO		no si											
kg		1		si		si no		mes gesta		sensibil.		algarrillo por día		lugar													
EX CLINICO normal		EX MAMAS normal		EX ODONT normal		PELVIS normal		PAPANIC normal		COLPOSCOPIA normal		GERVIX normal		VDRL		Hb											
si no		si no		si no		si no		si no		si no		si no		- +		dia mes											
fecha de la consulta		1		2		3		4		5		6		7		8											
semanas de amenorrea																											
peso (kg)																											
tensión arterial máx/mín (mm Hg)																											
alt uterina / present / pube fondo																											
F.C.F. (lat/min.)		mov fetal																									
PARTO		ABORTO		CONSULTA		PRENATAL		INGRESO		EDAD		PRES		TAMAÑO		INICIO		MEMBRANAS		fecha ruptura							
ORIGEN		en el hosp		si no		con carné		si no		temperatura		menor 37 mayor 41		cef pelv tran		FETAL acorde		esp Ind. ces elect.		hora minut. día mes							
hora		tensión arterial máx/mín (mm Hg)		contracciones		frac./10 min / dur seg.		altura		var posic		F.C.F. (latidos / minuto)		F.C mat.		dilat. cerv		meconio		ninguna emb múltiple hipert previa preeclampsia eclampsia cardiopatía diabetes Infec urinaria		orden otras Infec parasitosis R.C.I.U. ameen. parto prem. deoprop. cef. pelv. hemorragia 1° trim hemorragia 2° trim hemorragia 3° trim.					
TERMINACION espont.		forceps		cesárea		otra		hora min		día mes año		NIVEL DE ATENCION 3° 2° 1° domic otro		N° H C. RN		nombre RN		ATENDIO médico enf./ obst. auxil/ empir. otro		nombre							
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION		MUJERTE Intraut		no si emb		EPISIOTOMIA		no si		ALUMB espont		si no		PLACENTA compl.		si no		PARTO		NEONATO		nombre					
DESGARROS parto		si no		DESGARROS parto		si no		MEDICACION EN PARTO		ning anest reg		anest gan		analg tranquil		ocitoc.		antibiot.		otra							
RECIEN NACIDO		TALLA		EDAD POR EX FISICO		PESO E G		APGAR		REANIM RESPIR.		VDRL		PUERPERIO		horas o días post parto o aborto		temperatura		pulsos (lat./min.)		tensión arterial máx./mín. (mm Hg)		invol. uterina		características de loquios	
SEXO PESO AL NACER		menor 2500 g		PER CEF		cm		menor de 37		adec. peq. gde		1° minuto 5°		no mascara tubo		- +											
EXAMEN FISICO		ninguna		otros SDR		Infecciones		otras		ALOU CONJUNTO		HOSPITALIZADO															
normal		memb hialina		hemorragia		defectos cong.		neurólogicas		si no		no si															
anormal		sind aspirat		hiperbilirub		metab/nutric																					
anormal		apnea		otras hematol																							
PESO RN		sano		traslado		pecho		PESO AL EGRESO		EGRESO MATERNO		sana		traslado		ANTICONCEPCION		condon		ligadura		tubaria		ilgadura			
hora día mes		con patol		fallece		artificial		g		día mes año		con patol.		fallece		ninguna referida		D.I.U.		ritmo		otro		otro			
Responsable:																											

este color significa ALERTA

Mundy Color

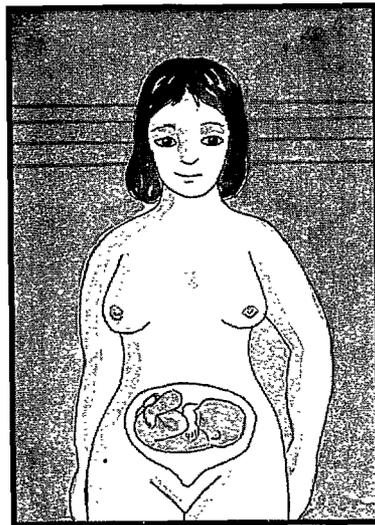


PRESENTACIÓN CEFÁLICA



PRESENTACIÓN PÉLVICA

La situación oblicua como la transversa son anormales y en estos casos no es posible que se produzca el parto por vía vaginal.



SITUACIÓN TRANSVERSA



SITUACIÓN OBLICUA

- *Variedad en la presentación y situación del feto.*

Las cuatro maniobras de Leopold se realizan en la embarazada una vez que el tamaño del útero permite distinguir por palpación las partes fetales, para determinar la presentación y situación del feto. Antes de comenzar el examen, la mujer debe tener las rodillas flexionadas y la vejiga vacía.



1a. Maniobra.

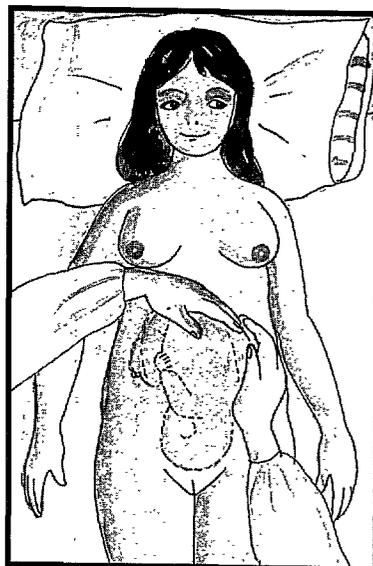
Responde a la pregunta: ¿Qué está en el fondo: cabeza o pelvis fetal?



El examinador se sitúa al lado derecho de la madre y coloca las manos extendidas sobre el abdomen, ejerciendo cierta presión con ambas manos, palpa la parte superior del útero, procurando circunscribir el polo superior; se podrá sentir una parte voluminosa y blanda que puede corresponder a los glúteos del feto, o una parte redonda que pelotea (la cabeza del feto).

2a. Maniobra.

Responde a la pregunta: ¿Dónde se encuentra el dorso o espalda del feto?



Colocando las manos a los costados del abdomen de la embarazada, el examinador presiona suavemente el útero con una mano empujándolo al lado opuesto del abdomen. Con la otra mano palpa el lado opuesto, donde se encuentran las partes pequeñas de forma irregular y nudosas movibles, que son las extremidades del feto (brazos y piernas), del otro lado se palpa una superficie resistente y lisa que es la espalda del feto.



3a. Maniobra.

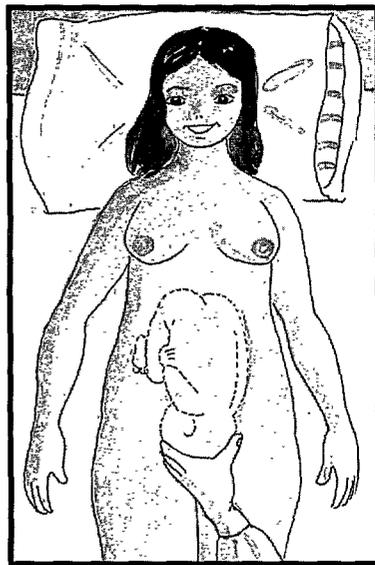
Responde a la pregunta: ¿Dónde está la prominencia cefálica fetal?



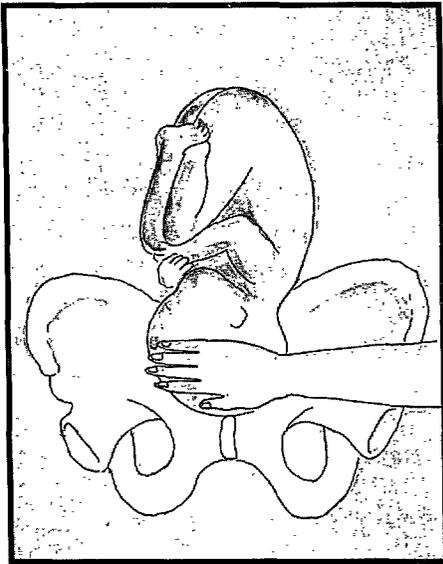
El examinador se ubica al lado de la paciente mirando hacia los pies de la misma, coloca las yemas de sus dedos sobre cada lado de la línea media del abdomen de la embarazada presionando suavemente para determinar si corresponde a la cabeza del feto y el descenso de la misma dentro de la pelvis.

4a. Maniobra.

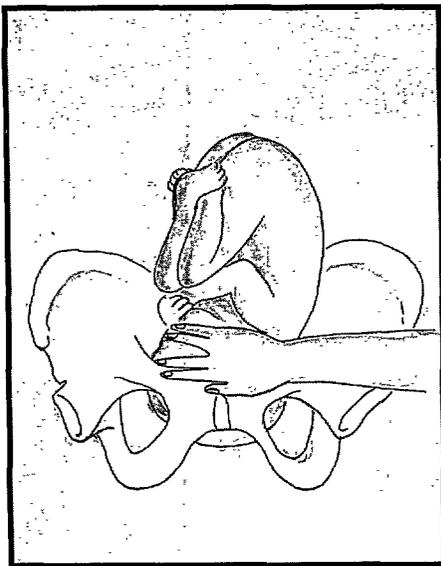
Responde a la pregunta: ¿Cuál es la parte de presentación del feto?



El examinador coloca la mano derecha sobre la sínfisis del pubis de la embarazada, separando el pulgar de los otros dedos de la mano, presionando suavemente con el resto de los dedos y tratando de palpar el polo inferior del feto. La cabeza se siente redonda y al moverlo de un lado al otro pelotea (moviéndose independientemente del cuerpo).



Otra manera de evaluar el descenso es palpando qué tanto ha encajado la cabeza en la pelvis usando la mano y la sínfisis como medidas, es decir, si se siente toda la cabeza y se la puede mover, entonces mide 5 dedos por encima del borde superior de la sínfisis, significa que aún no está encajada la cabeza en la pelvis.

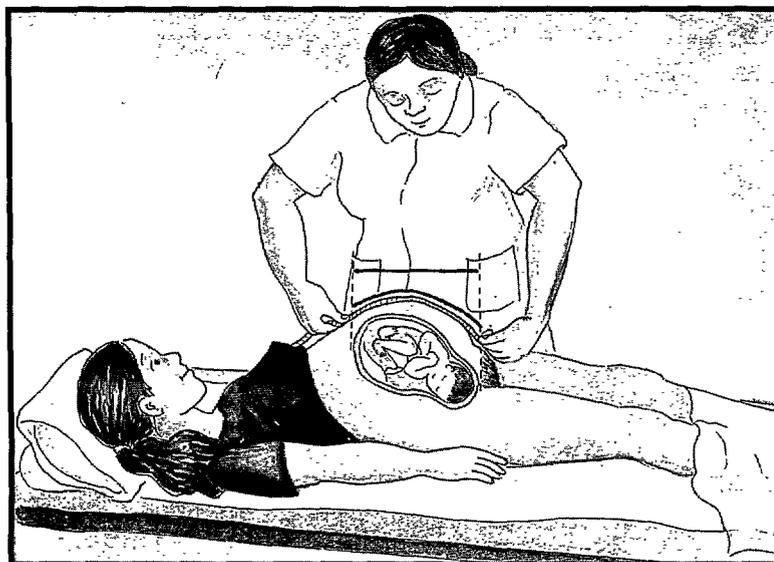


Si sólo alcanza 3 dedos alrededor de la cabeza desde la sínfisis y no se la puede mover, esto significa que la cabeza está encajada, y si no se puede colocar ni un dedo entre el pubis y la cabeza del feto, entonces la cabeza del mismo está dentro de la pelvis.

d. Procedimientos para medir la altura uterina.

Para obtener una medida veraz del fondo uterino se deben tomar en cuenta las siguientes precauciones:

- La mujer debe tener la vejiga vacía.
- La mujer debe estar con las rodillas ligeramente flexionadas.
- Se recomienda que ante una mujer con retardo en el crecimiento uterino, sea siempre la misma persona la que efectúe las mediciones de altura uterina.



El útero debe ser medido tan pronto como pueda ser palpado a través del abdomen. Se debe evaluar el crecimiento del feto y compararlo con las semanas de gestación. Se usa la cinta métrica y se mide desde la sínfisis del pubis a la altura del fondo uterino, tomando en cuenta la curvatura del mismo. Entre 20 y 36 semanas de gestación se espera que el crecimiento sea un centímetro por semana. Por ejemplo, el útero de una mujer con un embarazo de 29 semanas debe medir 29 cm.

Es importante que se utilice el mismo método de medición de altura uterina durante los controles prenatales.

e. Otro método para medir la altura uterina.

El dato obtenido se debe relacionar con la edad del embarazo de acuerdo a la fecha del último período menstrual.

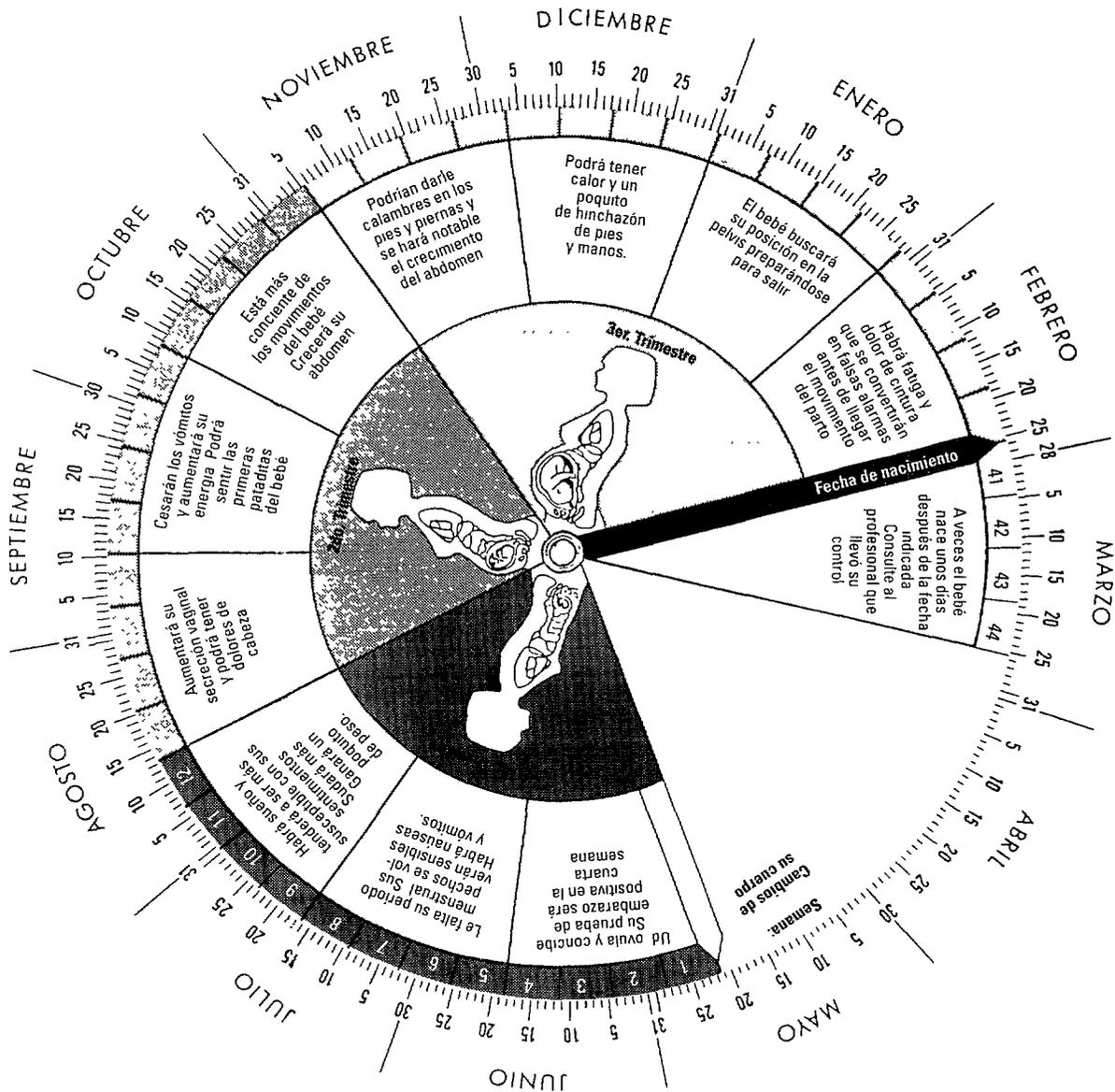
f. ¿Cómo se calcula la fecha probable del parto?

- **Regla de Fabre.**

Hay variaciones en la duración del embarazo, por ello es difícil dar una fecha precisa para el parto. Sin embargo, por mucho tiempo se viene utilizando métodos como la regla de Fabre, que consiste en contar hacia atrás 3 meses calendario desde el último día del período menstrual y aumentar 10 días. Por ejemplo, si la fecha del último día de la menstruación (F.U.M.) comenzó el 2 de junio, contaríamos hacia atrás 3 meses llegando al 2 de marzo, más los 10 días, la fecha probable de parto sería el 12 de marzo.

Calculadora De Su Embarazo

Diseñada por el American College of Nurse-Midwives



Manera de usar: Ponga la flecha blanca en el primer día de su último período menstrual. La flecha negra le indicará la fecha estimada del parto. La información en el centro de la calculadora corresponde a las fechas del calendario para su embarazo



Regalo de:

	S		M	El crecimiento de su bebé	Peso (lb/onoz)	Talla (pulgadas)			
Período Embrionario	1		1	Su bebé es concebido y comienza su desarrollo		1/5			
	2								
	3								
	4								
		5		2	El corazón de su bebé comienza a palpar. Aparecen su espina dorsal. Pulmones, brazos, piernas, ojos, nariz y boca y comienzan a crecer.		2		
	6								
	7								
	8								
Período Fetal	9		3	Los ojos de su bebé están cerrados y crecen sus uñas. Se forman sus testículos u ovarios.	1/3 onz	3			
	10								
	11								
	12								
		13		4	Se desarrollan bien sus piernas. Ya hace movimientos para respirar y tragar.	2 onz	6		
	14								
	15								
	16								
		17		5	Aprieta las manos. Le da hipo. Aparecen las uñas de los pies.	7 onz	10		
	18								
	19								
	20								
		21		6	Puede empuñar sus manos. Su pelo ya es visible. su piel es roja y arrugada.	1 lb 2 onz	12		
	22								
	23								
	24								
		25		7	Tiene pestañas. Su cuerpo es delgado.	1 lb 13 onz	13.8		
	26								
		27				8	Puede abrir sus ojos y practica para respirar.	2 lbs 3 onz	14.4
	28								
		29		8	Puede abrir sus ojos y practica para respirar.			2 lbs 14 onz	15
	30								
		31				9	Responde a las voces conocidas y gana 4 a 8 onzas de peso semanalmente.	3 lbs 12 onz	16.5
	32								
		33		9	Responde a las voces conocidas y gana 4 a 8 onzas de peso semanalmente.			4 lbs 10 onz	17.7
	34								
		35				10	Su bebé crece y gana peso, y está listo para nacer.	5 lbs 8 onz	18.3
	36								
		37		10	Su bebé crece y gana peso, y está listo para nacer.			6 lbs 6 onz	18.9
	38								
		39				10	Su bebé crece y gana peso, y está listo para nacer.	7 lbs 8 onz	19.6
	40								

Definiciones:

Ovulación:

Los ovarios de una mujer sueltan un huevo para fertilizar. Es el tiempo en que ocurre la concepción.

Concepción:

Es cuando el embarazo sucede. El espermatozoides del hombre encuentra el huevo de la mujer en la trompa.

Duración del Embarazo:

280 Días después del comienzo del último período menstrual.

Los Meses de Embarazo:

40 semanas o 9 meses completos, los cuales son iguales a 10 meses lunares.

Período Embrionario:

Las primeras 8 semanas después de la concepción.

Período fetal:

El resto del embarazo después del periodo embrionario.

Determinación del sexo:

El espermatozoides puede ser masculino o femenino; el que encuentre primero el huevo de la mujer determina el sexo del bebé.

Prueba de Embarazo:

La prueba de sangre será positiva 24 horas después de implantación, la cual ocurre una semana después de la concepción. La prueba de orina será positiva unos días después de la primera falta del período menstrual.

Esta información está basada en promedios y proveída como guía para ayudarla acerca de su embarazo. Sin embargo, la confianza sobre esta información no tiene la intención de substituir a un profesional en el cuidado del embarazo. Si Ud. tiene alguna pregunta o preocupación sobre su embarazo, consulte a un profesional de la salud.

© 1988 American College of Nurse-Midwives
 Revisada, 1991
 Diseñada para ACNM por
 Pennie Sessler Branden, CNM



UPM – 3 meses + 10 días

Ejemplo: 2 de junio – 3 meses = 2 de marzo + 10 días = 12 de marzo.

- **Regla de Nägele.**

Consiste en restar 3 meses calendario del primer día del último período menstrual y agregar siete días.

Primer día UPM – 3 meses + 7 días

- ***Rueda para el cálculo de la edad gestacional. (Ver página siguiente)***

Esta rueda es útil para calcular la FPP (Fecha Probable del Parto). También puede ser utilizada para las visitas de seguimiento. Por ejemplo, si la mujer no recuerda o no sabe la fecha de su última menstruación, pero se acuerda la fecha de la primera sensación de movimientos fetales, se puede utilizar la rueda. Se alinea la fecha referida por la madre con la semana de gestación (18 semanas). Así se calcula la edad gestacional.

g. *Vigilancia del bienestar fetal por medio del reporte de los movimientos fetales.*

Una forma fácil que requiere mínima intervención es orientar a la madre para hacerla consciente de los movimientos fetales.

A partir de las 30–32 semanas de gestación, es necesario enseñar a la madre a concentrarse en los momentos en que el bebé está más activo y acostumbrarse al patrón de los movimientos del mismo. Generalmente la actividad del bebé es más notable después de las comidas. La madre deberá controlar cuánto tiempo tarda el bebé en moverse 10 veces. Puede contar con los dedos.

El factor más importante a notar como signo de un problema del bebé, es cualquier cambio o disminución en sus movimientos.

En el lapso de 1 ó 2 horas, los movimientos del bebé deben ser más de 10 veces, estos datos indican la vitalidad del feto.





h. Inmunización a la embarazada con la vacuna antitetánica.

La aplicación de la vacuna antitetánica a las mujeres comprendidas en las edades de 15 a 45 años, con preferencia a mujeres embarazadas, tiene el único objetivo de disminuir la morbimortalidad perinatal por el tétanos neonatal.

El tétanos neonatal es una enfermedad grave que es causada por una bacteria (*Clostridium tetani*). Casi todos los recién nacidos a los que ataca se mueren y los que no mueren, casi siempre quedan con daño cerebral. La enfermedad es llamada también “pasma”.

A pesar de ser tan grave, el tétanos sólo ataca a las personas que no tienen defensas contra esta enfermedad. Existe una vacuna llamada “TOXOIDE TETANICO” que protege contra el tétanos y que se aplica a las mujeres en edad fértil, con preferencia a las embarazadas. El toxoide tetánico está contenido en la vacuna TT (Toxoide Tetánico) y el DT (Difteria–Toxoide tetánico).

Cuando la madre es vacunada, sea antes o durante el embarazo, ella fabrica defensas contra el tétanos en su sangre, y se las pasa a su hijo a través de la placenta, así como también le está pasando alimentos.

i. El niño con tétanos neonatal.

Al nacer, los niños parecen normales, ya que tienen buen color, buen llanto y maman con avidez el pecho.

Pero, a los 3 o 5 días, comienzan a llorar, dejan de mamar porque se les endurece la boca (Trismus por contracción muscular), les da fiebre y comienzan con temblores. Se echan para atrás y se ponen morados (cianóticos) y finalmente se mueren.

Los recién nacidos que no están protegidos contra la enfermedad de tétanos, contraen la enfermedad cuando al atender el parto, se usan objetos sucios para cortar el cordón umbilical o cuando después de cortarlo, se aplica tierra, ceniza, bosta de animales u otras cosas.

A continuación presentamos el esquema que el Auxiliar de Enfermería debe seguir con cada embarazada para prevenir el tétanos neonatal:

***Esquema de vacunación contra el tétanos a las mujeres en edad fértil,
con preferencia a las embarazadas***

DOSIS	CUÁNDO	PROTECCIÓN	VÍA	DOSIS
1a.	En la primera consulta	No protege	IM	0.5 cc
2a.	Un mes después de la primera	3 años	IM	0.5 cc
3a.	Seis meses después de la segunda	5 años	IM	0.5 cc
4a.	Un año después de la tercera	10 años	IM	0.5 cc
5a.	Un año después de la cuarta	Toda la vida	IM	0.5 cc

Este cuadro muestra el intervalo entre la dosis de TT o DT. Hay que aclarar que **NO EXISTE INTERVALO MÁXIMO ENTRE DOSIS**. Por ejemplo, si una mujer recibió su primera dosis hace ocho meses o más, y ahora viene a la consulta, en ese momento se le aplica la segunda TT o DT, no hay necesidad de reiniciar el esquema de vacunación, hay que continuar.

Si una mujer no tiene carnet o no se acuerda si ha sido vacunada, lo mejor es vacunarla, comenzando con la primera dosis.

La vacuna protege a la madre contra tétanos y también al recién nacido.





La vacuna se puede administrar en cualquier edad del embarazo o cerca del parto, ya que esa dosis puede servir para los siguientes hijos.

A continuación se presenta una copia del Carnet de Tétanos:

 MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO SECRETARIA NACIONAL DE SALUD DIRECCION NACIONAL DE VIGILANCIA Y CONTROL DE ENFERMEDADES Y RIESGOS Bolivia						
CARNET DE VACUNACION						
NOMBRE: SECRETARIA REGIONAL: FECHA:						
ANOTE LA FECHA EN QUE ESTA VACUNANDO. ACTUALICE LAS DOSIS RECIBIDAS ANTERIORMENTE	VACUNA	NUMERO DE DOSIS				
	TT Toxoide Tetánico	1ra.	2da.	3ra.	4ta.	5ta.
	DT Difteria/Tétanos					

A.4.1. Educación y Orientación de la embarazada.

Educación y Orientación de la embarazada debe tomar en cuenta lo siguiente:

- a. **Higiene.** Las glándulas de la piel durante el embarazo, pueden mostrar o no mayor actividad, por lo que pueden presentar algunos problemas como sequedad o irritabilidad de la misma, a través de ella se eliminan ciertos materiales de desecho por lo que el baño es de gran importancia, ya que estimula, refresca y relaja. Se debe velar sobre todo por la seguridad física, prever situaciones en las que la embarazada pudiera resbalar o caer.

La higiene de los senos debe realizarse diariamente con agua limpia, no debe usarse jabón o alcohol porque resecan la piel de los pezones. Si estos fuesen planos o invertidos, deben formarse haciendo rotar el pezón a la derecha e izquierda. En el cuidado de los dientes debe recomendarse la limpieza cuidadosa de los mismos, para prevenir trastornos de la boca.

- b. **Vestimenta.** La embarazada debe usar ropa holgada, sin que ajuste el abdomen (vientre), no debe usar ligas, por ejemplo, para sujetar medias, ya que puede causar trastornos en la circulación sanguínea, los calzados deben ser cómodos, de preferencia de taco bajo o planos.



- c. **Descanso.** En el período de gestación la fatiga es uno de los primeros síntomas que se manifiestan, por lo que es necesario que la embarazada organice su tiempo y actividades para tomar un descanso y no sentirse agotada. Alternar los períodos de descanso con los de actividades favorece, ya que la fatiga va disminuyendo a medida que el organismo va acostumbrándose a los cambios que se dan en el embarazo.

En el período del embarazo es posible que se presente el estreñimiento debido a que el útero va creciendo y también porque el peristaltismo es más lento, en estas circunstancias es aconsejable la ingestión de bastante líquido, frutas y verduras como por ejemplo, papaya, naranja, lechuga, etc.

Se recomienda evitar consumir drogas por automedicación, debe consultarse al médico, también debe evitarse la ingestión de bebidas alcohólicas, o el fumar, ya que puede perjudicar el normal desarrollo del feto.

A.4.2. Factores de riesgo durante el embarazo.

El riesgo en el embarazo es la probabilidad de que ocurra un daño para la salud de la madre o del niño, por ello los factores de riesgo que se deberán tomar en cuenta son:

- Gestante de 17 años de edad o menos.
- Gestante de 35 años o más.
- Gestante analfabeta.
- Gestante con ingresos económicos bajos.
- Gestante con antecedentes de pérdida perinatal (mortinato) y/o muerte en los primeros 7 días de vida.
- Gestante con antecedentes de aborto.
- Historia de embarazo ectópico.
- Historia de parto pretérmino.
- Gestante con cesárea anterior.
- Gestantes fumadoras y/o bebedoras.
- Madre soltera.
- Gran múltipara, con más de 4 hijos.
- Gestantes con las siguientes características:
 - Embarazo gemelar.



- Gestante con altura de fondo uterino menor para la edad gestacional en el embarazo actual (utilizando el calendario para contar los meses de embarazo y relacionar con la altura uterina).
- Desnutrición materna en el embarazo actual.
- Anemia crónica en el embarazo actual (10 gr. de hemoglobina o menos, con franca palidez de piel).
- Hemorragia genital en cualquier momento del embarazo, con o sin dolor.
- Hipertensión arterial previa (antes del embarazo o diagnosticada antes de la semana 20 de embarazo).
- Pre-eclampsia (presión arterial sistólica de 140 sobre diastólica de 90 mm. de Hg).
- Cardiopatía.
- Diabetes, TCB y otras.
- Enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea y SIDA).
- Incompatibilidad de factor Rh o grupo sanguíneo.
- Posición fetal (situación transversa o presentación podálica).
- Stress.

A.4.3. Urgencias del embarazo.

Las urgencias en el embarazo son de altísimo riesgo para la madre o el bebé. Por eso requieren de una atención inmediata por cuanto sólo unos minutos de retraso pueden significar la pérdida de sus vidas.

a. Hemorragia durante el embarazo.

Durante el embarazo normal, la placenta está firmemente unida a la pared del útero y no debe ocurrir ninguna hemorragia vaginal.

Cualquier cantidad de hemorragia vaginal es conocida como hemorragia antes del nacimiento. Es señal de que algo anda mal e indica un peligro serio para la madre y/o el bebé.

A continuación se dan a conocer los posibles problemas por los que se presenta hemorragia en el embarazo:

Primera mitad del embarazo:

- Embarazo ectópico.
- Mola hidatiforme.
- Aborto.

Segunda mitad del embarazo:

- Placenta previa.
- Desprendimiento prematuro de la placenta.

a.1. Manejo de las urgencias por la Auxiliar:

En cualquier caso de hemorragia antes del nacimiento, son necesarias acciones inmediatas para prevenir la muerte: trasladar de inmediato a la paciente al servicio más cercano y canalizar una vena con un suero. Una señora con hemorragia durante el embarazo debe ser transferida inmediatamente al servicio de mayor complejidad. Durante su traslado debe permanecer acostada con los pies elevados y darle muchos líquidos si su estado le permite.

a.2. Prevención de las complicaciones.

Las mujeres que están anémicas, pueden tolerar muy poca pérdida de sangre, por lo que es importante tratar de prevenir la anemia durante el embarazo. De igual manera, es recomendable controles prenatales, por lo menos 4, durante todo el embarazo.

b. Pre-eclampsia/eclampsia.

La pre-eclampsia es una enfermedad hipertensiva provocada por el embarazo.

Los síntomas de pre-eclampsia se presentan hasta después de la segunda mitad del embarazo, usualmente en los últimos tres meses.

b.1. Signos y síntomas:

- Hinchazón de pies, manos y cara.
- Dolor de cabeza.
- Visión borrosa de luces.
- Aumento rápido de peso.
- Presión arterial alta 140/90.
- Presencia de proteína en la orina.



Sin tratamiento, la pre-eclampsia puede convertirse en una eclampsia que se caracteriza por convulsiones. Aún no se sabe por qué algunas mujeres desarrollan esta condición. Con la detección temprana y la referencia al hospital para su tratamiento, puede prevenirse la mortalidad. La pre-eclampsia/eclampsia es más común entre:

- Primigrávidas.
- Mujeres menores de 20 años.
- Mujeres con embarazos múltiples.
- Mujeres mayores.
- Mujeres multíparas, con más de 5 embarazos.
- Embarazos con mucho líquido amniótico.

b.2. Manejo por la Auxiliar:

La Auxiliar de Enfermería debe estar atenta a los signos y síntomas de pre-eclampsia que se mencionaron anteriormente, es decir:

- Hinchazón anormal.
- Dolores de cabeza.
- Visión de luces.

En caso de tener la embarazada esos signos y síntomas, debe **referir rápidamente** al centro de salud de mayor complejidad, donde la evalúen y le den tratamiento. Si el traslado se demora, la Auxiliar de Enfermería debe orientar y cuidar a la madre, evitando o disminuyendo la sal de las comidas y disminuyendo los líquidos, sobre todo los gaseosos. La Auxiliar de Enfermería debe ayudar a una mejor diuresis, dándole mates como el de cola de caballo que es muy útil para disminuir el edema.

b.3. Prevención de las complicaciones.

- Colocar en reposo relativo.
- Controlar la presión arterial a todas las mujeres embarazadas en el centro opuesto de salud.
- Controlar estrictamente el consumo de sal y bebidas gaseosas.
- Cualquier embarazada con signos y síntomas de pre-eclampsia debe tener su parto en el hospital.
- Una pre-eclampsia sin tratamiento puede complicarse a una eclampsia (convulsiones).



c. Ruptura prematura de membranas.

La ruptura prematura de membranas es cuando la bolsa que contiene el líquido amniótico se rompe más de 24 horas antes de que el parto se produzca (nacimiento del niño).

Las causas de la ruptura prematura de membranas generalmente son desconocidas, sin embargo se pueden citar algunas como ser golpes, hiperactividad del feto.

La Auxiliar de Enfermería orientará a la embarazada que debe comunicar inmediatamente la ruptura de la bolsa, es posible que la salida de líquido amniótico sea abundante o por goteo continuo que aumenta en cantidad cuando la embarazada tose o estornuda.

c.1. Manejo por la Auxiliar.

- Para prevenir la sepsis en la madre y el bebé, la Auxiliar de Enfermería debe referir al centro de salud más cercano a cualquier mujer que haya tenido una ruptura de membranas y que después de 12 horas todavía no presenta síntomas de trabajo de parto para que pueda recibir antibióticos y posiblemente se le induzca el parto.
- Si la embarazada que tuvo ruptura de membranas presenta fiebre o el líquido amniótico huele mal y es de color verde olivo (puré de arvejas), debe ser referida inmediatamente al centro de salud de mayor complejidad. Antes de referirla se debe iniciar una terapia de antibióticos.

No realizar tacto vaginal porque sólo aumenta el riesgo de infección

- Si hay prolapso de cordón, debe insertarse dos dedos en la vagina de la señora y empujar la presentación hacia arriba para evitar la compresión del cordón. La embarazada debe ser transportada así y acostada con las caderas en alto.

c.2. Detección oportuna de las complicaciones del embarazo.

Cuando se planeaban las actividades para el control prenatal, se dijo que el objetivo era el de vigilar la salud de la madre y el niño, a través de una evaluación de su estado con una visión del enfoque de riesgo que contempla los siguientes factores:



- Biológicos.
- Ambientales.
- Comportamiento.
- Relacionados con la atención a la salud.
- Sociales–culturales.
- Económicos.

La HCPNB ayuda de gran manera a identificar en forma rápida y oportuna los factores de riesgo y la presencia inevitable de las complicaciones que se podrían presentar durante el embarazo.

La incertidumbre de una mujer embarazada que inició su experiencia con miedo y muchas interrogantes, de cómo terminará todo el proceso, se disipa sólo cuando llega el momento del parto y tiene en sus manos el recién nacido, con signos inminentes de vida, un llanto vigoroso, de color rosado, fuerte, como producto de los cuidados que tuvo la madre en su embarazo y los recibidos por el personal de salud. Sin embargo, el personal de salud (el/la Auxiliar) debe estar preparado para atender las complicaciones.

PREGUNTAS PARA REFLEXIONAR.

La Auxiliar de Enfermería en su trabajo diario, continuamente va preguntando sobre las siguientes situaciones:

1. *¿Cuáles son los factores de riesgo en el proceso reproductivo? ¿Específicamente para el proceso de embarazo?*
2. *¿Cómo se pueden reconocer los signos de riesgo en el embarazo?*
3. *¿Cómo se afecta la salud de la madre y el niño con la presencia de las complicaciones?*
4. *¿Cómo se pueden prevenir las complicaciones si las hay?*
5. *¿Qué debe hacer frente a una complicación?*

B. PROCESO DEL PARTO.

Para una mejor interpretación del proceso del parto, es útil plantearse la siguiente pregunta: ¿Cómo sentimos las mujeres el parto?

La mujer embarazada suele acercarse al parto con dos temores específicos: “¿Será normal mi bebé? ¿Será doloroso el parto? ¿Por qué?”. Estas preocupaciones ocupan un lugar preferente en el pensamiento de la madre y las personas que participan en el cuidado de la madre y el feto, y deberán inspirar la sensación de que son amigos de la madre y que desean sinceramente evitarle todo dolor posible dentro de los límites de seguridad para ella y su hijo.

“El miedo es el principal agente productor del dolor en un parto que podría ser normal, probablemente el miedo puede ejercer un efecto perjudicial en la calidad de las contracciones uterinas y en la dilatación del cuello uterino”.

Ordinariamente, un relato común de una mujer que se encuentra en estado de parto, sería como sigue:

“Cuando llegó la hora del parto sentí que no sabía nada, mi mamá me decía ‘...es así hijita, siempre es así, ¡duele! A todas les pasa lo mismo, ¿ya tienes lista la ropita? ¿y la ropa que debes llevar al hospital?...’. Pero, yo sigo con miedo, dicen que en el hospital no puede entrar mi marido ni mi mamá, también que me dejarán en una camilla con poca ropa, además dicen que cortan siempre, y te rasuran las partes. ¡Ay!, ahora estoy sintiendo que mi barriga se pone dura y quiere quitarme la respiración, esto ya me vino hace rato y vuelve de rato en rato, ya hace dos horas creo que he botado la marca o seña que dicen, ¡ay!. ¿Cómo nacerá la wawa?, ¿cuánto tiempo faltará? ¡Tengo mucho miedo!”

¿Qué preguntas nos plantea la situación descrita y qué respuestas podemos dar?

1. *¿Qué es el parto?*
2. *¿Cuánto tiempo dura?*
3. *¿Qué debe hacer la madre para colaborar durante el trabajo de parto?*
4. *¿Cómo puedo saber si todo va bien durante el trabajo de parto?*
5. *¿Qué complicaciones pueden presentarse durante el parto?*



6. ¿Qué cuidados especiales se deben tener?
7. ¿Cómo puede dar una atención humanizada?

B.1. Fisiología del parto.

El parto es el proceso fisiológico mediante el cual, el feto es expulsado al exterior, impulsado por las contracciones uterinas. La fuerza del músculo uterino hace que el feto pase por el canal de parto (vagina), contra la resistencia de los tejidos blandos, músculos y la pelvis, hasta llegar al orificio vaginal, por último salir al exterior echando el primer grito como signo de vida.

En el parto se consideran cuatro etapas diferentes, como sigue:

a. Primera Etapa.

Comienza con las contracciones uterinas regulares, modificando el cuello e iniciando la dilatación hasta completar la misma, de 0 a 10 cm. Las contracciones pueden empezar con espaciamientos de 20, 15 y 10 minutos y una duración de 15, 20, 35 segundos.

El apoyo emocional que se debe brindar durante el embarazo, se realiza tomando en cuenta que la mujer embarazada nunca está sola, pertenece a un círculo familiar, por lo tanto se debe dar mayor importancia a la enseñanza que se debe dar dirigida a la pareja, y a la participación de la familia en la evolución del embarazo.

Cuanto mejor comprenda la pareja y el resto de la familia el desarrollo normal del embarazo, más naturales les parecerán los cambios y las molestias y menor será la inquietud que experimenten a medida que los temores, hábitos, costumbres y supersticiones se vayan explicando y aclarando, a través de acciones educativas individuales y grupales. Al final permitirán que el personal de salud logre una relación más estrecha con la familia.

Conocer las tradiciones, hábitos y costumbres, conceptos y experiencias vividas sobre el embarazo, ampliar y mejorar los conocimientos sobre el embarazo normal. Fomentar el trabajo de equipo familiar y lograr la confianza de la familia hacia el personal, es la tarea que debe cumplir el Auxiliar de Enfermería.

Una vez que se tiene conocimiento de la familia y comunidad, se planifican actividades de enseñanza individual ó grupal sobre temas relacionados con el desarrollo del embarazo, importancia del control prenatal, higiene y nutrición, preparación para el parto y el cuidado del recién nacido y el puerperio.

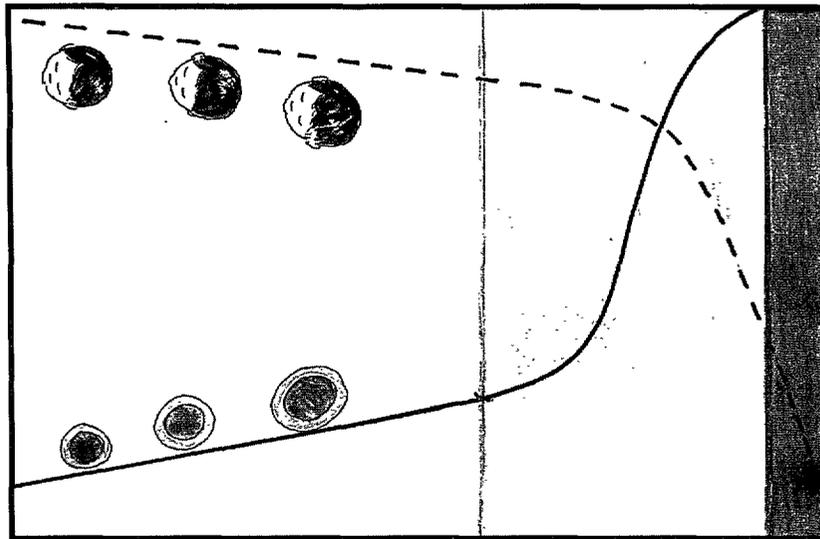


En esta etapa se distinguen dos momentos importantes:

Una fase latente. Se caracteriza con una contracción cada 5 minutos, con una duración de 25 a 35 segundos, con una intensidad moderada. Es decir, 2 contracciones en 10 minutos. Comienza con las contracciones regulares hasta que el cuello empieza a dilatarse más rápidamente.

Una fase activa. Que dura hasta la dilatación completa; una contracción se produce cada 3 minutos, con una duración de 60 segundos, o sea 3 contracciones en 10 minutos. El cambio de la dilatación en esta fase debe ser más o menos de 1 a 2 cm o más por hora transcurrida de trabajo de parto en las nulíparas, y de 1 a 5 cm o más en las multíparas.

Gráfica de la dinámica uterina

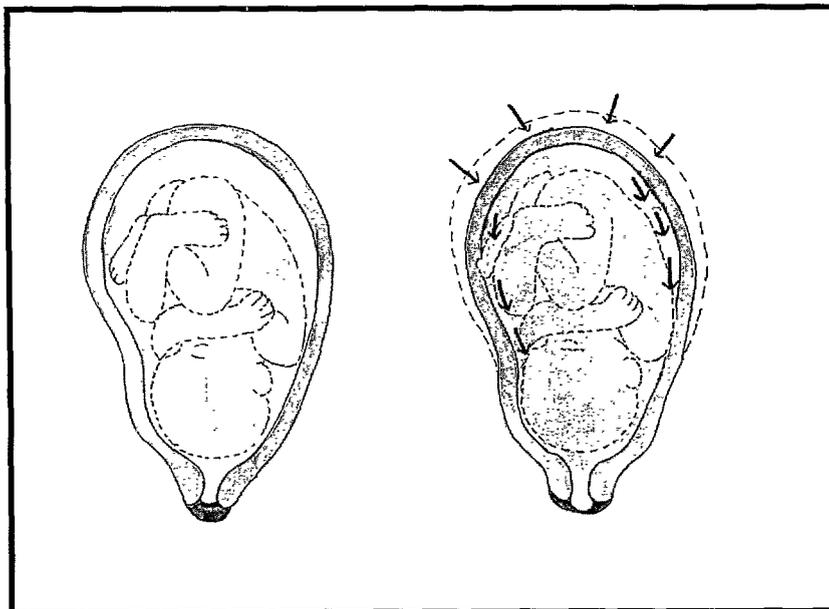


La intensidad de las contracciones se define como la fuerza y tono del músculo uterino durante el período de dilatación (trabajo de parto). Se puede dar 3 calificaciones como:

- *Suave: se puede hundir el útero a la presión.*
- *Moderada: el útero sólo se puede hundir con presión firme, indica la cúspide de la contracción.*
- *Fuerte: el útero está muy firme y no se puede hundir.*

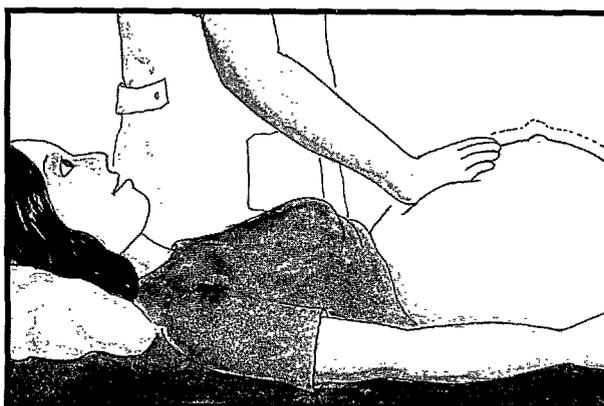


Contracciones

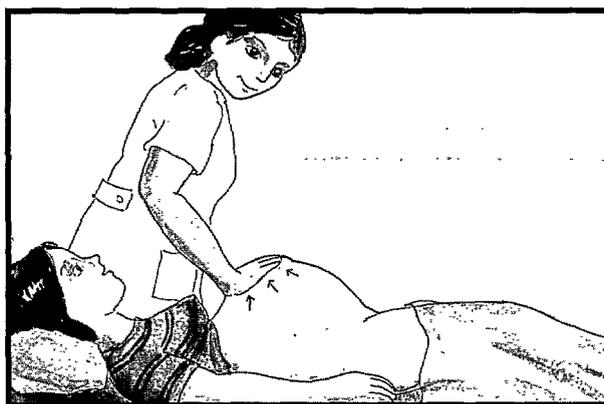


Valoración de la intensidad de las contracciones

Suave



Fuerte



Durante la atención del parto, un aspecto importante es atender a la mujer de manera humanizada, con un trato cálido tanto en el domicilio como en el servicio.

El apoyo emocional que se debe brindar durante el embarazo se realiza tomando en cuenta que la mujer embarazada nunca es sola, pertenece a un círculo familiar, por lo tanto se debe dar mayor importancia a la enseñanza que debe ir dirigida a la pareja, y a la participación de la familia en la evolución del embarazo.

Cuanto mejor comprenda la pareja y el resto de la familia el desarrollo normal del embarazo, más naturales les parecerán los cambios y las molestias y menor será la inquietud que experimenten a medida que los temores, hábitos, costumbres y supersticiones se vayan explicando y aclarando, a través de acciones educativas individuales y grupales.

Al final permitirán que el personal de salud logre una relación más estrecha con la familia, conocer tradiciones, hábitos y costumbres, conceptos y experiencias vividas sobre el embarazo, ampliar y mejorar los conocimientos sobre el embarazo normal, fomentar el trabajo de equipo familiar y lograr la confianza de la familia hacia el personal de salud.

Una vez que se tiene conocimiento de la familia y comunidad, se planifican actividades de enseñanza individual o grupal sobre temas relacionados con el desarrollo del embarazo, la importancia del control prenatal, higiene y nutrición, preparación para el parto y el cuidado al recién nacido y puerperio.

Con el propósito de facilitar el proceso de parto es aconsejable realizar las siguientes acciones:

- *Centre su atención sobre la madre.*
- *Instruya a la madre y su compañero o familiares, sobre las diferentes etapas del parto y cómo van progresando.*
- *Motive al padre para que preste apoyo efectivo a la madre. Su presencia le ayudará a sentirse relajada y segura. Se debe permitir la ingestión de líquidos y alimentos de acuerdo a sus costumbres y si las condiciones lo permiten.*

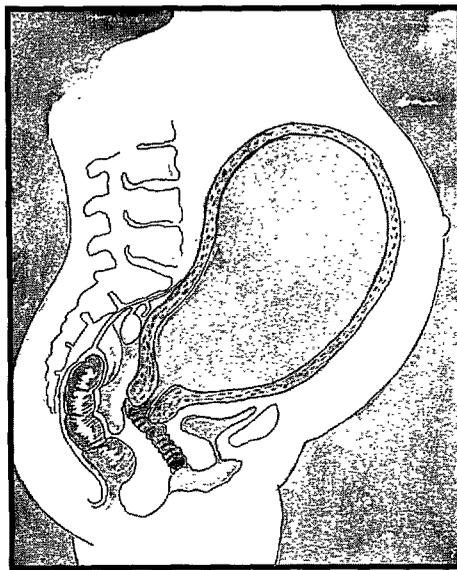
***Nunca se debe dejar a la mujer sola
en la fase activa del trabajo de parto***



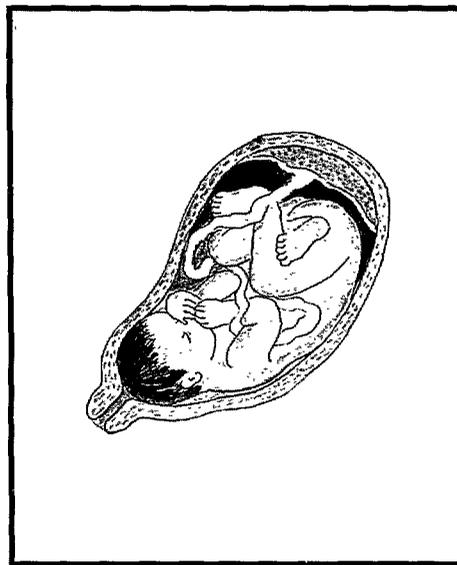
Durante el trabajo de parto, muchas madres prefieren estar sentadas, de pie o caminando. Cuando la madre está acostada al lado izquierdo, o caminando, el trabajo de parto progresa más rápido. En esta fase las contracciones uterinas son más intensas y seguidas.

¿Cuáles son los elementos que afectan el progreso normal del trabajo de parto?

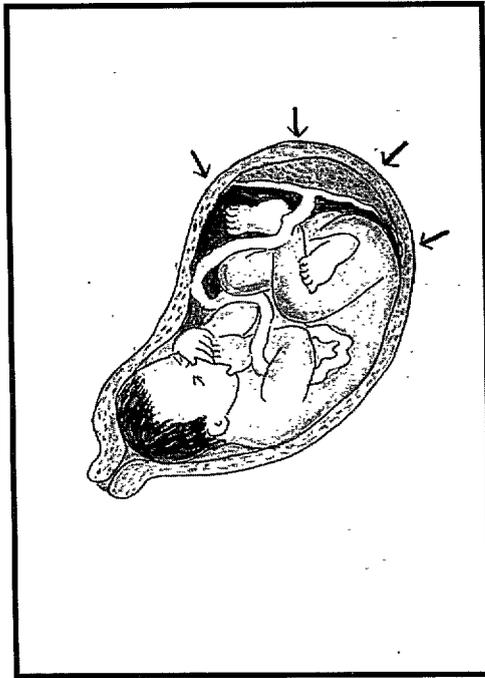
Para precisar y recordar esto, utilizamos la técnica de las 4 P's que son:



Primera P: Pasaje. El conducto del parto se compone de la pelvis, los tejidos del cuello y la vagina. La forma de este conducto es como una escuadra abierta.



Segunda P: Pasajero. El feto es un "pasajero" pasivo que viaja por el conducto de parto. Su viaje es afectado por el tamaño de su cabeza, sus hombros y por la situación, presentación y posición.



Tercera P: Poder. Las contracciones uterinas constituyen la fuerza o “poder” durante la primera etapa. Dichas contracciones son involuntarias. La madre no puede controlar ni acelerar el proceso, frecuencia, duración e intensidad de las contracciones.

En la segunda etapa, cuando el cuello está completamente dilatado (10 cm.), el poder de expulsión reside en las contracciones uterinas, además de los esfuerzos voluntarios de la madre que hace posible la expulsión del feto al exterior del cuerpo de la madre. En la tercera etapa el útero se contrae, la placenta se desprende y la madre puja para expulsar la placenta.



Cuarta P: Psicología. Durante el proceso de parto, la madre debe recibir un trato cálido, humanizado, es decir, con gran sensibilidad, apoyo moral y respeto de sus creencias, cultura y costumbres; para ello se puede permitir la presencia de un acompañante de su confianza como la “Warmi Masi” (comadre). Se ha comprobado que si recibe este trato, el proceso de parto se facilitará. Además, se le debe permitir estar en una posición cómoda, de acuerdo a sus hábitos y costumbres.

¿Cómo se distingue si la madre está en verdadero trabajo de parto?

El personal de salud y la madre deben tener la certeza y seguridad de un verdadero trabajo de parto. Para ello, presentamos cómo distinguir el verdadero trabajo de parto de uno falso.

VERDADERO	FALSO
Contracciones regulares	Contracciones irregulares
Dolor en la parte baja de la espalda, abdomen o ambos.	Dolor de espalda mínimo o no existente.
Al principio las contracciones se presentan con intervalos regulares, la frecuencia, la regularidad y la intensidad luego aumenta.	Las contracciones se presentan con intervalos irregulares. No aumentan en intensidad.
Aparece un flujo (moco rojizo) llamado tapón mucoso, que se elimina al inicio del trabajo de parto.	No hay expulsión del tapón mucoso.
El cuello del útero se borra y dilata progresivamente.	No hay cambios en el cuello del útero.
Si la mujer camina, aumenta la intensidad de las contracciones.	Si la mujer camina, no afecta la intensidad de las contracciones.

¿Qué significan las “membranas”?

El feto vive dentro del útero y está protegido por una membrana. Esta membrana constituye la bolsa de las aguas, sales minerales, células y orina que el feto elimina. Este líquido se llama “líquido amniótico”.

Al final del embarazo hay 1–2 litros de líquido y su color es claro o amarillo claro. Sirve para:

1. Proteger el feto de traumas externos.
2. Proveer un ambiente en el que el feto puede moverse.
3. Mantener temperatura adecuada para su vida.
4. Proveer líquido que el feto traga.

¿Cómo evaluamos las membranas?

La bolsa de las aguas es un elemento que juega un papel importante durante el parto. De su condición dependerá mucho para el progreso del trabajo de parto.

EVALUACIÓN	CONSECUENCIA
Si la bolsa se rompe: antes de 36 semanas o antes del comienzo del trabajo de parto.	Alto riesgo para un parto prematuro.
Gestación de más de 37 semanas.	El mayor número de mujeres comienza el trabajo de parto en más horas después de la ruptura de la bolsa.
Líquido amarillento.	No señala problema.
Meconio	Señala que el feto tiene problema (sufrimiento fetal).
Verde/marrón	No indica problemas cuando la presentación es podálica.
Las membranas y líquido pueden infectarse, especialmente después de 24 horas de haberse roto las membranas. La mujer presenta fiebre y mal olor en los genitales.	Infección.
Líquido sanguinoliento	Emergencia (puede indicar desprendimiento de la placenta, ver Emergencias).
Polihidramnios, demasiado líquido	Asociado con diabetes materna.
Oligohidramnios, poco líquido.	Defectos congénitos del sistema urinario del feto.

¿Cómo evaluar las contracciones?

Palpar la intensidad y duración de una contracción poniendo la mano con la yema de los dedos sobre el fondo del útero, controlando cada contracción, su duración, intensidad y frecuencia con el reloj con segundero y anotar en el partograma y/o registro existente. (Ver dibujos página 185).



¿Cómo usar el partograma en el control del progreso de parto?

El partograma es una forma clara para registrar todas las observaciones del parto. Es importante recordar que el partograma es un instrumento para controlar únicamente el proceso del parto. El partograma no ayuda a identificar otros factores de riesgo que pueden haber estado presentes antes del comienzo del proceso de parto.

Después que la Auxiliar PREGUNTA Y ESCUCHA los datos de la embarazada, al hacer la historia clínica, OBSERVA Y PALPA. Durante la evaluación física, la información debe ser escrita con el fin de identificar los problemas o necesidades.

Para emplear el partograma en forma más eficiente, es necesario familiarizarse con el mismo.

¿Qué equipo usar en el parto?

- Formulario del partograma
- Bolígrafo
- Fetoscopio
- Tensiómetro
- Reloj
- Termómetro.

¿Cuáles son las partes del Partograma?

La gráfica se usa con el fin de registrar y observar el progreso del proceso de parto con la dilatación del cervix, el descenso de la cabeza y la calidad de las contracciones uterinas, como sigue:

1. En la parte superior de la gráfica registre la información del paciente, incluyendo “nombre”, “grávida”, número de registro, fecha y tiempo de admisión, tiempo de la ruptura de las membranas.
2. Para controlar la condición del feto es necesario registrar los latidos cardíacos del feto.
3. El líquido amniótico es observado y registrado como “C” clara, “S” sanguinolento, o “M” Meconio. Si las membranas no están rotas registre “I” por intacto.

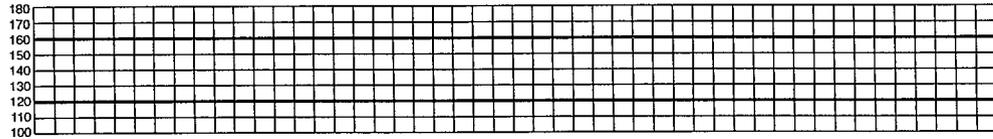
PARTOGRAMA

Fuente: Traducido de MARSHALL Margaret
Life savings Kills Manual for widwives

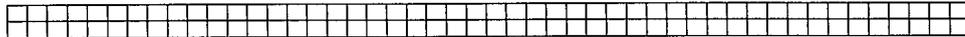
Nombre Grávida Para Número de hijos.....

Fecha de Admisión Hora de Admisión Hora de Ruptura de Membranas

Registro de latidos cardíacos



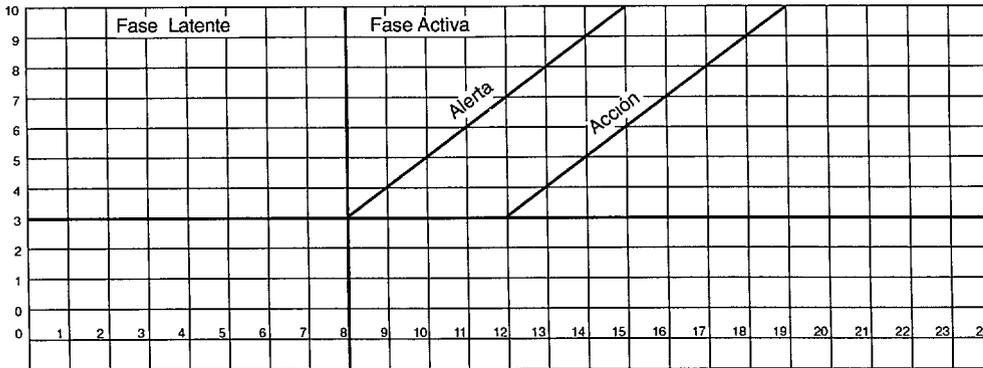
Líquido Amniótico



Dilatación cervix X

Descenso de cabeza 0

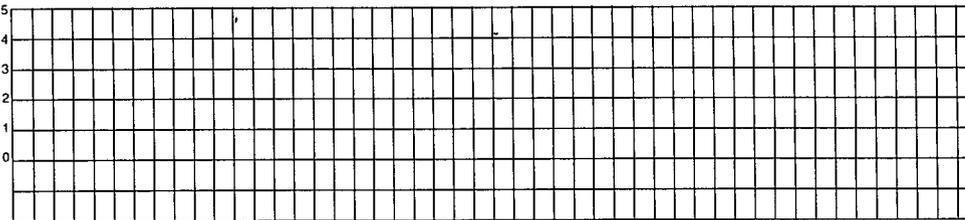
Horas Tiempo



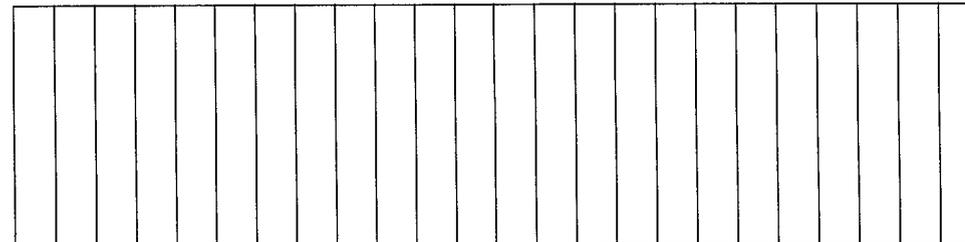
Contracciones por 10 minutos

- Fuerte
- ▨ Moderado
- ▤ Leve

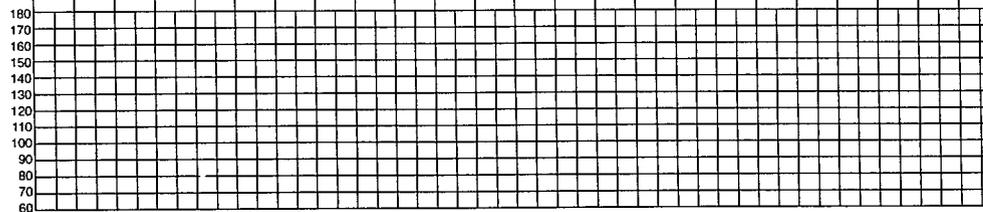
Oxytocina



Drogas y Suero



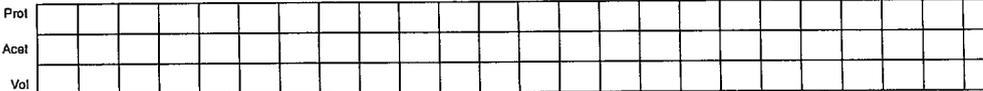
Presión arterial
Pulso



Temp.



Orina





4. La dilatación cervical es la observación más importante para controlar el progreso del proceso del parto. La dilatación se registra con una "X".
5. El descenso de la cabeza es muy importante en el control del proceso de parto. El descenso se registra con una "O".
6. El tiempo se registra usando el tiempo de admisión como el tiempo "O". La hora del día es registrada debajo de la línea del tiempo pasado.
7. Las contracciones, conjuntamente con la dilatación del cervix y el descenso de la cabeza, indican el progreso del parto. Las contracciones se registran bajo la línea del tiempo.
8. La oxitocina, las medicinas y el suero son registrados en el espacio indicado.
9. La presión arterial, el pulso y la temperatura son registrados en el espacio indicado.
10. El volumen de la micción es registrado cada vez que esto ocurre. De ser posible llevan a cabo pruebas de albúmina y la acetona para detectar complicaciones como la pre-clampsia.

Técnicas y procedimientos en la atención de la mujer en proceso de parto.

PRIMERA ETAPA	FRECUENCIA
a) Control de signos vitales.	Cada 4 horas, la temperatura con más frecuencia si se rompió la bolsa de las aguas.
b) Presión arterial.	Cada 30 minutos, siempre y cuando esté normal.
c) Control de latido cardíaco fetal	Auscultar cada 30 minutos, inmediatamente después de la contracción. Más de 160 latidos o menos de 120 latidos cardiacos fetales indica problemas. Menos de 100 latidos cardíacos fetales indica problemas en el feto.
d) Control de la dinámica uterina.	Palpar cada 30 minutos cuando la dilatación es de 0-5 cm. Palpar cada 10-15 minutos cuando la dilatación es de 6 cm o más. Registrar los datos obtenidos (uso del partograma).
e) Orientación para lograr la colaboración de la madre.	Intervenciones permanentes desde el inicio del trabajo de parto, explicando el proceso de parto.
f) Higiene de los genitales.	Cada vez que sea necesario.
g) Tacto vaginal.	Sólo en caso de haber dudas en el progreso de la dilatación o comprobar si ésta ha completado.

Procedimiento: Tacto Vaginal

Objetivos.

1. *Determinar la dilatación del cuello uterino.*
2. *Determinar el estado de la bolsa.*
3. Identificar la presentación del feto.

Preparación de la madre.

1. *Vaciar vejiga.*
2. *Cubrir a la mujer y proteger su intimidad.*
3. Explicar el procedimiento.

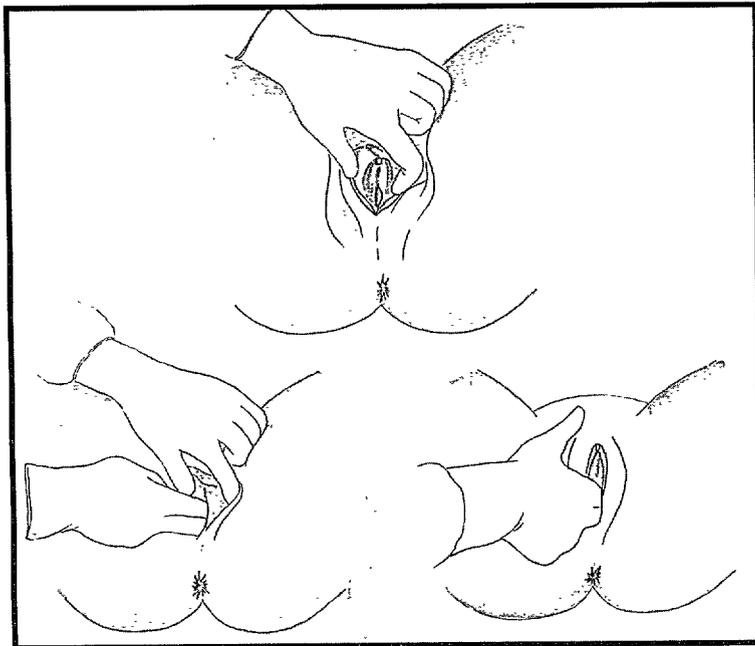
¡NO REALIZAR TACTO VAGINAL CUANDO EXISTE PLACENTA PREVIA!

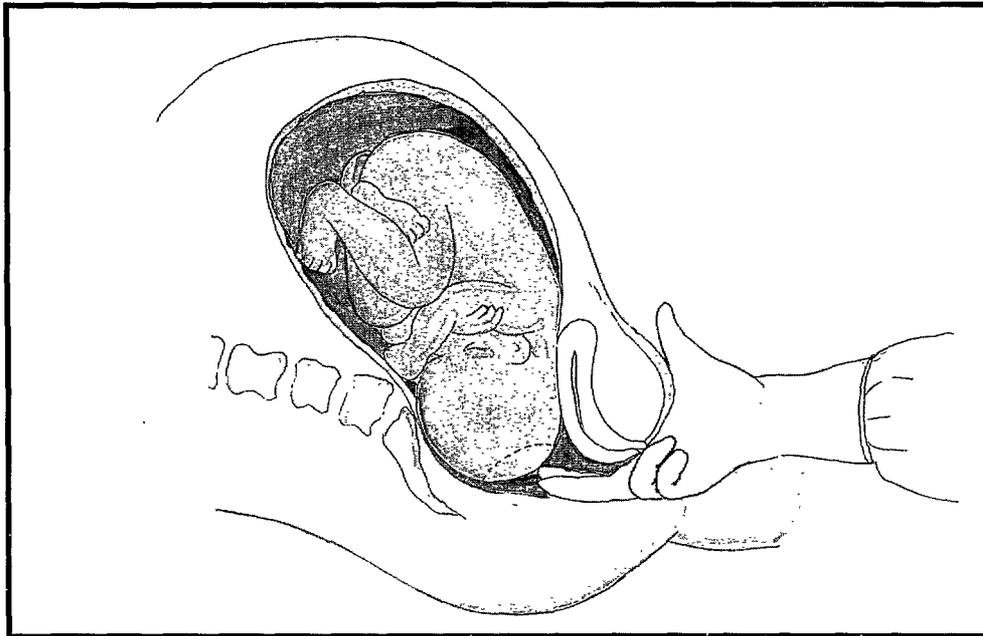
Preparación para tacto vaginal:

Primero: *Lávese las manos y coloque el guante estéril en la mano con la cual va a realizar el tacto.*

Segundo: *Lubrique los dedos índice y medio con vaselina líquida.*

Tercero: *Separe los labios de la vulva con los dedos pulgar y meñique.*





Cuarto: Observe y palpe:

- Cantidad de moco (si es mucho y sanguinolento, el proceso de parto está avanzado).
- Si hay deshecho con olor (significa amnionitis o infección).
- Desecho de color amarillo o verde café (Meconio, sufrimiento fetal o presentación de nalgas).

Quinto: Introduzca suavemente los dos dedos junto a todo lo largo de la vagina, el pulgar hacia arriba y afuera; si es necesario, utilizar la mano opuesta presionando el fondo uterino hacia abajo para facilitar el examen.

Sexto: Palpe las membranas si están intactas, abultadas o rotas.

Séptimo: Separe los dedos dentro de la vagina ubicando los bordes del cuello (cervix y estime el diámetro del orificio del cuello).

Octavo: Identifique la presentación (si es cabeza, es duro y regular; si es otra parte del feto, es blanda e irregular).

NOTA. Si la mujer está tensa, pedir que respire profundamente, espere un momento, no retire los dedos, cuando la mujer esté relajada, prosiga con el examen.

Noveno: Retire suavemente los dedos, observe y sienta el olor de la secreción que tienen los dedos, informar a la madre los hallazgos en términos sencillos y en idioma nativo.

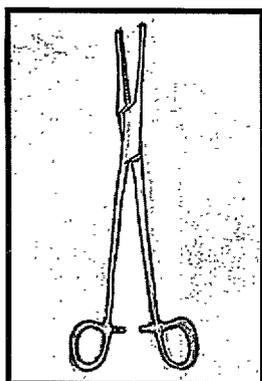
b. Segunda Etapa.

Se llama también período expulsivo. Se considera desde la dilatación completa del cervix hasta que nace el niño. En esta etapa las contracciones son seguidas y expulsivas. Esta etapa dura unos minutos en las multíparas y máximo de una hora en primíparas; en general se considera como tiempo de duración normal del período expulsivo desde 5 minutos hasta una hora.

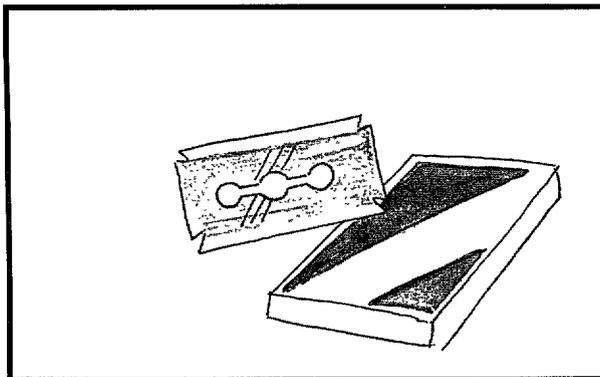
b.1. Manejo del parto en el período expulsivo.

El nacimiento de un bebé debe ser planeado y conducido de tal manera que garantice la seguridad de la madre e hijo, y promueva prácticas que respeten los valores culturales de la parturienta.

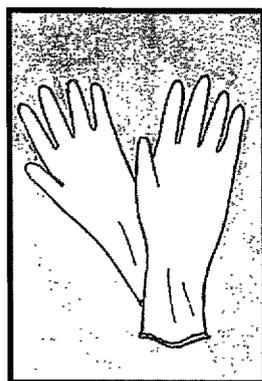
Para proporcionar cuidados a la madre y al niño que eviten complicaciones y que el parto se realice en buenas condiciones se debe contar con el siguiente equipo mínimo debidamente esterilizado:



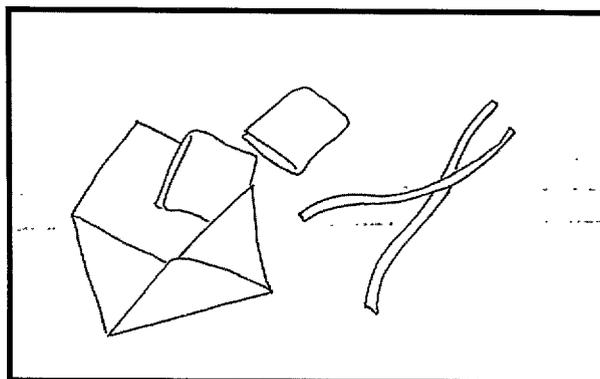
2 pinzas kocher



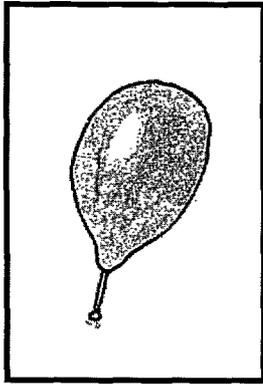
1 tijera recta/navaja



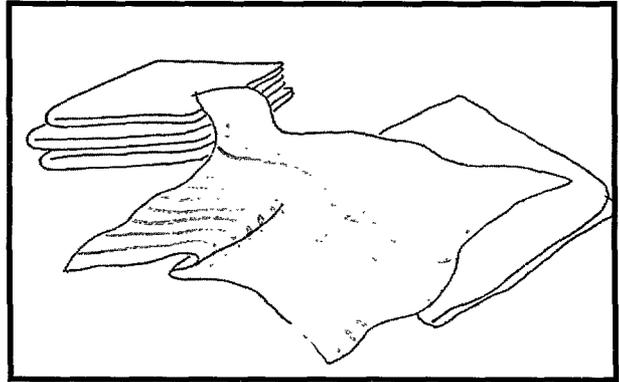
2 pares de guantes quirúrgicos



*Ligadura para cordón (cinta delgada),
gasa y apósitos esterilizados*



1 pera de goma para aspirar



1 sabanilla para recibir el niño, 1 plástico

Es importante mantener asepsia y evitar infecciones para la madre e hijo.

Instruye a la mujer que no debe pujar hasta que ella sienta el deseo de hacerlo. Cuando lo haga debe intercalar con períodos de descanso.

b.2. Señales que indican que va a nacer el bebé.

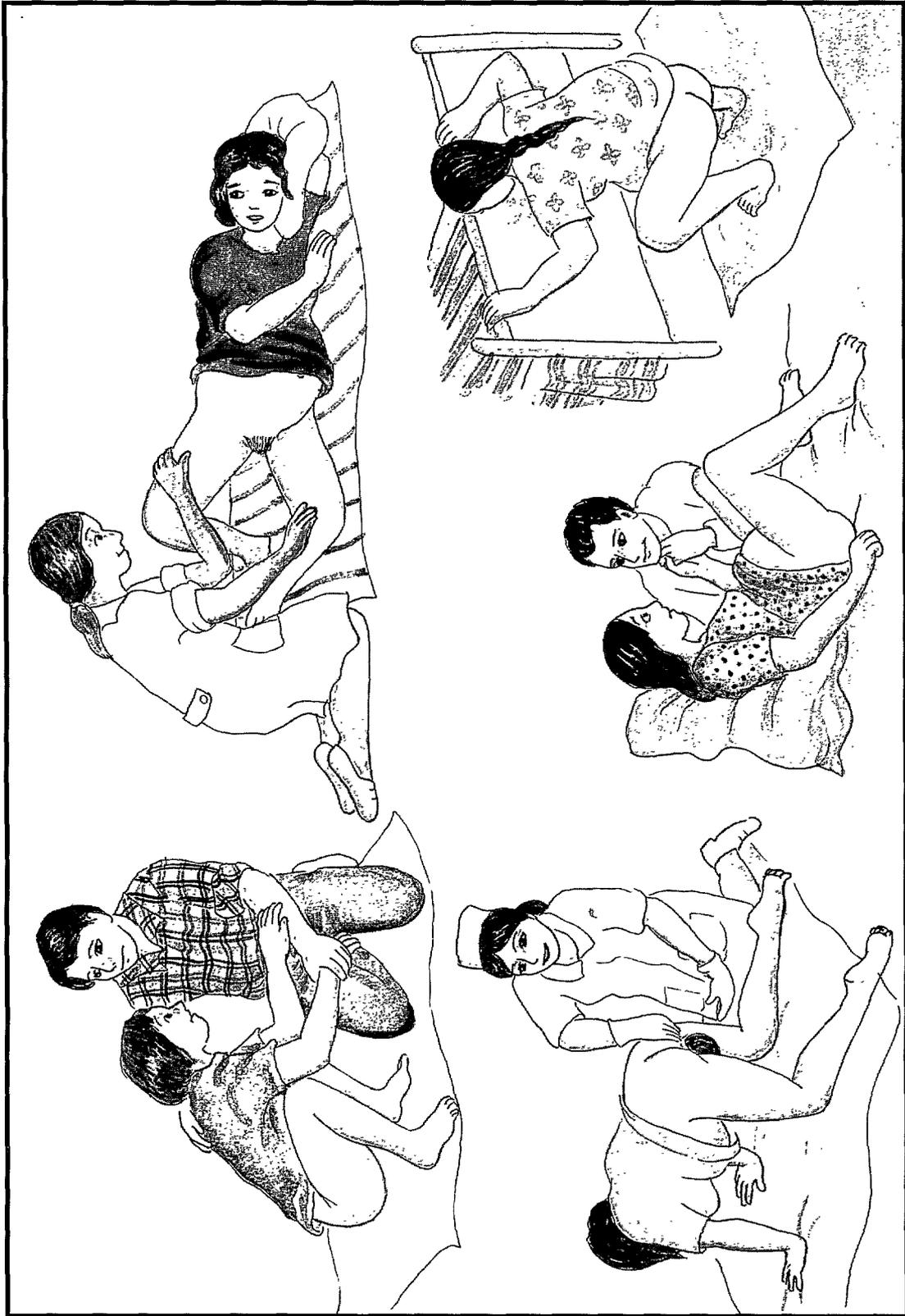
1. Aumento de moco y sangre en el perine.
2. La madre no puede controlar el pujo.
3. El perineo comienza a abrirse.
4. La madre indica “Ya viene el bebé”.

b.3. Procedimientos para atender el proceso del parto.

- Limpie el perineo con agua y jabón, después con solución desinfectante para proteger a la madre e hijo contra infección.
- Ayude a la madre a acomodarse en la posición que ella prefiera (en la página siguiente encontrará las posiciones que algunas madres prefieren para dar a luz).



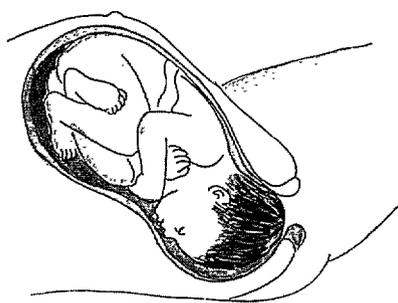
- Ponga el plástico limpio bajo el glúteo.
- Póngase guantes.
- Sujete la cabeza del bebé dando un poco de contrapresión para controlar la extensión.
- Con los dedos inspeccione si está el cordón alrededor del cuello del bebé.
- Si el cordón umbilical está suelto, sacarlo con mucho cuidado.
- Si el cordón está muy apretado, colóquelo entre dos pinzas y córtelo.
- Use la gasa para limpiar el moco de la cara y nariz del bebé.
- Deje que la cabeza del bebé rote por sí sola.
- Ayude que salgan los hombros del bebé.
- Cuando nazca el bebé, mantenga la cabeza más baja que el cuerpo.
- Seque al bebé, especialmente la cabeza.
- Póngalo al bebé inmediatamente junto a la piel de la madre y encima de las sábanas secas. Este es el mejor medio de mantener el calor del cuerpo del bebé. Si es posible colocarlo junto al seno izquierdo de la madre.



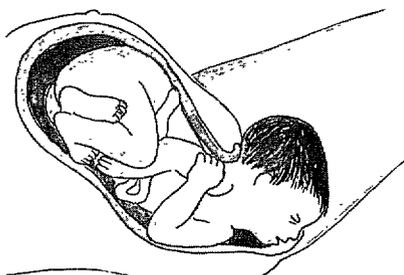
EL PROCESO DEL PARTO (período expulsivo)



DESCENSO



CORONAMIENTO



NACIMIENTO DE LA CABEZA



ROTACION DE LA CABEZA



EXPULSION DE HOMBRO SUPERIOR



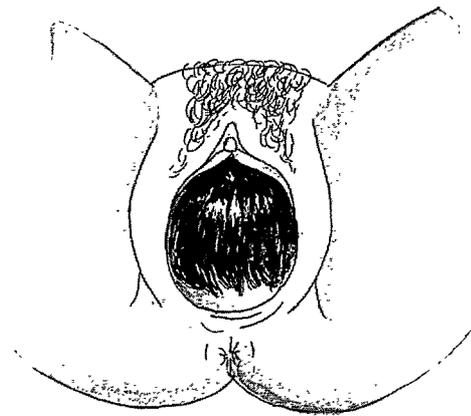
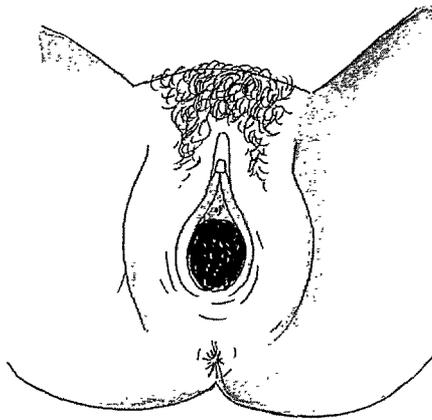
EXPULSION DE HOMBRO INFERIOR



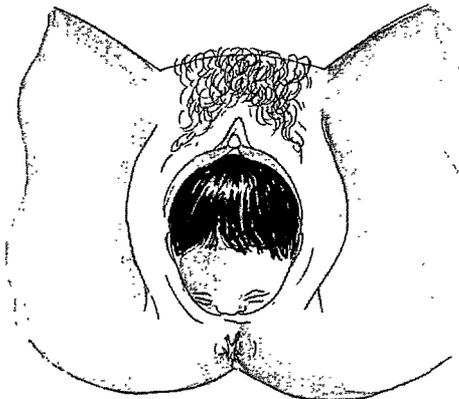
EL PROCESO DEL PARTO (período expulsivo)



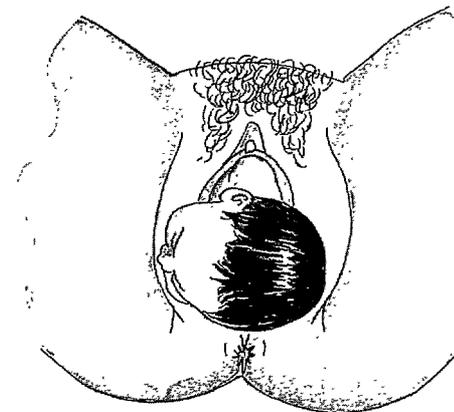
DESCENSO



CORONAMIENTO

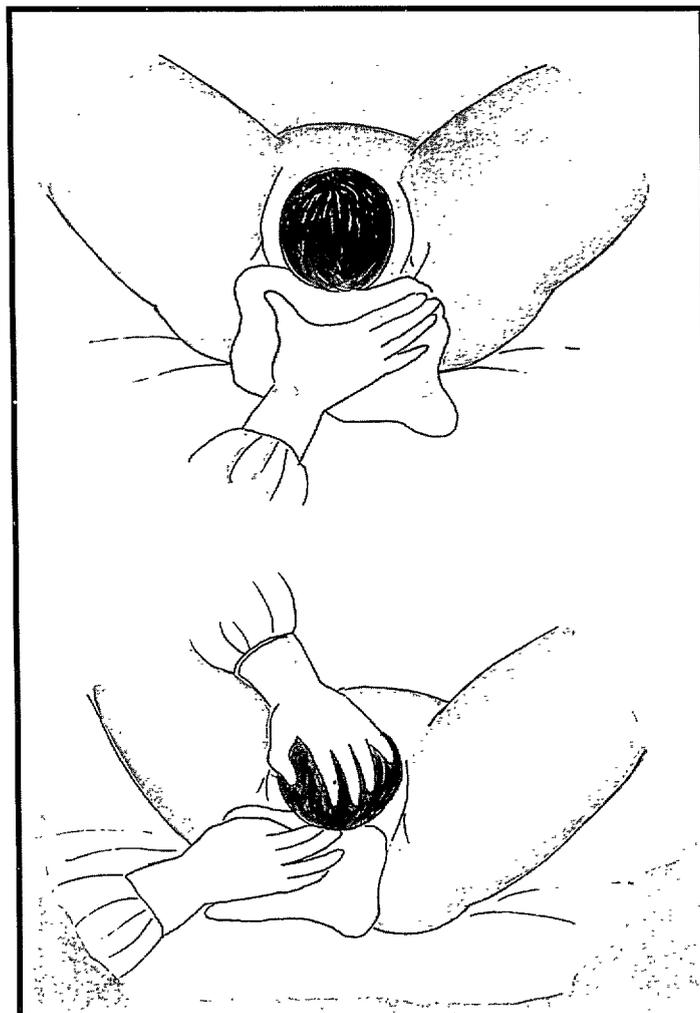


EXPULSION DE LA CABEZA



ROTACION EXTERNA/RESTITUCION

Protección del perineo



c. Tercera Etapa.

Es el tiempo del alumbramiento de la placenta después del nacimiento del bebé, que se caracteriza por el desprendimiento, descenso y expulsión de la placenta fuera del cuerpo de la madre, el tiempo considerado como normal es de 15 a 30 minutos.

d. Cuarta Etapa.

Es el proceso después de la expulsión de la placenta hasta que el útero se contrae efectivamente, para prevenir la hemorragia post-parto. Es el período llamado puerperio, donde se produce la estabilización fisiológica de los órganos de reproducción interna de la madre, sobre todo del útero (involución uterina), este período dura 40 días, o sea 6 semanas (este tema se describe en otro acápite).



d.1. Manejo del período de alumbramiento.

- Vigile el útero. El útero tiene que contraerse para expulsar la placenta. Señales de que se ha desprendido la placenta: sangrado fuerte, el cordón se alarga, el útero cambia de forma tomando la forma de un globo.
- Controle la expulsión de la placenta con una tracción firme y suave hacia el recto. No se debe jalar el cordón. Después de la expulsión de la placenta, inyecte I.V.Methergine, o preferiblemente Pitocin. El Methergine no se debe administrar a paciente con presión alta. Examine la placenta para ver si está completa, colocándola en la palma de la mano para verificar si los cotiledones y membranas están completos. Revise cada uno de los cotiledones y la integridad de las membranas.

RECUERDE: UN ERROR U OMISIÓN EN ESTA ACTIVIDAD PUEDE PONER EN RIESGO DE MUERTE A LA PACIENTE. SI QUEDAN RESTOS DE PLACENTA SE PRODUCE HEMORRAGIA Y POSTERIOR INFECCIÓN. SI QUEDAN RESTOS DE MEMBRANAS SE PRODUCE INFECCIÓN.

- Observe la cantidad y color de sangrado.
- Muy suavemente, inspeccione el perineo y la vulva para ver si hay desgarros que necesiten reparar.
- Ponga al bebé a mamar. Es importante que el bebé succione en esta primera hora, establecer la lactancia y asegurar a la madre que puede amamantar.

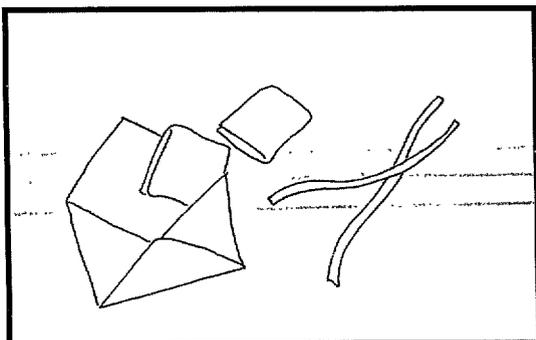
C. ATENCIÓN DEL PARTO DONDE NO HAY MÉDICO Y/O ENFERMERA.

a. Parto domiciliario.

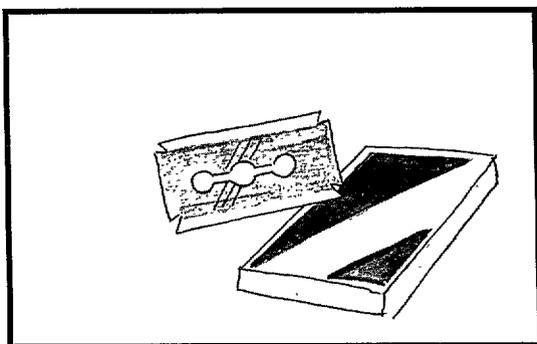
NUNCA OLVIDE QUE SÓLO GESTANTES DE BAJO RIESGO SE DEBEN ATENDER EN EL DOMICILIO.

El parto domiciliario ocurre frecuentemente en nuestro país. Se aplican los mismos principios de manejo de parto en servicio, poniendo más atención a las condiciones higiénicas.

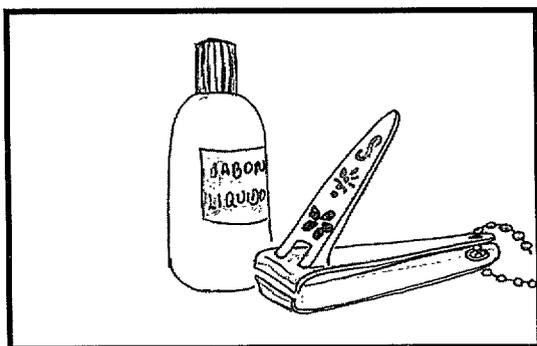
Equipo esencial.



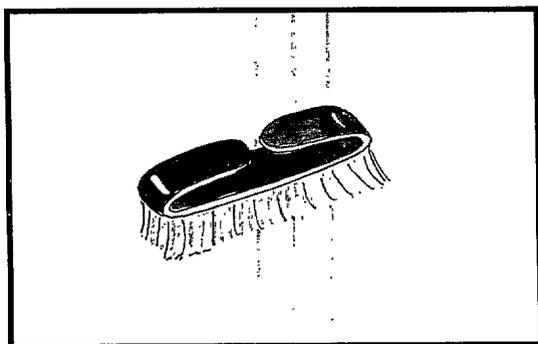
- Un sobre pequeño con: 2 trozos de gasa y dos trozos de cinta delgada para anudar el cordón umbilical (estéril). Las gasas son para el cordón del niño, no se debe usar fajero. El cordón umbilical necesita aire para secarse.



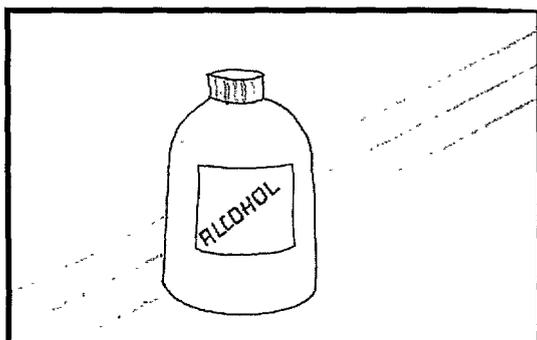
- Una hoja de afeitar para cortar el cordón umbilical. No abra el paquete de la hoja de afeitar hasta el momento de cortar el cordón.



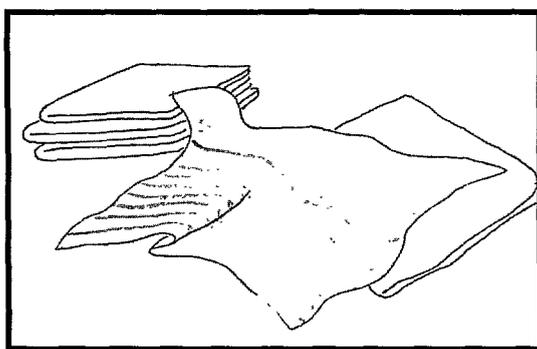
- Jabón líquido y cortauñas. Cortarse las uñas y lavarse bien las manos con agua hervida y jabón.



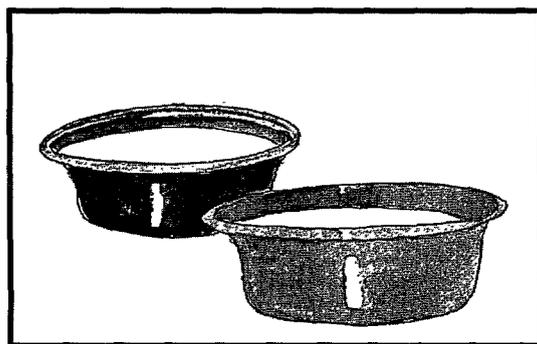
- Un cepillo limpio para lavarse las manos y uñas.



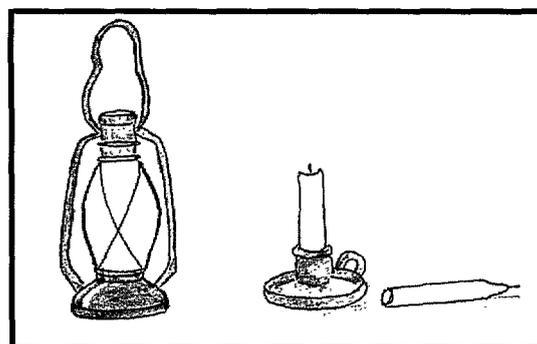
- Un poco de alcohol, para empapar las gasas que se aplican sobre el muñón del cordón umbilical.



- Paños y sábanas limpias para recibir al niño. Tan pronto nace el niño, secarlo. Es muy importante que no se enfríe. El calor del niño se mantiene mejor si está junto a la piel de la madre, cubierto con una sábanilla.

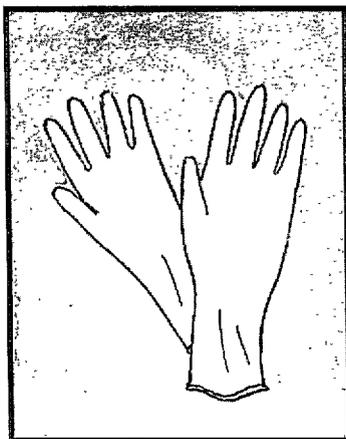


- Dos baldes- bañadores, uno con agua hervida para asear a la madre después del alumbramiento y otro para recibir la placenta.

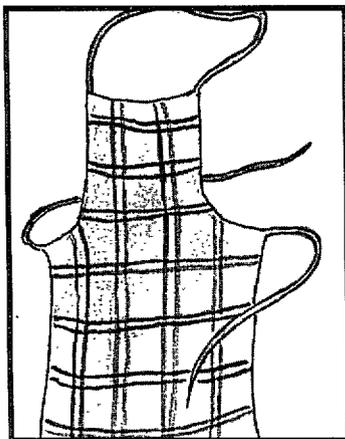


- Una lámpara o velas en caso de no contar con luz eléctrica.

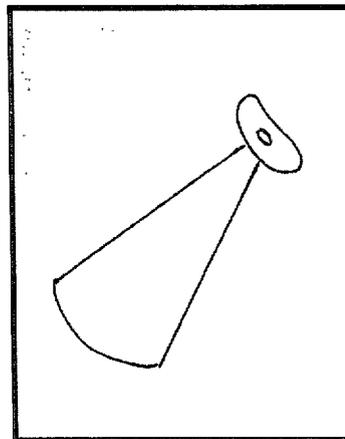
Equipo adicional para atender el parto.



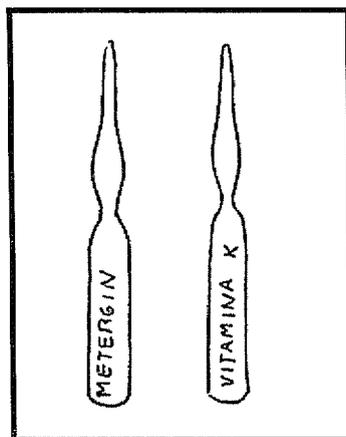
Guantes



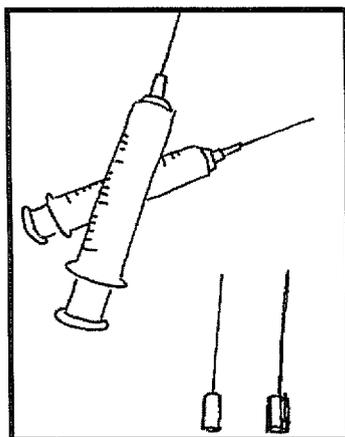
Mandil plástico limpio



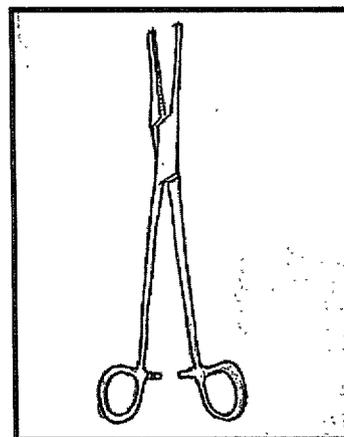
Estetoscopio de Pinard



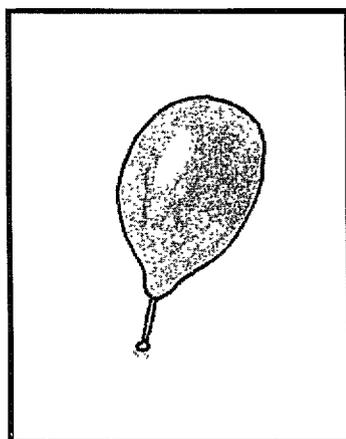
Ampollas de Methergin y de Vitamina K



Jeringas y agujas



Dos pinzas Kocher



Pera de goma para aspirar



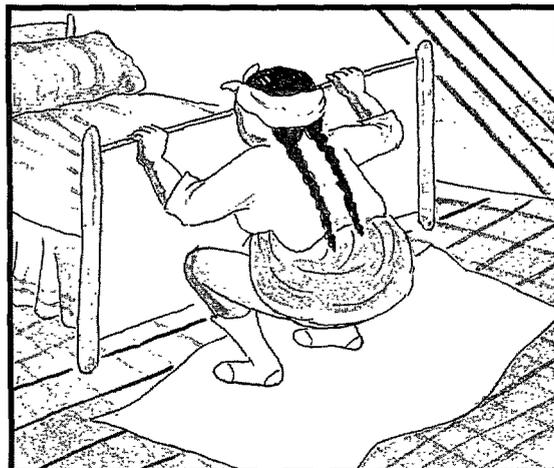
Pomada oftálmica (Terramicina)



EJEMPLO DE PROCEDIMIENTO: EL PARTO DOMICILIARIO



1. Extienda el plástico o nylon en el lugar donde va a ser el parto



2. Que la señora se ponga encima del plástico o nylon.



3. Si va a atender el parto, lávese bien las manos con mucha agua y jabón.



4. Use la toalla limpia para secarse las manos



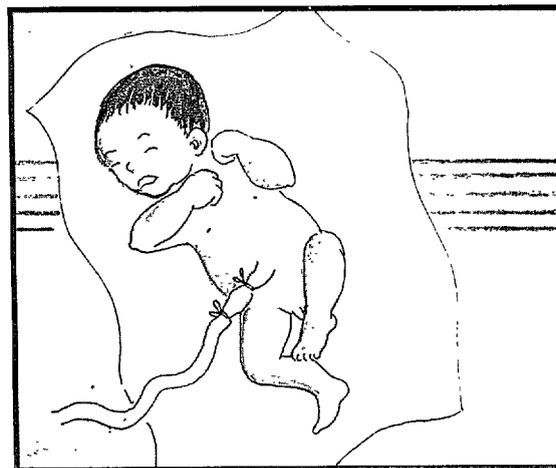
5. Mójese las manos con alcohol para que queden bien desinfectadas.



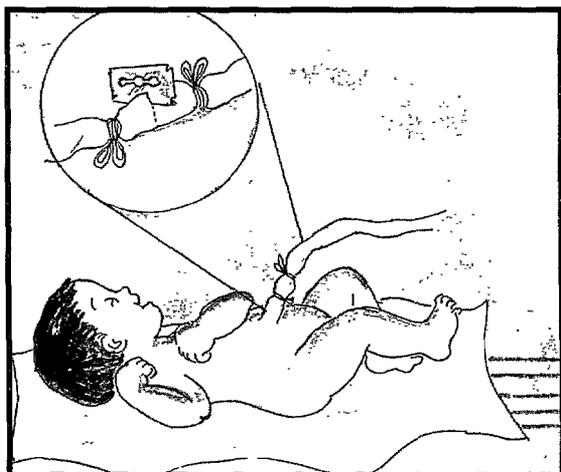
6. Proteja la salida de la wawa evitando que se caiga y que la mamá lastime sus partes ocultas



7. Cuando haya salido la wawa, limpie las flemas de la nariz y de la boca con una gasa.



8. Amarre el cordón a dos dedos del ombligo con una cinta mojada en alcohol, deje un espacio de dos dedos y amarre el cordón con otra cinta mojada en alcohol.



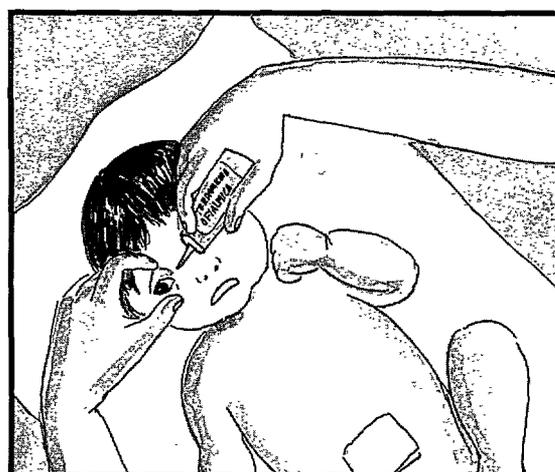
9. Con la navaja corte el cordón de la wawa entre los dos amarres.



10. Moje el ombligo de la wawa con alcohol



11. Cubra el ombligo de la wawa con la gasa



12. Ponga pomada de Terramicina en cada ojo de la wawa.

b. Factores de riesgo y problemas durante el parto.

La gestación y el parto son funciones fisiológicas que, en la mayoría de los casos, culminan con el nacimiento de un niño sano. Sin embargo, existen condiciones que pueden afectar la salud de la madre y el niño durante la etapa del parto. Éstas deben ser detectadas lo más pronto posible a fin de prevenir daños a la madre y al niño.

FACTORES DE RIESGO

Se identifica un factor de riesgo como:

INDICADORES DE RIESGO	DAÑOS PROBABLES
Edad menor de 18 años. Analfabetismo.	Bajo peso al nacer (BPN). Prematuridad, muerte fetal, patología, desnutrición
Antecedentes de muerte fetal.	Mortinato, muerte neonatal precoz.
Cesárea previa.	Dehiscencia de cicatriz.
Hemorragia genital.	Anemia, muerte materna-fetal.
Hipertensión.	Retardo del crecimiento intrauterino (RCI).
Pre-eclampsia grave. Eclampsia.	Retardo del crecimiento intrauterino. Desprendimiento de placenta. Muerte materna, muerte fetal.
Diabetes mellitus gestacional (durante el embarazo).	Feto grande. Malformaciones fetales.
Cardiopatía.	Descompensación.
Desnutrición materna, anemia crónica.	Retardo del crecimiento, BPN.
Embarazo gemelar.	Parto prematuro, BPN, RCI.
Espacio intergenésico menor de 24 meses.	RCI, BPN, prematuridad.
Multiparidad (5 o más).	Posibilidad de hemorragia postpartum.



LA PRESENCIA DE CUALQUIERA DE ESTOS FACTORES, INDICA QUE ESTA MADRE NECESITA SER REFERIDA AL SERVICIO DE MAYOR COMPLEJIDAD POSIBLE EN FORMA RÁPIDA Y OPORTUNA.

c. Detección de riesgo en el trabajo de parto.

Información que se necesita para la evaluación de la mujer.

PREGUNTE Y ESCUCHE.

Usando los principios de una buena comunicación, se necesita hacer una serie de preguntas interrumpiéndolas cuando comienza una contracción. Trate de usar preguntas abiertas como: ¿Puede contarme cómo la ha ido en este embarazo?, en vez de ¿Ha estado bien en este embarazo?

Se deben hacer preguntas:

PREGUNTA	INFORMACIÓN
¿Cuándo esperabas tu bebé?	Tratar de determinar la fecha probable del parto.
¿Cuándo comenzaste el trabajo de parto?	Escuche bien la respuesta. Le ayudará a evaluar si hay problemas de parto prolongado.
¿Cada cuánto has tenido contracciones?	Para calcular más o menos en qué etapa se encuentra.
¿Has tenido sangrado?	Hay que distinguir si es normal o no. Lo normal sería moco sanguinoliento.
¿Cómo te fue en este embarazo?	Para identificar si hubo o no problemas.
¿Has tomado o alguien te ha dado hierbas o medicinas?	

Repase el carnet o ficha personal, HCPNB si la tiene, para confirmar datos y obtener información.

D. ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER DURANTE EL PUERPERIO.

D.1. Consideraciones generales del puerperio.

El puerperio es el período que sigue al alumbramiento, en el cual los órganos de reproducción vuelven a su condición normal, como fue antes del embarazo (involución de órganos de reproducción internos) y un aumento de tamaño de las mamas por la presencia de producción de leche. Este período dura 45 días (6 semanas).

En el puerperio se distinguen dos momentos importantes:

La primera hora del post-parto se considera como puerperio inmediato, en este período la parturienta estabiliza sus signos vitales, recupera sus energías.

Después de la primera hora se inicia el puerperio mediato que dura 45 días o seis semanas, donde se producen los cambios considerables en los órganos reproductores internos de la mujer.

La pregunta más frecuente es:

¿Cómo quedaré después de mi parto?

Después del parto muchas mujeres reaccionan de la misma manera: después del esfuerzo que significó el trabajo de parto, quedan observando su entorno, sobre todo si el parto fue atendido en servicio. Van reconociendo el lugar y qué está haciendo el personal para completar la actividad. La mujer se va preguntando: ¿Habré quedado igual que antes de estar embarazada? ¿Será que mi “barriga” quedará así grande? ¿Y el dolor me pasará pronto? ¿O regresará? Y, ¿la sangre se cortará? ¿Por qué me encargan tanto que debo masajear mi barriga? ¿Y por qué me duele un poco mi cabeza y no tengo fuerzas para levantarme y atender a mi hijo y mi familia? ¿Cómo debo dar de lactar a mi niño?

Son todas o muchas más preguntas que la madre puede hacer. Es por eso que la Auxiliar de Enfermería debe discutir y reflexionar con la familia y el personal sobre estas preguntas.

Para ayudar y comprender mejor a la madre en este período, debemos analizar los siguientes aspectos:



a. Aspectos psicosociales de la mujer en período del puerperio.

El puerperio es una etapa de transición para la madre y el padre, por la llegada del nuevo ser, la madre bajo la influencia de las hormonas que hicieron posible el parto y la preparación para la lactancia, cambios en el estado emocional que se manifiestan con llanto repentino y depresión pasajera.

La Auxiliar de Enfermería, el personal de salud y la familia son los personajes más importantes para ayudar a la madre durante la adaptación a la nueva situación de gran responsabilidad cual es el “ser madre”. Es importante elogiarla, apoyarla y escuchar sus temores y dudas que ella podría tener.

b. Aspectos fisiológicos del puerperio.

Fisiológicamente se distinguen tres fenómenos sobresalientes en este período:

- La involución uterina, o sea el retorno del tamaño, consistencia y forma del útero a como era antes de estar embarazada.
- La descarga de secreción post parto (loquios).
- La producción de leche en las mamas.

b.1. Involución uterina.

Al inicio del puerperio, el útero pesa aproximadamente hasta un kilo, y al final de los 45 días (6 semanas) que dura el puerperio, el útero reduce su tamaño hasta pesar 60 gr. Como corresponde a un tamaño normal. Sin embargo, la forma del útero se asemeja a la de una calabaza de consistencia dura, que se puede palpar a nivel del ombligo, esto inmediatamente después del alumbramiento y al final de la primera semana ha descendido hasta llegar a medir 5 cms. por encima de la sínfisis pubiana. Para el décimo día de puerperio la parte posterior del útero apenas es palpable sobre la sínfisis, y después de este tiempo ya no se puede sentir cuando se palpa el abdomen. El proceso de involución uterina progresa más rápidamente en las mujeres que amamantan al recién nacido.

b.2. Descarga de secreción post parto.

La descarga vaginal después del parto se llama LOQUIOS, proveniente de la herida que ocasiona el desprendimiento de la placenta y las membranas del endometrio. Los loquios cambian de cantidad y color según va progresando la involución uterina.



Características de los loquios.

Es importante tomar nota de las características de los loquios con el objeto de detectar riesgos. Tres son las características de los loquios:

- Los loquios sanguinolentos. Tienen coloración rojo brillante, en regular cantidad, dura los 3 a 4 primeros días.
- Los loquios serosanguinolentos. Tienen coloración rosa pálido o marrón, que se asemeja al agua de carne lavada, dura aproximadamente 6 días, del cuarto al décimo día.
- Los loquios blanco o amarillentos. A menudo se presentan con pequeñas manchas de secreción serosanguinolenta. Esta fase de loquios se observa a partir del décimo día.

Por lo general, todas las descargas vaginales desaparecen entre la tercera y cuarta semanas. Esta descarga puede ser irregular, y no es anormal la presencia de pequeños coágulos del tamaño de una moneda.

Es importante observar, anotar y comunicar a la madre que la cantidad de descarga, no debe exceder a la cantidad observada durante las menstruaciones y ésta debe disminuir gradualmente hasta desaparecer.

b.3. La producción de leche en las mamas.

Durante el embarazo las mamas sufren cambios progresivos para la preparación de la lactancia.

Los primeros 3 a 6 días las mamas secretan la primera leche llamada “calostro”. Esta es de color amarillento limón, ligeramente espeso, el calostro es considerado como un alimento de gran valor nutritivo por la gran cantidad de proteínas y poca cantidad de azúcar y grasa que contiene, es muy digerible y además sirve como laxante que ayuda a eliminar el meconio (primera deposición del recién nacido) por contener los fermentos.

Luego la bajada de la leche madura se produce entre los 4 a 5 días, provocando el aumento del volumen y dureza e hipersensibilidad en los senos de la mujer que es capaz de producir la suficiente cantidad de leche para alimentar al recién nacido.

La producción de leche dura todo el tiempo que la glándula mamaria es estimulada por la succión del bebé y la presencia de la hormona prolactina.



b.4. Cambios en el aparato digestivo.

Vejiga. La vejiga que se encontraba presionada contra el pubis, vuelve a ocupar su estado normal, el esfínter vesical se encuentra ligeramente relajado, y la sensación de vejiga llena habrá disminuído; se tratará de que la madre orine dentro las primeras 6 a 8 horas después del parto y la Auxiliar siempre debe vigilar que la vejiga no esté llena, para facilitar la contracción e involución del útero.

Ureteres. Luego de haber estado tensos y comprimidos durante el embarazo, en esta etapa vuelven a su posición normal y a cumplir sus funciones correspondientes.

Uretra y Meato Urinario. Estos órganos durante la expulsión del bebé, sufrieron presión fuerte, quedando ligeramente insensibles y propensos a una inflamación o infección por contaminación en el área del parto. Su restablecimiento es lento y paulatino, sujeto a cuidados específicos en esta etapa.

b.5. Cambios en los signos vitales.

Los signos vitales se alteran durante este período; la elevación de la temperatura se produce por el gran esfuerzo que se dio durante el parto. La presión arterial tiende a elevarse por el efecto del Methergín y la producción de la leche, que se administra después del alumbramiento.

Los signos vitales deben estabilizarse en las primeras horas después del parto, caso contrario nos veremos frente a una complicación como ser hemorragia o pre-eclampsia.

D.2. Cuidados específicos en el puerperio.

a. Procedimientos en servicio y domicilio.

Palpación y medición del útero en la primera hora del post-parto.

- Aseo perineal. Este procedimiento se emplea para limpiar la vulva, el perineo y la región anal, como medio de prevención de las infecciones, promover la cicatrización del perineo (si se hizo la episiotomía), favorecer el hábito de la higiene en la madre.



Asear el periné y minuciosamente, observando la integridad de la piel del perineo. Este procedimiento se realizará utilizando técnicas y procedimientos descritos en la lista de cotejo. Observar características de loquios: color, cantidad y frecuencia de cambios. Proveer paños higiénicos para el periné.

- Tomar signos vitales y comunicar cambios.
- Medir altura uterina.
- Comunicar cambios, hallazgos y reportar en notas de enfermería (cuaderno) las actividades realizadas en servicio o domicilio.
- Fomentar la lactancia materna:
- Cuidado de pezones (higiene, masajes)
- Cada mamada deberá vaciar el niño la mama intercalando siempre en cada mamada.

La frecuencia con que se ofrece el seno materno no tiene horario, será cuando el niño pida (a demanda).

- Motivar a la deambulación que favorece la involución uterina y de los otros órganos. Enseñar ejercicios abdominales muy suaves para el fortalecimiento de ellos.
- Vigilar la nutrición de la puérpera. Dieta normal (evitar alimentos que produzcan gases, el tabaco, alcohol, drogas).
- Orientar a la madre sobre: aseo personal, aseo perineal, alimentación, descanso.
- Recomendar a la familia de la puérpera sobre el aspecto afectivo que se le deberá proporcionar, porque esto influye en la actitud y relación con el y hacia el niño.

b. Detección de riesgo.

1. Pregunte a la puérpera cómo se siente, escuche con atención, tranquilidad y paciencia, todo lo que manifiesta la puérpera, hágala sentir bien efectivamente.
2. Observe el color de la piel (rosada, pálida, sudorosa) y el estado nutricional. De acuerdo a las características que presenta, determine el riesgo y realice las acciones pertinentes.
3. Pregunte a la puérpera, escuche y observe la cantidad de loquios que elimina, palpe el fondo del útero y valore las características del mismo, determine el riesgo y actúe de acuerdo al caso.



4. Revise la historia clínica y valore el riesgo del parto, si no tuviese a mano la historia clínica, pregunte a la puérpera sobre la forma de trabajo de parto, tiempo que duró, se presentó mucho sangrado o realizaron alguna maniobra especial en ella, determine el riesgo y actúe de acuerdo al caso.
5. Pregunte y escuche sobre higiene personal realizada, incluido el aseo perineal, observe la región vulvar, realice el aseo, oriente sobre la importancia del mismo.

c. *Complicaciones en el puerperio.*

- a) Hemorragia vaginal post-parto. A consecuencia de la retención de restos placentarios y membranas, se debe observar la eliminación de loquios durante las primeras 3 horas después del parto, particularmente durante la primera hora.

Es importante la palpación del útero a través de la pared abdominal, para asegurarse que éste se mantiene firme y bien contraído.

- b) Desgarro. Por la salida del bebé, puede ocasionar desgarro del cuello vaginal o periné, después de la reparación (episiotomía) se debe observar posible hematoma o signos de infección.

d. *Complicaciones en el puerperio mediato y tardío.*

- a) Fiebre puerperal. Con elevación de la temperatura a 38 C o más, persistiendo de 24 a 48 horas con escalofríos.
- b) Estreñimiento.
- c) Absceso de mamas.
- d) Mastitis. Presencia de dolor y tumefacción en una o ambas mamas, después de algunos días o semanas de haber la congestión dolorosa de las mamas.
- e) Prolapso de vejiga o útero.
- f) Infección puerperal. Loquios de olor fétido y de color amarillo verdoso, con una temperatura corporal de 38° C o más.
- g) Várices. Proceso inflamatorio de las venas con dolor intenso en miembros inferiores y la vulva.

D.3. Emergencias del proceso de puerperio.

a. Hemorragia post-parto.

Hemorragia Postparto existe cuando hay una pérdida de más de 500 cc de sangre (OMS, 1990).

Hay causas que se pueden identificar en el período prenatal que pueden alertar que esta paciente tiene riesgo de hemorragia post parto como:

a.1. Pregunte y escuche.

Antecedentes.

- Hemorragia post parto previo
- Ruptura o inversión del útero previo.
- Cesárea anterior.
- Problemas con coagulación de sangre.
- Cinco o más partos.
- Anemia.
- Placenta previa/desprendimiento de placenta.
- Pre-eclampsia/eclampsia con muerte fetal.
- Gemelos.

Embarazo actual.

- Parto inducido con hierbas u oxitocicos.
- Parto prolongado.
- Aminiotis.
- Parto menos de 3 horas.
- Sangrado de la vagina por cualquier causa.
- Feto grande.



Situación actual.

- ¿A qué hora tuvo el parto? ¿Cuándo?
- ¿Cuánto ha sangrado?
- ¿Ha tomado medicinas, hierbas?
- ¿Tuvieron que sacar la placenta con la mano?

Probables causas de hemorragia actual

- Atonia uterina: útero cansado, flojo, no se contrae.
- Retención de placenta: cuando la placenta se queda en el útero y no es expulsada.

a.2. Observe y palpe.

Observe señales de shock:

- Baja de presión arterial
- Piel pálida, fría, sudorosa.
- Palpe el útero.
- Observe la vagina, si existe sangrado.
- Examina la placenta para asegurar que está completa.

EXAMEN	ATONIA UTERINA	RETENCIÓN PLACENTA	LACERACIONES
Útero	Blando	Blando, luego duro	Firme, contraído
Placenta	Completa	Incompleta, partes retenidas en útero	Completa
Genitales	Normal	Normal	Desgarros vaginales del cuello

a.3. Actúe.

¡NO IMPORTA LA CAUSA – ESTA ES UNA EMERGENCIA GRAVE QUE PUEDE OCASIONAR LA MUERTE!

- Pida ayuda.
- Trate de controlar la hemorragia.
- Suministre líquidos parenterales (lactato de Ringer o expansores plásmicos).
- Si existe shock coloque en posición de Trendelenburg.
- Haga masaje del útero en forma circular, la paciente misma lo puede hacer, o si no un miembro de la familia.
- Vacíe la vejiga.
- Si la placenta no ha salido pida ayuda para que se haga una extracción manual de la placenta.
- Si hay desgarros, se deben suturarlos.
- Referir.

NUNCA DEJE A LA PACIENTE SOLA

b. Eclampsia.

La eclampsia existe cuando ocurre una o más convulsiones en una embarazada con hipertensión. Las convulsiones no están causadas por epilepsia, derrame cerebral, malaria o meningitis.

La eclampsia puede ocurrir en embarazadas que tienen una tensión arterial de más de 160/110 mm HG, edema generalizado.

Hay síntomas premonitorios de esta emergencia como cefalea intensa, dolor epigástrico y trastornos visuales como lucecitas. El sistema nervioso central se altera por resultado de los efectos de la hipertensión y ocurre una convulsión. Puede ocurrir en anteparto, intraparto o en postparto.

b.1. Pregunte y escuche.

No hay que equivocarse confundiendo la convulsión que resulta de malaria, epilepsia y/o meningitis. Mantenga comunicación durante el asesoramiento y traslado.

- ¿Tiene la mujer historia de epilepsia?
- ¿Ha tenido fiebre?



- ¿Cuántas convulsiones ha tenido?
- ¿Cuánto duraron?
- ¿Durante este embarazo hubo elevación de la presión arterial?

b.2. Observe y palpe.

- Es indispensable suprimir estímulos externos.
- No debe examinarla.
- Realice primeros auxilios como: proteger la lengua con algo suave, prevenir que se haga daño durante la convulsión, dar oxígeno si lo hay, mantener abiertas las vías respiratorias.
- Aspirar secreciones con succión.
- Posicione la paciente de lado.

b.3. Actúe.

- Pida ayuda.
- Organice el traslado y mientras espera, de acuerdo a normas: administrar 1 ampolla de Reserpina o Hidralazina en dosis de 5 – 10 mg en intervalos de 10 a 15 minutos; ampollas de sulfato de magnesio, en vena, administrar lentamente durante 10 minutos en 50 cc de glucosa al 5%.

SIEMPRE VIGILE LAS RESPIRACIONES PUESTO QUE EL SULFATO DE MAGNESIO DEPRIME LA RESPIRACIÓN.

- Controle los signos vitales.
- Se explica a la gestante y familia que es muy importante que su bebé nazca lo más pronto posible en un hospital.

Sepsis.

La sepsis es un problema serio que ocurre cuando los microbios entran al cuerpo y se multiplican, causando enfermedad. Esta enfermedad se caracteriza por fiebre alta (más de 38.5° C) y escalofríos.

La sepsis puede ser causada por:

1. Microbios que se encuentran normalmente en el tracto genital o en el intestino.
2. Microbios provenientes de la nariz y de la boca, o de las manos de la persona que administra cuidados a la madre o recién nacido.

La sepsis puede ser producida en los casos siguientes:

- Ruptura prematura de la bolsa de agua.
- Parto prologando (más de 24 horas), o parto traumático.
- Falta de asepsia durante el proceso de parto y del parto en sí.
- Tactos vaginales demasiado frecuentes.
- Cuidado inadecuado del perineo durante el embarazo o después del parto.
- Introducción de algún objeto, tal como las manos, los instrumentos, medicinas o hierbas en la vagina.
- Relaciones sexuales después de la ruptura de la bolsa de agua.
- Episiotomía o laceración.
- Retención de partes de la placenta, membranas o un aborto incompleto.
- Hemorragia.
- Enfermedad de la madre antes o durante el embarazo. Ejemplo: desnutrición, diabetes, toxemias e infecciones vaginales.
- Contacto de algo sucio cerca del ombligo del recién nacido.

LA SEPSIS PUEDE SER PREVENIDA

c.1. Pregunte y escuche.

- ¿Dónde siente el dolor?
- ¿Ha tenido fiebre? ¿Desde cuándo?
- ¿Ha tenido desecho, o pus de la vagina? ¿Sangre?
- ¿Este desecho tiene mal olor?



c.2. Observe y palpe	Signos positivos de sepsis
1. Palpe el abdomen.	Dolor abdominal
2. Tome la temperatura.	Fiebre/temperatura más de 38°C
3. Observe los genitales	Flojo o secreción vaginal
4. Huela el flujo o secreción	Olor fétido
5. Palpe, mida el útero	Mide más de lo debido
6. Palpe las mamas	Puede haber infección
7. Observe y palpe las piernas	Puede existir flebitis
8. Palpe los riñones	Puede existir una infección

c.3. Actúe.

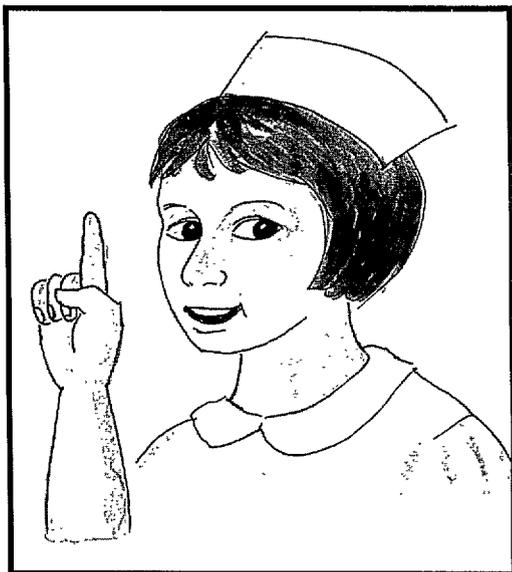
Si tiene dolor abdominal:

- Consulte y organice el traslado.
- Administre Ampicilina 1 gm IM
- Comience la hidratación.
- Explique a la mujer y a su familia, la situación y la necesidad de llevarla al hospital.

Si no tiene dolor abdominal:

- Administre Ampicilina 500 mg vía oral, 4 veces al día por 5–7 días.
- Administre Metronidazol 200 mg vía oral, 4 veces al día por 5–7 días.
- Aspirina o Panadol para el dolor, 1 tableta, 2 o 3 veces al día.
- Administre Egometrina, 0.125 mg, 1 tableta 4 veces al día.

ADVERTENCIA



CUALQUIER INFECCIÓN PUEDE CAUSAR UNA COMPLICACIÓN GRAVE: EL SHOCK. LOS SÍNTOMAS SON: FIEBRE O HIPOTERMIA, TAQUICARDIA, DESORIENTACIÓN Y TENSIÓN ARTERIAL BAJA. ESTA SITUACIÓN ES GRAVE Y PUEDE RESULTAR EN LA MUERTE. LA ÚNICA MEDIDA PARA SALVARLE LA VIDA A LA PACIENTE ES EL TRASLADO INMEDIATO A UN HOSPITAL DESPUÉS DE ADMINISTRAR LA DOSIS INICIAL DE ANTIBIÓTICO.

d. Autoevaluación.

1. Enunciar la definición de Sepsis.
2. ¿Cómo ocurre la sepsis?
3. Haga una lista de 5 medidas que el Auxiliar de Enfermería puede llevar a cabo para prevenir la sepsis.

Estudio de caso.

Te encuentras en el puesto de salud y una señora viene a contarte que su hermana Juana tuvo su bebé ayer y fue atendida por un partero. Esta mañana amaneció con fiebre y no quiso comer. Te pide que vayas a ver a su hermana.

Pregunte y escuche:

¿Qué preguntas harías?

Al llegar a la casa, Juana te dice que este es su segundo bebé. Asistió a la clínica prenatal durante su embarazo. El bebé se ve bien. El parto fue rápido y la placenta salió completa.

¿Qué preguntas le harías a Juana?

Te dice que le duele el estómago y tiene una secreción o flujo vaginal mal oliente. Tiene escalofríos.

Observe y palpe:

¿Qué exámenes harías?

¿Qué acción tomarías?

D.4. Orientación a las parejas sobre planificación familiar.

Se entiende por planificación familiar el derecho que tienen las parejas para decidir libre y voluntariamente el número de hijos que desean y el espaciamiento entre ellos.

El espaciamiento gestacional, incluye la paternidad responsable, donde la pareja puede decidir el número de hijos que desean tener y el momento oportuno para tenerlos.

Para la protección de la salud de la madre es fundamental que pueda discutir este tema si la mujer está dispuesta.

El rol de la Auxiliar es alentar a la mujer y su pareja a que busquen información sobre este tema: dónde, cómo y cuándo pueden encontrar servicios y más información. Este tema se trata con mayor profundidad en el Capítulo V.

D.5. Lactancia materna.

La práctica correcta de la lactancia materna en el transcurso del tiempo, ha sufrido modificaciones, atribuidas a una dinámica social que sufre cambios. Tal es así que el rol de la mujer como madre se ve incrementada para desarrollar actividades laborales, sobre todo en el área urbana.

Este hecho hace que la lactancia materna no sea exitosa, o sea exclusiva y larga, en desmedro del niño. Sin embargo, esta situación es muy diferente en el área rural donde el período de duración de la lactancia coincide con el tiempo que se recomienda (hasta los 2 años) por el tipo de vida que llevan las mujeres del campo.

No obstante este panorama muy propicio para preservar la salud del niño a través de la lactancia materna, los aspectos culturales sobre hábitos y costumbres erróneas, atentan sobre una lactancia correcta, tal es así que, por ejemplo, el consumo de calostro es suprimido ocasionando una privación de las ventajas nutritivas e inmunológicas para el niño, ocasionando un inicio tardío de la lactancia.

Si bien estos hábitos son muy arraigados, para lograr un cambio de conducta requiere la aplicación de acciones educativas, de tal modo que la población asuma una actitud reflexiva favorables a una lactancia exitosa.

Frecuentemente se observan las manifestaciones de dudas e incertidumbre sobre la lactancia que las madres expresan. A continuación se describe una inquietud muy frecuente:

Paulina, una mujer de 22 años, lleva un embarazo de 6 meses, y sus expectativas sobre la lactancia crecen día a día, ya que vio los cambios que sus senos fueron atravesando; la eliminación de pequeñas gotas de leche acrecientan sus dudas, planteándose las siguientes interrogantes: ¿qué tendré que hacer para tener buena leche para mi hijo?, mi mamá dice que la primera leche no debo darle a mi hijito, ¿será cierto eso? ¿Por qué? ¿Por cuánto tiempo deberé dar mi pecho a mi hijito? ¿Será que soy capaz de producir suficiente leche?

Todas estas interrogantes deben ser respondidas mediante actividades educativas, bien orientadas, para el logro de un cambio de actitudes, conocimientos y prácticas, como también reforzar los aspectos positivos de la lactancia.

La leche materna es el alimento más completo e ideal para el niño en sus primeros meses de vida. Proporciona al niño todos los nutrientes como ser: proteínas, grasas, vitaminas, minerales y carbohidratos, necesarios para crecer y desarrollarse sano. Estas ventajas son incomparables con otros tipos de leche que existen en el mercado.

¿Cómo se produce la secreción de leche?

La mujer tiene en sus pechos las glándulas mamarias que se preparan durante el embarazo. La glándula mamaria está formada por: los alvéolos productores de leche, la ampolla, los conductos lácteos y el pezón.



Cuando el niño succiona el pecho, el cerebro de la madre suelta una hormona que se llama “prolactina”. Esta hormona es como señal para que las glándulas empiecen a producir leche.



Si el niño sigue succionando, se da otra señal a los pechos que hace salir la leche. Esta hormona se llama “oxitocina”. Es la misma hormona que contrae el útero después del parto.

Si el niño succiona más, más leche producirá la madre. El tamaño de los pechos no tiene ninguna relación con la cantidad y calidad de la leche producida.

La primera leche que produce la madre es el “calostro” (conocido también como “corta” o “pocke”) que es un líquido amarillento. Sale en poca cantidad, dura de 3 a 5 días después del parto. Es rica en nutrientes y anticuerpos, por lo que no debe ser desperdiciada, ya que en nuestro medio no se acostumbra utilizarla, hecho que debe ser contrarrestado no de manera impositiva, sino generando procesos educativos de reflexión.

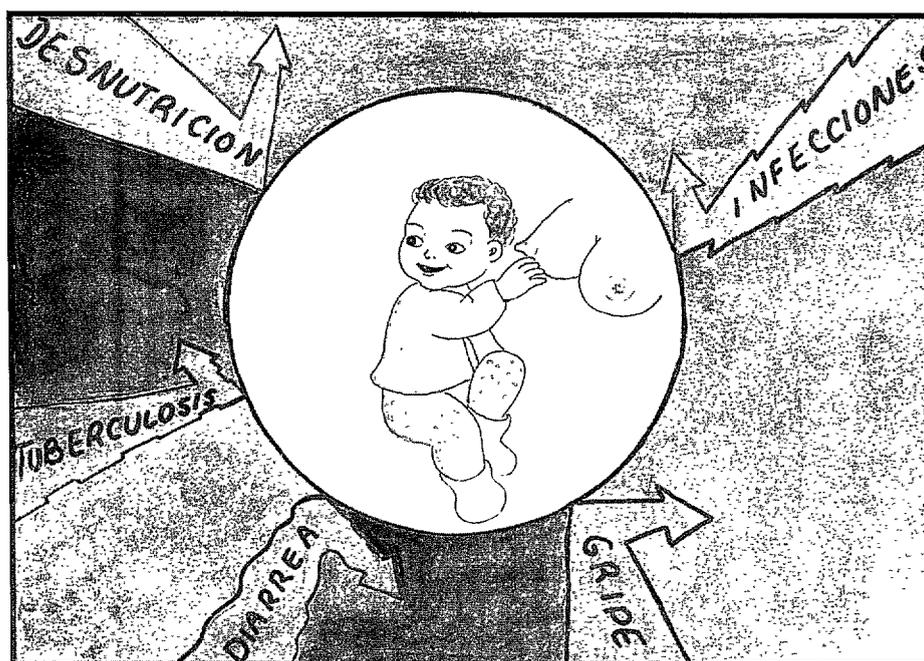
Después se produce la leche madura que será el alimento esencial para el niño hasta los 6 meses de edad, pudiendo prolongarse hasta los 2 años, asegurando el aporte de un alimento nutritivo.

¿Cuáles son los beneficios de la leche materna?

Los beneficios se dan:

Para el niño.

Proporciona al niño los nutrientes necesarios para su adecuado crecimiento y desarrollo. Especialmente el calostro, provee de anticuerpos que protegen al niño de enfermedades infecciosas. Disminuye el riesgo de enfermedad diarreica aguda por contaminación.

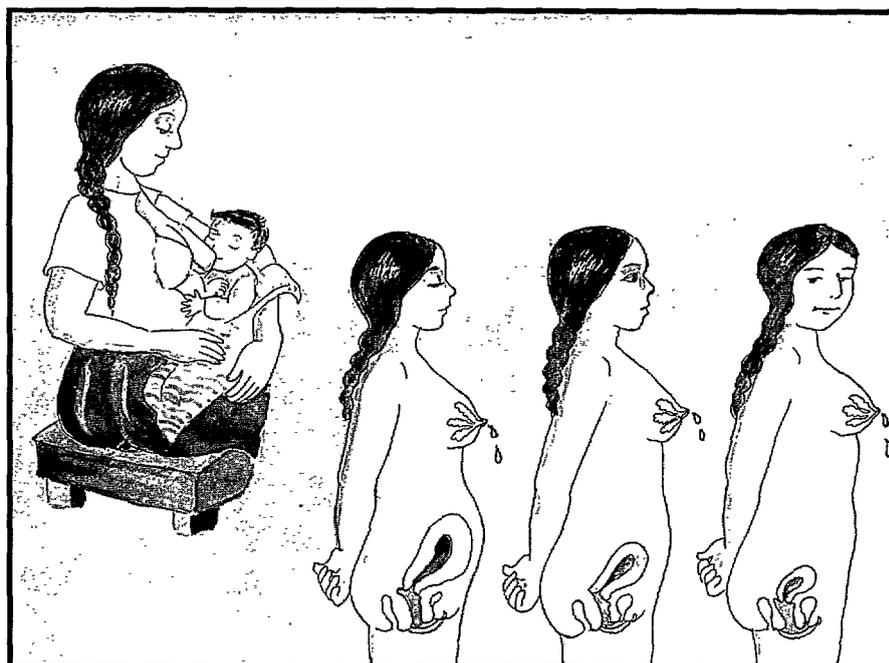




- Favorece el desarrollo psicosocial del niño, por el contacto directo con la piel de la madre; el estar cerca de la madre hace que el niño se sienta protegido y seguro, hecho que facilitará su incorporación y adaptación a su medio social.

Para la madre.

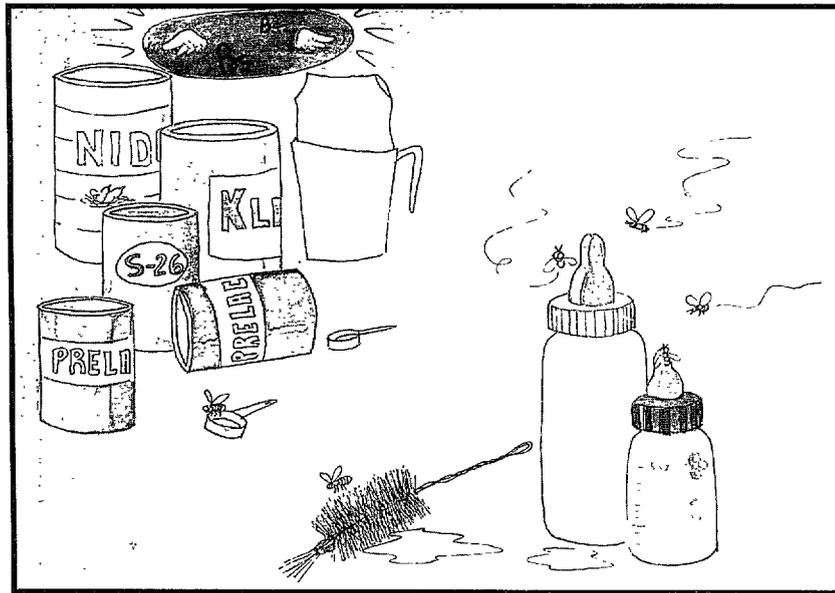
- La succión precoz mejora la contracción del útero, facilitando así la expulsión de la placenta, para evitar la hemorragia del post-parto. Reafirma el sentimiento maternal de la mujer.



- En la mayoría de las mujeres evita la ovulación, actúa como anticonceptivo natural, siempre y cuando se dé de lactar en forma exclusiva y a libre demanda.
- Protege contra el cáncer de mama. Proporciona a la madre comodidad, ahorra tiempo y esfuerzo, por estar siempre disponible.

Para la familia:

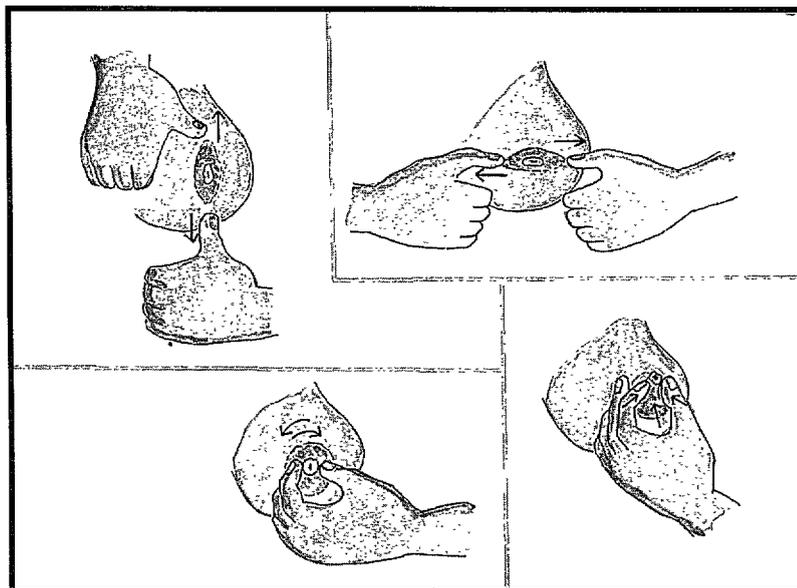
- Preserva la economía familiar (no hay gastos en biberones y leche), asegurando una buena salud y nutrición de los niños.



- La preparación descuidada de biberones, es causa de infecciones, porque la preparación de leche requiere de agua hervida, lavado de biberones, puntos que pueden ser críticos para la producción de contaminaciones, ocasionando enfermedades e implicando gastos económicos en la recuperación de la salud.

¿Cómo debe prepararse la madre para la lactancia?

Para asegurar una lactancia exitosa, la preparación debe iniciarse durante el embarazo, mediante masajes que a continuación se explican:





1. Estirar la piel desde el centro hacia arriba y abajo.
2. Estirar la piel desde el centro del pezón hacia afuera.
3. Estirar el pezón y hacerlo girar entre los dedos por un par de minutos.
4. Estirar el pezón y mantenerlo así por un par de minutos.

Los ejercicios de preparación deben ser realizados todos los días, en la mañana y en la noche, a partir del séptimo mes de gestación.

¿Cómo se debe dar el pecho?

- Se empieza a dar el pecho inmediatamente después de nacer el niño.
- El niño debe mamar de los dos pechos cada vez, una vez empezando por el derecho, y otra por el izquierdo.
- Dar el pecho cada vez que el niño lo pide.
- Dejar que mame hasta que cada pecho se vacíe.
- Se limpia el pecho con agua, nunca con jaboncillo menos con alcohol.
- El niño pequeño necesita mamar en la noche, porque su estómago es pequeño. Cuando el bebé va creciendo puede dormir mínimamente 6 horas seguidas por la noche.
- Se debe dar pecho el mayor tiempo posible, a los 4 meses se puede iniciar la alimentación complementaria, es decir, que el niño puede comer otros alimentos para reforzar la leche materna, pero, las características deficientes de saneamiento ambiental (carencia de agua potable, alcantarillado, deficiente eliminación de basura y excretas), hacen que el niño sea muy susceptible a adquirir enfermedades infecciosas. Por todo ello, se aconseja iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses de edad, en la que el organismo del niño es ya más resistente a las enfermedades, siempre y cuando la lactancia hasta esa edad haya sido exclusiva.
- La posición de la madre es importante, debe estar lo más cómoda posible.
- Después de cada mamada, se recomienda apoyar al niño en los brazos de la madre, dándole unas palmaditas en la espalda al niño, para que pueda eliminar los gases formados en la digestión de la leche. De esta manera se evitan los cólicos.

¿Cuál es el procedimiento para el amamantamiento?

Durante la lactancia es importante que la madre esté descansada y relajada. Las posiciones que debe adoptar la madre son:



En la posición sentada, el niño está frente a la mamá, de tal manera que su abdomen está pegado al de ella (panza con panza). Cuanto más pegados estén los cuerpos, más fácil será que el niño tenga el mentón metido en la mama bajo la aureola y su boca puede abarcar la mayor parte del pezón y la aureola.



La posición inversa se logra colocando el cuerpo del niño debajo de la axila materna, con el vientre apoyado sobre las costillas de la madre (panza-costilla). El cuerpo del bebé está sujeto con el brazo y la cabeza sostenida por la mano. En esta posición se logra que el niño tome suficiente parte de la aureola con la boca.



En la posición acostada, la madre y el niño están unidos por el abdomen (panza-panza). La madre ofrece el pecho del lado que está acostada. Esta posición y la de sentada inversa son las más apropiadas cuando la madre ha tenido una operación cesárea. ¹

D.5.1. Alimentación de la madre durante la lactancia.

Durante el período de la lactancia la alimentación balanceada de la madre es muy importante, tanto para la producción de leche, como para mantener la salud de la mujer que da de lactar. Se recomienda el consumo de los siguientes alimentos por día ²:

¹ Organización Panamericana de Salud, "Módulo para capacitación sobre la lactancia materna", pg 16-17, 19

² MPS y SP, "Manual grupos básicos de alimentos".

Pan:	3–4 unidades
Leche:	1 taza
Huevos:	2 unidades (en reemplazo de carnes)
Queso:	1 tajada (en reemplazo de leche)
Carnes:	2 porciones
<i>Mezclas vegetales (en reemplazo de carnes):</i>	
6 cucharadas de cereal (arroz, tribo, maíz, quinua, cebada, avena, cañahua)	
4 1/2 cucharas de leguminosas (haba seca, lenteja, poroto, garbanzo, arveja, cantidades en alimento crudo)	
Verduras verdes y amarillas:	2 tazas
Otras verduras (tomate, cebolla, coliflor, pepino, remolacha)	2 tazas
Frutas:	2 unidades
Bebidas:	consumo de 8–10 vasos
Cereales:	12 cucharadas
Leguminosas:	6 cucharadas
Tubérculos:	6 unidades
Grasas (aceite, manteca, margarina)	3 cucharadas
Azúcares:	5 cucharadas

D.5.2. Promoción de la lactancia materna.

Promocionar la lactancia materna quiere decir, apoyar y difundir la práctica de la lactancia, a nivel familiar y comunitario.

La promoción de la lactancia materna debe empezar durante el embarazo, en las consultas prenatales, con mayor intensidad a partir del séptimo mes de gestación, en todas las embarazadas, pero de manera especial en las primigestas (por no tener experiencia), y en las madres que anteriormente no dieron de lactar o lo hicieron en forma inadecuada.

A continuación se explican las actividades de promoción para la lactancia materna que, de acuerdo a normas, se recomienda en tres consultas por embarazada ³:

³ MINISTERIO DE PREVISIÓN SOCIAL Y SALUD PÚBLICA, "La nutrición en la supervivencia, desarrollo y protección del niño". pg 44



Promoción de lactancia materna en las consultas prenatales

1a. Consulta	2a. Consulta	3a. Consulta
<ul style="list-style-type: none"> • Examen clínico de mamas. • Establecer tamaño del pezón. Si es de 1 cm. o menos, requiere ejercicios de agrandamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Averiguar antecedentes de lactancia en hijos anteriores, o en hermanos (duración, problemas). • Explicar de manera muy simple la fisiología de la lactancia. • Mostrar actitud positiva hacia la lactancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ventajas del calostro y del alojamiento conjunto madre-niño. • Ejercicios (masajes y estiramiento de los pezones). • Mostrar actitud positiva hacia la lactancia.

E. PROCESO DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO.

Se considera período de Recién Nacido al tiempo de 0 a 30 días (1 mes) a partir del día de nacimiento.

E.1. Características físicas del recién nacido.

El recién nacido conserva su posición fetal durante los primeros días, la cara se presenta un poco edematizada, ojos cerrados, la cabeza alargada debido a la presión durante el período expulsivo.

La piel rosada y cubierta por una capa grasosa llamada vernix caseosos, los genitales externos están algo edematizados, ligeramente pigmentados, las manos cerradas en forma de puño, los miembros en flexión permanente con movimientos incoordinados con tono muscular aumentado.

El peso considerado como normal está entre 2500 y 5500 gramos (dependiendo de las regiones). La talla entre 48 a 52 cm. El perímetro cefálico entre 34 y 35 cm y el torácico entre 31 y 34 cm.

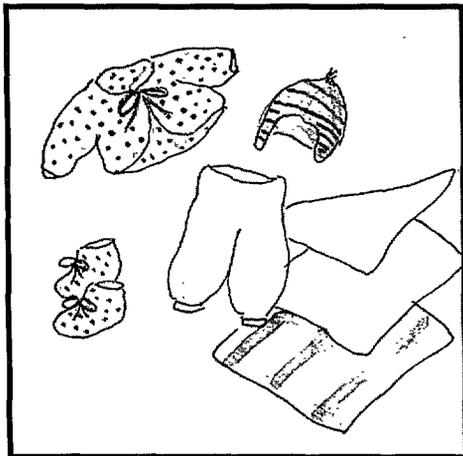
En relación a los signos vitales, la frecuencia cardíaca es de 100 a 140 latidos por minuto. Respiraciones irregulares con una frecuencia de 40 a 50 por minuto.

La temperatura corporal oscila entre 36 a 36.5 C, al nacer existe un descenso brusco y posteriormente se normaliza por el cambio de ambiente.

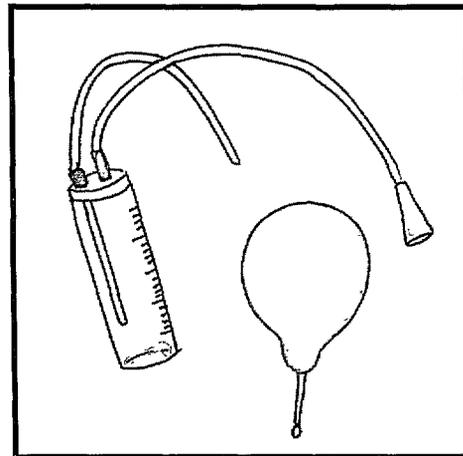
E.2. Cuidados al recién nacido en el período inmediato.

- Valoración de la Puntuación APGAR.
- Establecimiento y mantenimiento de la respiración.
- Cuidado del cordón umbilical.
- Cuidado de los ojos.
- Estabilización de la temperatura corporal y secado del bebé.
- Antropometría (peso, talla, Perímetro Craneal, Perímetro Abdomen)
- Administración de Vitamina K y otros según el nivel de atención.

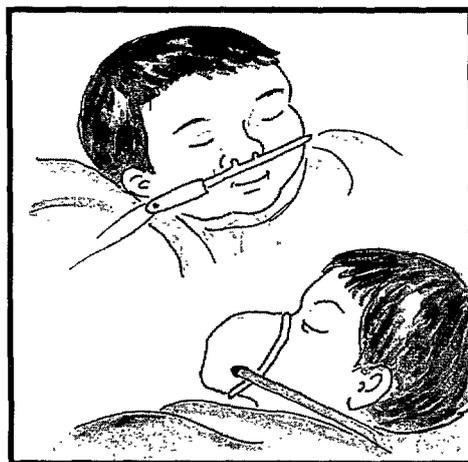
E.3. Material básico para la atención del recién nacido.



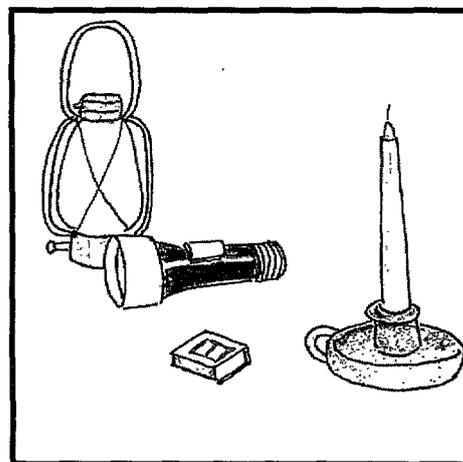
Dependiendo del lugar, ropa del recién nacido según costumbres y clima.



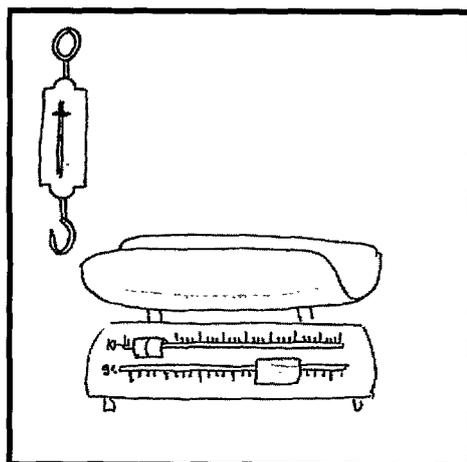
Aspirador manual (chupador de caucho), perita de goma pequeña, gasa.



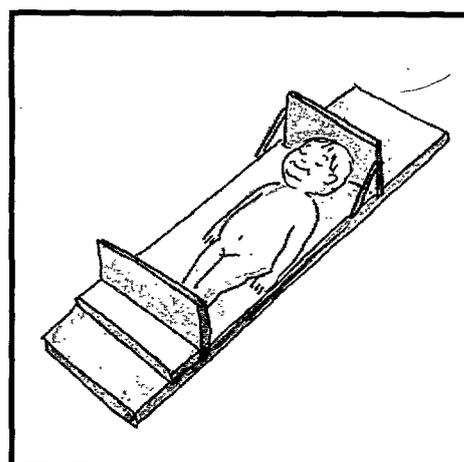
Equipo de oxígeno, sonda nasal y/o mascarilla pequeña (en hospital).



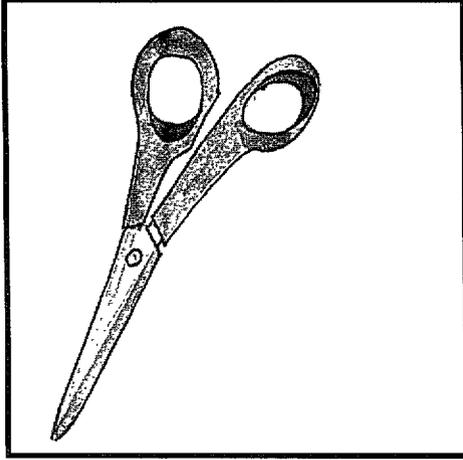
Lámpara de luz, linterna, vela, según lugar y circunstancias.



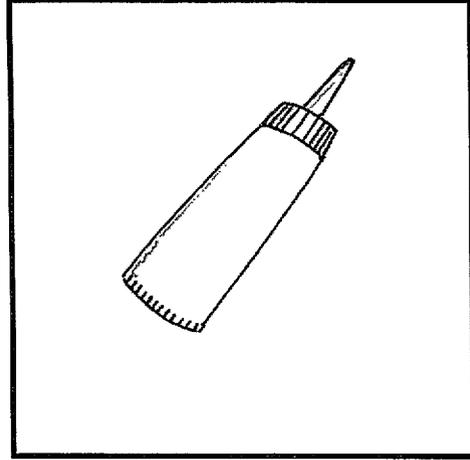
Balanza o romana.



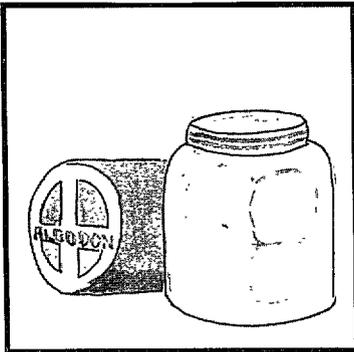
Infantometro o cinta métrica.



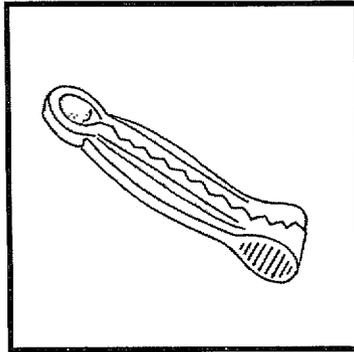
Tijeras o navaja de afeitar nueva



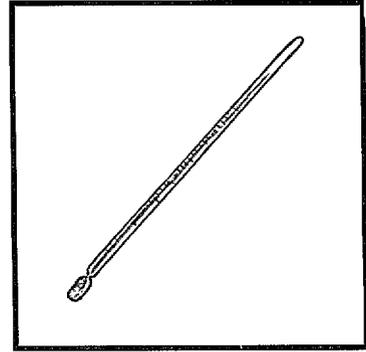
Pomada oftálmica



Algodón o gasa empapados en alcohol.



Cinta o clamp estéril para ligar el cordón



Termómetro rectal



E.4. Procedimientos para los cuidados inmediatos del recién nacido.

a. Método de valoración de Apgar (Ver cuadro).

La valoración de APGAR se refiere al puntaje que se asigna al recién nacido, al minuto y a los 5 minutos después que se produce el nacimiento, para valorar el grado de adaptación fuera del útero, para ello se deberá marcar el puntaje respectivo de acuerdo a las características observadas en el recién nacido. Son 5 los signos que se deben observar:

- **Aspecto y coloración de la piel.**
- **Pulso o frecuencia cardíaca.**
- **Gesticulación, respuesta refleja con estornudo.**
- **Actividad o tono muscular, que se manifiesta con flacidez o flexión de las extremidades.**
- **Respiraciones medidas en esfuerzo respiratorio o en frecuencia respiratoria.**

La puntuación de APGAR se llama así en honor a la médica que la creó y representa un acróstico de su apellido.

VALORACIÓN DE APGAR AL MINUTO Y A LOS 5 MINUTOS.

APGAR AL MINUTO DE VIDA						
ASPECTO COLORACIÓN	Palidez o cianosis total	0	Cianosis distal	1	Rosado	2
PULSO Frec. Card.	Ausente	0	Menor a 100	1	Mayor a 100	2
GESTICULACION	Ausente	0	Gesticulación	1	Estornudo o tos	2
ACTIVIDAD Tono muscular	Flacidez	0	Ligera flexión	1	Flexión completa	2
RESPIRACION Esf. Respirat.	Ausente	0	Irregular	1	Regular o llanto	2
APGAR A LOS 5 MINUTOS DE VIDA						
ASPECTO COLORACIÓN	Palidez o cianosis total	0	Cianosis distal	1	Rosado	2
PULSO Frec. Card.	Ausente	0	Menor a 100	1	Mayor a 100	2
GESTICULACION	Ausente	0	Gesticulación	1	Estornudo o tos	2
ACTIVIDAD Tono muscular	Flacidez	0	Ligera flexión	1	Flexión completa	2
RESPIRACION Esf. Respirat.	Ausente	0	Irregular	1	Regular o llanto	2

Fuente: Manual de Atención Perinatal, OPS/OMS – UNICEF, 1987.



La puntuación de APGAR se interpreta de la siguiente manera:

- De 7 a 10 puntos son normales de un recién nacido vigoroso.
- De 4 a 6 puntos (levemente deprimido) es necesario tomar medidas para su reanimación y cuidados especiales.
- De 0 a 3 puntos gravemente deprimido, requiere reanimación, generalmente cuando la calificación es de 4 se requiere la reanimación inmediata.

b. *Establecimiento y mantenimiento de la respiración.*

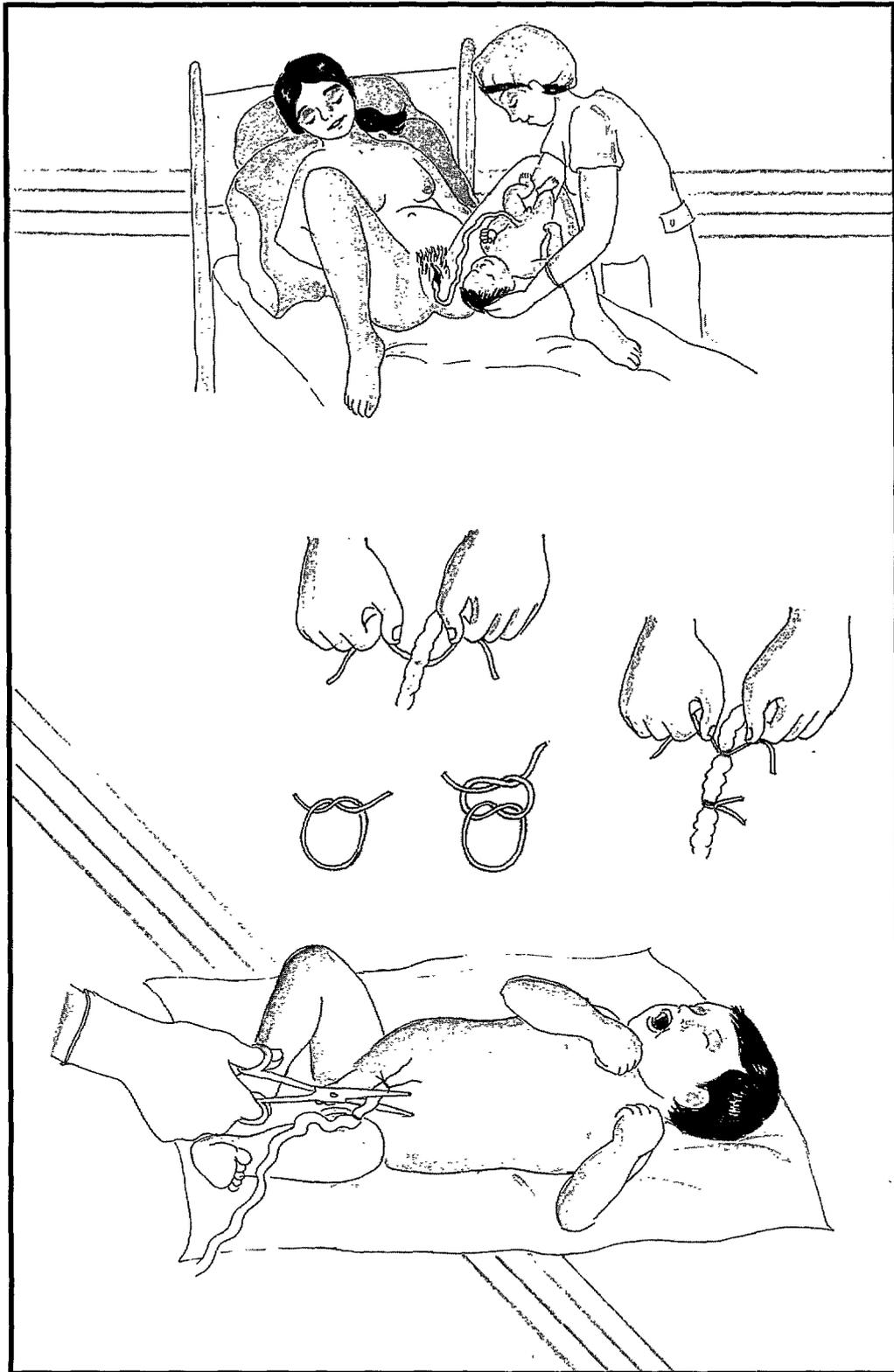
Limpiar orificios nasales y boca de secreciones mucosas y líquido amniótico para mantener una vía libre para respirar sin dificultad, el cuerpo debe estar colocado más alto que la cabeza para que el líquido no pase a los pulmones, se debe colocar al recién nacido en un lugar seco y tibio, aspirar con una pera de goma, succionar cuantas veces sea necesario con precaución, sin dañar las mucosas.

c. *Ligadura del cordón umbilical.*

En casos normales, no hay apuro en ligar el cordón umbilical, en unos segundos deja de tener latido. Con la pinza puesta, se corta el cordón umbilical dejando unos 10 cm. De cordón, luego se procede a la ligadura del cordón a uno o dos dedos de distancia de la piel del abdomen del recién nacido. Para realizar la ligadura se hace un nudo doble y muy ajustado asegurando la probabilidad del sangrado, posteriormente se debe cubrir el muñón con una gasa o algodón empapado en alcohol y luego dejar al aire libre para facilitar el secado del cordón.



LIGADURA DEL CORDON UMBILICAL



d. *Profilaxis ocular.*

Los ojos del recién nacido están en contacto con la mucosa y secreciones de la vagina que probablemente pueden ser contaminadas con microorganismos como gonococos provocando una infección grave llamada conjuntivitis gonocócica, pudiendo causar la ceguera.

Generalmente se aplica pomada oftálmica de terramicina por única vez como medio de proteger los ojos del recién nacido.

e. *Estabilización de la temperatura.*

El recién nacido es muy susceptible de enfriamiento por lo cual es necesario mantenerlo en una temperatura adecuada. Una vez que haya sido evaluado, según la puntuación de APGAR, valorado físicamente, pesado, tallado, tomado el perímetro torácico y cefálico, se procede a vestirlo (la ropa, si es posible, debe ser entibiada). Dependiendo de las normas de la institución y del estado del recién nacido, será necesario fomentar el primer encuentro afectivo madre/niño colocándolo cerca al cuerpo de la madre para que le provea del calor.

Durante la realización de los procedimientos se debe tener el cuidado de abrigar el cuerpo del recién nacido.

El período de Recién Nacido Mediato se refiere al período de las 24 horas hasta los 30 días, donde el Recién Nacido ya está adaptada al medio ambiente externo del útero en su nueva vida.

E.5. *Procedimientos para los cuidados mediatos del recién nacido.*

Los cuidados mediatos se basan en actividades relacionadas con:

- a. *Valoración física–Evaluación.***
- b. *Aseo del cuerpo – baño del recién nacido.***



Se realiza de acuerdo a las costumbres y necesidades del niño. Una vez que el cordón está seco, éste se desprende quedando una cicatriz en la piel del abdomen llamada ombligo, que se debe mantener limpia y seca. Posterior a la caída del cordón, se le puede dar el baño de inmersión, en forma paulatina, introduciendo previamente los pies, luego el resto del cuerpo, de esta manera se evitará que el recién nacido se enfríe bruscamente.

c. Cuidados del cordón umbilical.

El cordón umbilical se debe mantener seco, debe ser aseado cada día, de preferencia con gasa empapada en alcohol, que ayuda a la desecación, no debe intentarse jalar el cordón antes de que se separe completamente, si existe secreción con mal olor debe comunicarse de inmediato al médico, o referir, puede tratarse de una infección (onfalitis).

d. Alimentación.

La alimentación al seno materno es muy importante debido a que provee nutrientes como proteínas, vitaminas, minerales y anticuerpos. La madre debe lavarse las manos antes de darle el pecho y/o hacer cualquier otro tipo de cuidado. Es importante que la madre esté en una posición cómoda y el bebé tenga el pezón acomodado en su boca. La leche debe ser extraída por succión del recién nacido de ambos senos. Es importante para la madre la ingestión de líquido en bastante cantidad para ayudar a la producción de leche que pueda satisfacer las necesidades del recién nacido (Ver Lactancia Materna).



e. Inmunizaciones – Vacuna BCG y Antipoliomielítica (dosis inicial).

Se debe vacunar al recién nacido con dos vacunas, la BCG contra la tuberculosis. Para esto es necesario que el niño cuente con un peso adecuado de 2500 gr. Se administra 0.1cc en el hombro derecho, y la vacuna antipoliomielítica con su dosis inicial de 2 a 3 gotas vía oral para que a partir de los dos meses de vida se complete el esquema de las vacunas.

f. Inscripción en el Registro Civil.

Es muy importante asegurar el nombre que se dará al niño para facilitar la inscripción al registro civil como ciudadano boliviano. Esto evita problemas posteriores a los padres.

E.6. Emergencias del recién nacido.

a. Malpresentación.

Se llama malpresentación a cualquier presentación del bebé que no sea cefálica, o que no esté en situación vertical.

a.1. Causas:

- Tono abdominal débil, ocurre frecuentemente en las multíparas de 5 o más partos.
- Abnormalidades del útero.
- Existencia de placenta previa.
- Embarazos gemelares.
- Aumento anormal de líquido amniótico (polihidramnios).

a.2. Pregunte y escuche.

Revise la historia clínica perinatal y averigüe su paridad.

- ¿Cuándo es la Fecha Probable del Parto?
- ¿En dónde se sienten más los movimientos del feto?
- ¿Se ha observado sangrado vaginal?

El “por qué” de las preguntas.

Las malpresentaciones son más frecuentes en multíparas. Si la malpresentación ocurre después de 36 semanas de embarazo, la situación es muy peligrosa.

Si la presentación es de nalgas, los movimientos del feto se sienten en el área inferior del ombligo. Posibilidad de placenta previa.

a.3. Observe y palpe.

Observar la forma del “bulto” abdominal, puede ayudar a un diagnóstico de posición y presentación del feto.

Se completa un examen abdominal para determinar la presentación y posición del feto. Si el feto está en posición de nalgas, la cabeza del feto se palpa en el polo superior.

Si el feto está en posición transversa, la medida del fondo uterino es menor de lo debido y la cabeza del feto se encuentra a un lado u otro del útero. El eje del feto se encuentra perpendicular al de la madre.

a.4. Actúe.

Es importante identificar si existe o no malpresentación, si la presentación es de nalgas y si la madre se puede atender fuera de un hospital con seguridad.

1. Prepárese para trasladar a la madre a un hospital.
2. Explique a la familia la necesidad de trasladar a la madre a un hospital. **LOS CASOS DE SITUACIÓN TRANSVERSA Y OBLÍCUA SON ANORMALES Y NO ES POSIBLE QUE SE PRODUZCA EL PARTO VÍA VAGINAL.**
3. Si la presentación es de nalgas, el feto parece que pesa entre 2500 gr – 3600 gr y la familia no está de acuerdo con el traslado a un hospital, se debe hacer lo siguiente:

NO SE DEBE TOCAR NI JALAR AL BEBÉ. Deje que la madre puje en posición vertical o de cuclillas. La madre debe pujar solamente cuando tenga contracciones.

Si no nace el bebé, a pesar de los esfuerzos de la madre, una vez que nace hasta el ombligo mantenga siempre la espalda del feto hacia arriba.

Si los brazos y los hombros del bebé no salen espontáneamente, la mujer deberá acostarse. Usted introducirá dos dedos en la vagina, hasta encontrar un codo o un brazo, y suavemente lo jalará sobre el pecho del bebé y lo sacará de la vagina. Haga rotar al bebé **SUAVEMENTE**, hasta encontrar el otro brazo y haga lo mismo con el otro brazo.



Saque los hombros uno a la vez, rotando al bebé SUAVEMENTE. Recuerde que la espalda siempre debe estar arriba, nunca el abdomen. Si la cabeza no sale espontáneamente, debe usted contar con la ayuda de un asistente, proporcionar, suministrar presión por encima del pubis con el puño con el fin de mantener la cabeza del bebé en posición flexionada. Al mismo tiempo, introduzca de nuevo dos dedos en la vagina, encuentre la boca del bebé, y suavemente introduzca uno o dos dedos en esta, flexionando la cabeza ligeramente. Aplique una tracción (suave) para guiar la cabeza hacia afuera.

b. Reanimación del recién nacido.

Un niño asfixiado es un recién nacido que tarda o no empieza a respirar.

El propósito de la reanimación del recién nacido es el de ayudar a mantener la boca y la nariz abiertas, los pulmones respirando y el corazón latiendo, para que la sangre pueda llevar el oxígeno a todos sus órganos. Esto lo hace el Auxiliar y/u otro asistente del parto. Esta es una destreza que puede salvar una vida.

La reanimación debe iniciarse tan pronto como el Auxiliar identifique la necesidad. Si el recién nacido no está respirando, luego de limpiar los fluidos de la boca y nariz, o si el bebé ha nacido flácido y no está respirando, se debe identificar el problema. El bebé no vivirá, a menos que el Auxiliar haga algo inmediatamente. Como se mencionó anteriormente, el monitoreo cuidadoso del latido fetal durante el trabajo de parto puede indicar y alertar al Auxiliar sobre la posible necesidad de usar la reanimación.

b.1. Actúe.



Masaje al corazón.

Coloque los dedos bajo la línea de la tetilla en el medio del pecho, junto encima de la punta del esternón. No levante sus dedos del pecho entre las presiones que se realizan. Presionar el esternón de 3/4 a 1 cm a 100–120 presiones por minuto. El esternón del bebé cede a la presión fácilmente. No se necesita mucha presión para llegar al corazón.



Coordinar el masaje con respiración boca a boca. Cuente mientras presiona sobre el corazón “uno y dos y tres y soplar”. Repetir tres presiones mientras se cuenta y luego soplar cuidadosamente en la nariz y boca. Repetir. Mientras tanto el asistente debe buscar el pulso.

Asegurarse que la respiración y la presión estén coordinadas con la ayuda del conteo. Primero realizar tres presiones, luego soplar, luego repetir todo el proceso. Si se presiona el corazón y se hace la respiración boca a boca al mismo tiempo, el bebé puede morir por ruptura de órganos internos o se pueden presentar otros problemas serios.

Finalizar con el masaje cuando el pulso alcance 80/minuto. Puede ser necesaria la respiración boca a boca por un período más largo, hasta que el bebé empiece a respirar por sí solo.

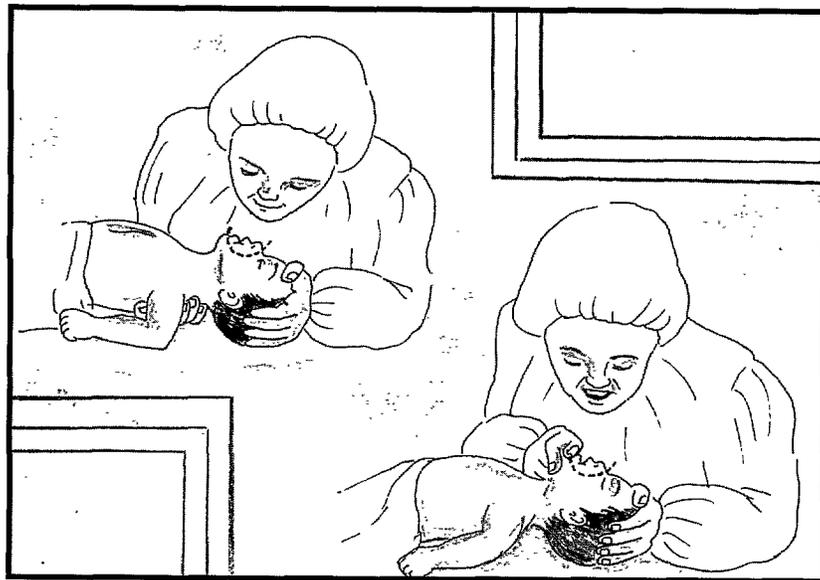
Respiración boca a boca

Mantenga el calor del bebé.

Primero: ABRA el pasaje por el cual puede respirar, limpiando la boca y las ventanas de la nariz del bebé para quitar el moco y la sangre.

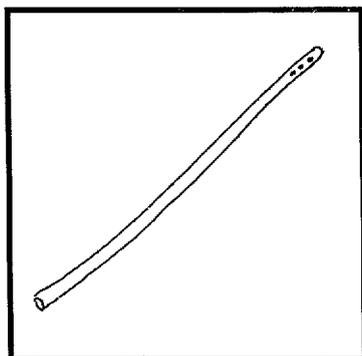
Segundo: MIRE, ¿ha comenzado a respirar? Si no, ayúdelo. Respiración de boca a boca: su boca encima de la nariz y boca del bebé, sople suavemente 20 segundos.

Tercero: PALPE, ¿está latiendo el corazón? Si no, ayúdelo. Ponga 2 dedos debajo del pezón del bebé. Coordine la respiración boca a boca con el masaje cardíaco: 3 masajes – 1 sople; 1,2,3, sople; 1,2,3, sople.

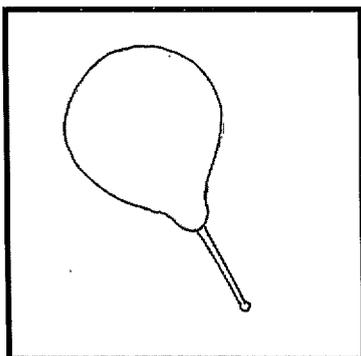


NO SE DEBE PEGAR DURO NI BAÑAR EN AGUA FRÍA, ESTAS PRÁCTICAS PUEDEN DAÑAR AL RECIÉN NACIDO.

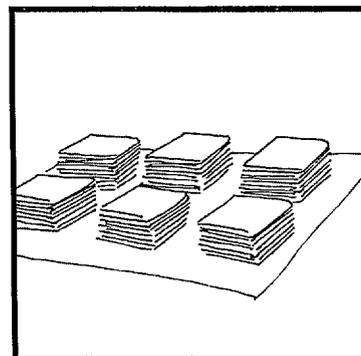
Equipo de reanimación.



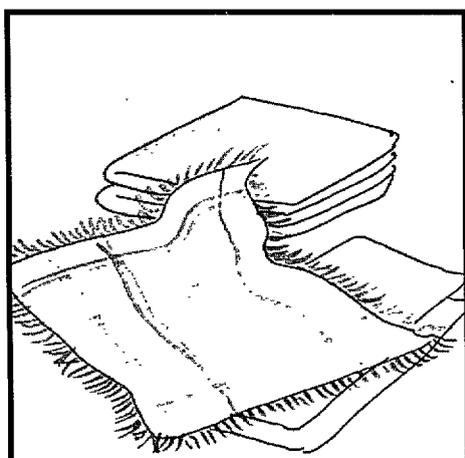
Cateter de succión de moco (Delle)



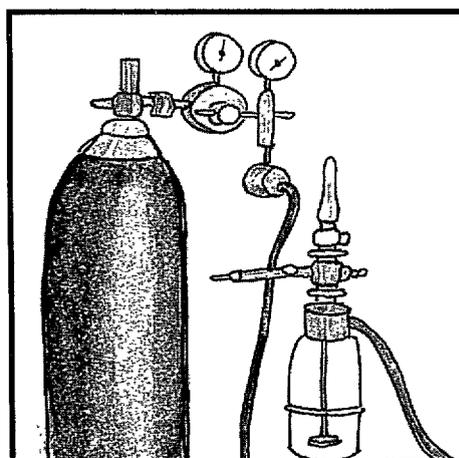
Pera de succión.



Gasa seca y limpia.



Mantas limpias para mantener al recién nacido a buena temperatura.



Oxígeno, si estuviera disponible



Procedimientos.

1. Cubrir al bebé con una manta seca para mantener su temperatura.
2. Asegurarse que las vías respiratorias estén abiertas. Limpiar la nariz y boca tan pronto como estén visibles.
3. Asegurarse que el bebé esté respirando. Si el bebé no está respirando, actuar rápidamente. Ayudar al bebé a respirar.
4. Colocar la mano en el pecho, sobre el corazón. Sentir cuán fuerte, regular y cuán rápido está latiendo el corazón. Si el corazón no está latiendo, actuar rápidamente. Ayudar a que el corazón empiece a latir.
5. Observar el color del bebé. Luego, secarlo rápidamente y mantener su temperatura.
6. Manejar al bebé cuidadosamente. Si no existiera ningún problema, colocar al bebé desnudo sobre el pecho de la madre. Luego cubrir a ambos con mantas secas. Completar el procedimiento de parto y el cuidado del recién nacido.

F. PROGRAMACIÓN OPERATIVA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER

Principios Básicos para la Programación.

La programación de actividades estará limitada a los aspectos específicos de la Atención Integral a la Mujer basados en los objetivos de la Salud Reproductiva, que permitirá ordenar las actividades, poderlas controlar y evaluar para corregir y reforzar las mismas.

Para ello se deben tomar en cuenta los siguientes principios:

- ***Análisis de la situación local.***
Analizar la situación local a través de la observación y la vivencia en el área de trabajo para lograr un diagnóstico. Dicho análisis permitirá identificar cuáles son los problemas dominantes de salud de la mujer en la zona, sus factores condicionantes y establecer las prioridades para su control.
- ***Definición y selección de prioridades.***
Para definir y seleccionar los problemas que requieren atención inmediata se debe tomar en cuenta algunos criterios básicos con la magnitud, la trascendencia y la vulnerabilidad del daño a controlar.

La magnitud está determinada por la frecuencia de los daños cuyo conocimiento se da a través de la información estadística que permite saber cuál es el daño que se presenta con mayor intensidad en la localidad.

La trascendencia es el impacto que ocasiona el daño o problema no sólo en la mujer sino en la comunidad.

Después de la comprensión de los principios de Programación, el primer paso para lograr esta actividad es la delimitación del problema que queremos resolver. Por ejemplo: “¿Cuántas mujeres se enferman y mueren por causas de su condición de género y su vinculación con la reproducción?”.

Sustenta éste con la revisión de datos estadísticos (indicadores) como las tasas de mortalidad materna, tasa de fecundidad y tasa de mortalidad perinatal. A partir de este análisis y conociendo los datos se puede tener una aproximación de la delimitación del problema que se desea resolver.

Conociendo la realidad y habiendo priorizado los problemas a intervenir, entonces comienza la fase de formulación.

PROCEDIMIENTO PARA LA FORMULACION DEL PROGRAMA

- Conocimiento de la población total. (1)
- Conocimiento de la población por grupos étnicos y sexo. (2)
- Conocimiento de la frecuencia de cada una de las actividades. (3)
- Conocimiento de la población de embarazadas. (4)
- Conocimiento del objetivo del programa. (5)
- Conocimiento de los medios de verificación que tenemos para evaluar la actividad. (6)
- Conocimiento de los insumos que son necesarios para evaluar la actividad. (7)
- Conocimiento del costo de cada una de las actividades a realizar. (8)

El facilitador debe ayudar a que la Auxiliar de Enfermería realice el ejercicio utilizando datos de su propia comunidad de trabajo. Los datos deben ser vaciados en la matriz oficial de la Dirección Departamental de Salud.



CAPÍTULO VI

PROCESO DE REPRODUCCIÓN Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Lic. Magaly Severich
Dr. Moisés Martínez

Se espera que al concluir la lectura de este capítulo, la Auxiliar de Enfermería haya logrado los siguientes objetivos:

- 1. Identificar los cambios biológicos y psicológicos que se desarrollan durante el proceso de la vida.*
- 2. Relacionar los factores socio-culturales con los cambios biológicos y psicológicos durante la pubertad-adolescencia.*
- 3. Considerar la concepción cultural de sexo-sexualidad y genitalidad.*
- 4. Interactuar con los valores culturales de la población para rescatar y dinamizar prácticas favorables a la salud reproductiva.*
- 5. Comprender el valor que tiene cada etapa de la vida para así poder asumir y preservarla con responsabilidad.*



Introducción.

Para la mejor comprensión del proceso de reproducción humana y la educación en planificación familiar, es importante el conocimiento científico de la anatomía y fisiología de los órganos de reproducción, que permita entender con mayor facilidad y naturalidad las funciones de estos órganos y así lograr develar las distorsiones que frecuentemente ocurren, y que muchas veces se convierten en barreras infranqueables en el abordaje del tema de la sexualidad y reproducción.

El punto de partida del conocer científico es el saber popular que en el caso de los órganos de reproducción, tanto masculinos como femeninos, se halla distorsionado en cuanto asume denominaciones impropias o está rodeado de actitudes propias de algo prohibido y vergonzante.

A partir de este hecho, se reconoce como una necesidad, promover el aprendizaje adecuado de términos y funciones con naturalidad y respeto, para contribuir al desarrollo integral de los sujetos participantes, superando así los tabúes y la falsa moral asociados comúnmente a la vida reproductiva. De este modo, el punto de llegada o propósito final de este proceso es valorar la vida humana y asumir la responsabilidad de preservarla tanto en la dimensión individual como social.

En el proceso de desarrollo de la vida del hombre existen cambios biológicos y psicológicos que se acentúan durante el período de vida reproductiva y en el declinar de la misma. El desconocimiento de los mencionados cambios, conduce a desajustes y desadaptaciones con el medio, que en la mayoría de las veces concluyen con resultados dramáticos, principalmente en etapas trascendentales de la vida, como son la adolescencia, el climaterio y la tercera edad.

Por lo mencionado, la Auxiliar de Enfermería debe alcanzar los propósitos del capítulo y a partir de ahí, poder realizar actividades de educación-orientación en sus comunidades y a toda persona que lo necesite. Para ello utilizará como ayuda los temas desarrollados en el presente capítulo.

I. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LOS ÓRGANOS DE REPRODUCCIÓN FEMENINO Y MASCULINO.

A. Órgano reproductor femenino.

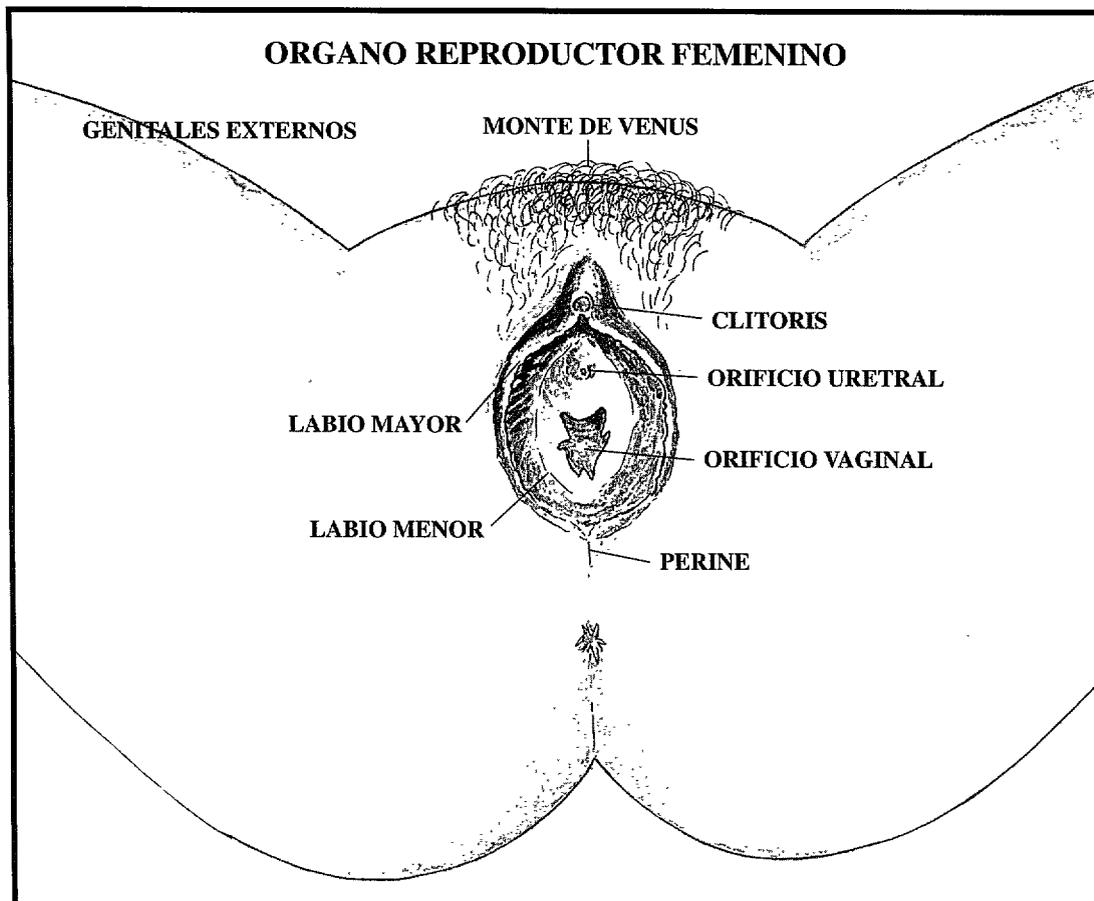
a. Genitales Externos: Llamados también “Vulva”, se sitúan alrededor de la parte inferior del pubis, entre los muslos, y comprende las siguientes partes:

a.1. Monte de Venus.

Ubicado encima del Pubis, está formado por piel y vellos; sirve para proteger de los golpes.

a.2. Labios Mayores.

Son dos repliegues de piel, gruesos, parten del Monte de Venus y terminan en la base del perineo. Cada labio después de la pubertad se recubre de vellos en la superficie externa, en la superficie interna se puede apreciar un aspecto húmedo y liso. Sirve para proteger los labios menores.





a.3. Labios Menores.

Son dos repliegues de piel finos y suaves, situados entre los labios mayores. Tienen un revestimiento mucoso, de una coloración rojiza (sin vellos); que sirve para proteger los orificios de la Uretra y Vagina.

a.4. Clítoris.

Es el órgano eréctil de la mujer, sumamente sensible; está situado entre los labios mayores y menores en la parte superior de la vagina, su función es dar placer a la mujer durante la relación sexual.

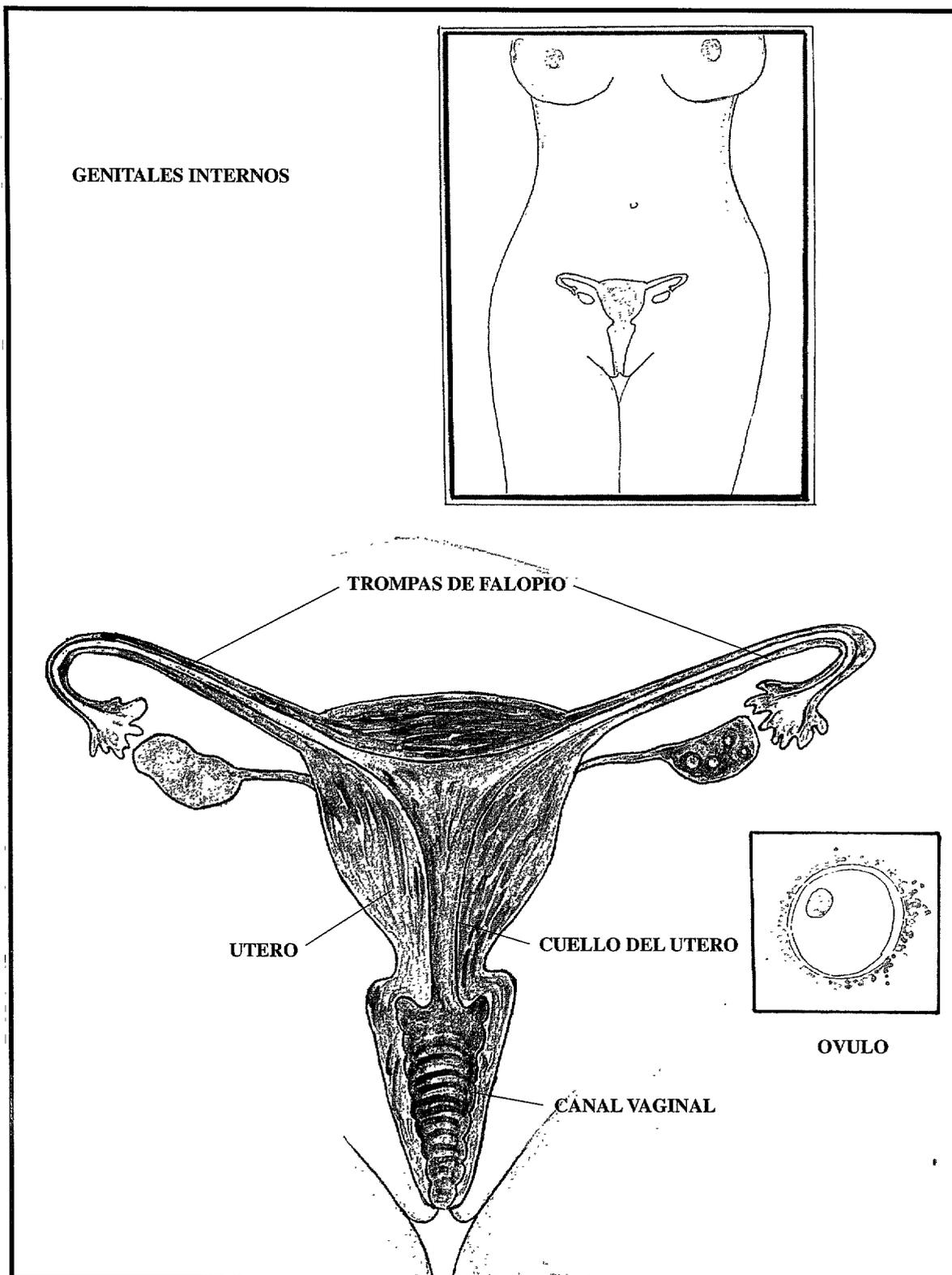
a.5. Orificio Vaginal.

Es el orificio por donde empieza la vagina y por donde penetra el pene del hombre durante la relación genital. Este orificio es parcialmente cubierto por el himen (Membrana fina).

b. Genitales Internos: Son los órganos reproductores femeninos internos que se encuentran en la cavidad pélvica y comprenden las siguientes partes:

b.1. Los Ovarios.

Son dos glándulas sexuales situadas una a cada lado del Útero; tienen la forma y tamaño de una almendra grande. Cumplen funciones importantes como:





- Producir, madurar y expulsar los óvulos .
- Producir las hormonas femeninas Estrógeno y Progesterona.

b.3. Trompas de Falopio.

Son dos conductos del tamaño de un lapicero (+/- 10 cm.) que comunican los ovarios con el útero (matriz). Gracias a las fimbrias que se encuentran en su extremidad, el óvulo puede dirigirse hacia la cavidad uterina. De esta forma sus principales funciones son:

- Transportar el óvulo o el huevo fecundado hacia la cavidad uterina.
- Facilitar el encuentro Ovulo–Espermatozoide dando lugar a la fecundación en el tercio medio externo de la trompa.

b.4. Útero.

Llamado también matriz (o Madre) es un órgano hueco (cóncavo), de paredes gruesas y tejido muscular elástico; situado en la parte media e inferior del abdomen, entre la vejiga (por delante) y el recto (por detrás). Tiene la forma de una pera invertida (7 cm. de longitud y 4 cm. de ancho), posee tres capas: la capa externa, serosa, llamada perímetro, que recubre todo el miometrio; la capa intermedia, muscular, fuerte y elástica llamada miometrio, que forma mayor parte del útero y una capa interna mucosa, llamada endometrio, la cual da a lugar a la menstruación cuando no existe fecundación. Sus funciones son:

- Dar lugar a la menstruación por descamación del endometrio.
- Albergar (alojar) al niño durante todo el embarazo.
- Ser el motor del parto.

b.4. Cuello del Útero.

Llamado también cervix , es el que comunica al útero con la vagina. Allí se produce el moco cervical.

b.5. Canal Vaginal.

Es un canal músculo– membranoso que se extiende desde la parte inferior de la vulva hasta el cuello uterino (cérvix); comunicando de esta forma partes externas e internas. Sus funciones son:

- Facilitar la salida de la menstruación y secreciones.
- Alojar al pene durante las relaciones genitales.
- Servir como canal del parto.

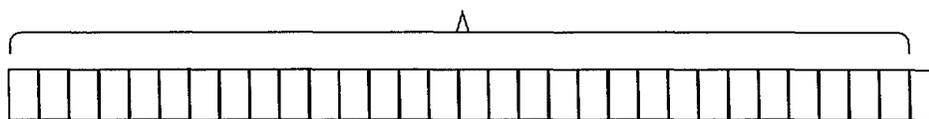
b.6. Algunos términos relacionados con el proceso de reproducción.

Menstruación: Descamación del endometrio con presencia de sangrado, y con una duración de 3 a 5 días en cada ciclo menstrual

Menarquia: Se llama menarquia a la primera menstruación.

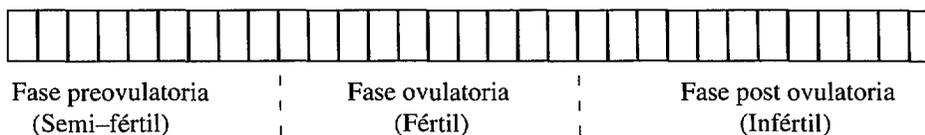
Ciclo Menstrual: El tiempo que transcurre entre una menstruación y otra (término medio de 24 a 35 días) se llama ciclo menstrual. Cada ciclo se inicia con el 1er. día del sangrado menstrual y termina un día antes del próximo sangrado.

Representación del ciclo menstrual y las diferentes fases
Ciclo menstrual



En cada ciclo menstrual existen tres fases:

- Fase pre-ovulatoria (semi-fértil)
- Fase ovulatoria (fértil).
- Fase post-ovulatoria (infértil).



Ovulación: Es la salida del óvulo maduro de uno de los ovarios. La ovulación está relacionada con la fase fértil de la mujer (Fase en la cual la mujer puede quedar embarazada si tiene relaciones sexuales).

Fecundación: Es la unión del óvulo maduro con el espermatozoide.

Óvulo: Es la célula sexual femenina (semilla de la mujer), mide una décima de milímetro y es 85 veces mayor que el espermatozoide. Tiene un promedio de vida de 12 a 14 horas, si no es fecundado se muere. En la parte central del óvulo se encuentra todo el material hereditario que la madre aportará al nuevo ser.

La mujer es fértil SOLO los días de maduración del óvulo.



Siendo de gran importancia que la mujer conozca su cuerpo y las funciones que cumplen cada una de sus partes, la Auxiliar de Enfermería debe dar esta información–orientación en su comunidad o donde la necesiten, en forma completa y sencilla (puntualizando lo esencial de cada una de las partes).

Para ello:

Partirá del conocimiento que tiene la mujer sobre su cuerpo, a través del ejercicio “¿Conozco mi cuerpo?” que se realiza de la siguiente manera: El facilitador expondrá un rompecabezas armado dando a conocer las partes y funciones del cuerpo, luego desarmará el rompecabezas y hará que el grupo vaya armando y explicando con sus propias palabras (los errores deben ser corregidos en el momento).

B. Órgano Reproductor Masculino.

a. Genitales Externos.

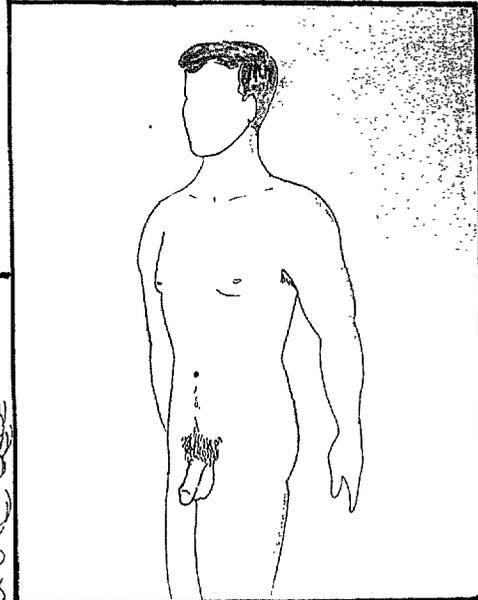
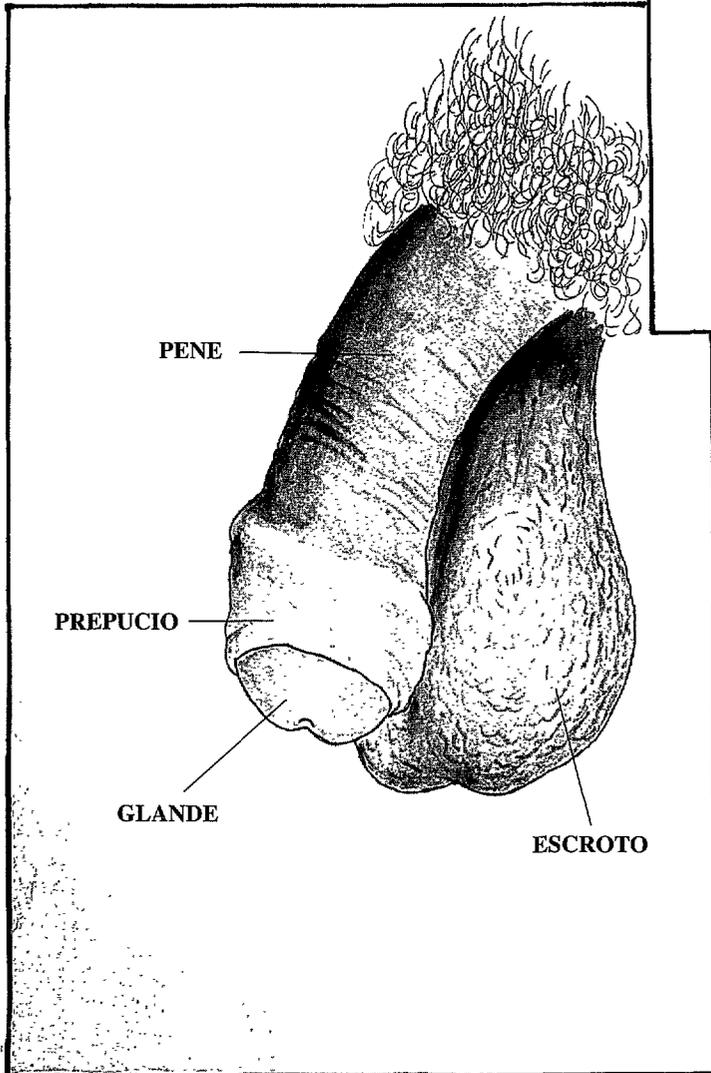
a.1. Pene.

Es el órgano copulador masculino, situado en la parte baja del abdomen delante del pubis, tiene 3 funciones:

- Reproductora.– Introduce los espermatozoides en la vagina durante la relación genital de la pareja.
- Sexual.– Da placer al hombre durante la relación genital.
- Sirve para eliminar la orina durante la micción.

ORGANO REPRODUCTOR MASCULINO

GENITALES EXTERNOS





a.2. Glándula.

Es el extremo final del pene, recubierto por el prepucio. Es la parte más sensible de los genitales masculinos. En la parte central se encuentra el meato uretral (por donde sale semen u orina).

a.3. Prepucio.

Es un repliegue de piel que rodea al glande, durante el estado de flacidez del pene, recubre todo el glande y se retrae durante la erección.

a.4. Escroto.

Es una bolsa de piel arrugada que se encuentra debajo del pene, en cuyo interior se encuentran los testículos, tiene una coloración oscura y su función es la de sostener y proteger los testículos.

b. Genitales Internos.

b.1. Testículos.

Llamados también glándulas sexuales masculinas. Son dos cuerpos de color blanco azulado, tienen la forma ovoide, del tamaño de una almendra.

Se encuentran debajo del pene entre los muslos, sostenidos y protegidos por el escroto, tienen dos funciones:

- Reproductora= produce espermatozoides.
- Hormonal= Produce las hormonas sexuales masculinas (andrógenos) responsables del desarrollo de los órganos genitales y los caracteres secundarios (barba, cambio de voz, ensanchamiento de espaldas, etc.) durante la pubertad.

b.2. Epidídimo.

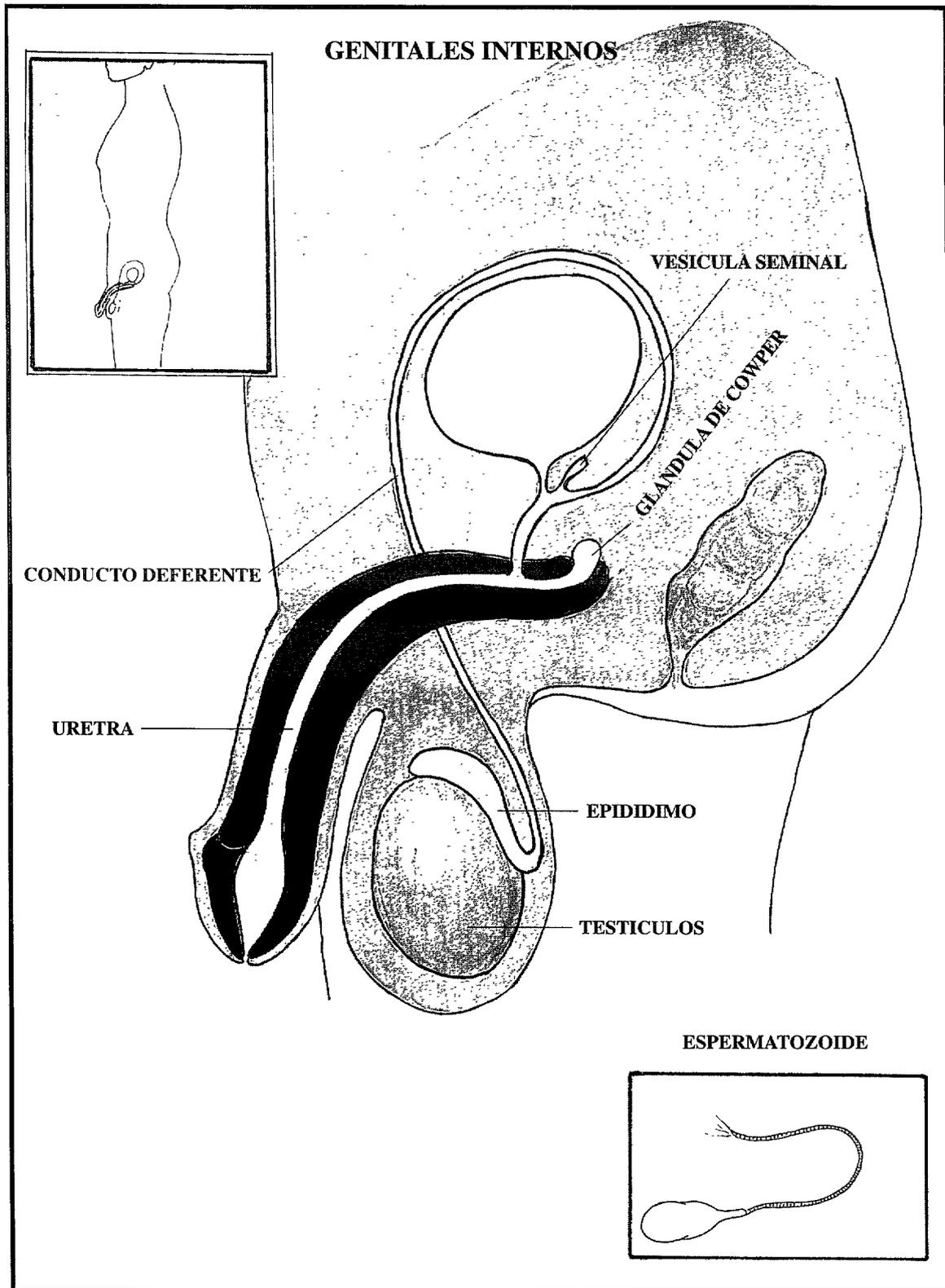
Es un conducto en forma de “casquete” que bordea al testículo en su parte postero-superior, continuando con el conducto deferente. Su principal función es la de madurar y almacenar el espermatozoide.

b.3. Conducto deferente.

Es un conducto continuación del epidídimo, el cual da paso a los espermatozoides desde el epidídimo hasta la vesícula seminal.

b.4. Vesículas Seminales.

Son órganos que tienen la forma de bolsas alargadas; producen el líquido seminal el cual ayuda a completar la maduración del espermatozoide.





Espermatozoide es la célula sexual masculina (semilla del hombre), mide aproximadamente cinco céntimas de mm, tiene un promedio de vida entre 25 a 72 horas, dependiendo del medio (mueren rápidamente en un medio ácido).

Un espermatozoide puede determinar el sexo del nuevo ser (cabeza grande – sexo masculino; cabeza pequeña – sexo femenino).

El espermatozoide está formado por la cabeza (que lleva la herencia), un cuello y la cola, que le ayuda a moverse con una velocidad de 2mm por segundo.

El hombre es fértil TODOS LOS DÍAS, ya que la producción de espermatozoides es diaria.

b.5. Próstata.

Es una sola glándula voluminosa que mide 30 milímetros de alto por 40 de ancho, situada debajo la vejiga y atravesada por la uretra. Su principal función es la de:

- Producir y aportar con el líquido prostático rico en proteínas, fosfatos, espermina, etc. que ayudan a los espermatozoides a moverse; la espermina es la que da el olor característico del semen.
- Tiene también una función valvular, porque funciona como una válvula: durante la relación genital, en el momento de la eyaculación (salida del semen) impide la salida de la orina. Y cuando el pene está flácido da lugar a la salida de la orina (y no del semen).

b.6. Glándula de Cowper.

Llamada también glándula bulbo uretral, tiene el tamaño de una arveja y se comunica con la uretra. Su función es la de:

- Limpiar y lubricar la uretra en el momento de la eyaculación.
- Añade al semen una sustancia alcalina que neutraliza la acidez de la uretra.

b.7. Uretra.

Es la última porción de la vía urinaria, atraviesa la próstata y el pene. Es un conducto cuya longitud es de 16 a 18 cm. Su función es:

- Llevar la orina desde la vejiga, hasta el meato urinario.
- Llevar el semen desde los conductos eyaculadores hasta el exterior.

Para orientar el estudio de los órganos sexuales masculinos el/la Auxiliar de Enfermería puede utilizar la misma actividad de enseñanza–aprendizaje que se utilizó con los órganos femeninos.

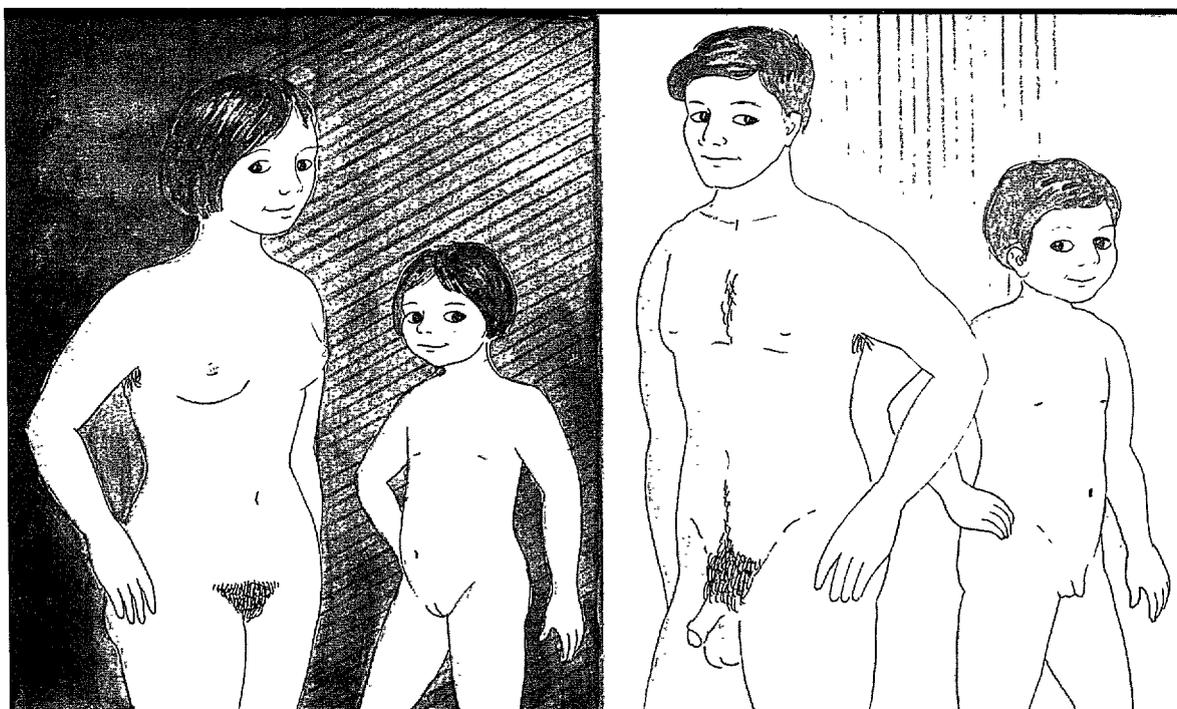
Para la evaluación, puede utilizar el ejercicio “Bolsa de sorpresas” o “La Piñata”. Consiste en guardar dibujos (de cada parte) de los órganos en una bolsa o piñata, y los participantes cogerán al azar un dibujo para luego describirlo.

II. CAMBIOS EN LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA.

Pubertad es la etapa con la que se inicia la adolescencia y en la que se presentan cambios en el desarrollo físico y mental, destacándose en estos aspectos los cambios biológicos y psicológicos.

A. Cambios biológicos.

Entre los cambios biológicos se destacan la maduración sexual y el “estirón” del crecimiento, que se inicia debido a la producción de hormonas que estimulan la maduración sexual y el crecimiento. Estas hormonas son: Estrógeno y Progesterona en la mujer, Testosterona en el varón.





<i>CAMBIOS FEMENINOS</i>	<i>CAMBIOS MASCULINOS</i>
<i>Crecimiento de los senos.</i>	<i>Crecimiento de testículos y escroto.</i>
<i>Crecimiento del vello púbico.</i>	<i>Crecimiento de vellos púbicos.</i>
<i>Crecimiento del útero, la vagina, la vulva y el clítoris.</i>	<i>Presencia de las primeras eyaculaciones nocturnas.</i>
<i>Presencia de la primera menstruación (menarquía).</i>	<i>Aparición del bigote juvenil.</i>
<i>Piernas redondeadas.</i>	<i>Ensanchamiento de la espalda.</i>
<i>Cambio de voz (fina).</i>	<i>Cambio de voz (gruesa).</i>

B. Cambios psicológicos.

Estos cambios existen debido a que no sólo se da el desarrollo físico, sino también el desarrollo mental, donde el pensamiento cambia y se hace más abstracto.

- a. **Descubrimiento del mundo del yo.** El propio yo aún no se le presenta como algo firme, seguro y definitivo. De ahí su anhelo de conocerse y comprenderse.
- b. **La vida sentimental se hace muy intensa y variable.** Pasan fácilmente de la alegría a la tristeza; de la arrogancia a la timidez.
- c. **Comienza a preocuparse por el futuro.** Siente inquietud por el lugar que ocupará en los diversos campos de la vida.
- d. **Comienza a sentir la fuerza de Valores o Ideales.** Este sentir es motivo de superación personal y también de conflictos, puesto que toma en cuenta la verdad, la justicia, la belleza, etc. que a su vez tienen relación con el medio social y cultural en el que vive.
- e. **Impulsos de Realización.** Siente impulso (ganas) de realizar muchas cosas, pero su inmadurez, su falta de capacidad y conocimientos necesarios le provoca inseguridad, lo cual le causa sufrimiento y angustia.
- f. **Anhelo de Independencia.** Las vivencias enunciadas generan en el alma inquieta del adolescente un anhelo de liberación e independencia.
- g. **Fantasía en su Mundo Interior.** La fantasía que había disminuido en los últimos tiempos de la niñez, reaparece nuevamente, siendo “él” el personaje principal de sus fantasías donde logra realizar sus mayores sueños y anhelos.

- h. **Curiosidad Sexual.** Empieza el interés por el sexo opuesto, se presenta el impulso sexual y es exactamente durante la adolescencia que se dan las excitaciones y relaciones sexuales, que están orientadas fundamentalmente hacia las sensaciones de placer y erotismo.
- i. **Desadaptación, problemas y conflictos con el Medio Social y Cultural.** Los profundos y bruscos cambios experimentados en su organismo y psicología, producen en el adolescente desajustes y desadaptaciones con respecto a sí mismo, a sus padres y al medio social y cultural en que vive. Siente que ya no es niño, pero a la vez sabe que todavía no es adulto, esta situación le ocasiona conflictos que le provocan problemas psicológicos y/o comportamientos neuróticos.

Como el ser humano se desarrolla en un ambiente social y cultural, si la influencia de éstos es positiva, los problemas se irán resolviendo satisfactoriamente. El hogar juega un papel importante para el normal desarrollo y solución de los problemas del adolescente.

Un adolescente que vive en un hogar donde los padres se quieren, respetan, comparten y se preocupan por sus hijos; evolucionará normalmente e irá resolviendo los problemas característicos de su edad con mayor facilidad; en cambio un adolescente que vive en un hogar donde no existe armonía entre los padres, sin amor ni preocupación hacia sus hijos; y por el contrario sólo lo maltratan; agudiza los problemas propios de su edad, que deformarán finalmente su manera de ser.

Frente a esta etapa crítica que atraviesa el adolescente, es necesario mantener una relación positiva que contribuya al crecimiento saludable y menos doloroso; mucho más, en un país que económica y políticamente se encuentra camino al desarrollo. Se mencionan a continuación algunas acciones claves para ayudar al fortalecimiento de las bases de la personalidad positiva en el adolescente.

C. *Conocimientos, Actitudes y Prácticas de relacionamiento con los adolescentes.*

- **Visualizar.** *Sus planes trazados para ayudarlos respetando su enfoque personal.*
- **Conocer.** *Sus habilidades y destrezas para fomentarlas.*
- **Apoyar.** *La culminación de sus metas a inmediato, corto o largo plazo.*
- **Brindar.** *Afecto y apoyo sin condiciones.*
- **Compartir.** *Con ellos éxitos y fracasos con optimismo.*
- **Estimular.** *Su participación en la toma de decisiones personales y familiares.*
- **Integrar.** *Su participación en el grupo familiar con un alto grado de comprensión.*



- **Identificar y aceptar.** *Sus diferencias.*
- **Acordar.** *Con ellos las normas a establecer.*
- **Analizar.** *Los mensajes que envían y los que vamos a transmitirles.*
- **Ampliar.** *Y proporcionar el diálogo con respeto.*
- **Aceptar.** *Su identificación como ser social.*
- **Propiciar.** *La equidad auténtica entre hombres y mujeres.*
- **Fortalecer.** *Su autoestima con profundo sentido fraterno.*

D. Sexo – Sexualidad.

Es muy frecuente la confusión que existen en la utilización de los términos sexo, sexualidad y genitalidad. Por ello, diremos que:

SEXO

Es el conjunto de características biológicas que diferencia a los seres humanos en masculino y femenino, capaces de relacionarse entre sí y reproducirse.¹

SEXUALIDAD

Se define como la conducta sexual del ser humano; pero, es algo que va mas allá:

Es un componente de la personalidad humana que nos acompaña desde el nacimiento hasta la muerte, y que no sólo se involucra con los aspectos biológicos; sino también está involucrada con los aspectos psicológicos, socio – culturales, morales, religiosos inclusive económicos.

Para el relacionamiento humano, utiliza un lenguaje de comunicación afectiva física como expresión de amor, ternura y apertura a la vida; demostrándose de esta forma que las expresiones en la sexualidad humana no se limitan a repuestas genitales.²

¹ PANTILLA VALDIVIA, Arturo, "Educación Sexual para Adolescentes", Centro Est

² PANTILLA, Op. Cit.

GENITALIDAD

Expresión limitada de la sexualidad, con efectos externos correspondientes a los órganos genitales (específicamente pene en el hombre y vagina en la mujer). Representa el ejercicio sexual instintivo, que en los animales es exclusivamente reproductivo. Representa en la especie humana una de las expresiones de la sexualidad.³

Con esta visión identificaremos la sexualidad humana en las diferentes etapas de la vida:

D.1. Sexualidad en el niño.

En las primeras etapas de la infancia, la sexualidad en el niño se manifiesta simplemente como un instinto; por ejemplo en el primer año de vida ya tiene el instinto sexual alrededor de la boca donde podemos observar la satisfacción que experimenta al succionar el pecho materno, incluso el propio dedo u otro objeto.

Este instinto sexual persiste durante todo el proceso de desarrollo del niño; extendiéndose a otras partes del cuerpo, como la zona genital, que empieza cuando el niño descubre su cuerpo y con las manos explora sus genitales a manera de juego encontrando cierto placer en ello. Es en estas circunstancias que el niño necesita una atmósfera de comprensión, cariño y seguridad, para contribuir a su normal desarrollo sexual sin crear en él un pensamiento de culpabilidad.

En el período escolar el niño de 6 años y más ya diferencia los sexos y todos sus esfuerzos están volcados hacia la actividad escolar, disminuyendo de esta forma su interés por la actividad sexual.

La futura conducta del niño frente a la sexualidad estará determinada por la educación, orientación, apoyo e información que reciba por parte de los padres, la familia y el medio social que lo rodea, como ser amigos y compañeros escolares.

D.2. Sexualidad en la pubertad – adolescencia.

La enseñanza de los valores y normas recibidos en la familia, la escuela y a través de los medios de comunicación social, condicionarán la conducta del joven ante las nuevas

Op. Cit.



sensaciones sexuales . En esta etapa es cuando renace el interés por la actividad sexual y se presenta el impulso sexual; en la adolescencia la excitación y las relaciones sexuales más en la búsqueda de placer y erotismo, que de reproducción. Por este motivo es fundamental reforzar y ampliar la educación sexual en el joven, puesto que es la etapa en que esta mas interesado en conseguir comunicación y amistad con el sexo opuesto; es también la etapa de búsqueda de satisfacción en solitario (masturbación u otros juegos sexuales) ante el supuesto rechazo a sus deseos.

Las tempranas prácticas sexuales en pareja tienen consecuencias negativas como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, inclusive traumas psicológicos; que a su vez desencadenan en problemas aún mayores. Ejemplo:

- Matrimonios forzados.
- Abortos provocados (poniendo en riesgo la vida de la madre).
- Infecciones (con terribles secuelas)

Por este motivo se recalca la importancia de una educación sexual continua en el joven y adolescente.

D.3. Sexualidad en el adulto.

Está más orientada a la prácticas sexuales con cierta madurez emocional, puesto que en el adulto la función sexual está condicionada por un deseo consciente en el que interviene un sentimiento profundo de “Amor”.

En esta etapa es importante un adecuado ejercicio de la sexualidad para mantener el equilibrio emocional, por ejemplo: el deseo sexual reprimido puede causar trastornos como dermatitis, dolores musculares, cefaleas, irritabilidad, depresiones, insomnio, angustia y otras.

D.4. Sexualidad en climaterio.

A medida que los ovarios van cesando en su función, hay una declinación de las hormonas estrógeno y progesterona. A causa de estas bajas de hormonas, la mujer presenta molestias como bochornos (episodios transitorios de calor), sequedad y prurito en la vagina, trastornos del sueño, irritabilidad y ligera disminución de la atención. En unas mujeres estos trastornos son severos y en otras muy leves e imperceptibles.

Es en esta etapa que la mujer está mas capacitada para disfrutar de la relación en pareja, puesto que ya no existe el peligro de embarazos no deseados, por lo tanto la sexualidad durante el climaterio y después puede practicarse plenamente.

D.5. *Sexualidad en la tercera edad.*

Nuestra mentalidad y educación nos hacen pensar que la sexualidad en la tercera edad desaparece o no debe ser practicada sobre todo por la mujer. Los factores socio culturales juegan un papel muy importante en este enfoque; pues le asigna a la mujer la función de la “sublime maternidad” y por tanto su vida sexual debe ser ejercida sólo durante la edad reproductiva; sin embargo no existe nada más injusto y falso, ya que en esta etapa de la vida se cuenta con la experiencia para ejercer la sexualidad con plenitud desarrollando al máximo sus capacidades, lo que le dará oportunidad de mantener una estabilidad emocional tan necesaria y oportuna en esta etapa.

Luego de que la Auxiliar de Enfermería haya comprendido este tema, para sus actividades de orientación puede partir con Ejercicio de reflexión sobre la diferencia entre Sexo–Sexualidad y sobre cada una de las etapas de sexualidad y su importancia en la vida del ser humano.

III. *PLANIFICACIÓN FAMILIAR.*

Si realizáramos una encuesta a por lo menos 10 personas averiguando: “¿Qué es lo que saben de la Planificación Familiar?”, unas cuantas dirán que nada, otras darán una respuesta errada basada en rumores y unas pocas describirán a la Planificación Familiar tal cual se la difunde, sin captar la esencia del concepto, por ello nuestro propósito en este capítulo es el siguiente:

Lograr una mayor percepción y entendimiento del Auxiliar de Enfermería, sobre lo que es y significa la Planificación Familiar, para una mejor socialización con la comunidad y sociedad en general.

Para ello deberá:

Reflexionar y discutir los siguientes aspectos:

- La importancia de la familia y la sociedad en la decisión de ser padres.
- La diferencia existente entre Planificación Familiar y Control de Natalidad.
- Los beneficios de la Planificación Familiar para la salud.
- La relación entre Población y Planificación Familiar.
- Aspectos legales de la Paternidad Responsable.
- Código de Familia y Derechos del Niño.



A. Familia y sociedad.

Hoy en día, en diferentes estratos sociales, se puede observar un gran número de familias desintegradas. Las causas para ello pueden ser múltiples, desde falta de recursos económicos, hasta falta de amor y entendimiento en pareja.

Si nos ponemos a pensar que la causa podría ser el factor económico, tendríamos que preguntarnos: ¿por qué? Y la Respuesta tendría varias alternativas:

- Pareja muy joven, sin profesión y sin trabajo, por lo tanto, sin recursos económicos para el sustento de la familia.
- Pareja con un elevado número de hijos, donde el único ingreso mensual fijo (salario mínimo), es del esposo; por lo que, en la mayoría de las veces, la esposa y los hijos mayores tienen que salir a buscar el sustento diario.

Y si pensamos que la desintegración de la familia se debe a falta de amor y comprensión en pareja, esto también, con seguridad, tendrá varias razones lógicas como:

- Parejas que se sometieron a un matrimonio forzado por haber cometido algún “error” en su juventud.
- Parejas jóvenes que por la corta edad, no tienen una visión clara sobre el significado de “saber comprenderse, adaptarse y apoyarse mutuamente”.

Estos 4 ejemplos de desintegración familiar son ínfimas, comparadas con las múltiples causas existentes. Pero, sin embargo, serán suficientes para lograr un análisis y discusión sobre “**los hijos**”, partiendo primero de las siguientes preguntas:

- En estos 4 casos presentados como ejemplos, ¿será que la pareja tomó la “**decisión de ser padres**” (de un número X de hijos) en forma **voluntaria**, consciente y basada fundamentalmente en una buena información/educación?
- ¿Qué pasará con los hijos, ya jóvenes–adolescentes, de estas parejas?
- ¿Será que actualmente nuestra sociedad está apta y dispuesta a apoyar psicológica y emocionalmente a nuestros jóvenes para darles oportunidad de decidir cuándo ser padres?
- ¿Cuánto peso tiene el que una persona decida voluntariamente cuándo ser padre?



Es necesario aclarar que se tomaron como ejemplos a familias desintegradas y de bajos recursos económicos, para apreciar mejor el rol que juega una familia bien estructurada y una sociedad que brinda a todos Educación, Salud y Trabajo, puesto que son en este tipo de familias donde existen mayores problemas, sin descartar que existen también en familias de un nivel socio-económico más elevado.

El objetivo de estos ejemplos y preguntas, es que el Auxiliar de Enfermería se concientice de la importancia del apoyo familiar y social a nuestros jóvenes (y adultos) para que tengan la oportunidad y libertad de decidir cuándo ser padres, siendo que:

La decisión de ser padres debe ser completamente voluntaria y bien informada, basada fundamentalmente en el conocimiento y comprensión de que una vida sexual activa conlleva a un posible embarazo. Por ello, quien decide iniciar la actividad sexual, requiere de apoyo y comprensión, educación y orientación en caminos de protección contra embarazos no deseados, principalmente el joven que ya está preparado físicamente para ser padre, pero no así en lo psicológico y social.

A.1. Diferenciación entre Planificación Familiar y Control de Natalidad.

Hoy por hoy, el término “Planificación Familiar” es mejor comprendido y aceptado por la sociedad, aunque aún existen personas que confunden y tratan de confundir a los demás con los términos de “anticoncepción” y “control de la natalidad”. Por ello, antes de iniciar el desarrollo de este tema, aclararemos concreta y sencillamente cada uno de estos términos.

De un modo general, “**Planificación Familiar**” tiene una connotación más amplia, está a la expresión y consideración de factores físicos, sociales, psicológicos, económicos y religiosos, que afectan a la familia e influyen en las decisiones relacionadas con el número de hijos y la selección del método a ser utilizado en la planificación.

“**Anticoncepción**”, de un modo general, se refiere específicamente a la prevención temporaria del embarazo, dando origen a la terminología de “Métodos anticonceptivos” empleados a fin de realizar esa prevención temporaria.

“**Control de Natalidad**” es una política gubernamental que se impone a la población para determinar el número de hijos que debe tener cada familia.



A.2. Beneficios de la Planificación Familiar para la salud.

Tras la aclaración del significado de Planificación Familiar, es importante destacar que también promueve la salud familiar de las siguientes formas:

- Contribuye a mantener estables los niveles de nutrición de los miembros de la familia, por una mayor disponibilidad de alimentos y otros recursos.
- Son menos comunes las anemias por deficiencia de fierro.
- Disminuye los riesgos de mortalidad materna.
- Ayuda a aplazar o conseguir un embarazo.
- Desciende el número de hijos de bajo peso al nacer.
- Se reducen las probabilidades de que mueran lactantes y niños pequeños.
- Las relaciones sexuales de pareja se tornan más placenteras y confiables.
- Aumentan las oportunidades educativas para toda la familia.
- Existe mayor oportunidad de participación de la mujer en la sociedad.



- La lactancia contribuye a la salud óptima del niño.
- Disminuyen las tasas de embarazo en la adolescencia.
- Se realizan exámenes para detectar problemas de salud.

A.3. *Población y Planificación Familiar.*

Población y Planificación Familiar son dos términos que tienen bastante relación uno con el otro, puesto que la práctica voluntaria de una buena Planificación Familiar ayudará a las personas a lograr sus metas en cuanto a su vida reproductiva, cualesquiera que éstas sean.

Tales decisiones de reproducción individual irán a determinar la fecundidad de una población y consecuentemente su crecimiento demográfico (claro está que la fecundidad es sólo uno de los determinantes del crecimiento demográfico).

En este sentido, es bueno mencionar que el crecimiento de una población puede variar de 3 maneras:

- A través de los nacimientos.
- A través de las muertes y
- A través de las migraciones.

Sin embargo, la población total del mundo puede cambiar sólo de dos maneras: nacimiento y muertes, las mismas que irán a variar con el ejercicio de una buena Planificación Familiar.

A.4. *Aspectos legales de la paternidad responsable.*

En el entendido de que toda pareja tiene el derecho y libertad de determinar el número de hijos, la frecuencia y el momento en el cual procrearlos, decide, en forma responsable y de acuerdo a sus posibilidades socioeconómicas, valores morales, religiosos y afectivos, planificar su familia aprovechando los medios que la tecnología actual le ofrece.

“La paternidad responsable le permite a la pareja, enfrentar adecuadamente el proceso de desarrollo, crecimiento y educación integral de sus hijos, al servicio de una familia sana y correctamente integrada”⁴

⁴ “Adolescencia: tiempo de decisiones, paternidad responsable y sus caminos”, Centro de Medicina reproductiva del adolescente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.



Los aspectos legales que implican paternidad responsable, están fundamentalmente relacionadas con el cumplimiento de las leyes y normas que obligan a un tácito reconocimiento de su carácter progenitor y la consecuente responsabilidad de ello ante la sociedad, durante el desarrollo y crecimiento del menor.

El progenitor responsable está obligado por las leyes del país, a cumplir con las exigencias de la sociedad y las necesidades del hijo en cuanto a:

- a. La **filiación**, que se convierte en el vínculo legal–jurídico que une a un individuo con sus progenitores. Este vínculo siempre existe desde el punto de vista biológico y se hace extensivo a un vínculo jurídico legal desde el nacimiento hasta la muerte; por lo que el padre como la madre tienen la responsabilidad de establecer la filiación de los hijos en los respectivos registros civiles, dándoles los nombres y apellidos correspondientes.
- b. Las **necesidades de mantenimiento y educación** de los hijos es responsabilidad de los progenitores, durante la minoridad, por lo que los padres están en la obligación de brindar a los hijos la alimentación, la vestimenta, la vivienda, la educación y otros necesarios para su desarrollo y crecimiento óptimo.
- c. **Heredar los bienes de sus progenitores**, independientemente de la edad y de cualquier otra situación.

A.5. *Código de Familia.*

Dentro la sociedad el núcleo vital es la familia, compuesta por los padres y los hijos, donde se establecen relaciones, en algunos casos de carácter vertical y en otras de horizontalidad, es decir, relaciones entre los esposos, padres con los hijos y estos entre sí. Relaciones no siempre armoniosas, por lo que el Estado las regula a través del Código de Familia vigente en nuestro país.

En el Código de Familia se establecen las normas, relaciones, derechos, obligaciones, grados de parentesco de cada uno de los miembros de la familia.

De acuerdo al Código de Familia vigente en nuestro país, la familia goza de protección del Estado, como los miembros de la familia gozan de un trato jurídico igualitario y dentro del respeto y dignidad humana de cada uno de ellos y en caso de dificultades en las relaciones familiares, de acuerdo al referido código, deben ser resueltos por las autoridades y jueces competentes.

“El Código de Familia es un instrumento legal–jurídico que tiene por objeto proteger a los miembros de la familia y dentro de ellas a los menores de edad”.



A.6. *Derechos fundamentales del niño.*

Los niños principalmente en nuestros países subdesarrollados, se enfrentan frecuentemente con una serie de dificultades y discriminaciones. No es raro observar en las calles de nuestras ciudades, niños menores trabajando en vía pública, niños abandonados por sus progenitores, niños que sólo tienen como habitaciones los puentes y algunos parques de la ciudad, y también niños que no tienen la oportunidad de ir a la escuela, como también niños con problemas de alcoholismo y drogadicción. Por todo esto el Estado boliviano se esfuerza por legislar la protección y el desarrollo y crecimiento de los niños del país.

A continuación, presentamos algunos derechos del niño, previstos en el Código del Menor vigente en nuestro país. Sugerimos realizar una lectura en grupos pequeños donde se analicen los mismos:

- a. Todo menor tiene derecho a la vida y a la salud. El Estado tiene la obligación de garantizar y proteger estos derechos, con políticas sociales, que aseguren condiciones dignas para la gestación, nacimiento y desarrollo integral de los menores.
- b. El menor tiene derecho a desarrollarse y educarse en un ambiente de afecto y seguridad en su familia de origen y, excepcionalmente, en familia sustituta que le asegure la convivencia familiar y comunitaria.
- c. Todo menor tiene derecho a tener satisfechas sus necesidades de sustento, seguridad y educación.
- d. Todo menor tiene derecho a un nombre y a los apellidos de sus progenitores desde el momento de su nacimiento... Todo menor debe ser inscrito gratuitamente en el registro civil inmediatamente después de su nacimiento.
- e. El menor tiene derecho a la libertad, al respeto y la dignidad como persona en desarrollo físico, psíquico y social, garantizados por la Constitución, las leyes, convenciones y otros instrumentos internacionales ratificados por el Estado boliviano.
- f. Todo menor tiene derecho a ser protegido por la sociedad, debiendo estar amparado contra cualquier trato inhumano, violento, vejatorio o represivo.
- g. Los menores tienen derecho al descanso, esparcimiento, juego, actividades creativas y recreativas adecuadas a su edad y a participar libre y plenamente en la vida cultural y artística de su comunidad.
- h. La vacunación de los menores contra las enfermedades endémicas y epidémicas es obligatoria.



- i. Los establecimientos de atención a la salud permitirán la permanencia de los padres o responsables, en los casos de internación de menores entre 0 y 6 años.
- j. Todo menor con impedimento físico o mental tiene derecho de recibir cuidados y atención especiales, para disfrutar de una vida plena en condiciones de dignidad que le permitan participar activamente en la comunidad.
- k. Las menores embarazadas recibirán atención gratuita, previo informe social del Organismo Nacional, en los centros hospitalarios estatales, durante el período de gestación, parto y post-parto.

A continuación transcribimos los 10 Derechos del Niño enunciados en la “Declaración Universal de los Derechos del Niño”, promulgada por Naciones Unidas:

Primer Derecho. El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

Segundo Derecho. El niño gozará de protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

Tercer Derecho. El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

Cuarto Derecho. El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Quinto Derecho. El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiera su caso particular.

Sexto Derecho. El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de



seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

Séptimo Derecho. El niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultural general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad.

El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres.

El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deberán estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

Octavo Derecho. El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

Noveno Derecho. El niño debe estar protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata.

Décimo Derecho. El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquiera otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes”.

B. Planificación Familiar.

Hablar de Planificación Familiar en nuestro medio, ha sido siempre motivo de discusiones, debido a la poca información de cada uno de ellos, a las diferencias culturales y religiosas y sobre todo a los rumores que comúnmente existen.

Previo a la descripción de todos los Métodos de Planificación Familiar, se hace mención de algunas dudas y rumores existentes en nuestro medio:



- ¿Por qué en el MELA no puedo dar a mi hijo mi leche exprimida en biberón, si es la misma leche?
- Si uso el método del “moco”, ¿no me voy a confundir con tras secreciones?
- ¿Cómo las píldoras, tan pequeñas, son capaces de evitar el embarazo?
- Yo no quiero tomar las píldoras, porque dicen que nos vuelven locas.
- Muchas dicen que “ese” T de Cobre es un aparatito de fierro que punza y hace daño.
- Escuché que el T de Cobre produce cáncer.
- Mi marido no quiere que use el T de Cobre porque le contaron que las mujeres se vuelven “calientes” y les gusta estar con más hombres.
- ¿Por qué el condón no se puede utilizar 2 o más veces?
- Mi marido no quiere usar el condón, porque piensa que le impedirá sentir el “placer”.
- No me gustaría hacerme ligar las trompas, porque ya no sería una mujer completa, además dicen que nos volvemos muy renegonas.
- Y cuando el hombre es operado para no tener más hijos, ¿no se vuelve maricón?

Estas dudas y rumores que se mencionaron, son una pequeña parte de las muchas que existen, y para alcanzar nuestro objetivo, será necesario que el Auxiliar de Enfermería conozca y transmita con precisión y seguridad la **información esencial** de cada uno de los Métodos de Planificación Familiar. Por ello debe primero responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué son los Métodos de Planificación Familiar?
- ¿Cómo se clasifican?
- ¿Cómo actúan, cómo se usan y cuál la eficacia, beneficios y limitaciones de cada uno de estos métodos?

Una vez que el alumno logre responder con seguridad y pericia a estas preguntas, ya puede impartir educación/información a la comunidad; más, previo a ello, deberá conocer y manejar las técnicas básicas de Comunicación aplicables a sesiones de orientación (consejería).

¿Qué son los Métodos de Planificación Familiar?

Son los medios o recursos que una persona o pareja va a utilizar para determinar el tamaño de su familia (relacionado con el número de hijos). Para ello, estos métodos pueden ser utilizados de acuerdo a necesidad de la persona o pareja. Por ejemplo, algunos ayudará a limitar y/o espaciar el número de hijos, otros ayudarán o facilitarán a conseguir un embarazo.

¿Cómo se clasifican los Métodos de Planificación Familiar?

Estos Métodos para su mejor utilidad y comprensión se clasifican en: Métodos Naturales, Métodos Artificiales y Métodos Definitivos.

a. Métodos Naturales.

Son considerados métodos naturales aquellos que no requieren de ninguna composición química ni nada prefabricado ajeno al cuerpo de la mujer; por el contrario, sólo requiere conocimiento acerca de la fisiología de los órganos de reproducción, y más que todo, observación (diaria), identificación y respeto por los días fértiles e infértiles.

Como Métodos Naturales tenemos:

- Billings (o del moco cervical).
- MELA (Método de Lactancia y Amenorrea).
- Sintotérmico.
- Ritmo.

Viendo la eficacia y la accesibilidad práctica del manejo de cada uno de estos métodos, describiremos sólo dos: Billings y MELA, partiendo de previos conocimientos esenciales.

a.1. Método Billings.

Se llama también MÉTODO DE OVULACIÓN o del MOCO CERVICAL.

Este Método está relacionado con la aparición del moco cervical en la vulva y con la sensación de humedad.

Se basa en el hecho de que durante el ciclo menstrual, el moco cervical sólo se manifiesta en la fase fértil. En esta época la mujer experimenta sensación de humedad en la vulva, en el resto del ciclo la mujer está en una etapa seca y por lo tanto infértil.



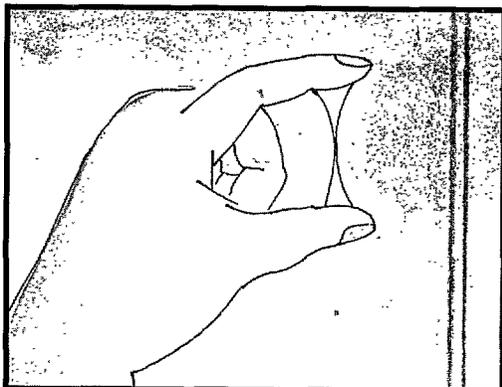
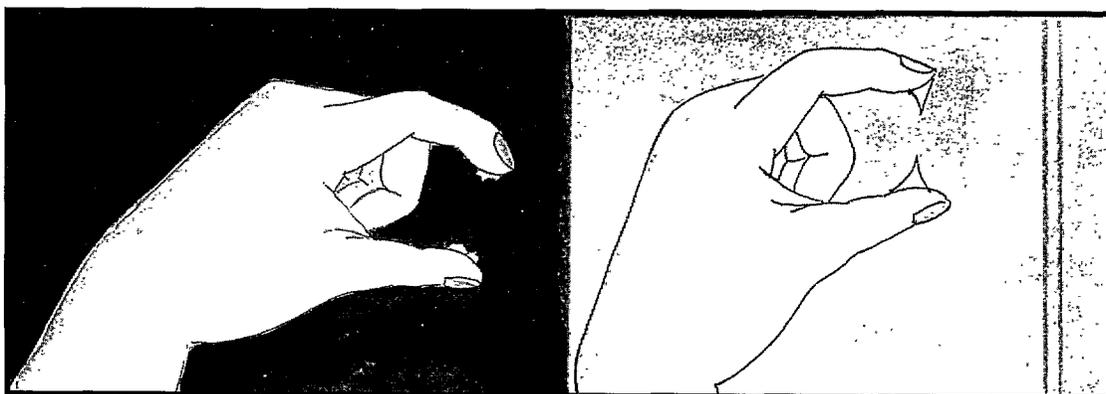
Sensaciones que experimenta la mujer:

Sensación de sequedad: al limpiar la vulva con papel higiénico (o un pañito limpio), la sensación es de aspereza y no se observa nada en el papel. Esta sensación se presenta en la Fase I y III del ciclo menstrual.

Sensación de humedad y lubricación: al limpiar la vulva con el papel higiénico (o un pañito limpio), la sensación es resbalosa y lubricante o suave. Se puede observar o sentir cierta humedad en el calzón y aún la presencia de un moco que va cambiando durante los días en que dura la humedad o fase fértil.

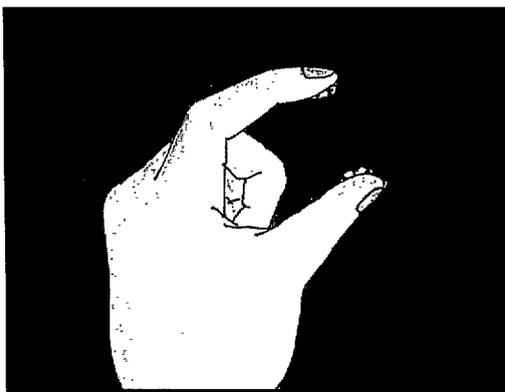
Cambios de apariencia en el moco cervical:

1. Se observa un moco escaso, pegajoso y opaco (parecido al engrudo).



2. El moco cervical en forma gradual se va volviendo suelto, elástico, cristalino y transparente (parecido a la maicena y a la clara de huevo).

El último día de la presencia del moco elástico y transparente (parecido a la clara de huevo), es el día cúspide, es decir, el día en que el óvulo maduro sale del ovario en dirección a las Trompas de Falopio.



3. Vuelve a ser escaso, pegajoso y viscoso (es ahí cuando se sabe que el día cúspide fue día anterior).

*Sensación de humedad en la región vulvar, lubricación y presencia de cualquier tipo de moco cervical, indica **FERTILIDAD**.*

*Sensación de sequedad y ausencia de moco cervical, indica **INFERTILIDAD**.*

Este Método de Planificación Familiar Natural ofrece varios **beneficios**, de los cuales podemos mencionar los siguientes:

- Ayuda al conocimiento de nuestro cuerpo.
- Desarrolla el valor de la sexualidad y la empatía en pareja.
- Fortalece la comunicación de la pareja.
- Favorece a que la pareja asuma la responsabilidad de su fertilidad.
- Favorece las condiciones de salud de la mujer.
- Permite aplazar, lograr o evitar un embarazo.
- Ayuda a la pareja en la tarea de educar sexualmente a sus hijos.
- Respeto el ciclo natural de la fertilidad.

Para una mejor comprensión, es necesario contar con algunos conocimientos previos:



Fertilidad humana: es la capacidad que tienen el hombre y la mujer para tener hijos

- En el hombre: la fertilidad es permanente, desde la pubertad hasta siempre.
- En la mujer: la fertilidad NO es permanente, existe sólo cuando en el ovario empieza a madurar un óvulo. Esto dura sólo unos días dentro el ciclo menstrual.

El proceso de maduración e expulsión del óvulo maduro hacia las trompas de Falopio se denomina ovulación.

Es la ovulación quien determina la fertilidad en la mujer y va acompañadas de signos y síntomas tales como:

- Cambios en el moco cervical.
- Cambios en el cuello del útero.
- Elevación de la temperatura basal.
- Otros signos secundarios.

Cuando estos signos y síntomas son observados con regularidad, la mujer puede con facilidad identificar su fase fértil.

Fases del ciclo menstrual.

Por la información en el Capítulo 3 sabemos que el ciclo menstrual se divide en 3 fases:

– **Fase I o semifértil (llamada también Pre-ovulatoria):**

Se inicia con la menstruación, es la etapa anterior a la ovulación. Considerada relativamente infértil, porque cuando la ovulación es temprana esta fase no existe.

– **Fase II o fértil (llamada también ovulatoria):**

Es la fase fértil del ciclo menstrual. En ella se presentan los signos y síntomas de la ovulación, tiene un período relativamente corto de duración.

– **Fase III o infértil (llamada también pre-ovulatoria):**

Corresponde a la fase infértil del ciclo menstrual, porque ya ocurrió la ovulación. Se prolonga hasta el inicio de la siguiente menstruación, esta fase es la más estable y puede durar de 11 a 16 días.

a.2. **MELA (Método de Lactancia y Amenorrea).**

Tanto en nuestro medio como en el resto del mundo , la lactancia continúa cumpliendo un papel importante en el tiempo de espaciamiento de un embarazo a otro. Vale decir que, la lactancia viene aún desempeñando un papel importante dentro la Planificación Familiar Natural, principalmente en área rural, donde la cultura y la inaccesibilidad a centros médicos juegan un papel importante en el uso de la lactancia como método de Planificación Familiar.



Mecanismo de acción.

Actúa inhibiendo la ovulación, a través del aumento de la producción de prolactina durante la lactancia (por estímulo de la succión).

La prolactina es una hormona que se encarga de la producción de leche, que a su vez inhibe la producción de las hormonas foliculoestimulante (FSH) y lutealizante (LH), evitando de esta forma la producción de estrógenos y por lo tanto, la maduración de un óvulo en el ovario.



Modo de uso.

- Amamantando al niño desde el momento de su nacimiento hasta los 6 meses, con intervalos cortos de una mamada a otra (mínimo cada 3 horas).
- La madre debe estar amenorreica (sin sus períodos menstruales o cualquier tipo de sangrado vaginal).
- No debe ofrecerse al niño ningún tipo de alimentación complementaria.
- Ausencia de signos de ovulación, puesto que se han dado casos de embarazos, aún estando la mujer menarca y dando la lactancia exclusiva. Esto debido a una ovulación por influencia de factores externos (pueden ser emocionales).

ES IMPORTANTE ENSEÑAR A LA MUJER A RECONOCER LAS CARACTERÍSTICAS DE UNA FASE FÉRTIL (OVULACIÓN).

Eficacia.

La eficacia de este método será más confiable si se siguen correctamente las indicaciones para su uso.

Según datos del libro “Contraceptive Technology” (1990–1992), el porcentaje de falla de este método es de 1.8%, por lo tanto su eficacia durante los 6 meses es de 98.2%.

Beneficios.

- Es el mejor alimento disponible después del parto, puesto que proporciona todos los requerimientos nutricionales necesarios para el bebé.
- Promueve las relaciones afectivas entre madre e hijo.
- Proporciona al bebé anticuerpos para la defensa de enfermedades infecciosas.
- Ayuda en la involución uterina de la madre.
- Protege a la madre del cáncer de mamas, ovario y endometrio.
- Es económico, práctico e higiénico, además, no requiere de sustancias químicas o mecánicas.

Limitaciones.

- Requiere de un estricto seguimiento a las instrucciones.
- No ofrece ningún tipo de protección contra las ICG ni contra las ETS/SIDA.
- Como Método de Planificación Familiar sólo sirve 6 meses.

b. Métodos artificiales.

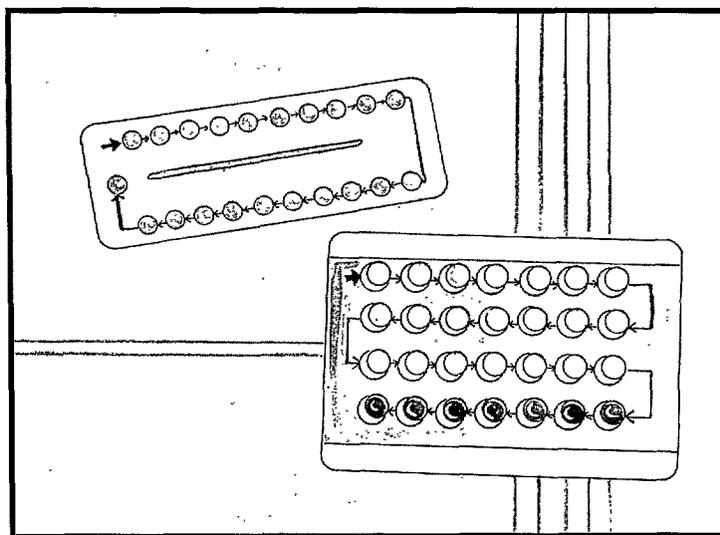
b.1. Métodos hormonales. Anticonceptivos orales combinados: la píldora

Los Anticonceptivos Orales Combinados, comúnmente llamados “la píldora” son utilizados como un Método de Planificación Familiar altamente eficaz. Están compuestos de 2 hormonas sintéticas: estrógeno y progesterona, que tienen una composición muy parecida a las que produce el cuerpo de la mujer en forma natural.

Mecanismo de acción.

Los AOCs (“píldora”) actúan de la siguiente manera:

- *Inhiben la ovulación: no permiten la maduración ni expulsión del óvulo al exterior.*
- *Alteran el moco cervical: lo vuelven más espeso, por lo que la motilidad y la fuerza que tienen los espermatozoides para penetrar en el moco cervical, se ven disminuidas.*
- *Inhiben la implantación del óvulo fecundado: por alteración del medio endometrial, donde las glándulas endometriales superficiales no maduran lo suficiente como para poder nutrir y albergar al óvulo fecundado.*





Modo de uso.

Tanto las píldoras que vienen en paquetes de 21, como las que vienen en paquetes de 28 unidades, deben ser ingeridas por la mujer, una por día inalterablemente y en el mismo horario (de preferencia en la noche).

Eficacia.

Siendo usados en forma correcta, los AOC presentan una efectividad del 99%.

Beneficios.

- Presentan una eficacia elevada e inmediata.
- Disminuyen los cólicos menstruales.
- Regulan los días y la cantidad del sangrado menstrual.
- Disminuyen la incidencia de quistes ováricos.
- Disminuyen la anemia por deficiencia de hierro.
- Protegen de patologías benignas en las mamas.
- Protegen contra el cáncer ovárico y del endometrio.
- Previenen de embarazos ectópicos.
- Protegen de la EPI (Enfermedad Pélvica Inflamatoria) aguda.
- Contribuyen en la estética de la piel, haciendo desaparecer el acné.
- Son de fácil uso, no requieren de previo examen pélvico.
- No interfieren en el coito.
- Fácilmente reversibles.

Limitaciones.

- Requieren una estricta disciplina en su ingestión diaria (recordar tomar una todos los días).
- No permiten el uso de algunos medicamentos como Rifampicina, Fenitoina, Fenilbutazona y otros, porque éstos disminuyen su eficacia.
- No brindan protección contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-SIDA) ni contra otras ETS.
- Disminuyen la producción de leche materna en cantidad y calidad, durante el período de lactancia.



- Presencia de algunos efectos colaterales como: náuseas, sensibilidad en las mamas, sangrado intermenstrual, mareos, dolor de cabeza y a veces problemas en la vista (visión borrosa).
- Mujeres con problemas cardiovasculares (problemas del corazón y con presión arterial elevada, várices, etc.).
- Mujeres mayores de 35 años y fumadoras (el cigarro aumenta el riesgo de infarto de miocardio, derrame y lesión tromboembólica).
- Diabetes – prediabetes o historia familiar de diabetes.
- Alteraciones en el peso corporal.
- Historia familiar (padre, madre o hermanos) de muerte por infarto de miocardio antes de los 50 años.

b2. Método de Barrera: El condón.

Actualmente existen varios métodos de barrera como el condón, diafragma y los espermaticidas (espuma y tabletas vaginales); sin embargo, es el condón el más requerido por su gran utilidad y eficacia. Este método aparece en el siglo XVIII fabricado con intestinos de animales, con el fin de proteger al hombre de enfermedades venéreas y evitarles hijos naturales. Es a partir de la década de 1840 que el condón se fabrica de material sintético (caucho) para cumplir requerimientos similares, o sea: prevenir de enfermedades de transmisión sexual – SIDA y contribuir en la Planificación Familiar.

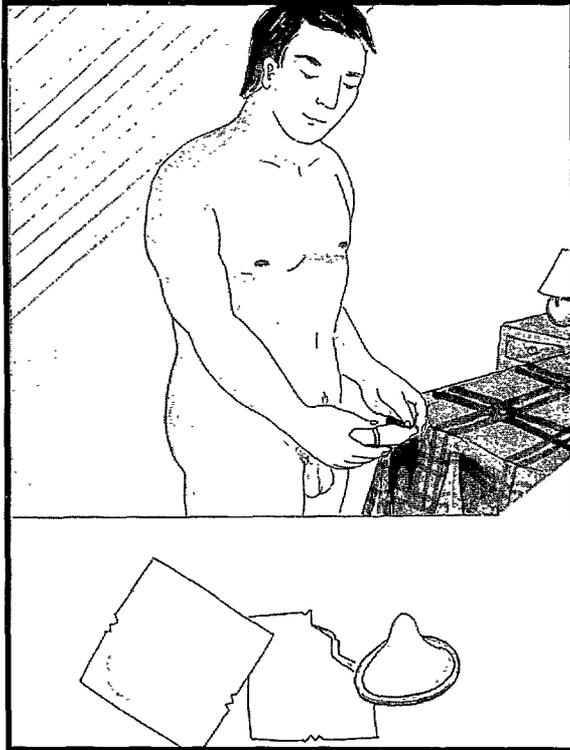
Mecanismo de acción.

Colocado el condón al pene erecto del hombre en forma correcta, antes de una relación genital, sirve de barrera, evitando la entrada de semen – espermatozoides a la vagina (Para la prevención de embarazos no deseados), y evitando contacto de piel vagina–pene (para la prevención de ETS/SIDA).



Modo de uso.

El condón debe utilizarse antes de cualquier contacto genital de la siguiente forma:



- Una vez erecto el pene, se coloca el condón dejando un pequeño espacio en la punta, de más o menos 1 cm para el depósito del semen. Luego se desenrolla deslizándolo suavemente hasta la base sin dejar arrugas, de forma que el pene quede completamente cubierto.
- Concluido el acto genital, post eyaculación, debe procederse al retiro del pene de la vagina, antes que pierda su firmeza, amarrando firmemente el condón para evitar se derrame el semen. No olvidar que en pacientes VIH positivo el semen es un vehículo para la infección.

Eficacia.

La eficacia del condón depende en gran parte del usuario, o sea, de que éste lo use en forma correcta y perseverante.

Según datos recogidos del libro “Contraceptive Technology” (1990–1992) el porcentaje de falla de este método es de 2 a 12%, o sea que tiene una eficacia de 98 a 88%.

Beneficios.

- Permite la participación responsable del hombre en la Planificación Familiar y en la prevención de ETS/SIDA.
- No presenta riesgos para la salud.
- No requiere examen ni supervisión médica.
- Son accesibles y de costo relativamente económico.

- Puede ayudar a hombres que tienen dificultad en mantener la erección del pene.
- Evita la incomodidad desagradable que la mujer experimenta con la descarga del semen post-coito.
- Puede disminuir la eyaculación precoz.

Limitaciones.

- Reacciones alérgicas al látex y/o lubricante espermaticida.
- Reduce la sensibilidad del glande.
- El uso de uno nuevo en cada relación (principalmente en parejas de bajos recursos).
- Hombres que no aceptan la responsabilidad de la Planificación Familiar.

b.3. Dispositivo intra-uterino: T de Cobre 380 A.

Hace ya más de 3 décadas que los DIUs vienen siendo utilizados con gran aceptación. Los primeros DIU modernos fueron el Asa de Lippes y la Espiral de Margulies, actualmente existen 3 tipos de DIU:

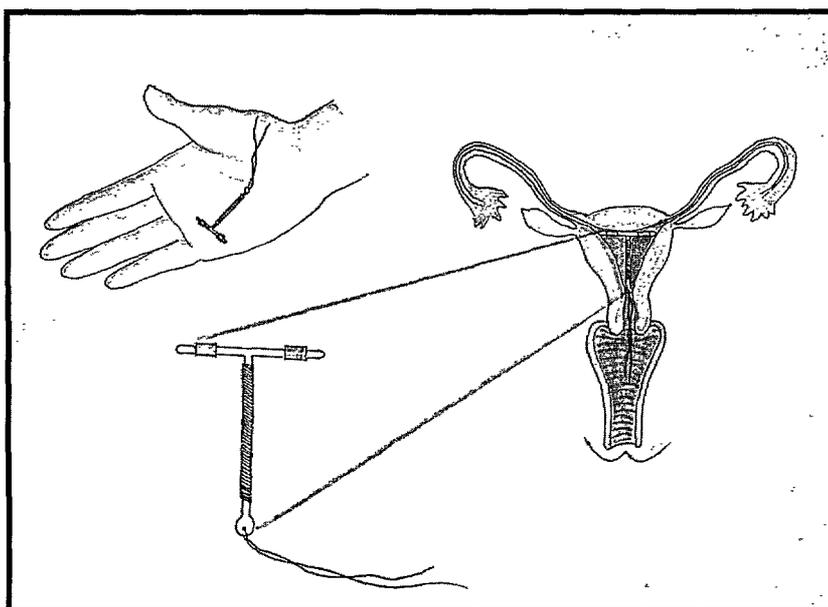
1. El Asa de Lippes (hechos de plástico) y el Anillo Chino (hecho de acero inoxidable).
2. El Progestasert que contiene progesterona.
3. Los que contienen cobre como: T de Cobre 380A; T de Cobre 200C, el Multiload 250 y 375 y el Wovat.

Como se podrá apreciar, existen varios tipos de DIUs, sin embargo se dará una información detallada sólo del T de Cobre 380A por ser el DIU uno de los métodos más requeridos y utilizados en el mundo.

Mecanismo de acción.

El T de Cobre 380A actúa a través de la descarga de iones de cobre en el medio (en el útero), los mismos que van a producir diferentes reacciones y alteraciones para impedir la fecundación.

1. *La descarga de iones de cobre debilita y/o destruye los espermatozoides, impidiendo de esta forma su llegada a las trompas y consecuentemente su encuentro con el óvulo (fecundación).*



2. *Altera el movimiento de las trompas de Falopio, acelerando el transporte del óvulo hacia el útero, impidiendo de esta forma la fecundación en el tercio externo de la trompa.*
3. *Altera el moco cervical, volviéndolo más espeso, dificultando de esta forma el ascenso de los espermatozoides hacia las trompas.*

Modo de uso.

El DIU T de Cobre se usa insertado (colocado) en el fondo del útero. Antes de la inserción del T de Cobre debe tomarse en cuenta ciertas precauciones y recomendaciones como:

- *Descartar cualquier sospecha de embarazo, por ello mejor si es colocado durante los días del sangrado menstrual.*
- *Asegurarse de que no existe ningún tipo de infección genital y en caso de existir, primero tratarla para evitar mayores complicaciones.*
- *No debe ser colocado en caso de sangrados vaginales anormales.*

Eficacia.

La eficacia de este método va, desde 99 a 99.5%, por lo tanto un porcentaje de falla de 0.5 a 1%.

Beneficios.

- Presenta una eficacia elevada e inmediata.
- Una vez insertado correctamente previene embarazos no deseados durante 10 años.
- Puede ser retirado en el momento deseado recuperando la fecundidad inmediatamente.
- Puede ser utilizada durante la lactancia puesto que no le afecta en nada.
- Es de costo relativamente bajo (considerando los años de duración que tiene).
- No interfiere en el coito.
- En algunos casos (como en úteros operados), puede prevenir la adherencia de las dos paredes del útero.

Limitaciones.

- Requiere de un previo examen pélvico antes de la inserción, para asegurar la ausencia de cualquier tipo de ITG.
- Aumenta el riesgo de EPI (Enfermedad Pélvica Infecciosa) o de infertilidad, principalmente en aquellas mujeres que están en riesgo de contraer ITG u otras ETS (por ejemplo, mujeres con más de una pareja sexual).
- Requiere de un auto examen manual después de cada período menstrual, para verificar la presencia o ausencia de los hilos del T de Cobre, pues existe la probabilidad de que este sea expulsado.
- Aumenta los cólicos y sangrados menstruales en los primeros meses de uso.
- Existe un pequeño riesgo de perforación del útero durante la inserción.

c. Métodos definitivos.

Los Métodos de Planificación Familiar Definitivos se llaman también **irreversibles** y en la actualidad son muy requeridos en el mundo por su alta efectividad tanto en hombres como en mujeres, principalmente, por aquellas mujeres que pondrían en riesgo su vida en caso de embarazo, que tienen un elevado número de hijos, que ya tienen el número de hijos deseados (planificados) y otros.

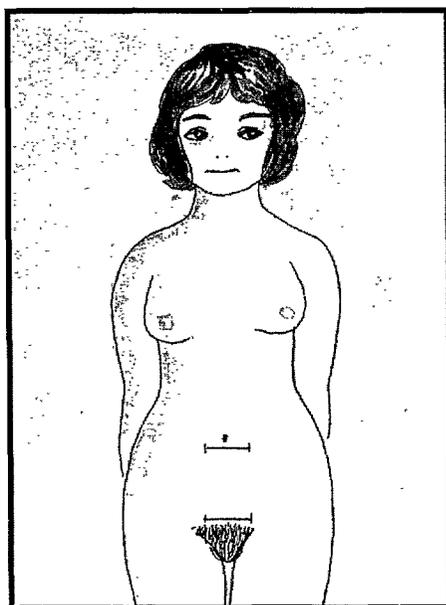


Los Métodos Definitivos más utilizados son dos:

- **Ligadura de Trompas** en la mujer (oclusión tubárica bilateral).
- **Vasectomía** en el hombre.

c.1. *Ligadura de Trompas.*

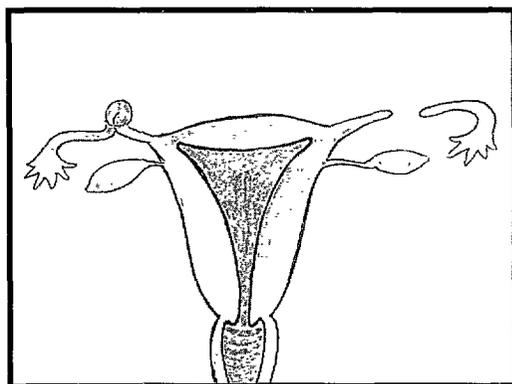
Es un pequeño procedimiento quirúrgico para la esterilización definitiva de la mujer (por lo que debe ser completamente voluntario y bien orientado), donde, a través de una incisión abdominal, se cogen y ligan las trompas de Falopio; para ello los métodos más utilizados con la minilaparotomía y la laparoscopia.



- a) **Minilaparotomía:** incisión abdominal de: 1.5 a 3 cm en la región sub-umbilical y 2 a 5 cm en la región supra-púbica. Puede efectuarse durante el post-parto inmediato o a intervalo (después de 4 o más semanas).
- b) **Laparoscopia:** incisión abdominal con más de 5 cm en la región sub-umbilical. Se realiza solo a intervalo después de 4 o más semanas, cuando el útero haya alcanzado completamente su tamaño normal.

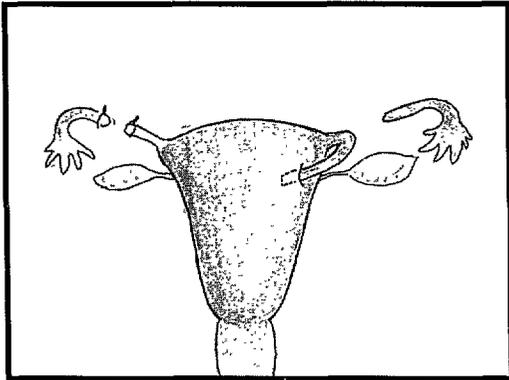
Técnicas para la ligadura de Trompas.

- **Pomeroy.**



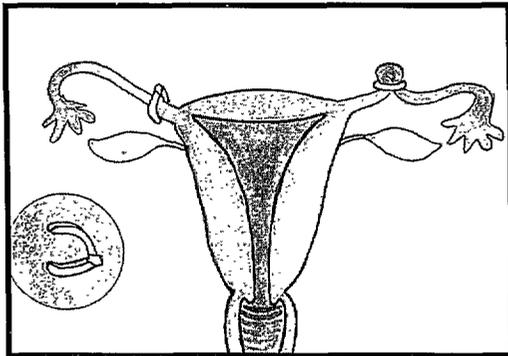
Procedimiento bastante utilizado en el período post-parto inmediato por su amplia efectividad y seguridad. Se forma un asa en la parte media de la trompa para ligarla con catgut simple y luego seccionarla.

- **Irving.**



- **Clip de Filshie.**

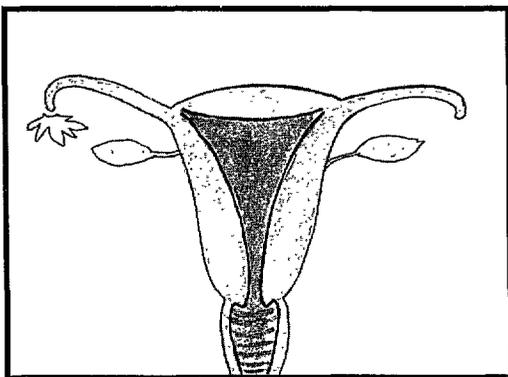
- **Anillo de Falopio.**



El Clip de Filshie se puede acomodar a la agrandada trompa de Falopio si se aplica en forma cuidadosa y lenta (para exprimir cualquier líquido por edema) tomando completamente la trompa a uno o dos centímetros del útero.

El anillo de Falopio se aplica con mayor facilidad a la trompa de Falopio de tamaño normal; por lo que **no** es apropiada su aplicación inmediatamente después del parto.

- **Fimbriectomía.**



La fimbriectomía es menos popular debido a que es menos reversible, remueve más tejidos. Se ha asociado con altas tasas de falla y puede causar más complicaciones post-operatorias.



Mecanismo de acción.

La ligadura de las trompas de Falopio impide la unión del óvulo con el espermatozoide (fecundación).

Modo de uso.

A través de procedimientos quirúrgicos como la minilaparotomía o la laparoscopia.

Eficacia.

Tiene una efectividad de 99%, vale decir que de 100 mujeres con ligadura de Trompas, 99 no se embarazan y sólo una puede quedar embarazada.

Beneficios.

Son varios los beneficios de este método, de los cuales se destacan:

- Su alta, inmediata y permanente eficacia.
- Ausencia de efectos secundarios a largo plazo.
- No produce efectos hormonales ni sexuales.

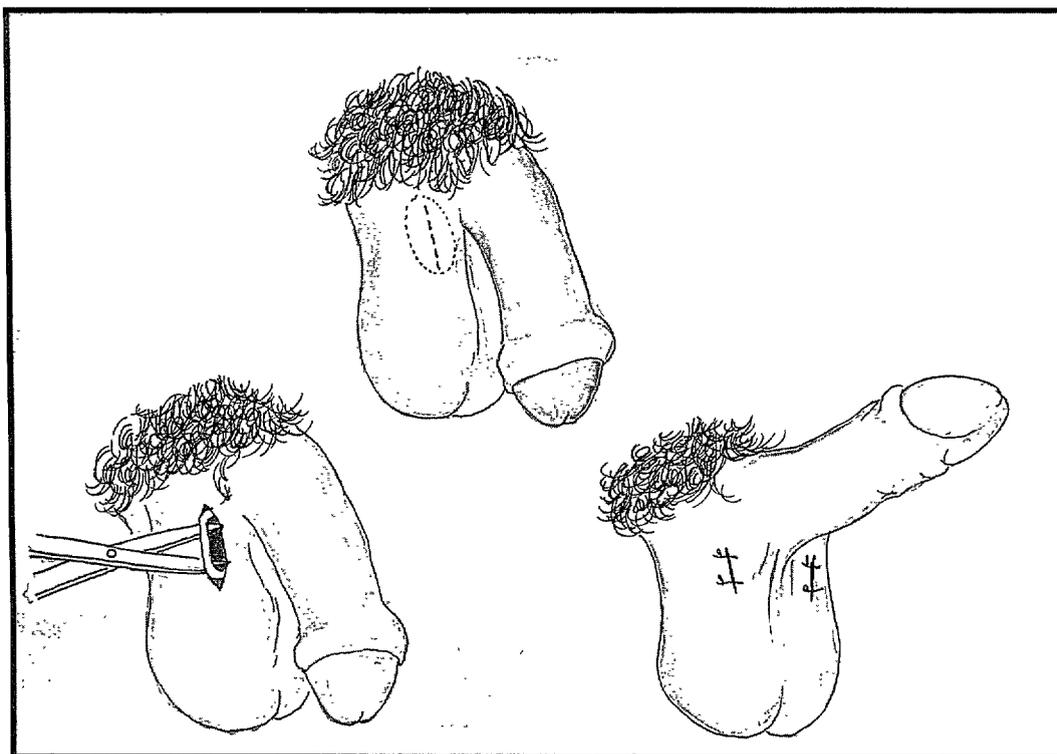
Limitaciones.

Existen situaciones en la vida que en un momento dado pueden limitar el uso de este método. Por ejemplo:

- Costo inicial elevado.
- Riesgos y efectos secundarios de la cirugía.
- Personal no capacitado.
- Usuario mal orientado e inseguro en cuanto al uso del método.
- Personas solteras y/o jóvenes, con problemas maritales y que no tienen hijos.
- Personas con historias clínicas negativas.

c.2. Vasectomía.

Pequeño procedimiento quirúrgico “voluntario” para la esterilización definitiva en el hombre; es más sencillo, rápido y seguro que la esterilización definitiva en la mujer. Este procedimiento requiere de una pequeña incisión en el escroto para el bloqueo de los conductos deferentes.



Mecanismo de acción.

Por medio del bloqueo de los conductos deferentes, se impide el paso de los espermatozoides al exterior.

Modo de uso.

Se realiza una pequeña incisión quirúrgica en el escroto para el bloqueo respectivo de los conductos deferentes.

Eficacia. La efectividad de este método es mayor que el de la ligadura de trompas, y va del 99.5 al 99.9%. Es decir que, de 100 hombres que se someten a la vasectomía, menos de uno corre el riesgo de quedar fértil nuevamente.



Beneficios.

- Una efectividad alta y permanente.
- Requiere una cirugía sencilla (sólo con anestesia local).
- Los riesgos quirúrgicos son menores que en la esterilización femenina.
- No presenta efectos secundarios a largo plazo.
- La vida sexual de pareja no se altera, es normal.

Limitaciones.

Así como en la esterilización voluntaria de la mujer existen limitaciones, también existen en la esterilización voluntaria del hombre, y son:

- Falta de personal capacitado.
- Mentalidad machista del latino.
- Efecto retardado (más o menos a 2 meses o a 20 eyaculaciones después del procedimiento).
- Historia clínica con antecedentes de salud que compliquen el uso del método



▶ **CAPÍTULO VII**

MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA.

Dr. Moisés Martínez Z.

Se espera que al concluir la lectura de este capítulo, la Auxiliar de Enfermería haya logrado los siguientes objetivos:

- 1. Describir los procedimientos del manejo sindrómico de las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.*
- 2. Identificar los factores sociales, económicos y culturales que intervienen en el proceso salud-enfermedad de las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.*
- 3. Difundir, con carácter educativo, toda la información sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, a grupos de población, principalmente de riesgo.*
- 4. Identificar aspectos clínicos y de tratamiento básico, de acuerdo a las normas del manejo sindrómico, a fin de lograr una capacidad resolutive y de referencia, en su caso, de acuerdo a su nivel.*



Introducción.

La atención de estas enfermedades que afectan a los órganos sexuales y que aparece después de una relación sexual con una persona desconocida o sospechosa, habitualmente causa sentimientos de temor, angustia y hasta de culpa, por lo que muchas veces se trata de ocultar o se maneja con bastante confidencialidad, y sólo se acude al personal de salud cuando ya se hicieron muchas tentativas de tratamiento por consejo de amigos o familiares.

En la práctica médica cotidiana es frecuente escuchar algunas de estas historias:

“Tengo 19 años, me siento preocupado, nunca tuve antes, pero desde hace 5 días no puedo orinar con facilidad, me incomoda bastante, ya que también estoy eliminando, me parece, pues por la orina, quisiera saber si tendrá algo que ver con una relación sexual que tuve hace más o menos 10 días con una muchacha que conocí ese mismo día...”

“ Dicen que existen enfermedades venéreas que aparecen así, tengo una pequeña herida en el pene, creo que apareció en forma espontánea, en realidad no me molesta, no escuece ni duele; pero tengo miedo de haberme contagiado de algunas de esas enfermedades...”

“Desde hace una semana me han aparecido unas pequeñas verrugas en mis genitales, no me molestan ni me incomodan, pero sin embargo me preocupan bastante, yo no sé qué podrá ser, yo soy soltera y no tengo relaciones sexuales, bueno las tuve hace más de un año atrás...”

Estas historias que frecuentemente refieren los jóvenes, indudablemente hablan de las actualmente llamadas **“Enfermedades Sexualmente Transmitidas”**, y es notorio que cada historia muestra desconocimiento de estas enfermedades, como también preocupación, y por qué no decir angustia.

Es importante que el personal de salud discuta y analice las historias que se refieren, y reflexione individualmente, en grupos de adolescentes y jóvenes, como con la misma comunidad.

PREGUNTAS AL LECTOR

1. *¿Qué es una enfermedad sexualmente transmitida?*
2. *¿Cuál es la frecuencia de su presentación en nuestro medio?*
3. *¿Cómo se adquieren o contagian estas enfermedades?*
4. *¿Cuándo debemos sospechar de su presencia?*
5. *Estas enfermedades, ¿tienen consecuencias o complicaciones?*
6. *¿Qué factores facilitan su aparición y diseminación—?*
7. *¿Cómo podríamos prevenir o evitar su aparición?*
8. *¿Existe tratamiento para estas enfermedades?*

Para realizar estas actividades, la Auxiliar de Enfermería debe contar mínimamente con la información que se detalla a continuación:

A. *Historia de las Enfermedades Sexualmente Transmisibles.*

Antiguamente las llamadas enfermedades venéreas, solamente abarcaban cinco enfermedades o infecciones tradicionales: Sífilis, Gonorrea, Chancroide, Linfogranuloma venéreo y Granuloma inguinal; recientemente se reemplaza este denominativo por **Enfermedades Sexualmente Transmisibles** que incluye a más de veinte agentes infecciosos responsables por estas enfermedades, incluyendo al SIDA.

“**Las Enfermedades Sexualmente Transmitidas**, son un grupo de enfermedades comunicables (notificables) que se transfieren predominantemente a través del contacto sexual, son en la actualidad el grupo mas común de las enfermedades notificables en la mayoría de los países “¹

Estas enfermedades de transmisión sexual, son infecciones causadas por una variedad de microorganismos que casi siempre se transmiten por las relaciones sexuales, y se caracterizan por presentar:

- Secreción vaginal y/o uretral.
- Lesiones ulcerosas en región genital acompañadas o no de adenopatías.
- Lesiones en la piel de la región genital.
- Alteraciones urinarias acompañadas o no de secreción uretral o vaginal.
- Dolores en la región abdominal baja y escrotal.

HATCHER, Kowal y otros. “Tecnología anticonceptiva” - Edición Internacional. Edit. D. Kowal 1989. USA



Las Enfermedades de Transmisión Sexual casi siempre aparecen después de una relación sexual–genital con personas sospechosas o desconocidas.

B. Aspectos epidemiológicos.

Las Enfermedades de Transmisión Sexual, tienen una presentación común en todo el mundo, atacan a ambos sexos y su incidencia es mucho más alta en los jóvenes y adultos jóvenes. A nivel mundial se refiere que hay un aumento en la incidencia, también se observa en muchas de estas enfermedades, un incremento de cepas resistentes al tratamiento.

En nuestro país no existe una información estadística real sobre la incidencia de las enfermedades sexualmente transmitidas; sin embargo, es indudable el incremento significativo, principalmente en los últimos cinco años, agravando esta situación en nuestro medio la presencia del SIDA que en realidad se ha convertido en una pandemia y que amenaza expandirse rápidamente en todos los países del mundo.

En el país, no todas las Enfermedades Sexualmente Transmitidas son de comunicación y notificación obligatoria, añadido a esto el sub registro, la sub notificación, es dificultoso tener una real tendencia en el comportamiento de estas enfermedades en nuestro medio; sin embargo, las apreciaciones de la OMS nos indican que el incremento de la incidencia de estas enfermedades está en base a las enfermedades clásicas de transmisión sexual como la **Sífilis, Gonorrea, Chancro** y otras que fundamentalmente son la expresión de la pobreza, con deficientes e insuficientes servicios de salud pública, falta de educación sexual y sub utilización de los pocos servicios de salud de que se dispone.

Las personas, principalmente menores de 25 años, que no reciben tratamiento adecuado y oportuno, se convierten en portadores y diseminadores de la enfermedad, con efecto no solo multiplicador, sino también facilitador de la aparición de cepas resistentes.

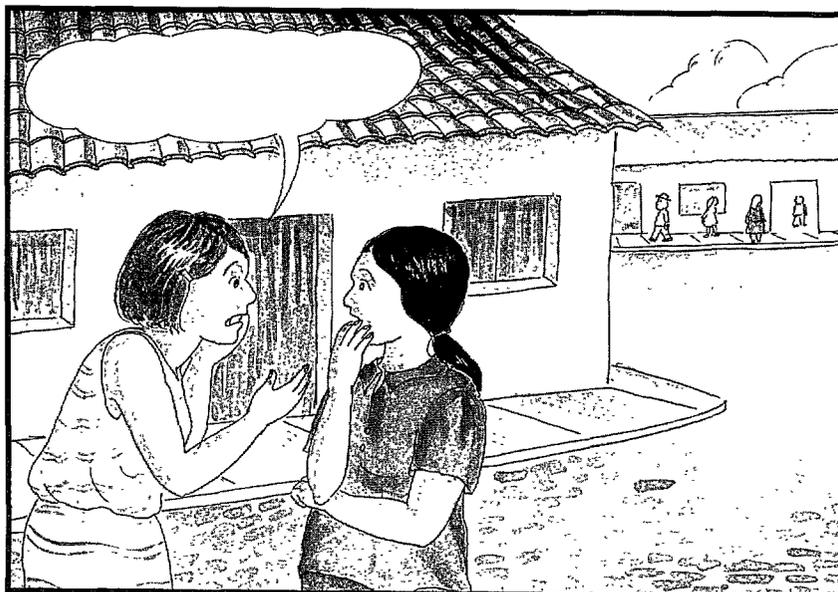
Todas las enfermedades de transmisión sexual deben ser notificadas, el tratamiento y el control deben ir dirigidos a la pareja y a todos los contactos sexuales del enfermo.

La casi totalidad de estas Enfermedades Sexualmente Transmitidas se adquieren a través de una relación sexual o coito con una persona infectada, también debe considerarse la forma poco frecuente de contagio, accidental, a través de transfusiones sanguíneas, uso de instrumental médico quirúrgico contaminado con agentes microbianos causantes de estas enfermedades, y finalmente a través de la vida intrauterina y durante el proceso del parto.

C. *Proceso salud–enfermedad en las Enfermedades de Transmisión Sexual.*

Los factores que intervienen en el proceso salud – enfermedad de las enfermedades de transmisión sexual son:

- Factores socio culturales, movimientos y migraciones poblacionales, costumbres sexuales, inicio temprano de las relaciones sexuales, baja escolaridad y otros vinculados a las bajas condiciones de vida y a la extrema pobreza.

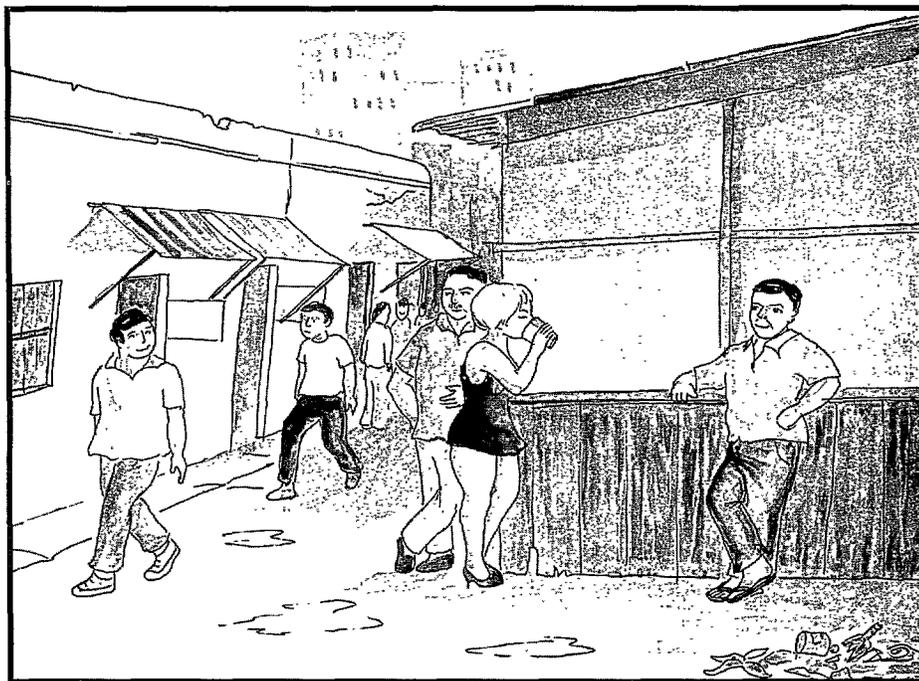


- Ausencia de una educación sexual eficiente.





- Diferenciaciones de género que hacen de la mujer un sujeto especialmente vulnerable a las Enfermedades Sexualmente Transmisibles, incluyendo al VIH y SIDA.
- Comportamientos y prácticas sexuales de alto riesgo.
- Falta de control sanitario organizado y respetuoso de la condición de las trabajadoras sexuales.
- Insuficientes servicios para garantizar un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.
- Desarrollo de cepas resistentes al tratamiento.
- Seguimiento inadecuado a pacientes con Enfermedades Sexualmente Transmisibles.
- Prácticas inseguras en las relaciones sexuales.



D. Manifestaciones clínicas y manejo sindrómico de las Enfermedades de Transmisión Sexual.

Generalmente, estas enfermedades tienen algunas manifestaciones comunes tales como la aparición de molestias, llámense signos y síntomas, que se localizan principalmente en el área de los órganos genitales de las personas, y más aún cuando existen antecedentes de una relación sexual con una persona desconocida o sospechosa, se observa una de las siguientes manifestaciones:



- Secreción uretral en el hombre
- Flujo vaginal en la mujer
- Lesiones ulcerosas en los genitales de hombres o mujeres
- Dolor abdominal bajo (pélvico) en las mujeres
- Lesiones cutáneas en el área genital, acompañadas o no de prurito.

Las Enfermedades Sexualmente Transmitidas no tratadas ni adecuada ni oportunamente, generalmente dejan complicaciones y secuelas en las funciones de la vida reproductiva, tanto en las mujeres como en los hombres. Estas complicaciones van desde el dolor, ansiedad, hasta secuelas de tipo orgánico, entre ellas:

- Infertilidad en ambos sexos
- Embarazo ectópico
- Aborto
- Malformaciones congénitas
- Cáncer cervico-uterino
- Transmisión de algunas enfermedades madre-hijo durante el embarazo y parto, tales como: sífilis, conjuntivitis gonocócica, VIH y otras

En la actualidad las Enfermedades de Transmisión Sexual, no siempre se presentan como una enfermedad específica, es frecuente observar la coexistencia de una o más de estas enfermedades. Este es el testimonio de un joven de 20 años:

“Hace un mes que no puedo curarme de mi enfermedad, ya he visitado a la enfermera quien me ha puesto muchas inyecciones, también me ha visto el médico que me hizo mejorar unos días, pero mis molestias vuelven a aparecer, ya no me duele casi nada al orinar, pero cada mañana elimino una secreción purulenta por donde orino...”

El Auxiliar de Enfermería, debe analizar este testimonio e identificar las causas para el fracaso en el tratamiento de esta enfermedad y contestar las siguientes preguntas:

1. *¿Cuál o cuáles serán los agentes infecciosos causantes de la enfermedad del referido joven?*
2. *¿Cuál o cuales serán las enfermedades que presenta?*
3. *¿Cuáles serán las causas para el fracaso del tratamiento de la enfermedad?*
4. *¿Cómo debía plantearse el diagnóstico y el manejo terapéutico de estas enfermedades?*



La Auxiliar de Enfermería, no sólo para responder a las preguntas anteriores, sino fundamentalmente para orientar y, en su caso, para manejar en forma correcta y oportuna las Enfermedades Sexualmente Transmitidas, debe leer y comprender mínimamente la siguiente información, y tomar en consideración toda vez que se halle frente a la sospecha de una de estas enfermedades:



1. *Existen más de veinte agentes infecciosos responsables de estas Enfermedades de Transmisión Sexual, frecuentemente no solo uno de ellos es el responsable de la enfermedad, sino mas bien, habitualmente coexisten mas de un agente microbiano en un determinado síndrome de Enfermedades de Transmisión Sexual. Probablemente este sea el caso del joven, y que los tratamientos realizados posiblemente hayan sido dirigidos sólo contra un agente infeccioso específico.*

2. *En el paso de levantar una sospecha o hipótesis diagnóstica de una Enfermedad de Transmisión Sexual, es importante tomar en consideración la posibilidad de estar frente no solo a una enfermedad específica, sino más bien a más de una Enfermedad de Transmisión Sexual, que pudieran ser las responsables de la enfermedad actual de la historia del joven que se refiere. En la búsqueda diagnóstica, no siempre debe pretenderse encontrar los síntomas y signos de cada uno de ellos, ya que algunos de ellos pueden encontrarse en período de incubación o en forma asintomática. Esta consideración es importante para el enfoque terapéutico, principalmente cuando cada vez más se reporta la coexistencia de dos o más enfermedades de transmisión sexual.*

En este sentido, la posible enfermedad del joven que se refiere, será una combinación de una enfermedad gonocócica asociada a una uretritis por Clamidia.

3. *El aparente fracaso terapéutico en el tratamiento de la enfermedad de este joven, seguramente es resultado de muchos factores, entre ellos:*

- *Tratamiento específico para un solo agente infeccioso, sin considerar la posibilidad de coexistencia de más de un agente.*
- *Utilización inadecuada de un medicamento, tanto en dosis terapéutica y tiempos óptimos.*
- *Cepas de microorganismos que desarrollan resistencia a los antibióticos convencionales.*

Estos fracasos terapéuticos, habitualmente llevan a la cronicidad y condicionan la aparición de portadores sanos.

4. *Dentro del manejo de las enfermedades sexualmente transmisibles, es importante el reconocimiento de los factores predisponentes y desencadenantes de la enfermedad, para lo cual la indagación sobre el comportamiento sexual actual, pasado y sus tendencias sexuales, debe ser realizado dentro de un marco ético, de respeto a los derechos humanos, a su individualidad y sobre todo de confidencialidad profesional, de todo ello el enfermo tendrá conocimiento y seguridad, así colaborará libremente en la mejor identificación e interpretación de su enfermedad y se beneficiará con un tratamiento correcto y oportuno.*



5. *El personal de salud, en este caso el Auxiliar de Enfermería, respetando la individualidad del paciente, sus valores culturales, religiosos e incluso idioma, debe proceder a realizar el examen físico minucioso, no sólo circunscrito a la región genital, también debe examinar la cavidad oral, la región perianal, la piel, el sistema ganglionar y si es posible un examen general, para de esta manera poder descubrir la presencia de alguna otra Enfermedad de Transmisión Sexual concomitante.*

Por todas estas consideraciones, **actualmente existe una tendencia internacional de manejar estas enfermedades de transmisión sexual con un criterio sindrómico**, que de acuerdo con las manifestaciones parecidas o comunes engloba a algunas Enfermedades de Transmisión Sexual, con diferentes agentes microbianos responsables de estas enfermedades, por lo que más de una de estas enfermedades pueden estar presentes en un solo síndrome, lo que implica necesariamente tratar varias de estas enfermedades al mismo tiempo.

El nuevo enfoque del manejo sindrómico de las enfermedades de transmisión sexual, creemos que es de gran utilidad en nuestro medio, principalmente rural, donde no existen medios de apoyo diagnóstico que permitan identificar laboratorialmente el o los agentes causales de la enfermedad. Como se ha dicho, existe la tendencia mundial de que muchas de estas enfermedades coexisten, y que el tratamiento de una sola enfermedad en forma específica, olvidando el otro posible coexistente, da como resultado: **Fracaso en la resolución de las enfermedades, generando oportunidades de crear cepas resistentes.**

A continuación te presentamos descriptivamente un resumen de las características más generales de cada uno de estos síndromes, así como las pautas para su respectivo manejo:

D.1. Síndrome de Secreción Uretral:

Este es el relato de un adolescente de 17 años de edad:

“Desde hace dos días tengo dificultades para orinar, estoy orinando de rato en rato, con mucho dolor, no sé dónde pudiera haberme contagiado, pero me temo que se trate de una de esas enfermedades llamadas venéreas, mis amigos dicen que si sale pus por la orina días después de una relación sexual, casi con seguridad es esa enfermedad ya que estoy eliminando bastante pus por donde orino...”

El Auxiliar de Enfermería, debe reflexionar en forma conjunta con grupos de adolescentes, jóvenes y comunidad, sobre la narración que se refiere y responder a las siguientes preguntas:

1. *¿Frente a qué tipo de enfermedad nos encontramos?*
2. *¿A cuál de los síndromes correspondería la enfermedad de este joven?*
3. *¿Cuáles son los posibles agentes microbianos causantes de este síndrome?*
4. *¿Cuáles son las manifestaciones y complicaciones más frecuentes de este síndrome?*
5. *¿Cuál el manejo terapéutico recomendado de este síndrome?*

Para realizar esta actividad el Auxiliar de Enfermería, debe estar informado y comprender mínimamente lo siguiente:

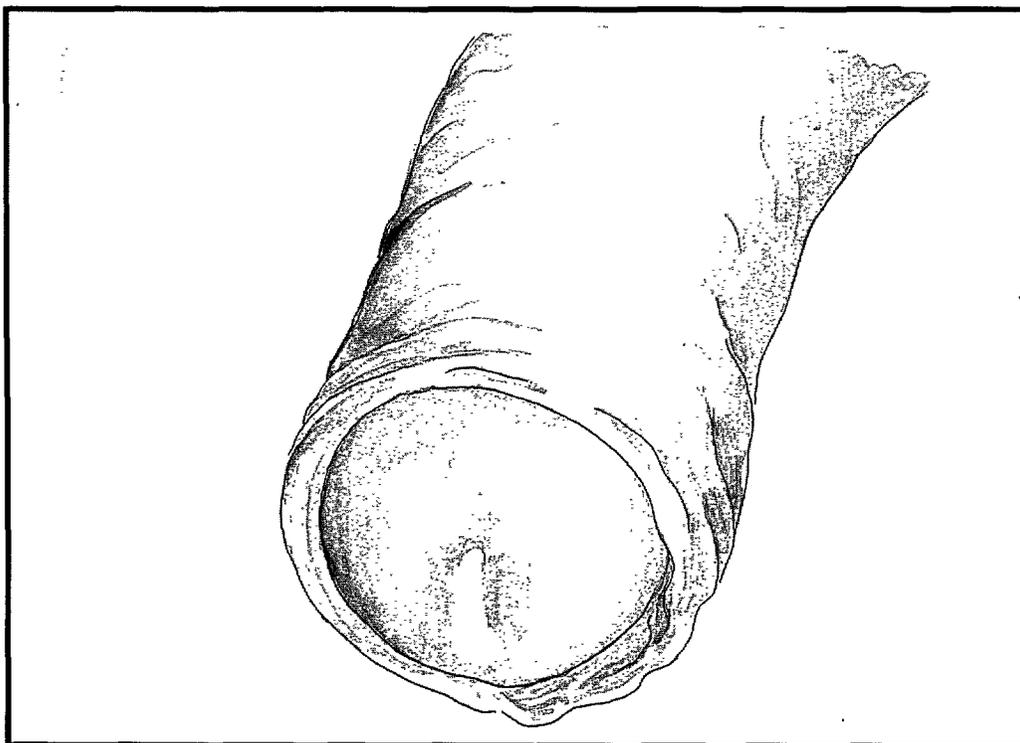
El Síndrome de Secreción Uretral se caracteriza por presentar secreción uretral, frecuentemente purulenta, acompañado o no de dolor durante las micciones, y/o prurito en región genital, molestias que aparecen algunos días después de una relación sexual con persona desconocida y/o sospechosa.

Las bacterias causantes de este síndrome principalmente son:

- **Neissera gonorrhoeae:** Es un diplococo intracelular, que produce la Gonorrea o Blenorragia.
- **Clamidia trachomatis:** Es una bacteria intracelular que produce la Uretritis no gonocócica.
- a. **Gonorrea o Blenorragia.** Es una Enfermedad de Transmisión Sexual que habitualmente aparece entre 2 a 15 días, después de un contacto sexual con persona desconocida y/o sospechosa. Se caracteriza:

En el Hombre:

- *Secreción purulenta por uretra*
- *Dolor urente durante las micciones*
- *Micciones aumentadas en frecuencia*



Fuente: J. Tor Aguilera, "Esquemas visuales en Enfermedades de Transmisión Sexual", Edic. DOYMA, 1991.

En la Mujer:

- *Secreción purulenta por la vagina*
- *Dolor durante las micciones*
- *Cuello uterino inflamado hiperhémico*
- *Algunas veces asintomático*

- b. Uretritis no Gonocócica.** Es una Enfermedad de Transmisión Sexual causada por la Clamidia Trachomatis, que suele aparecer 5 a 10 días después de una relación sexual, con personas desconocidas o sospechosas. Esta enfermedad se caracteriza por:

En el Hombre:

- *Escasa secreción uretral*
- *Dolor durante las micciones*
- *Prurito en meato urinario*

En la Mujer:

- *Secreción mucopurulenta por cervix uterino y/o vagina*
- *Dolor durante las micciones*
- *Prurito vulvar frecuente*
- *Cervix uterino hiperhémico y sangrante al contacto.*

Cuando este síndrome de secreción uretral no es diagnosticado y tratado oportunamente, frecuentemente se complica con:

- Infertilidad en el varón por inflamación y estenosis del epididimo, uretra y daño testicular.
- Infertilidad en la mujer por inflamación con estenosis u oclusión de las trompas de Falopio.
- Enfermedad infecciosa pélvica
- Conjuntivitis gonocócica del recién nacido
- Artritis gonocócica, atacando principalmente a una articulación grande.
- Enfermedad pélvica inflamatoria

El **diagnóstico presuntivo** de este síndrome se levanta cuando:

- Existen antecedentes de relaciones sexuales con personas desconocidas o sospechosas.
- Existen signos y síntomas compatibles con el síndrome.

El **diagnostico es definitivo** cuando:

- Se identifica el germen en una Tinción de Gram
- Se identifica a través del cultivo de la secreción uretral.

Tratamiento: Debe estar dirigido:

- A la pareja sexual.
- A todas las personas que tuvieron contacto sexual con el enfermo, aunque estos no presenten manifestaciones clínicas.

El tratamiento medicamentoso, debe tomar en cuenta el enfoque sindrómico y considerar una de las siguientes opciones:



Primera opción: Manejo combinado de:

Penicilina procainica 400.000 UI c/12 Hrs. IM. por siete días más

Doxiciclina 100 mgr. 2 por día V.O. por 7 días.

Segunda opción: Manejo combinado de:

Sulfametoxazol mas trimetropina 2 comp. cada 12 hrs. por 7 días más

Tetraciclina 500 mg. cada 6 hrs. por 7 días

D.2. Síndrome de flujo vaginal.

Una mujer de 35 años de edad, cuenta su enfermedad de la siguiente forma:

“Desde hace un mes tengo una molestia que me está fastidiando bastante, cada día estoy mojando mi ropa interior, principalmente por las mañanas me baja un flujo abundante de color blanco y amarillo verdoso de muy mal olor, antes no tenía estas molestias, estoy muy preocupada, dicen que esto puede causar cáncer en el futuro...”

En reunión de mujeres de la comunidad, el Auxiliar de Enfermería debe analizar en forma conjunta con ellas, utilizando métodos participativos, a fin de lograr recuperar los conocimientos de ellas y poder clarificar algunas dudas en relación a la historia que se refiere. Para esta actividad se sugiere la siguiente guía de análisis:

1. ¿Es normal en las mujeres la característica del flujo que refiere la señora—?
2. ¿Cuál es la posible enfermedad de la señora?
3. ¿Dentro de cuál de los síndromes de Enfermedades de Transmisión Sexual estaría la enfermedad de la señora?
4. ¿Cómo podemos diferenciar las distintas enfermedades que se hallan dentro de este síndrome?
5. ¿Cuál el manejo terapéutico del síndrome que presenta esta señora?

Para realizar esta actividad, el Auxiliar de Enfermería debe estar informado de los siguientes contenidos:



Este **síndrome de flujo vaginal** se caracteriza por presentar secreción vaginal, de diversas características, de acuerdo al microorganismo causante, frecuentemente acompaña a esta molestia prurito vulvar persistente.

Los microorganismos causantes de este síndrome, principalmente son:

- **Candida Albicans.** Es un hongo, produce secreción vaginal de color blanquecino, de aspecto “leche cortada”, causante de la candidiasis
- **Trichomona Vaginalis.** Es un parásito flagelado, que produce una secreción amarillo-verdosa, fétida, maloliente, causante de la tricomoniasis.
- **Gardnerella Vaginalis.** Produce secreción grisácea pegajosa, causante de la vaginitis inespecífica.

a. **Candidiasis vaginal.** Denominada también monialisis vaginal, producida por un hongo, aumenta la incidencia en casos de:

- Mujeres inmunodeprimidas
- Mujeres con diabetes
- Mujeres que consumen antibióticos por tiempo prolongado.
- Embarazos

Esta enfermedad se caracteriza por:

En la Mujer:

- Secreción vaginal de color blanquecina, de aspecto “leche cortada con grumos”
- Prurito vulvar
- Edema vulvar algunas veces

En el Hombre:

- Puede haber discreta secreción blanquecina por debajo el prepucio
- Prurito balano prepucial, algunas veces



- b. **Tricomoniasis vaginal.** Es considerada Enfermedad de Transmisión Sexual, porque frecuentemente se transmite a través de los contactos sexuales, pero también por artículos o ropa contaminada.

Esta enfermedad se caracteriza por:

En la Mujer:

- Flujo vaginal acompañado de prurito vaginal y vulvar
- El flujo es de color amarillo-verdoso, aspecto espumoso y mal oliente.
- Algunas veces puede ser asintomático

En el Hombre:

- Frecuentemente asintomático.
- Discreta secreción uretral blanquecina.

- c. **Vaginitis inespecífica.** Caracterizada por presentar una secreción vaginal de color verde grisáceo, pegajoso con olor a pescado.

Se debe levantar la hipótesis diagnóstica de Síndrome de Secreción Vaginal en casos de:

- Antecedentes de presentar flujo vaginal.
- Examen visual y determinación de las características del flujo vaginal.
- Identificación microscópica del microorganismo productor.

El tratamiento siempre debe realizarse a la pareja, tomando en cuenta el manejo sindrómico. Es importante considerar una de las siguientes opciones:

Primera opción: Se deben combinar los dos medicamentos respetando la dosis y los tiempos recomendados.

Metronidazol 2 gramos única dosis V.O. más

Óvulos de Nistatina cada noche por 10 a 14 días

Segunda opción: Combinar los dos medicamentos.

Tinidazol 2 gramos V.O. única dosis más

Óvulos vaginales de Nistatina cada noche por 10 a 14 días

Tercera opción: Combinar los dos medicamentos.

Óvulos vaginales combinados de Metronidazol y Nistatina cada noche por 10 a 14 días más

Ampicilina 500 mg cada 6 hrs. V.O. por 7 días

Todo flujo vaginal persistente debe ser considerado como parte del síndrome de flujo vaginal relacionado con Enfermedades de Transmisión Sexual.

D.3. Síndrome de Úlcera Genital.

Este síndrome se caracteriza por presentar fundamentalmente úlceras en la región genital, en algún momento de la evolución de las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas podemos indicar:

- *Sífilis o Lues:* *Producida por el Treponema pallidum.*
- *Chancro Blando:* *Producido por el Hamophilus Ducreyi.*
- *Linfo granuloma:* *Producido por la bacteria Clamidia Trachomatis.*
- *Herpes Genital:* *Producido por el virus del herpes simple.*
- *Granuloma Inguinal:* *Producido por el Calymmato- bacterium granulomatis.*

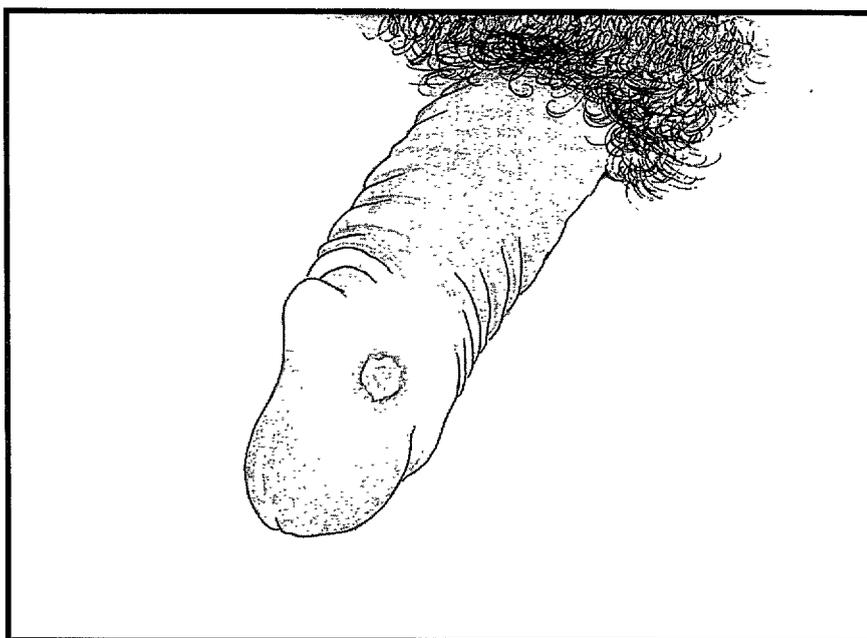
- a. Sífilis:** Es una Enfermedad de Transmisión Sexual, que puede afectar a todos los órganos del cuerpo, suele manifestarse de 10 a 90 días después de una relación sexual genital con persona sospechosa o desconocida, o el contacto directo con lesiones infectadas de piel y mucosas, así como por transfusiones sanguíneas, donde el donante es portador de la enfermedad.

Las manifestaciones clínicas de esta enfermedad, están en relación con el período de evolución; así se identifican los siguientes períodos:



Sífilis Primaria.– Este período tiene una duración de hasta 60 días, donde los signos y síntomas pueden remitir en forma espontánea. Este período se caracteriza por presentar:

- Chancro sifilítico o chancro duro, que es una lesión ulcerosa que se localiza en el sitio de entrada de la infección, es de forma redondeada y de base dura.
- La lesión ulcerosa no presenta dolor.
- Acompañado de agrandamiento de ganglio linfático en la región inguinal, denominado “adenopatía satélite”.



Fuente: J. Tor Aguilera: Op.Cit.

Frecuentemente el chancro sifilítico suele presentarse en el varón en cualquier lugar del pene, y en la mujer en los genitales externos, región vaginal o el cervix, es una úlcera indolora.

Sífilis Secundaria: Cuando no es tratada la sífilis primaria, aparecen las manifestaciones de la sífilis secundaria y puede durar desde 2 meses hasta 2 años, se caracteriza principalmente por presentar:

- Roseolas sifilíticas, que son erupciones cutáneas no pruriginosas ni descamativas, frecuentemente respetan la cara.
- Pápulas sifilíticas, que son lesiones verrugosas de aspecto plano “gomoso”.

- Alopecia, frecuentemente en la región temporo parietal, casi siempre el cabello crece nuevamente.
- Aumento generalizado de los ganglios linfáticos.
- Puede haber fiebre, artralgias y artritis.

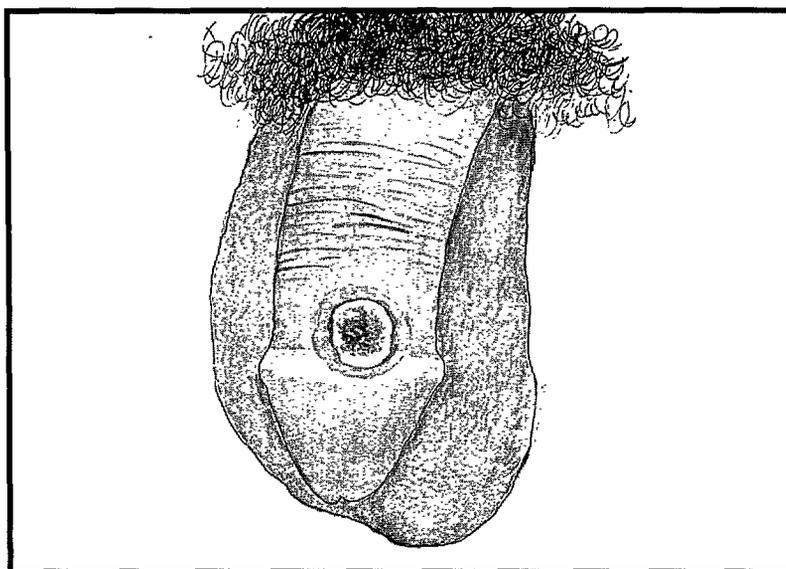
Durante estos dos períodos, las personas con esta enfermedad, se convierten en agentes infectantes o contagiosos.

Sífilis Tardía: La Sífilis secundaria no tratada puede progresar a este período, donde las lesiones son de carácter destructivo a nivel cutáneo como de los órganos del sistema nervioso, cardiovascular y otros.

Esta enfermedad en este período no es contagiosa.

Sífilis Congénita: Es la enfermedad que se transmite de la madre sifilítica al recién nacido, durante la vida intrauterina, las manifestaciones más importantes son:

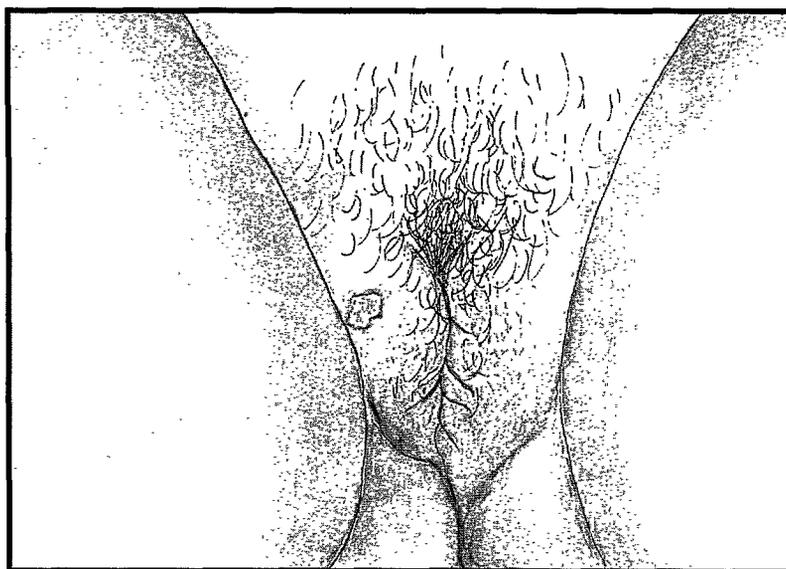
- Erupción cutánea generalizada
 - Rinitis sero purulento y sanguinolento
 - Adenopatía generalizada
 - Nariz en silla de montar
 - Hidrocefalia
 - Ictericia
 - Otras
- b. **Chancro blando:** Es una Enfermedad de Transmisión Sexual, producida por la bacteria *Haemophilus Ducrey*; que suele aparecer 3 a 10 días después de una relación sexual con persona desconocida o sospechosa.



Fuente: J. Tor Aguilera: Op. Cit.

Esta enfermedad se caracteriza principalmente por presentar:

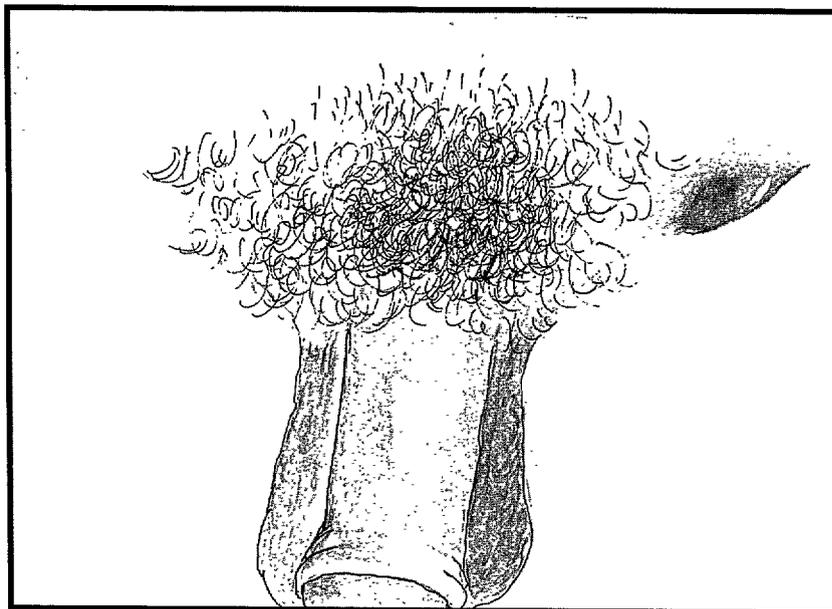
- Úlceras dolorosas en región genital, tanto de hombres y mujeres, en estas últimas incluso en la región del cervix uterino y en el interior de la vagina.
- Un alto porcentaje de estas úlceras se acompañan de agrandamiento de los ganglios linfáticos también dolorosos, localizados principalmente en región inguinal.



Fuente: J. Tor Aguilera: Op. Cit.

La úlcera genital del Chancro Blando es siempre dolorosa

- c. **Linfogranuloma venéreo:** Es una Enfermedad de Transmisión Sexual producida por la bacteria *Clamidia Trachomatis*; son cepas distintas de las que producen la uretritis no gonocócica. Esta enfermedad a más de producir una úlcera genital, afecta también a los ganglios linfáticos, pudiendo esta enfermedad convertirse en un cuadro generalizado.



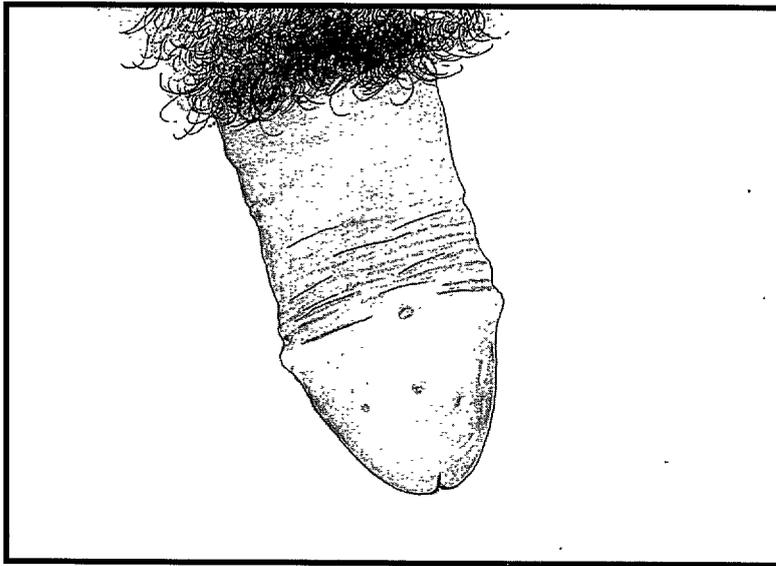
Fuente: J. Tor Aguilera. Op. Cit.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son:

- Úlcera en región genital, esta suele ser pequeña e indolora y remitir espontáneamente sin tratamiento.
- Hipertrofia de ganglios inguinales, posteriormente esta infección puede generalizarse al sistema linfático, con la posibilidad de fistulizarse.
- Cuando la infección se hace sistémica, frecuentemente presenta síntomas y signos generales como: fiebre, anorexia, cefalea, malestar general.



- d. **Herpes genital:** Es causado por el virus del herpes simple, es una cepa diferente del causante del herpes oral.



Fuente: J. Tor Aguilera: Op. Cit.

Esta enfermedad se caracteriza:

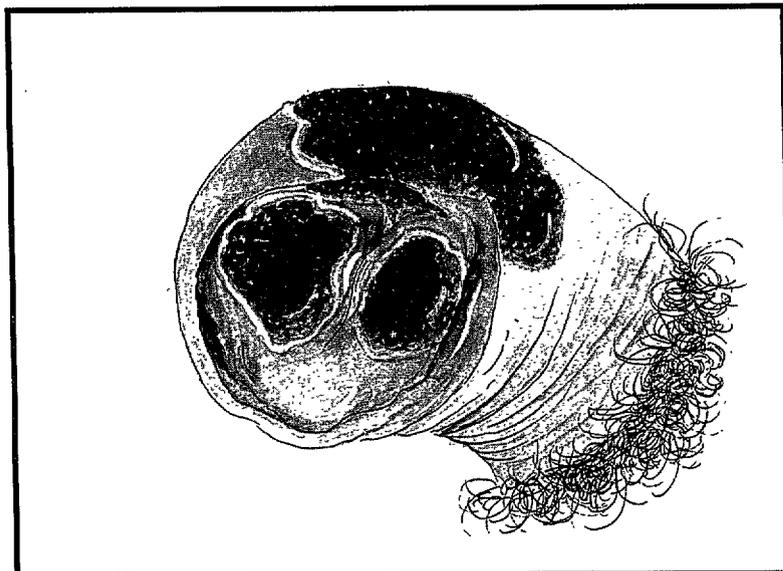
En el Hombre:

- Prurito en el sitio de infección frecuentemente en el prepucio glande y cuerpo del pene, para posteriormente presentar hiperemia en la zona del prurito; para luego presentar ampollas y al romperse estos producir úlceras superficiales y dolorosas.

En la Mujer:

- En los labios mayores, menores, vulva, vagina y cuello uterino, presentan inicialmente pequeñas vesículas que se convierten en úlceras superficiales muy dolorosos, acompañados de signos inflamatorios locales.

- e. **Granuloma inguinal.** Es una Enfermedad de Transmisión Sexual producida por la bacteria *Calymmatobacterium granulomatis*, que puede tener un tiempo de incubación variable de 8 a 80 días.



Fuente: J. Tor Aguilera: Op. Cit.

Esta enfermedad se caracteriza fundamentalmente por:

- Presencia de nódulos subcutáneos, principalmente en áreas húmedas y calientes de la región genital, como la región inguinal, escroto y tercio superior de los muslos del hombre, y en las mujeres, en los labios mayores, menores y la vagina.
- Estos nódulos pueden ulcerarse, se caracterizan por no presentar dolor ni adenopatía regional.

D.3.1. Diagnóstico de las Enfermedades del Síndrome de Úlcera Genital

1ro. Para levantar la hipótesis de síndrome de úlcera genital, es importante el hallazgo de:

- Úlcera en región genital.
- Antecedente de relaciones sexuales con persona desconocida o sospechosa.

2do. Para definir la enfermedad específica de este síndrome de úlcera genital, se debe considerar y realizar lo siguiente:

- Identificación de tipo y forma de presentación de la úlcera genital.
- Laboratorio de apoyo diagnóstico para confirmar la enfermedad:



<i>Sífilis:</i>	<i>V.D.R.L. y Flourecencia por absorción del anticuerpo del treponema.</i>
<i>Chancro Blando:</i>	<i>Identificación de H. Ducrey a través del Frotis directo de las úlceras.</i>
<i>Linfogranuloma Venéreo:</i>	<i>Microscopia de campo oscuro para identificar los cuerpos en los polimorfonucleares.</i>
<i>Herpes Genital:</i>	<i>Tinción para demostrar las células gigantes multinucleadas</i>
<i>Granuloma inguinal:</i>	<i>Tinción para identificar los cuerpos de Donovan intracitoplasmáticas</i>

Toda úlcera en región genital, debe ser considerada como una manifestación de las Enfermedades de Transmisión Sexual.

a. Tratamiento.

- El tratamiento debe ser siempre a la pareja sexual y a todos los que estuvieron en contacto sexual con el enfermo.
- Se recomienda usar una de las siguientes alternativas que se describen, preferentemente la primera de las que se detallan a continuación:

a.1. Sífilis Primaria:

- 1) Penicilina Benzatínica 2.400.000 U.I. única dosis, IM. ó
- 2) Eritromicina o Tetraciclina 2 gramos/día divididos en tomas c/6 horas por 10–14 días V.O.

a.2. Sífilis Secundaria:

- 1) Penicilina Benzatinica 2.400.000 UI. I.M. c/semana por 3 veces ó
- 2) Penicilina Procainica 400.000 UI. c/12 horas x 10 – 15 días.
- 3) Tetraciclina 500 mgr c/6 horas V.O. x 15 – 20 días.
- 4) Eritromicina 500 mgr. c/6 horas V.O. x 15 – 20 días.

a.3. Sífilis Congénita:

- 1) Penicilina procainica 50.000 U.I. por kpd por 10 días. I.M.

a.4. Chancro Blando:

- 1) Cotrimoxazol 2 tabletas c/12 horas V.O. x 14 días ó
- 2) Eritromicina 500 mgr c/6 horas V.O. x 10 días.

a.5. Linfogranuloma Venéreo:

- 1) Tetraciclina 500 mgr. c/6 horas V.O. por 14 días ó
- 2) Eritromicina 500 mgr. c/6 horas V.O. por 14 días.
- 3) Sulfametoxazol más Trimetropina 2 comp. c/12 horas V.O. por 14 días.

a.6. Herpes Genital:

- 1) No existe tratamiento específico.
- 2) Puede usarse:
 - Violeta de genciana
 - Aciclovir 200 mgr. c/6 horas x 7 días.

a.7. Granuloma Inguinal:

- 1) Tetraciclina 500 mgr. c/6 hrs. V.O. x 14 – 21 días
- 2) Sulfametoxazol más Trimetropina 2 comprimidos c/12 horas V.O. por 14 – 21 días.

***El tratamiento correcto de este síndrome,
implica dosis y tiempo adecuados.***

D.4. Síndrome Genital Cutáneo.

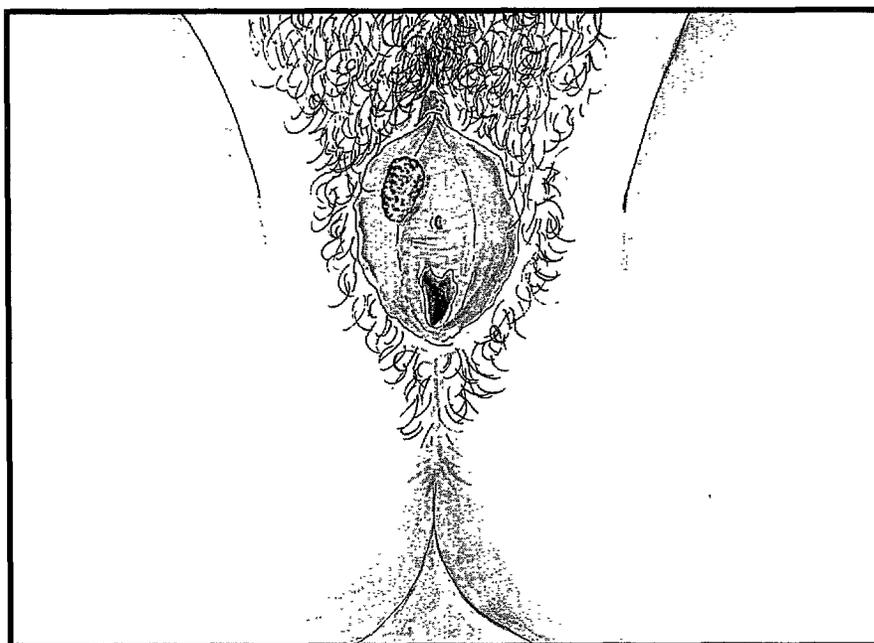
Algunas enfermedades de la piel, principalmente las localizadas en la región genital, pueden ser secundarias a la transmisión por el contacto sexual, por aseo e higiene inadecuados.

Entre las afecciones cutáneas que son consideradas como Enfermedad de Transmisión Sexual, están:



- Condiloma Acuminado
- Pediculosis Púbrica
- Molusco Contagioso
- Escabiosis Genital

a. **Condiloma acuminado:** Denominado también verrugosis genital, es producido por el Papiloma virus humano, que tiene un tiempo de incubación variable de alrededor de 120 días.



Fuente: J. Tor Aguilera: Op Cit.

Esta enfermedad se caracteriza por presentar verrugas de crecimiento lento de aspecto “Coliflor”, estos en el hombre se localizan en el glande, cuerpo y prepucio del pene, como también en el meato urinario y región perianal. En la mujer, en la región perianal, labios mayores y menores, en la entrada a la vagina y en el cuello del útero. Estas verrugas no son dolorosas.

Las verrugas de forma “Coliflor”, no son manifestación de la sífilis, en cambio las verrugas planas son de la sífilis secundaria.



- b. Pediculosis púbica:** Causada por el pediculus pubis, es un parásito que tiene preferencia por las zonas genitales velludas, este parásito habitualmente se contrae por contacto sexual genital, uso de ropa de cama y/o íntimas contaminadas.

Esta enfermedad, considerada de transmisión sexual, se caracteriza por:

- Prurito leve a intenso en región genital, principalmente nocturno
- Excoriaciones y lesiones de impétigo en la zona afectada.
- Manchas de color azul pizarra en la superficie vecina.

- c. Molusco contagioso:** Esta enfermedad es considerada de transmisión sexual, aunque el contagio no es exclusivamente por la vía sexual, puede contagiarse por toallas y ropa íntima contaminada, producida por un Poxivirus denominado Molluscum Contagiosum.

Clínicamente se caracteriza por la presencia de pequeños granos en la piel de la región genital y la parte baja del abdomen, parecen ampollas con el contenido del granito de aspecto de queso, cuando éstas se presionan, se obtiene una perla blanquecina de consistencia firme y posteriormente sangra.

- d. Escabiosis genital:** Es producida por un parásito denominado Sarcoptes Scabiei, el que provoca la infección es la hembra fecundada que se introduce en la piel, va cavando surcos donde deposita al mismo tiempo los huevos que posteriormente se transforman en larvas.

Clínicamente presenta:

- Prurito principalmente nocturno, en región genital externo y región del pezón en las mujeres.
- Excoriaciones, costras y lesiones de impétigo.

- D.4.1. Diagnóstico del Síndrome Genital Cutáneo:** Para ello se deben considerar los aspectos clínicos, los antecedentes de relaciones sexuales con desconocidos o sospechosos y la identificación microscópica del agente productor.

Tratamiento: Para el tratamiento se deben tomar en cuenta los diferentes aspectos:

1. Debe ser tratada la pareja y/o todos los contactos sexuales.
2. Son importantes las medidas higiénico-sanitarias.
3. El tratamiento específico:



Condiloma Acuminado: Solución de podofilina al 20 %, se aplica a las verrugas por mas o menos 4 horas y luego se las enjuaga

Pediculosis Púbrica:

- 1) Gamma Benceno al 1 %, aplicar las 24 horas en zona afectada, repetir a los 10 días del tratamiento.
- 2) Hervir, planchar la ropa interior y de la cama.

Molusco Contagioso: Se puede aplicar Fenol puro a cada lesión.

Escabiosis Genital: Se puede aplicar el Benzoato de bencilo previo baño de sumersión de todo el cuerpo, acompañado de desinfección de la ropa y sábanas a través del hervido.

E. Prevención de las Enfermedades Sexualmente Transmitidas.

En la **prevención de las Enfermedades Sexualmente Transmitidas**, se deben considerar necesariamente actividades que, si bien en forma aislada no tienen un alto porcentaje de seguridad, sin embargo, realizadas en forma conjunta y paralela, se potencializan mutuamente; tenemos entre ellas:

- **Información, Educación y orientación** sobre una conducta sexual responsable. (Resolución de El Cairo)
- **Consejería para las enfermedades sexualmente transmitidas**², dentro de lo que es la salud reproductiva, que debe lograr la práctica de la sexualidad en forma responsable, lo que incluye la adecuada selección del compañero sexual, uso del condón, evitar la práctica de las relaciones sexuales de riesgo o inseguras, a fin de prevenir nuevas infecciones, también lograr la conciencia de cumplir con el tratamiento médico, y someterse a los controles y seguimientos médicos, también es importante orientar al enfermo sobre la importancia del diálogo y discusión posterior con su compañero o compañeros sexuales.
- **Relaciones sexuales entre compañeros no infectados**, es decir lograr la fidelidad sexual mutua.
- **Servicios de salud accesibles** para la atención de las enfermedades de transmisión sexual.
- **Medidas y acciones de salud pública** para la vigilancia y control de estas enfermedades.

² En el presente Manual, todavía utilizamos el término de "Consejería" por estar así incluido en las normas nacionales, aún cuando se halle actualmente en discusión.



- **Facilitar el uso del condón**, como medio de prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual, y no sólo para evitar el embarazo.

F. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Este síndrome es una enfermedad relativamente nueva, por las características de su presentación, su frecuente modo de transmisión sexual y la alta letalidad hace de ésta, que si bién no es muy conocida por la población, es una enfermedad temida que causa ansiedad y angustia muchas veces.

No es raro escuchar las siguientes versiones y opiniones de la población:

“ La radio, la televisión y la misma gente hablan mucho del SIDA, todos dicen que es una enfermedad que no se cura y las personas que agarran esta enfermedad en pocos años se mueren, algunos dicen que solo ataca a los llamados “homosexuales” y a aquellos que tienen muchos compañeros sexuales, por lo que yo no me preocupo casi nada, yo no creo que me ataque esta enfermedad, soy soltera todavía y rara vez tengo relaciones sexuales, con algún amigo que conozco durante mis viajes a Santa Cruz por motivos de mi negocio, pero además tengo cuidado de que sean gente seria, responsable y de bien...”



“Los medios de información continuamente dicen, use condón en cada relación sexual con desconocidos, pero no siempre es posible tener el condón en el momento necesario, además creo que es bastante incómodo utilizarlo, pero sobre todo cuando uno los precisa no sabe dónde encontrarlos, ya que muchas veces sin pensar ni buscar se presenta la oportunidad de estar con una chica; por lo que escucho en la radio y televisión debe ser grave esta enfermedad, sin embargo creo que sería mejor una vacuna o algo que pueda protegernos sin necesariamente utilizar el condón...”

La Auxiliar de Enfermería, en actividades educativas con la comunidad, debe analizar, discutir y sacar conclusiones en relación con las dos opiniones anteriores. En cada actividad se trabajará en grupos pequeños según guía preparada con anticipación. Se sigue la siguiente temática de análisis y discusión:

- ¿Cuál es nuestro conocimiento actual sobre el SIDA?
- ¿Cuál es el microorganismo responsable de esta enfermedad?
- ¿Cuáles son las formas de transmisión más frecuentes de este virus?
- ¿Cuáles son los grupos humanos de mayor riesgo para contraer el SIDA?
- ¿Cuáles son los signos y síntomas de esta enfermedad?
- ¿Qué debo hacer para prevenir esta enfermedad?
- ¿Existe algún tratamiento actual para esta enfermedad?

La Auxiliar de Enfermería, para orientar estas actividades de aprendizaje, debe preparar el material de apoyo que utilizará, las guías de análisis y discusión, y deberá estar mínimamente informado y comprender los siguientes contenidos:

El SIDA, es una enfermedad predominantemente de transmisión sexual, relativamente nueva, “los primeros casos se diagnosticaron en 1981 y desde entonces la enfermedad se ha ido extendiendo rápidamente por América del Norte y del Sur, Europa y el África”, actualmente es considerado como una amenaza mundial, no sólo por las características de letalidad de la enfermedad, sino también por su rápida difusibilidad. Este síndrome es transmitido por el Virus denominado de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que va invadiendo y alterando el sistema inmunológico de defensa del organismo humano, facilitando de esta manera diversas enfermedades oportunistas que adquieren severidad, dada la ausencia parcial o total del sistema inmunitario de la persona.

*El microorganismo responsable de transmitir esta enfermedad, es un retrovirus denominado **Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)**, hasta la fecha se han identificado dos tipos, entre ellos el Tipo I (VIH-1) y el Tipo II (VIH-2), que a pesar de ser diferentes serológica y geográficamente, tienen propiedades de comportamiento casi comunes, tanto del punto de vista epidemiológico como patológico; también está comprobado que este VIH, se transmite a través de: la sangre, semen, fluidos vaginales, leche materna.*

Las formas de transmisión mas frecuentes de esta infección son a través de:

- **Relaciones sexuales**, donde un miembro de la pareja tiene la enfermedad o está infectado con el VIH.
- **Inoculación sanguínea**, por transfusión de sangre contaminada con el VIH, uso de agujas y jeringas contaminadas con sangre infectada con el VIH, instrumental médico quirúrgico contaminado con el VIH.



- **Período perinatal**, el producto del embarazo puede infectarse durante la vida intrauterina, cuando la madre está enferma o infectada con el VIH, en el proceso de atención del parto cuando se utilizan materiales e instrumental médico contaminado con sangre infectada con el VIH, y durante la lactancia materna cuando la madre tiene la enfermedad o está infectada con el virus de la inmunodeficiencia humana.
- **Utilización compartida de agujas** hipodérmicas entre drogadictos.



Inversamente el virus del SIDA NO tiene posibilidades de transmitirse por:

- Picadura de mosquitos
- Tos y/o estornudos
- Uso común de baños públicos, piscinas
- Compartir juegos, alimentos, viviendas y otros, inclusive con personas declaradas con la enfermedad
- Agua
- Conversar, darse la mano inclusive con personas declaradas con el SIDA

Todas las personas, independientemente del sexo, edad y ocupación, están expuestas a la enfermedad, pero principalmente aquellas que son considerados de mayor riesgo, entre ellos tenemos:

- Las personas, sean estas hombres o mujeres, que mantienen **relaciones sexuales con diferentes compañeros** .
- Las personas que practican relaciones sexuales inseguras
- Las personas que frecuentemente presentan otras enfermedades de transmisión sexual, principalmente las que están comprendidas dentro del Síndrome de Ulcera Genital.
- Las personas que reciben en forma frecuente transfusiones sanguíneas.
- Los drogadictos, principalmente los que usan drogas endovenosas

Muchas veces el reconocer los signos y síntomas de esta enfermedad no es fácil; sin embargo, los criterios que presentamos a continuación, pueden ser de utilidad en tu desempeño y servir como criterios de sospecha y referencia a los niveles correspondientes.

La enfermedad tiene un período variable de incubación, es decir, el tiempo desde el momento del contagio hasta los primeros signos y síntomas de la enfermedad, según algunos autores oscila entre dos meses hasta diez años.

Al mismo tiempo el SIDA tiene una variedad de presentación clínica, pero el común denominador de esta enfermedad son todos los signos y síntomas de cualquier cuadro infeccioso, principalmente las denominadas oportunistas y los cuadros tumorales vinculados a los linfomas primarios, Sarcoma de Kaposi y otros.



Entre las infecciones oportunistas en el país se han detectado en su frecuencia la tuberculosis, salmonelosis, toxoplasmosis, dermatosis generalizada, candidiasis, herpes generalizado.

En el libro de Hatcher, Kowal y otros, se describen los signos principales y menores, donde se recomienda que para el diagnóstico se debe tomar en cuenta dos signos principales y un signo menor, esto siempre y cuando estén ausentes enfermedades como el cáncer, desnutrición severa y otras enfermedades de etiología desconocida.

Estos signos son:

Signos principales:

- Pérdida del más del 10 % del peso corporal
- Diarrea crónica con duración de más de un mes
- Fiebre prolongada con duración de más de un mes

Signos menores:

- Tos persistente de más de un mes de duración
- Dermatitis prurítica generalizada
- Herpes Zoster recurrente
- Candidiasis orofaríngea
- Infección crónica por herpes simple
- Linfadenopatía

También se deben considerar los siguientes criterios clínicos: frente a una **infección secundaria con inmunodeficiencia severa, se presenta:**

- Pérdida de peso, diarrea crónica, fiebre prolongada, alergia cutánea, pérdida de libido, mialgias y artralgias.
- Tos persistente, candidiasis oral, linfadenopatía, herpes zoster recidivante, leucopenia y anemias.



Y cuando existe una **infección secundaria con inmunodeficiencia adquirida moderada, se presenta:**

- Herpes zoster multidermatonal
- Candidiasis oral.

Para la sospecha diagnóstica se debe considerar:

- Cuadro clínico infeccioso crónico y recidivante
- La historia clínica debe profundizar en el comportamiento sexual, antecedentes de transfusiones y drogadicciones.
- Laboratorio:

Estudio hematológico

Estudio Inmunológico

Estudio serológico: detección del anticuerpo anti VIH (Elisa).

Hasta hoy en día, no existe vacuna contra esta enfermedad, es verdad que se está investigando para lograr conseguir la vacuna que pueda servir de protección total, por lo que las medidas de prevención resultan vitales, tanto para la protección personal y evitar el SIDA, como también para contribuir a disminuir la rápida difusibilidad de esta enfermedad.

A continuación presentamos, algunas ideas generales que pueden lograr una prevención adecuada de esta temida enfermedad:

- **Educación sexual**, que debe buscar cambiar los hábitos y comportamientos sexuales de riesgo, promoviendo una **práctica de la sexualidad de forma responsable**, que implique:

Tener relaciones con un solo compañero sexual.

Utilizar el condón, en caso de tener relaciones sexuales con personas desconocidas o cuando se sospeche de que su pareja sexual este infectado con el VIH.

Evitar las relaciones sexuales en las casas de prostitución o con las personas que frecuentan ella.

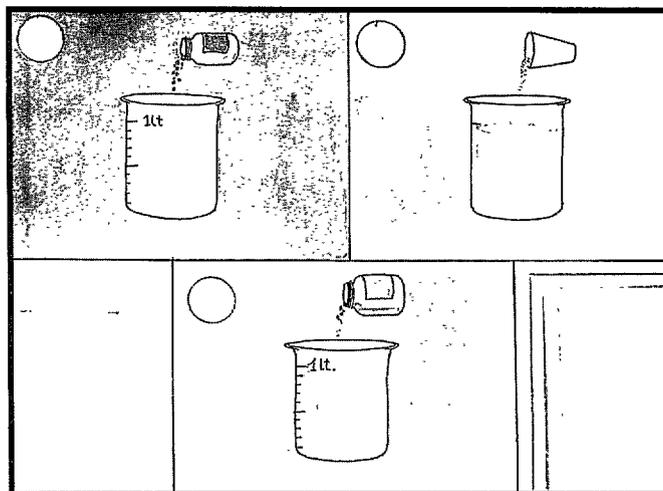
Evitar las relaciones sexuales inseguras.

- **Educación sanitaria**, lograr que la comunidad considere la importancia de:
 - Buscar la atención de salud, en los servicios reconocidos y autorizados, a fin de lograr la atención libre de riesgos de contaminación.
 - Evitar la drogadicción.
 - Evitar el uso indiscriminado de agujas hipodérmicas y jeringas sin esterilización.
- En relación al tratamiento, actualmente va dirigido:
- A tratar las infecciones oportunistas
 - Tratamiento sintomático, de las molestias que acusa el enfermo
 - Apoyo psicológico, que es importante para disminuir el sufrimiento del enfermo

A continuación transcribimos algunas recomendaciones, que se indican en el “Manual de Bioseguridad para el Personal de Salud”, en relación a las técnicas y procedimientos para la desinfección y esterilización de materiales contaminados con el VIH.

“Todo el material utilizado, primero desinfectar con sustancias químicas, segundo lavar con abundante agua y jabón, tercero esterilizar por ebullición, en seco ó vapor”³.

- Para la desinfección, debemos preparar una solución en base al hipoclorito de sodio (lavandina) al 1% o 5%, o formaldehído al 5%, para colocar dentro de ella los materiales a desinfectar, por un tiempo de 30 minutos.



3 SECRETARÍA NACIONAL DE SALUD, “Manual de Bioseguridad para el personal de Salud”. 4a. Ed. La Paz, 1995



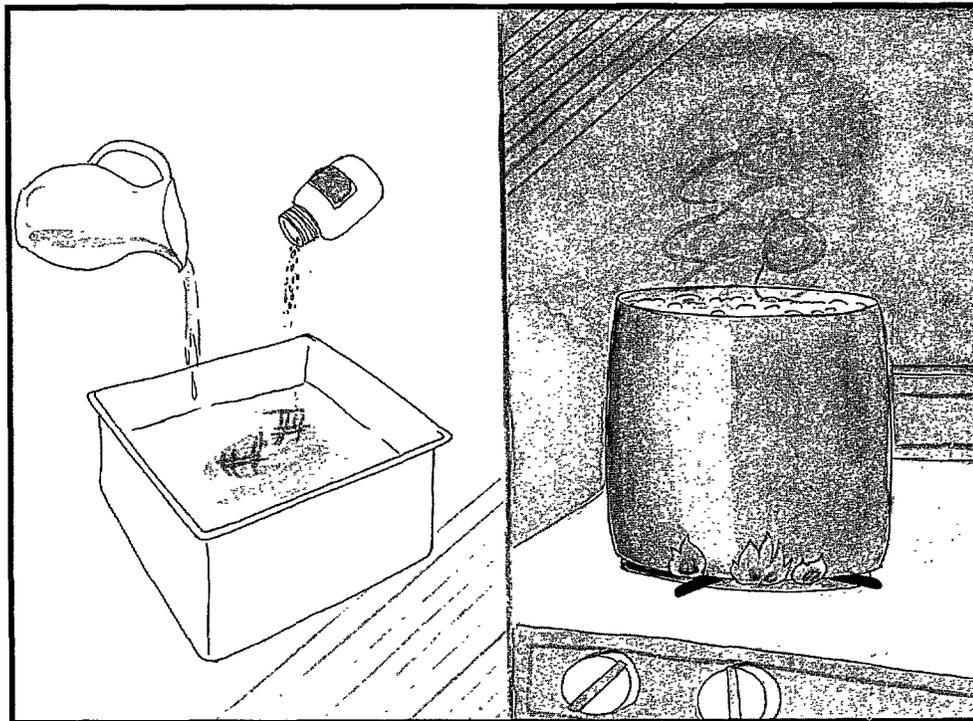
Después del procedimiento, debe lavar los materiales desinfectados con cualquier detergente y abundante agua.

- Para esterilizar puede utilizar uno de los siguientes métodos:

Ebullición de los materiales a una temperatura de 56°C por un tiempo de 30 a 60 minutos.

Calor seco en pupinel u horno de Pasteur, principalmente para instrumental médico-dental, a una temperatura de 160°C por un período de 2 horas.

Calor húmedo o autoclave, principalmente material de papel, plásticos resistentes al calor y ropa hospitalaria, a una temperatura de 121°C por un tiempo de 15 a 30 minutos.





▶ **CAPÍTULO VIII**

CÁNCER CERVICO-UTERINO Y DE MAMAS

Dr. Moisés Martínez Z.

Se espera que al concluir la lectura de este capítulo, la Auxiliar de Enfermería haya logrado los siguientes objetivos:

- 1.- Identificar aspectos clínicos básicos para levantar la hipótesis del cáncer cérvico – uterino y de mama para su posterior referencia.*
- 2.- Describir los factores de riesgo que intervienen en el proceso salud enfermedad del cáncer cérvico – uterino y de mama.*
- 3.- Promover cambio de actitudes frente a los signos y síntomas de sospecha del cáncer cérvico – uterino y de mama.*
- 4.- Difundir con carácter educativo la importancia y las ventajas del diagnóstico y tratamiento precóz del cáncer cervico – uterino y de mama.*



1. **Cáncer cervico – uterino.**

En la población femenina de nuestro país, existe una elevada prevalencia de las lesiones precancerosas y cancerosas que invaden principalmente el cuello uterino, ocupando así uno de los primeros lugares a nivel mundial entre los países con registro de cáncer, con una tasa de 154.5 por 100.000 mujeres entre los 35 y 65 años, sin que esto quiera decir que las mujeres de menos de 35 años no tengan este tipo de enfermedades.

En la práctica de atención de salud, es muy frecuente escuchar la historia que hace sospechar de lesiones precancerosas y/o cancerosas localizadas en los órganos internos sexuales de la mujer.

“Mujer en edad fértil, que refiere presentar en forma crónica flujo vaginal maloliente, algunas veces acompañado de sangre o con aspecto de “carne lavada”, rebelde al tratamiento, también se queja de tener dolor durante las relaciones sexuales y frecuentemente hemorragias vaginales en forma espontánea...”

La Auxiliar de Enfermería debe promover el análisis y la discusión del caso que se refiere, en reunión de mujeres de la comunidad, quienes en forma conjunta o en pequeños grupos deben:

- Identificar la enfermedad de la señora.
- Identificar los signos y síntomas más importantes de la enfermedad.
- Identificar sus posibles complicaciones.
- Analizar y discutir las posibles causas y factores que contribuyeron a la aparición de la enfermedad.
- Analizar y reflexionar sobre las ventajas y beneficios de un diagnóstico precoz y tratamiento médico oportuno, como la necesidad de prevenir esta enfermedad.
- Analizar y discutir la accesibilidad a los servicios especializados para el tratamiento de estas enfermedades.

Con la finalidad de orientar estas actividades educativas hacia la comunidad, así como prestar un adecuado servicio de atención, en el caso de presentarse este tipo de enfermedades en su comunidad, el Auxiliar de Enfermería debe estar mínimamente informado de los siguientes contenidos:

1. En el entendimiento común de nuestra población, mencionar la sospecha o presencia de un tumor, causa sin duda ansiedad, angustia y muchas veces temor; sin embargo, es importante clarificar que no todo tumor mata a las personas. Existen dentro de los tumores, los denominados benignos, que se caracterizan por su ubicación localizada y crecimiento lento, en cambio, los denominados tumores malignos, que en realidad corresponden a lo que se llama **cáncer**, crecen rápidamente y tienen capacidad de invadir los tejidos de las regiones anatómicas vecinas e incluso de diseminarse a las regiones alejadas del foco inicial; este tipo de tumores son los que no detectados ni tratados oportunamente, llevan inexorablemente a la muerte de las personas.

Es fundamental entender e informar que el cáncer diagnosticado precozmente, puede ser tratado con un resultado favorable en un 100% y en este caso el **cáncer cervicouterino**, como ningún otro tumor, tiene la ventaja de ser diagnosticado en fase inicial y beneficiarse con un tratamiento curativo al 100%; sin embargo, a pesar de esta situación, en nuestro país la mortalidad por cáncer cervicouterino es muy alta, principalmente en el grupo etáreo comprendido entre los 35 y 60 años de edad, lo que no quiere decir que mujeres más jóvenes presenten esta enfermedad, se dice que “más de 30,000 mujeres latinoamericanas mueren por cáncer de cuello uterino” (Boletín OPS/OMS, julio 1990).

El cáncer del cuello uterino, casi siempre aparece como un tumor localizado, denominado “**carcinoma in situ**”, después de algunos años tiene la capacidad de invadir a las regiones vecinas e incluso a regiones distantes denominándose éste como “**cáncer invasor metastásico**”. El carcinoma in situ puede ser diagnosticado fácilmente a través del estudio citológico vaginal (Papanicolau), como a través del examen ginecológico realizado en forma periódica. Este tumor se caracteriza por iniciarse cerca del orificio exocervical y luego extenderse en forma progresiva al resto del cuello uterino y finalmente invadir a regiones vecinas. En el examen físico, inicialmente es difícil observar a simple vista, pero a medida que va creciendo el tumor, puede apreciarse primero como una pequeña herida hemorrágica, luego una masa de consistencia leñosa y sangrante, frecuentemente acompañado de un cuadro de sobre infección, que se expresa por la presencia de un flujo vaginal recurrente, fétido y con aspecto de “líquido de carne lavada”.

El cáncer del cuello uterino, se desarrolla y crece en forma lenta, y antes de mostrarse clínicamente, con seguridad existen cambios en las células que se descaman del cuello uterino e incluso antes de convertirse en carcinoma in situ, por todo ello es de vital importancia el examen periódico de Papanicolau.

Cuando el cáncer del cuello uterino se manifiesta clínicamente, suele presentar los siguientes signos y síntomas:



- Flujo vaginal, como resultado de una inflamación crónica del cuello uterino, este flujo después de un tiempo de evolución, es abundante, fétido, con aspecto de líquido de carne lavada.
 - Dolor durante las relaciones sexuales.
 - Hemorragias vaginales, inicialmente gotas, hasta provocar hemorragias importantes y de forma irregular.
 - También suele manifestarse con hemorragias menstruales abundantes (metrorragias).
 - Cuando el tumor se desarrolla y tiene caracter invasor, presentará gran compromiso del estado general, con pérdida de peso y manifestaciones de un cuadro de anemia progresiva.
3. Las complicaciones frecuentes del cáncer cervico uterino son:
- Anemias crónicas por las frecuentes hemorragias vaginales.
 - Cervicitis crónica, como resultado de una sobre infección, traducido en la presencia de un flujo vaginal crónico.
 - Anemia aguda e infección generalizada, que frecuentemente son causas de muerte.
4. Si bien no se ha reconocido específicamente el causante etiológico de este tipo de tumor, la alta incidencia de este cáncer se relaciona con los siguientes factores que son considerados de riesgo, entre ellos:
- **Inicio temprano de las relaciones sexuales.** De acuerdo a la bibliografía existente, parece que durante la adolescencia hubiera una mayor predisposición biológico-hormonal a la enfermedad (Boletín OPS/OMS, 1990, vol 1).
 - **Número de compañeros sexuales,** la incidencia de este tumor aumenta cuando la mujer tiene varios compañeros sexuales.
 - **Infecciones ginecológicas recurrentes,** principalmente cuando éstas corresponden al grupo de las enfermedades de los Síndromes de Transmisión Sexual.
 - **Multiparidad,** la incidencia del tumor aumenta cuando es más alta la multiparidad.



- **Uso crónico de anticonceptivos de tipo hormonal**, situación que todavía está en fase de investigación.
- **Factor masculino**, la incidencia del cáncer del cuello uterino aumenta cuando el varón tiene varias compañeras sexuales.
- **Tabaquismo.**
- Baja escolaridad y pobres ingresos económicos.

2. **Cáncer de mama.**

Uno de los tumores más temidos por la mujer, es el cáncer de mama y que habitualmente es descubierto por la propia mujer. Si bien este tumor es menos frecuente que el cáncer cérvico-uterino, tiene mayor letalidad que éste.

En nuestro medio, la frecuencia de presentación no deja de ser importante, es por esta razón que una de las actividades de la Auxiliar de Enfermería es la de contribuir a la detección precoz de este tumor, a través de la educación a las mujeres para el examen rutinario de las mamas. Para realizar estas actividades la Auxiliar debe contar con la siguiente información básica:

- El cáncer de la glándula mamaria femenina, casi nunca aparece antes de los 25 años de edad. Es mucho más frecuente alrededor de la menopausia.
- Este tumor habitualmente suele aparecer en un solo lado y frecuentemente lo hace en la mama izquierda, en forma de un pequeño nódulo indoloro que se presenta en forma aislada. Si dice que cuanto más edad tenga la mujer es más probable que sea cáncer.
- Este cáncer es mucho más frecuente en las mujeres que presentan los siguientes antecedentes:
 - Mujeres que han tenido cualquier enfermedad mamaria.
 - Mujeres casadas que nunca han tenido hijos.
 - Mujeres solteras.
 - Mujeres con antecedentes familiares de cáncer mamario.
 - Mujeres que han tenido menarquia antes de los doce años de edad.

Entre los signos de mal pronóstico de cáncer mamario, podemos enumerar los siguientes:



- Aumento de tamaño y fijación de los ganglios axilares del mismo lado del nódulo mamario.
- Nódulos poco movibles y fijados a la pared torácica.
- Hinchazón del brazo del mismo lado del nódulo mamario.
- Hinchazón de la piel sobre la mama afectada.
- Aparición de nódulos en la región supraclavicular en el mismo lado del nódulo mamario.

Con la finalidad de lograr una oportuna y precoz detención del tumor mamario, es importante informar a las mujeres sobre la necesidad de realizar en forma mensual un autoexamen de los senos, donde ellas deben detectar cualquier cambio en la forma de sus senos, pequeños nódulos o bolitas, secreciones anormales o cualquier otra señal extraña que pueda ser considerada como una primera manifestación de estos tumores de mama.

A continuación presentamos algunas técnicas simples de autoexploración que deben ser enseñadas a todas las mujeres de más de 20 años de edad:

- **Inspección visual.**

Es un procedimiento simple, que consiste en que la mujer con el torso desnudo, de frente al espejo, observa el tamaño, la forma y las características de sus senos, así como el cambio de posición de los pezones; para ello debe colocarse en las siguientes formas:

- a. Con ambos brazos caídos a lo largo de su cuerpo.
- b. Con ambas manos en la cintura.
- c. Con ambos brazos levantados hacia arriba.
- d. Con ambos brazos caídos y el tórax ligeramente inclinado hacia adelante.

- **Palpación.**

La autoexploración de la mama a través de la palpación, consiste en que la mujer, en posición decubito dorsal, con un almohada delgada bajo el tórax, realiza la palpación de un seno con la mano contralateral y los dedos juntos, haciéndolos girar en forma de rueda imaginaria y en forma suave. Realizar movimientos circulares sobre el tejido mamario entre las yemas de los dedos y la pared del pecho, para finalmente comprimir el pezón en busca de alguna secreción.



Si a través de estos exámenes, la mujer encuentra:

- Modificación en la forma y el tamaño de los senos.
- Un nódulo solitario e indoloro en uno de los senos.
- Retracción de uno de los pezones durante los últimos meses.
- Secreción mamaria fuera del embarazo y del puerperio.
- Cambios en la coloración de la piel de los senos.

Pensará rápidamente en un proceso maligno y buscará en forma oportuna un nuevo examen con el personal de salud.

El tratamiento de estos tumores previa confirmación anatomopatológica, debe ser radical, es decir practicar la resección quirúrgica y posterior aplicación de radioterapia.



▶ **CAPÍTULO IX**

BIOSEGURIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA

Lic. Ana María Valdez
Lic. Teresa Morales

Se espera que al concluir la lectura de este capítulo, la Auxiliar de Enfermería haya logrado los siguientes objetivos:

- 1. Disponer de una información pertinente y actualizada de la bioseguridad en la prestación de servicios de salud.*
- 2. Promover cambio de actitudes y prácticas como resultado de la información y comprensión de los principios, técnicas y procedimientos de bioseguridad durante la atención integral a la mujer.*
- 3. Socializar la información para la promoción de una atención segura y la prevención de los factores de riesgo en los servicios de atención.*



Introducción.

Cuando trabajamos en áreas de salud donde se realizan procedimientos que implican el uso de material e instrumental que está en contacto con sangre y fluidos corporales, esta situación de alguna manera provoca susceptibilidad en el personal de salud que procesa y manipula este material, existiendo el temor a contagiarse o propagar microorganismos que causan enfermedad.

En los servicios de salud es frecuente escuchar algunas de estas preocupaciones:

“Tengo miedo lavar el instrumental que usan para Papanicolau, puedo contagiarme con alguna enfermedad”.

“¿Cómo puedo estar segura que no me voy a contagiar al atender a pacientes con enfermedades transmisibles y procesar el material de los mismos?”.

“No quiero atender a ese paciente sospechoso de SIDA porque creo que de cualquier manera me voy a contagiar de la enfermedad”.

“En qué medios sobreviven los microorganismos que producen enfermedades?”.

“¿Cómo puedo evitar el contagio de las infecciones cuando estoy manejando material contaminado por sangre y fluidos corporales?”.

Estas preocupaciones a las cuales se refiere el personal de salud nos hacen ver la importancia del tema de Bioseguridad, y es claro que las mismas muestran desconocimiento, así como también rechazo a cualquier actividad relacionada con el tema.

En este trabajo, entenderemos por Bioseguridad al conjunto de actividades que tienen el propósito de proteger la vida y disminuir el riesgo de las infecciones, siendo estas atentatorias contra la integridad de las personas. Estas actividades incluyen procedimientos que tienen la finalidad de proteger al cliente y al personal de salud de las infecciones, interviniendo en el ciclo de transmisión de las mismas, a través de la aplicación de medidas preventivas.

Es conveniente analizar y reflexionar con el Auxiliar de enfermería las siguientes preguntas:

1. ¿Qué es Bioseguridad?
2. ¿Cuales son las medidas para evitar la transmisión de las E.T.S., SIDA al personal de salud que trabaja en contacto con estos pacientes?.
3. ¿Cómo se manipula el material e instrumental contaminado con sangre y fluidos corporales?

A. Aspectos generales del proceso infeccioso.

Es importante que se analicen y discutan las preocupaciones del personal de salud, para ello es necesario conocer la siguiente información:

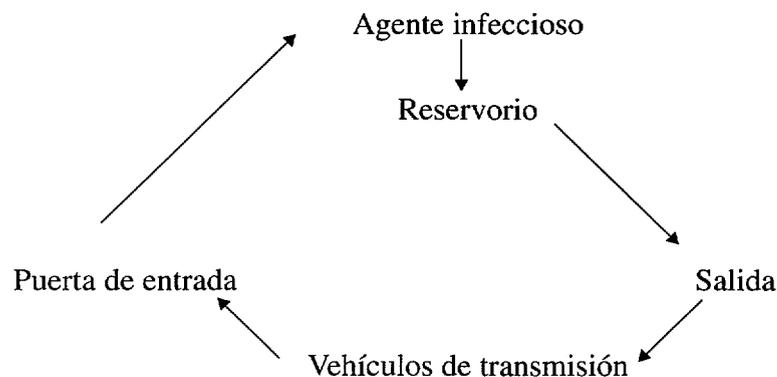
Los gérmenes capaces de producir infecciones se encuentran en el aire, el piso, el equipo, los muebles, en artículos que han estado en contacto con una persona que padece alguna enfermedad, y también en la piel, las mucosas, el aire espirado y las secreciones y excreciones de la persona enferma. Pueden diseminarse a través del aire y por artículos como las ropas de cama, platos e incluso las manos del personal de salud. En ocasiones el personal de salud actúa, sin saberlo, como portador de microorganismos.

Por ejemplo, cuando no se cumple con las normas del lavado de manos, se pasan microorganismos a otros. A pesar de las prácticas rígidas del aseo, el personal de las instituciones de salud trabaja continuamente en un ambiente que aloja mucha variedad de microorganismos.

Para comprender la justificación de los cuidados del personal de salud que se llevan a cabo para proteger de infecciones a los pacientes y al personal, es importante recordar las fuentes, métodos de transferencia y formas de diseminación de los microorganismos.

A.1. Infección.

Se llama infección a la invasión y multiplicación de microorganismos en los tejidos del cuerpo, los agentes que causan infecciones se llaman patógenos.



A.2. Fuentes comunes de infección.

- Secreciones nasales de garganta y el aire espirado de personas con infecciones respiratorias.
- Vómito y heces.
- Orina de personas con infecciones genitourinarias.
- Secreciones de orificios del cuerpo.
- Exudados de heridas infectadas o lesiones de la piel.
- Equipo utilizado en el cuidado de pacientes con infecciones
- Ropa de cama y personales usados por pacientes con infecciones.

Ante la situación de tener un medio ambiente en el que están gérmenes muy pequeños (se pueden ver con microscopio), superficies corporales en las que permanecen microorganismos en espera de oportunidad para ingresar al organismo, personas que aparentan estar sanas pero que son portadores de infecciones, se ve la necesidad de prevenir y controlar la diseminación de estos microorganismos, principalmente teniendo en cuenta que el ambiente hospitalario se constituye en fuente de infección, ya sea en área de internación como de consulta externa.

El personal de enfermería (Enfermeras y Auxiliares de Enfermería) debe estar alerta permanentemente para identificar los signos y síntomas de posibles infecciones, y cumplir con normas, métodos y técnicas, para evitar su diseminación.

El principal objetivo de la acción de enfermería es el de prevenir las infecciones utilizando diversos métodos y técnicas. Una vez que éste sea cumplido, el siguiente objetivo es el de controlar las infecciones utilizando algunos métodos y técnicas (barreras protectoras).



Entre los métodos usuales se tienen:

- Eliminación de desechos.
- Higienización.
- Desinfección.
- Esterilización.
- Aislamiento: aislar es asignar un ambiente al paciente con sus enseres personales.

Técnicas de aislamiento:

- Técnica de barrera
- Técnica de barrera inversa
- Lavado de manos.
- Uso de guantes.
- Uso de bata.
- Uso de barbijo.
- Uso de botas.

B. *Métodos de control de infecciones.*

a. *Asepsia.*

La meta de la asepsia es reducir a un nivel no dañino, o eliminar, el número de microorganismos que se encuentran tanto sobre las superficies (piel, tejidos), objetos animados (vivos), como sobre objetos inanimados (instrumentos quirúrgicos).

b. *Antisepsia.*

Es una técnica para prevenir la infección matando o inhibiendo el crecimiento de los microorganismos, por medio del uso de un agente químico (antiséptico) sobre la piel y otros tejidos corporales.

c. *La descontaminación.*

Consiste en el proceso de lograr seguridad en el manejo de los objetos inanimados (no vivos) por parte del personal, en especial el personal que está a cargo de su limpieza, antes de limpiarlos. Dichos objetos incluyen superficies grandes (por ejemplo las mesas quirúrgicas o para el examen pélvico) y los guantes e instrumentos quirúrgicos contaminados con sangre o fluidos corporales durante o después de los procedimientos quirúrgicos.



Es el primer paso en el manejo de los instrumentos quirúrgicos, guantes reutilizables y otros artículos usados (contaminados). La descontaminación es importante para el pretratamiento de los instrumentos y los objetos que hayan podido estar en contacto con la sangre y fluidos corporales. Este proceso hace que los artículos sean más seguros para su manejo por parte del personal que los limpia. Por ende, inmediatamente después del uso y antes de dejar la sala de examen o el quirófano, dichos artículos deben colocarse en una solución de cloro al 0.5% por 10 minutos, lo cual inactiva con rapidez los virus de la hepatitis B y del SIDA.

PREPARACIÓN DE UNA SOLUCIÓN DE CLORO AL 0.5% A PARTIR DE BLANQUEADOR (hipoclorito de sodio)

Lavandina (Bolivia) 8% 1 parte blanqueador por 15 partes de agua

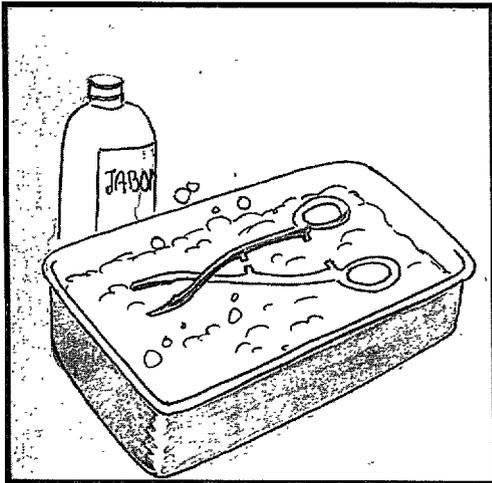
El personal debe usar guantes mientras esté manejando los instrumentos y equipos usados, los guantes de goma para trabajos en el hogar son adecuados para ello. Después de la descontaminación, los instrumentos quirúrgicos deben lavarse de inmediato con agua para ayudar a evitar la corrosión y eliminar todo material orgánico visible, antes de proceder a su limpieza.

Las superficies, en especial las de las mesas quirúrgicas o para exámenes pélvicos, que puedan haber entrado en contacto con fluidos corporales, deben descontaminarse. Limpiarlas con un desinfectante adecuado (por ejemplo, una solución de cloro al 0,5%) antes de reutilizarlas o cuando están visiblemente contaminadas, por lo menos una vez al día, constituye una forma fácil y barata para descontaminar las superficies grandes.

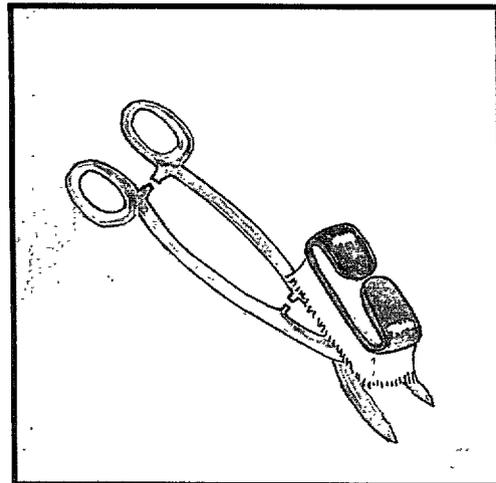
d. La limpieza.

Es el proceso por medio del cual se elimina físicamente toda la sangre, fluidos corporales, o cualquier otro material extraño visible, como por ejemplo polvo o suciedad, de la piel o de objetos inanimados.

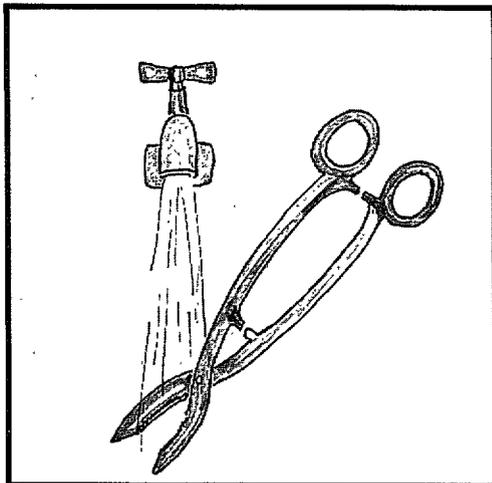
La limpieza es un paso importante para tener equipos e instrumentos seguros y libres de infecciones. Una limpieza muy bien realizada con agua y detergente, elimina el material orgánico, como por ejemplo la sangre y las secreciones. El uso de un detergente es importante para una limpieza eficaz, ya que el agua por sí sola no elimina las proteínas, aceites y grasas. Se recomienda el uso de detergentes (jabones) líquidos ya que es más fácil mezclarlos con el agua, que los detergentes en polvo.



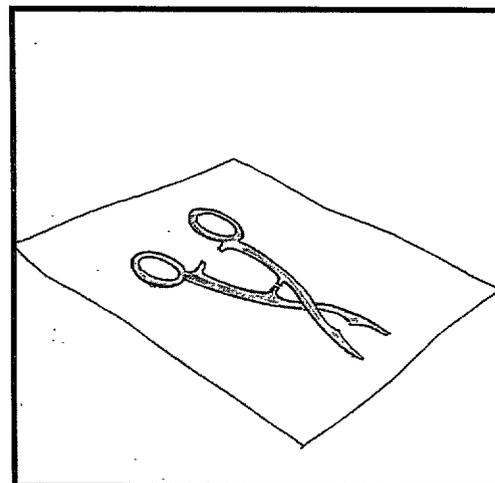
Poner el instrumental en abundante agua y jabón



Cepillar



Enjuagar en un chorro de agua



Secar con un paño limpio

La limpieza es importante porque:

- Es la forma más segura para reducir el número de microorganismos presentes en los instrumentos y equipos usados (contaminados).
- Ni la esterilización ni la desinfección de alto nivel es eficaz sin una limpieza previa.



d.1. Aseo.

El aseo se refiere a la limpieza general de los ambientes de la clínica e incluye los pisos, las paredes, mesas y otras superficies. El aseo general es importante para:

- Reducir el número de microorganismos que puedan entrar en contacto con los clientes o el personal.
- Reducir el riesgo de accidentes evitando caídas.
- Brindar ambiente agradable.

Los métodos de limpieza se deben determinar según el tipo de superficie, la cantidad y tipo de material orgánico presente y el propósito de la zona en cuestión. La mayoría de las zonas de una clínica pueden limpiarse con agua y detergente (las zonas de bajo riesgo, tales como las salas de espera y las zonas administrativas). En las zonas de alto riesgo, donde se espera una contaminación fuerte, tales como los inodoros y las letrinas, o en el caso de derrames de sangre u otros fluidos corporales, se debe añadir un desinfectante. El uso de un desinfectante, además de un detergente, también se recomienda en otras zonas de alto riesgo, tales como los quirófanos, la zona preoperatoria y la zona de recuperación.

Los siguientes consejos harán que la limpieza sea más segura, tanto para las zonas de bajo como de alto riesgo, en las instalaciones sanitarias:

- La limpieza por fricción es la mejor forma para eliminar la suciedad y los microorganismos. Utilizar siempre esta limpieza por fricción para cada procedimiento.
- Usar siempre guantes para limpiar las zonas muy sucias, tales como inodoros y derrames de sangre y otros fluidos corporales. De no haber guantes disponibles, colocarse una bolsa de plástico en cada mano.
- Usar un trapeador o trapo húmedo o mojado para las paredes, pisos y pasillos. Evitar barrer o sacudir el polvo en seco, ya que dichas prácticas dispersan el polvo, los desechos y los microorganismos en el aire y sobre las superficies limpias.
- Usar un equipo diferente (cepillos, trapos) para las zonas de limpieza de alto riesgo, que con toda probabilidad están contaminadas o sucias (por ejemplo los inodoros).
- Cambiar las soluciones de limpieza cuando estén obviamente sucias. (El poder de destrucción de los desinfectantes disminuye al aumentar la cantidad de suciedad y materiales orgánicos).

- Entre cada uso, limpiar y sacar los trapeadores, trapos, cepillos y otros equipos de aseo. (Los equipos de limpieza sucios y contaminados propagan los microorganismos en el ambiente).
- Lavar de arriba hacia abajo para que así los desechos que caigan sobre el piso se recojan y limpien al final.
- Al usar desinfectantes, seguir las instrucciones de dilución. El añadir una cantidad insuficiente o excesiva de agua puede reducir la actividad destructiva de los desinfectantes.

d.2. *Cuándo y cómo hacer la limpieza de rutina en las zonas de bajo riesgo.*

- **Paredes y techos:** Cuando están visiblemente sucias, limpiar con un trapo húmedo, detergente y agua. En general, la limpieza rutinaria de estas zonas es adecuada (la desinfección no es necesaria).
- **Pisos:** Limpiar los pisos con frecuencia (dos veces al día y según se requiera) con un trapeador o trapo húmedo, detergente y agua .
- **Lavandería:** Utilizar una solución desinfectante de limpieza, lavar con frecuencia (diariamente o con mayor frecuencia, según se requiera, con un cepillo o trapo, especialmente designado para ello. ,Enjuagar con agua.
- **Recipientes para desechos:** Usar guantes, utilizar una solución desinfectante de limpieza, fregar para eliminar todo material orgánico y suciedad.

Limpiar los recipientes de desechos contaminados cada vez que se vacíe. Limpiar los recipientes de desechos no contaminados cuando estén visiblemente sucios, o por lo menos una vez por semana.

d.3. *Cómo limpiar derrames de sangre y de otros materiales orgánicos..*

Limpiar de inmediato los derrames de sangre, de fluidos corporales y de otros fluidos potencialmente infecciosos.

- Para **derrames pequeños**, usar guantes, eliminar el material visible utilizando un trapo embebido en una solución de cloro al 0,5%.
- Para **derrames grandes**, usar guantes o cubrir abundantemente toda el área con una solución de cloro al 0,5%, recoger la solución con un trapo o trapeador y después, limpiar como de costumbre con agua y detergente.



e. La desinfección.

Es el proceso que elimina de los objetos inanimados la mayoría, no todos, de los microorganismos que causan enfermedades. La desinfección de alto nivel (DAN) por medio de la ebullición o del uso de productos químicos, elimina todos los microorganismos, excepto algunas esporas bacterianas.

f. La esterilización.

Es el proceso que elimina completamente de los objetos, todos los microorganismos (bacterias, virus, hongos y parásitos), incluidas las esporas bacterianas.

El proceso de esterilización garantiza que todos los microorganismos, incluidas las esporas bacterianas, sean destruidos. Las esporas bacterianas son particularmente difíciles de matar debido a su recubrimiento fuerte y resistente.

La esterilización puede lograrse por medio del autoclave (vapor bajo alta presión), calor seco o utilizando productos químicos (esterilización en frío).

g. Técnica de barrera.

Tiene el propósito de limitar a los microorganismos a un área determinada, por ejemplo la habitación o unidad de la persona o paciente en el que todos los objetos y equipos que están dentro, se consideran contaminados. La finalidad de esta técnica es la de evitar que estos microorganismos salgan del área limitada.

h. Técnica de barrera inversa.

En esta técnica se trata de mantener los microorganismos fuera del área precisa; el propósito es el de proteger a la persona de agentes patógenos del ambiente, se utiliza en pacientes sensibles a adquirir infecciones.

En cada una de estas técnicas, según el propósito, se utilizan:

- Bata
- Barbijo
- Guantes
- Botas



i. Eliminación de los desechos.

Los desechos no contaminados no representan ningún riesgo de infección para las personas que los manejan, como ejemplo podemos mencionar: papeles, cajas, botellas y recipientes plásticos que contienen los productos entregados al servicio de salud. Sin embargo, muchos de los desechos de los servicios de salud están contaminados.

Los desechos contaminados pueden tener grandes cantidades de microorganismos que, de no destruirse en forma apropiada, existe la posibilidad de que sean infecciosos para las personas que entran, tocan o manejan los desechos, y para la comunidad en general. Los desechos contaminados incluyen la sangre, el pus, la orina, heces y otros fluidos corporales.

El manejo adecuado de los artículos de desecho minimiza la propagación de la infección al personal del servicio de salud y a la comunidad local.

Las personas que manejan los desechos deben usar guantes seguros. Los desechos contaminados de las clínicas deben incinerarse, quemarse o enterrarse. De no ser posible la incineración, todos los desechos contaminados deben enterrarse para evitar la dispersión de dichos materiales.

Los propósitos de la eliminación apropiada de los desechos de los servicios de salud son:

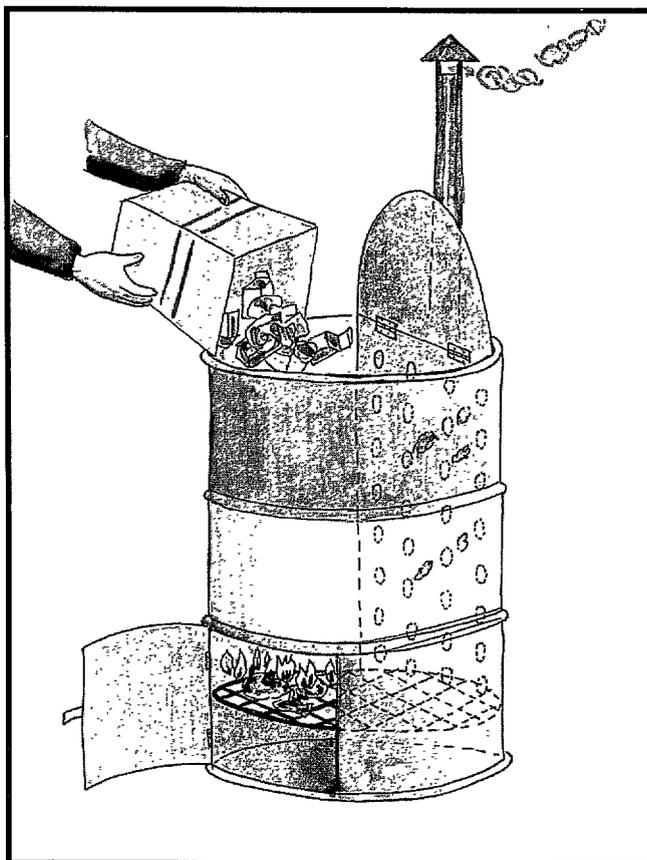
- Evitar la propagación de una infección al personal clínico que maneja los desechos y a la comunidad local.
- Proteger a aquellos que manejan los desechos de una lesión o herida accidental.
- Proporcionar un ambiente agradable desde el punto de vista estético.

Se deben evitar los montones abiertos de desechos debido a que los mismos:

- Representan riesgo de infección y peligro de incendios.
- Producen malos olores.
- Crían insectos.
- Son desagradables.



Incinerador casero.



- Primero:* Ubicar un sitio en el que el viento aleje el humo y malos olores, lejos del servicio.
- Segundo:* Elegir el material para la construcción del incinerador: un turril metálico de 200 litros, si no se cuenta con él, otro cortado por la mitad o una lata de alcohol de 16 litros.
- Tercero:* Recortar 3/4 partes de la base del turril para formar la tapa del incinerador.
- Cuarto:* Recortar por el otro extremo de la base anterior y por el costado, formando una puerta para sacar las cenizas (este extremo es colocado sobre el suelo).
- Quinto:* Construir una parrilla de alambre de 1/4 de pulgada de diámetro y colocar a una distancia de 15 a 20 cm más o menos del fondo del turril del extremo recortado para sacar las cenizas.

Sexto: Colocar una lámina perforada en forma vertical dentro del turril, uniendo con la tapa del incinerador (para que favorezca la salida del humo).

Séptimo: En la parte superior, colocar una chimenea de lámina galvanizada de más o menos 15 cm de diámetro y 2 m de largo.

Octavo: La chimenea debe estar conectada en la cuarta parte sobrante de diámetro del turril, en la parte superior del tubo debe llevar protección contra las inclemencias del tiempo.

j. Lavado de manos.

El lavado de manos puede ser el procedimiento más importante para la prevención de las infecciones. La flora de la piel se divide en: transitoria y residente.

Flora transitoria son algunos de los microorganismos que se encuentran sobre la piel, se adquieren a través del contacto con personas o artículos durante el transcurso de un día normal de trabajo, y pueden eliminarse fácilmente por medio de la fricción mecánica o lavándose con detergente o jabón corriente.

La **flora residente** vive sobre la piel, así como también dentro de los folículos pilosos y, nunca se puede eliminar completamente, ni siquiera frotándose o enjuagándose en forma vigorosa. En aquellas situaciones donde es deseable que exista el mínimo número de microorganismos residentes y transitorios sobre la superficie de las manos (por ejemplo, durante los procedimientos quirúrgicos, o al entrar en contacto con individuos altamente susceptibles, tales como recién nacidos o aquellos con supresión del sistema inmunológico), es necesario el uso de un producto especial para el lavado de las manos que contenga un antimicrobiano y/o el uso de guantes.

Las siguientes guías pueden ser de ayuda para determinar cuándo se considera necesario el lavado de manos.

El lavado de manos está indicado **ANTES DE:**

- Examinar a (tener contacto directo con) un cliente.
- Ponerse guantes que han sido desinfectados por una solución, o guantes estériles para procedimientos quirúrgicos.

El lavado de manos está indicado **DESPUÉS DE:**

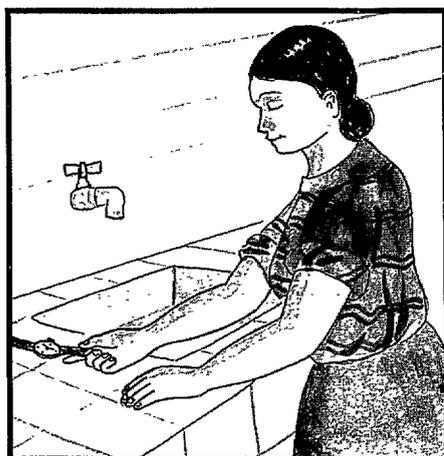
- Cualquier situación en que las manos puedan haberse contaminado, como por ejemplo:



- Manejo de objetos, incluidos instrumentos, que puedan estar contaminados con microorganismos.
- Tocar membranas mucosas, sangre y fluidos corporales (secreciones o excreciones).
- Quitarse los guantes, ya que estos pueden tener desgarraduras o perforaciones invisibles.

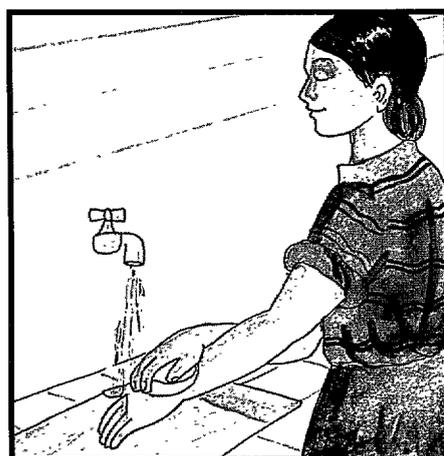
Para la mayoría de las actividades, es suficiente con el lavado breve de las manos con jabón corriente o desinfectante, por unos 15 a 30 segundos, procediendo después a enjuagárselas en una corriente de agua.

Procedimiento para el lavado de manos:

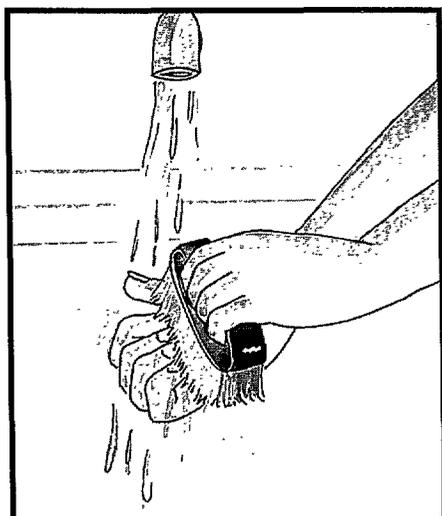


1. Subir las mangas arriba de los codos y sacarse el reloj.

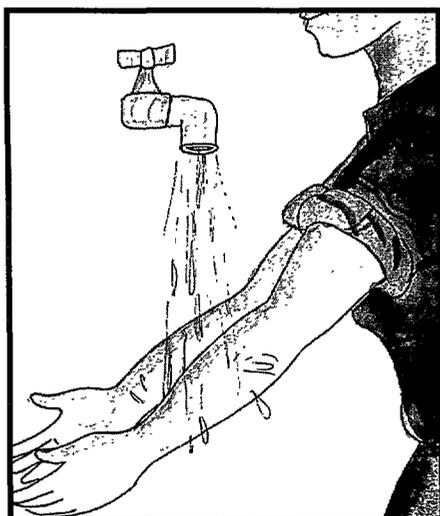
2. Lavarse las manos y los brazos hasta el codo, muy bien, con jabón y agua, enjuagarse con agua corriente haciendo un movimiento de rotación y teniendo cuidado de asear los espacios interdigitales.



En la asepsia médica, las manos, cuando se las está lavando, se sostienen más bajas que el codo para evitar que los microorganismos contaminen los brazos.



3. Asear las uñas según sea necesario.



4. Enjuagarse manos y brazos permitiendo que el agua fluya libremente.

5. Repetir los pasos 2 y 4.



6. Secarse muy bien las manos con toallas de papel o una toalla limpia. Durante el secado, las manos y brazos se sostienen más altos que los codos, cualquiera que sea el método para secarlos.

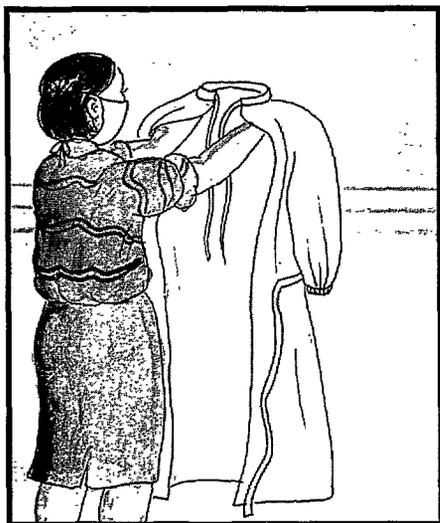


Los microorganismos crecen y se multiplican en la humedad y en el agua estancada, por ello:

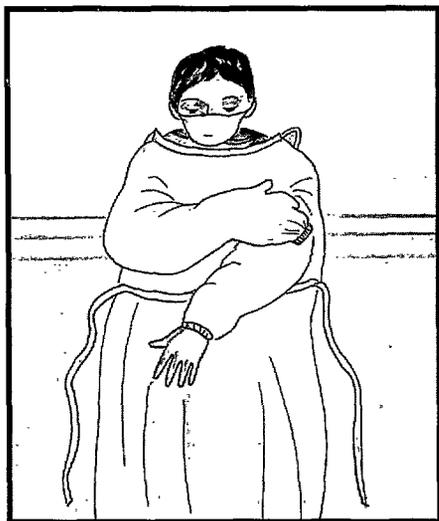
- De utilizarse una barra de jabón, proporcionar barras pequeñas y jaboneras con orificios para que drene el agua.
- Evitar la introducción de las manos en recipientes que contengan agua estancada, aún cuando se le haya añadido un antiséptico como por ejemplo savlón, debido a que los microorganismos pueden sobrevivir y multiplicarse en otras soluciones.

k. Procedimiento para colocarse la bata.

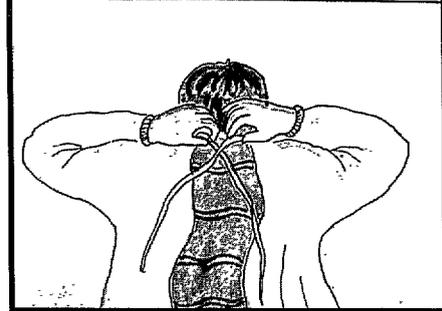
Primero. Lavarse las manos.



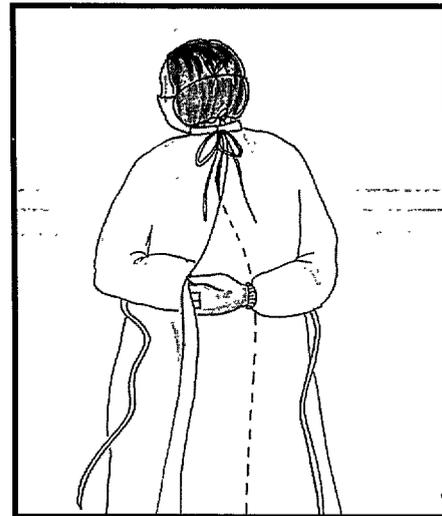
Segundo. Descolgar la bata tomando por la parte interna de los hombros.



Tercero. Colocar la bata sobre su pecho, deslizando los brazos por la parte interna de las mangas (si hubiera dificultad, se puede ayudar con la otra mano cubierta con la manga, teniendo cuidado de no tocar la parte externa).



Cuarto. Tomar el cuello de la bata con los dedos para colocar en su lugar, amarrando atrás.



Quinto. Coger los extremos de la bata (parte posterior o trasera) y cruzarlos.



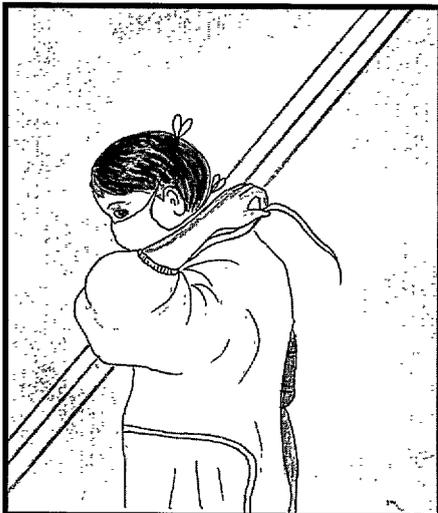
Sexto. Coger los tiros del cinturón y amarrar atrás.



Séptimo. Para quitarse la bata, suelte el cinturón y afloje la bata.



Octavo. Lavarse las manos (mangas suspendidas).



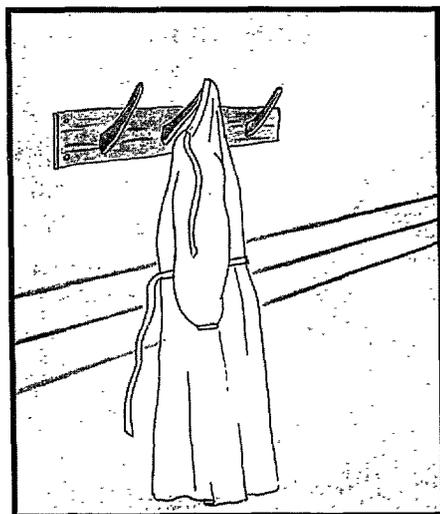
Noveno. Soltar los tiros del cuello.



Décimo. Introducir un dedo debajo del puño para sacar una manga , con la mano dentro la manga tomar la otra manga y sacar la bata.



Décimo primero. Doblar la bata en cuanto las manos se encuentren a nivel de los hombros.



Décimo segundo. Sostener la bata por el cuello (área limpia), doblar por la mitad y proceder a colgar. Si la bata queda dentro de la pieza, el lado contaminado debe estar hacia afuera, y si estuviera fuera de la habitación, el lado contaminado debe quedar hacia adentro.

Décimo tercero. Lavarse las manos nuevamente.



I. Procedimientos para el uso del barbijo.



Primero. Se coloca el barbijo antes que la bata (dentro la unidad del paciente).

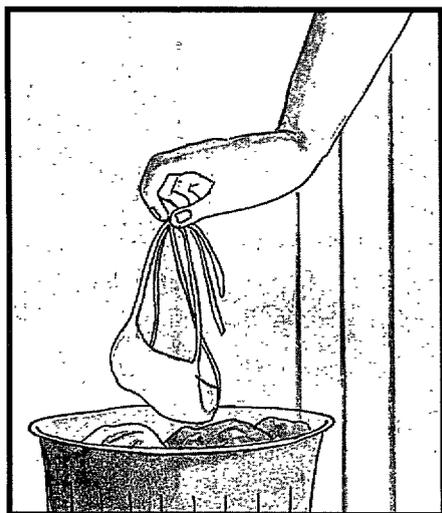


Segundo. Se coloca el barbijo cubriendo la nariz y la boca.

Tercero. Se amarran los cintos superiores por encima del pabellón de la oreja, y los inferiores por debajo del pabellón (el barbijo humedecido por la respiración y el sudor debe cambiarse inmediatamente).



Cuarto. Se quita el barbijo después de quitarse la bata, evitando tocar la parte que estuvo en contacto con la cara.

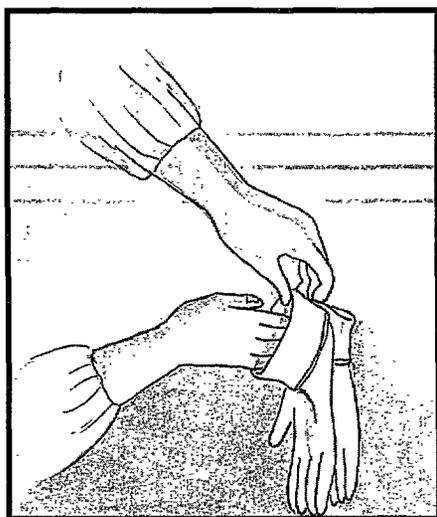


Quinto. Se deposita el barbijo en un recipiente o bolsa de ropa sucia.

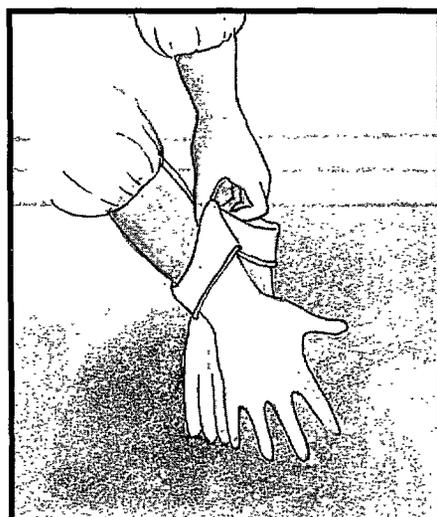
II. Procedimiento para el calzado de guantes.

Primero. Lavar y secar las manos.

Segundo. Colocar el sobre o paquete de guantes sobre la mesa o lugar asignado.



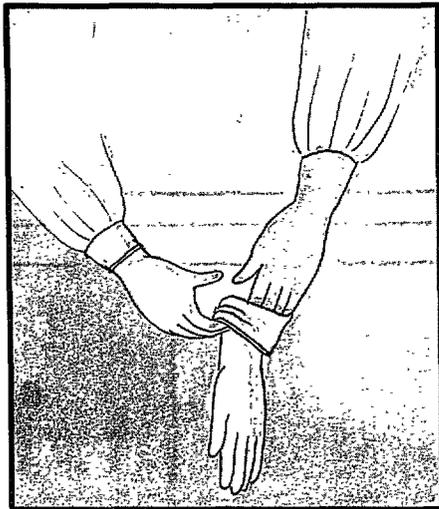
Tercero. Entalcar las manos y coger un guante con la mano izquierda, por el borde, doblar el puño e introducir la mano derecha en el guante.



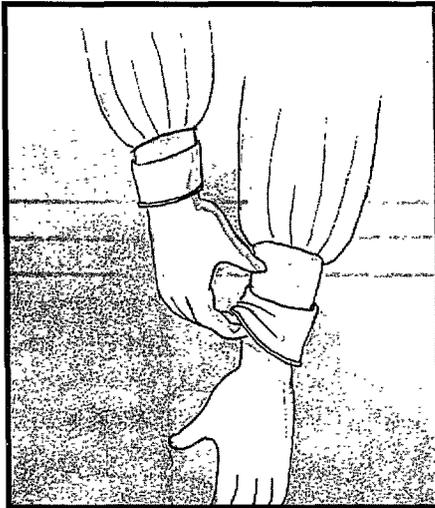
Cuarto. Suspender el guante por el borde doblado del puño con el dedo pulgar, índice y medio, tirar del dobles del borde del puño hasta acomodar los dedos.



Quinto. Dejar el puño del guante doblado, mantener alejado del uniforme.



Sexto. Coger el otro guante deslizando los dedos de la mano enguantada por el dobles del puño del guante, introducir la mano izquierda y mantener el dedo pulgar enguantado lejos de la muñeca.



Séptimo. Sostener el guante con los dedos enguantados por debajo del puño, acomodar los dedos y hacer tracción sobre la mano extendida hacia atrás el puño.



Octavo. Extender hacia atrás el puño de la otra mano, cogiendo siempre por debajo del puño doblado, evitando tocar las regiones desnudas.

Noveno. Mantener las manos enguantadas, levantadas a nivel del tórax, evitar tocar con ellas objetos que no estén estériles.

m. *Uso de guantes.*

El uso de guantes tiene la finalidad de disminuir los riesgos de diseminación de enfermedades en el manejo de materiales contaminados, y brindar seguridad, tanto para los clientes como para el personal.

Una de las indicaciones para utilizar guantes es cuando se va a manipular o entrar en contacto con sangre o fluidos corporales.

n. *Preparación de la piel de los clientes antes de los procedimientos quirúrgicos.*

Si bien la piel no puede esterilizarse, la preparación de la misma con soluciones antisépticas reduce el número de microorganismos presentes en la piel del paciente que puedan contaminar la incisión quirúrgica y causar una infección. Se deben utilizar antisépticos para la preparación de la piel antes de las inyecciones, de los procedimientos quirúrgicos (por ejemplo, minilaparotomía, laparoscopia, vasectomía) y para la preparación de la vagina antes de la inserción o retirado de un DIU.

o. *Cuidado de la piel antes de procedimientos quirúrgicos.*

Paso 1. Tricotomía. La depilación aumenta el riesgo de infección de las heridas, porque los pequeños tajos en la piel son un sitio ideal para que los microorganismos crezcan y se multipliquen. No debe sacarse el vello del sitio de la operación a menos que sea absolutamente necesario. Si se hace una tricotomía hay que cortar el vello lo más cerca posible a la superficie poco antes de la cirugía.

Paso 2. Antes de seleccionar una solución antiséptica, preguntar al cliente sobre posibles reacciones alérgicas.

Paso 3. De estar visiblemente sucia, limpiar minuciosamente la piel o la zona de los genitales externos del cliente con agua y jabón, antes de aplicar un antiséptico.

Paso 4. Aplicar el antiséptico, seleccionar una de las siguientes soluciones recomendadas, u otras soluciones aprobadas y disponibles a nivel local:

- Gluconato de clorhexidina al 4% (por ejemplo Hibitane).
- Clorhexidina/cetrimida (por ejemplo Savlon).



- Yodo (1 al 3%) seguido por alcohol (al 60 – 90%).
- Alcohol isopropílico, etílico o desnaturalizado 60–90%
- Soluciones a base de alcohol (tinturas) de yodo clorohexidina (no deben usarse en membranas mucosas como la vagina).

Paso 5. Usando unas pinzas desinfectadas y secas, y algodón empapado en el antiséptico, limpie muy bien la piel frotándola suavemente. Hacerlo partiendo del centro de la zona operatoria, y moviéndose varios centímetros hacia afuera. (El movimiento circular desde el centro hacia afuera, ayuda a prevenir la recontaminación de la zona operatoria con bacterias locales de la piel).

Paso 6. No permitir que el antiséptico se acumule por debajo del cuerpo del cliente. (Este paso reduce la irritación dérmica).

Paso 7. Dejar que el antiséptico se seque antes de iniciar el procedimiento.

p. *Preparación de la vagina y el cuello uterino antes de la inserción o retiro de un DIU.*

Es importante elegir un antiséptico acuoso (a base de agua) disponible (Sablon) y no irritante (evitar el uso de preparados que contengan alcohol, por ejemplo tintura de yodo que queman, resecan, e irritan las membranas mucosas lo cual, a su vez, promueve el crecimiento de los microorganismos).

1. Es necesario preparar la parte genital externa si está sucia. Lavar con agua y jabón antes de empezar el proceso.
2. Después de introducir el espéculo aplicar una solución antiséptica libremente en la vagina y cuello uterino (dos a tres veces).
3. Si se usan derivados yodados como alcohol yodado, hay que esperar un tiempo (uno o dos minutos) antes de proceder.
4. Se debe secar el exceso de solución antiséptica con una gasa estéril.

q. *Preparación de la piel para las inyecciones.*

La preparación se hace antes de administrar una inyección (por ejemplo de un anticonceptivo inyectable como el Depo Provera), con el fin de eliminar tantos microorganismos cuantos sea posible de la piel del cliente, con el fin de evitar un absceso en el sitio de la inyección.



1. Limpiar la piel con alcohol etílico o isopropílico al 60–90% (asegurarse de quitar toda suciedad visible del sitio donde se va a inyectar antes de proceder a la preparación).
2. Con un pedazo limpio de algodón y solución de alcohol, limpiar el sitio de la inyección concienzudamente, con movimientos circulares y que se superpongan a partir del centro.
3. Dejar secar antes de inyectar.

Cuidado de equipo y material.

Se recomienda el uso de material desechable ya que simplifica la práctica de aislamiento. En caso de no contar con el mismo, no impide la atención y el manejo de pacientes y materiales biológicos, respetando la norma correspondiente de Bioseguridad.

- ***Agujas y otros instrumentos punzantes y cortantes.***

Para reducir el riesgo de pinchazos y otras lesiones causadas por instrumentos punzantes y cortantes, deberán manejarse siempre con sumo cuidado. Hay que reducir al mínimo el empleo de cualquier instrumento cortante. Evitar posibles pinchazos, abstenerse de manipular las agujas a mano, así como de recuperar las agujas de las jeringas desechables. Una vez utilizadas, tanto las agujas como otros instrumentos cortantes, deberán colocarse en recipientes imperforables, situados lo más cerca posible de donde se vayan a usar y tratar como material infectado.

- ***Precauciones en la administración de medicamentos por vía parenteral.***

Para evitar los accidentes una vez administrado el medicamento por vía parenteral, se debe colocar el cobertor a la aguja con una sola mano, es decir sólo con la mano derecha o izquierda. El cobertor deberá ser colocado sobre una superficie (bandeja) antes de administrar el medicamento. Otra forma de evitar accidentes, es colocando el cobertor en una superficie que tenga perforaciones para dejar el cobertor (plastoformo).



BIBLIOGRAFÍA

ACADEMIA PARA EL DESARROLLO EDUCATIVO (AIDSCOM) 1992. **“Guía de Capacitación en consejería para la prevención del SIDA”**. Washington, D.C., EUA

AIDSCOM (1992). **“A través del espejo”**. Universidad de John Hopkins.

BENENSON, Abram S., **“El control de las enfermedades transmisibles en el hombre”**, Decimoquinta Edic. 1992, sin edit.

BLUMENTHAL, P. Y MCINTOSH, N. (JH Piego, 1995). **“Guía de bolsillo para los proveedores de servicios de Planificación Familiar”**, Baltimore, Maryland, EE.UU.

CARDICH, Rosario y CARRASCO, Frescia. **“Desde las Mujeres. Visiones del Aborto. Nexos entre sexualidad, anticoncepción y aborto”**. Lima, 1993.

CÓDIGO DE FAMILIA, Edit. Los Amigos del Libro, 1972.

COOK, Rebeca. **“La Salud de la Mujer y los Derechos Humanos”**. Publicación Científica N° 553. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

CORMIER, W.H., & CORMIER, L.S., (1985). **“Estrategias de Intervención para los que Ayudan: Técnicas Fundamentales e Intervenciones comportamentales”**. (Interviewing Strategies for Helpers: Fundamental Skills and Cognitive Behavioral Interventions). 2da Edición. Monterrey, California: Brooks/Cole Publishing Company:

COX, K., LAFARGA, J., QUINTANILLA, L., ROITSTEIN, F., SMIT, L., (1991). **“Guía para Capacitadores en Salud Sexual”**. Federación Internacional de Planificación de la Familia.

DE LOS RÍOS, Rebecca. “**Género, Salud y Desarrollo. Un enfoque en Construcción**”. En: Género, Mujer y Salud en las Américas. Publicación Científica N° 541, Organización Panamericana de la Salud, Pags. 14–15.

FERNÁNDEZ B; HARTMAN B; LÓPEZ R; REYES M; y otros “**275 preguntas y respuestas sobre la sexualidad de la mujer. Con cifras actualizadas**”; primera edición México D.F., 1994.

GACETA OFICIAL DE BOLIVIA. “**Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer**”. Ley N° 1559.

HATCHER, Kowal y otros, “**Tecnología Anticonceptiva**” – Edición Internacional”, Edit. D. Kowal, 1989, USA.

INFORME DE RESOLUCIONES DEL CAIRO.

IPIÑA MELGAR, Enrique. “**Discurso en la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo**”, Ministerio de Desarrollo Humano, 1994.

JARA, Germán; MOLINA, Ramiro. “**Educación Sexual: Manual para Educadores**”. Centro de Medicina Reproductiva del Adolescente Facultad de Medicina U. de Chile, 1993.

JHPIEGO Corporation, “**Prevención de las infecciones para los programas de planificación familiar**”, marzo 1992.

JHPIEGO, “**Salud Reproductiva**”, Edit. FERIGRAF, 1ra. Edic.1994 La Paz –Bolivia

KRAUSE, Monika, “**Educación Sexual**” (1987) editorial científico técnico la Habana.

ONAMFA. **Ley 1403 Código del Menor. Decreto Reglamentario del Código del Menor.** Ley de 18 de diciembre de 1992.

ORTIZ ORTEGA, Adriana. “**Razones y Pasiones en torno al Aborto. Una contribución al Debate**”. Editora EDAMEX.

MILLER, S., & MILLER, P. (1988). “**Conectándose con uno y con otros**”. (Connecting with Self and Others). Littleton, Colorado: Interpersonal Communication Programs, Inc.



MINICOMISIÓN DE MATERIAL IMPRESOS DEL PROGRAMA NACIONAL SALUD REPRODUCTIVA, “**Hablemos con confianza**”, segunda edición, La Paz, Bolivia.

MINICOMISIÓN DE MATERIALES IMPRESOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA. “**Salud Reproductiva. Manual para el personal de salud**”. Segunda Edición, La Paz, Bolivia, 1993.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y MEDIO AMBIENTE y otros. “**Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDSA 94**”, octubre 1994, La Paz, Bolivia.

MOTHER CARE (1993). “**Currículum: Comunicación Interpersonal y Consejería para parteras**”. (Interpersonal Communication and Counseling Currículum for Midwives). Preparado por The Family Health Services Project de Nigeria, MotherCare/John Snow, Inc. y La Universidad de John Hopkins/PCS. USAID: DPE 5966-A-00-8083-00

SALCEDO Joaquín. “**Medicina Legal**”, Edit. Universitaria, 1968.

SECRETARIA NACIONAL DE SALUD, “**ALGORITMOS, Atención a pacientes con enfermedades de transmisión sexual**” sin Edit., 1994 La Paz – Bolivia

SECRETARIA NACIONAL DE SALUD, “**Manual de Bioseguridad para el Personal de Salud**”. 4ª Edición. La Paz, 1995.

SECRETARÍA NACIONAL DE SALUD, Dirección de Salud y Nutrición de la Mujer y el Niño. Proyecto Salud Reproductiva UNFPA/OPS/OMS. “**Salud Reproductiva. Texto de Referencia**”. Primera Edición, La Paz, Bolivia, 1994.

SECRETARIA NACIONAL DE SALUD, Dirección de Salud y Nutrición de la Mujer y el Niño, Proyecto de Salud Reproductiva, “**Salud Reproductiva**”, primera edición, La Paz-Bolivia, 1994.

ROBBINS, Stanley. “**Patología Estructural y Funcional**”, Edit. Nueva Editorial Interamericana, México, 1975.

RUBENSON BIRGITTA, “**¿Qué es el SIDA ?**” Edit. Comisión Médica Cristiana, 1987.

SCHIEBER, B; GOLDMAN, S.C; BARTLETT (1993). “**Módulo VI: Planificación y Seguimiento de Capacitación a Comadronas**” MotherCare: Proyecto de Salud Materna y Neonatal de Quetzaltenango.

SUE, D.W., (1981). **“Brindando Consejería en la diversidad cultural: Teoría y Práctica”**. (Counseling the culturally different:Theory and Practice). New York: Willey.

THE AIDS SUPPORT ORGANIZATION (1992). **“Together Against AIDS: HIV/AIDS Counselor Training Manual”**. Baltimore: John Hopkins University.

WITTER DU GAS, Beverly . **“Tratado de Enfermería Práctica”**, Editorial Interamericana, 1986.

ZIEGEL, Erna E. Y CRANLEY, Mecca S., **“Enfermería Obstétrica”**, octava edición, Edición Interamericana.

ZIMMERMANN, Max, **“Sexualidad – Programa Educativo”**, 1994.

Nota: El tema de Comunicación Interpersonal y Consejería está basado en currícula desarrollados mediante la asistencia técnica de PATH y la Universidad de John Hopkins en varios países como ser Egipto, China, Nigeria, entre otros. Asimismo, está basado en el MotherCare Interpersonal Communication and Counseling Currículum for Midwives, Nigeria,