

MEDISED

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO
Y DESARROLLO HUMANO

NORMA DE COMPETENCIA:

Asistir personas según la etapa del ciclo vital y guías de manejo de salud.

Código: 230101260



Bogotá, Enero 24 de 2024

Registro de Cambios

Versión	Fecha	Elaboró	Revisó	Aprobó	Descripción
1	Junio 30 / 07	Jefe Mary Suarez Dra Claudia Rojas	Comité Apoyo Académico	Consejo Académico	1ª Versión oficial del Sistema de Calidad.
2	Febrero 12/08	Jefe Blanca Mary Suarez Ramos	Comité Apoyo Académico	Consejo Académico	Reestructuración de contenidos
3	Julio 30 / 08	Jefe Blanca Mary Suarez Ramos	Comité Apoyo Académico	Consejo Académico	Reestructuración de contenidos
4	Febrero 16/09	Jefe Luz Dary Pedraza Sánchez	Comité Apoyo Académico	Consejo Académico	Reestructuración de contenidos
5	Julio 15 / 2009	Jefe Blanca Mary Suarez Ramos	Comité Apoyo Académico	Consejo Académico	Reestructuración de contenidos
6	Agosto 03 /10	Jefe Mary Suarez	Comité Apoyo Académico	Consejo Directivo	Se reestructura el formato.se anexa la hoja de control al inicio
7	Julio 01/11	Jefe Sandra Sujey García Tobon	Calidad Evaluación y Mejoramiento	Comité de Apoyo Académico	Se revisa la información PAI, cuadros infecciosos de transmisión sexual.
8	Feb 13/12	Jefe Andrea Mora	Calidad Evaluación y Mejoramiento	Comité de Apoyo Académico	Se anexan gráficos de sistema reproductor Masculino y femenino. Adicionamos 2 gráficas de percentiles para actividad de crecimiento y desarrollo Y hoja de valoración física neurológica. Desarrollo puberal tablas de tanner
9	Nov 16 /12	Docentes segundo semestre	Calidad	Comité de Apoyo Académico	Actualización del esquema PAI.
10	Jul 2013 3/	Dra. Luisa León Alcázar	Dra. Nasly Alcázar	Consejo Académico	Modificación en fases del trabajo de parto, conceptos sobre anatomía, métodos de planificación familiar, tablas de crecimiento.

11	Jul 3/ 2014	Docentes	Calidad Evaluación y Mejoramiento	Consejo Académico	Modificación fases de gestación, métodos de planificación. Actualización NCL
12	Ene 2015	Docentes	Calidad Evaluación y Mejoramiento	Consejo Académico	Se adiciona Sentencia C-355/06. Se adiciona protocolo para atención de víctimas de violencia sexual.
13	Julio 2015	Docentes	Calidad Evaluación y Mejoramiento	Comité apoyo académico	Se reestructuran contenidos.
14	Julio 30 del 2016	Docentes	Calidad Evaluación y Mejoramiento	Comité apoyo académico	Se reestructuran contenidos de acuerdo a la NSCL: Política de Seguridad del paciente, morbilidad y mortalidad materna-perinatal, referencia y contrareferencia, factores que afectan la ingestión de alimentos, familia, comunicación, adicciones en adolescentes, manejo de autoridad, manejo de tiempo libre, redes de apoyo.
15	Enero 2017	Docentes	Comité Apoyo Académico	Proceso SIQ	Se incluyen métodos para obtención de Fecha Probable de Parto y Edad gestacional.
16	Julio 30 del 2017	Docentes	Comité Apoyo Académico	Proceso SIQ	Se modifica el tema de familia. Se actualiza la resolución 2465 del 2016.
17	Febrero 5 2019	Jefe Martha Torres	Comité Apoyo Académico	Proceso SIQ	Se modifica por cambio de normativa, e inclusión de RIAS.
18	Agosto 1 del 2019	Docentes	Comité Apoyo Académico	Proceso SIQ	Se modifica el cuadro de vacunación del punto 6.9.
19	Febrero 07 del 2020	Jefe Marlon Mendez	Comité Apoyo Académico	Proceso SIQ	Se incluye información de metodo anticonceptivo hormonal implanon.
20	Agosto 11 de 2022	Dra Laura N Rodriguez Torres	Comité Apoyo Académico	Proceso SIQ	Se incluye algoritmo de reanimación neonatal actualizado

21	Febrero 04 de 2023	Jefe Martha Torres	Comité Apoyo Académico	Proceso SIQ	Se actualiza el tiempo de almacenamiento de la leche y un glosario con los términos concernientes a bioseguridad y limpieza y desinfección.
22	Enero 24 de 2024	Jefe Marta Torres	Comité Apoyo Académico	Proceso SIQ	Se mejora redacción, ortografía. Se actualizo términos claves de bioseguridad glosario, ruta de atención en salud población materno infantil, tabla de los tiempos de conservación de leche materna, actividades adicionales del recién nacido, Ruta de Integral de Atención en Salud población materno perinatal, actividad exanguinotransfusión. Uso de los corticoesteroides en la maduración retal. Indicaciones de la episiotomía.

TABLA DE CONTENIDO

1. PROCESO DE APRENDIZAJE	12
ORIENTAR SOBRE ASPECTOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS ACORDE CON LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS DE MANEJO.....	12
1.1 Familia y ciclo vital familiar	12
1.2 Derechos Sexuales y Reproductivos	16
1.3 Interrupción voluntaria y segura del embarazo	21
Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006, ...	24
1.4 Sistema Reprodutor y Sexual Femenino	25
1.5 Atención para la planificación familiar y la anticoncepción	33
1.6 Métodos de anticoncepción	33
1.6.1 Métodos Naturales	33
1.6.2 Métodos de Barrera.....	35
1.6.3 Métodos Hormonales	39
Implanon: Conformado por 1 cápsula de 43 mm hecha con 68 mg etonogestrel	41
1.6.4 Métodos Definitivos	47
1.6.5 Anticoncepción de emergencia.....	47
1.7 Enfermedades de Transmisión Sexual	49
1.7.1 Sífilis.....	50
1.7.2 Herpes Genital.....	51
1.7.3 Chancroide (Chancro Blando)	52
1.7.4 Enfermedades que cursan con uretritis y cervicitis.....	53
1.7.5 Enfermedades Que Cursan Con Leucorrea.....	54
1.7.6 Trichomoniasis	55
1.7.7 Actividades de Enfermería Generales Para ETS.....	56

1.7.8	Prevención Enfermedades de trasmisión sexual.....	56
1.8	Prevención del cáncer cervico uterina y de seno	58
1.8.1	Cáncer de mama	58
1.8.2	Cáncer de cuello uterino.....	70
1.9	Atención Víctimas de Violencia Sexual.....	78
1.10	Política de Seguridad del Paciente:.....	79
1.11	Principios de Bioseguridad	81
1.12	Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios y Similares	87
1.12.2	Residuos no peligrosos	87
1.12.3	Residuos Peligrosos.....	88
1.12.4	Código de Colores.....	88
1.12.5	Manejo de elementos cortopunzantes contaminados.....	91
1.13	Asepsia y antisepsia.....	93
2.	PROCESO DE APRENDIZAJE: BRINDAR CUIDADOS PERTINENTES A LA MUJER DURANTE SU GESTACION, IDENTIFICANDO CUALQUIER ALTERACION EN ELLA, SIENDO REGISTRADOS E INFORMADOS A LA PERSONA RESPONSABLE	100
2.1	Cambios Anatomo fisiológicos Durante el Embarazo	100
2.2	Síntomas y Signos del embarazo	103
2.3	Cambios en el Aparato Reprodutor y sexual	104
2.4	Examen obstétrico	107
2.5	Desarrollo Fetal.....	109
2.6	Alteraciones más frecuentes durante la Gestación	110
2.6.1	Sangrado Vaginal de la Etapa Inicial de la Gestación.....	110

2.6.2 Sangrado Vaginal en la Etapa Avanzada del Embarazo	116
2.6.3 Complicaciones del Embarazo	121
2.6.4 Fecha Probable de Parto	128
2.7 Resolución 3280 de 2018 lineamiento técnico y operativo ruta integral de atención en salud materno perinatal	129
2.8 Mortalidad y Morbilidad materna	149
3. PROCESO DE APRENDIZAJE	150
OFRECER A LA MUJER EN TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO LOS CUIDADOS PERTINENTES DE ACUERDO CON LAS GUIAS DE MANEJO ESTABLECIDAS POR LA NORMA.	150
3.1 Trabajo de Parto	150
3.2 Alteraciones del Parto	154
3.3 Procedimientos para la Madre durante el Trabajo de Parto y Parto	157
3.4 Cesárea.....	169
3.5 Técnicas de Anestesia Regional	174
3.6 Métodos para la Inducción del Trabajo de Parto	175
3.7 Fármacos comúnmente utilizados en obstetricia	176
3.8 Puerperio.....	178
3.9 VIH: Transmisión Madre – Hijo	182
3.10 Mortalidad perinatal y reporte epidemiológico.....	184
3.11 Referencia, contrareferencia y red de instituciones de apoyo.....	186
4. PROCESO DE APRENDIZAJE	187

APLICAR Estrictamente en el recién nacido los cuidados definidos por la norma técnica respectiva, identificando cualquier tipo de alteración en él, siendo registrado e informado oportunamente.		187
4.1	Atención para el cuidado del recién nacido	187
4.2	Adaptación neonatal	188
4.3	RUTA: VALORACIÓN INTEGRAL (DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA) PARA EL RECIÉN NACIDO	189
4.4	Valoración APGAR	190
4.5	Escala de Silverman-Andreson:	191
4.6	Identificación del recién nacido:	192
4.7	Actividades adicionales	192
4.8	Exámenes de Laboratorio	201
4.9	Decisión del egreso hospitalario	208
4.10	Ruta integral de atención en salud población materno perinatal	208
4.11	Patologías más frecuentes del Recién Nacido	210
4.12	Manejo de Incubadora	218
4.13	Fototerapia	222
4.14	Cateterismo Umbilical	223
4.15	Exanguinotransfusión	225
4.16	Oxigenoterapia	227

5. PROCESO DE APRENDIZAJE OFRECER ORIENTACION A LOS CUIDADORES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA, CUIDADOS Y MANEJO EN CASA DEL RECIEN NACIDO DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO CON LA NORMA TECNICA, PROTOCOLOS Y GUÍAS DE MANEJO 228

5.1 Instituciones Amigas de la Mujer y La Infancia (IAMI):..... 229

5.2 Puericultura 237

5.3 Atención para el seguimiento al recién nacido. 239

6. PROCESO DE APRENDIZAJE OFRECER ORIENTACIÓN A LA MADRE SOBRE EL CUIDADO Y MANEJO DE SU HIJO MENOR DE DIEZ AÑOS, DE ACUERDO CON LAS PARTICULARIDADES Y NECESIDADES CON RESPECTO A LOS DERECHOS HUMANOS Y EL NIÑO..... 240

6.1 Comportamiento Humano..... 240

6.2 Papel del Adulto en el Juego Infantil y la estimulación. 244

6.3 Los Juguetes..... 244

6.4 Pautas de Crianza..... 245

6.5 Fundamentos De Nutrición..... 246

6.6 Crecimiento y Desarrollo 258

6.7 Escala abreviada del desarrollo -3 (ULTIMA VERSION) 263

6.8 RUTA VALORACIÓN INTEGRAL (DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA) PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 29 DÍAS A 5 AÑOS, 11 MESES, 29 DÍAS..... 276

6.9 Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI 279

7. PROCESO DE APRENDIZAJE BRINDAR AL NIÑO LOS CUIDADOS PARA CADA PATOLOGÍA DE MANEJO EN CASA Y SUS NECESIDADES ESPECIALES TOMANDO EN CUENTA CONDICIONES PARTICULARES, PROTOCOLOS INSTITUCIONALES, IDENTIFICANDO CUALQUIER ALTERACIÓN EN EL SIENDO INFORMADOS Y REGISTRADOS..... 291

3.12 Estrategia Institucional Amigos de la Familia Gestante y de la Infancia IAFI 291

3.13	Atención Integral A Las Enfermedades Prevalentes En La Infancia (AIEPI)	293
3.14	Ruta integral de atención en salud: para alteraciones nutricionales dnt en menores 5 años	313
3.15	Resolución número 2465 del 14 de junio de 2016	320
3.16	Buen Trato	347
3.17	Prevención de Accidentes en el Hogar	352
3.18	Alteraciones Cognitivas del Niño	353
3.19	Cuidado a menores con: patologías crónicas y congénitas	363
8.PROCESO DE APRENDIZAJE DETERMINAR NECESIDADES Y HABILIDADES DEL ADOLESCENTE ESTIMULANDOLAS Y MANEJANDOLAS INTERDISCIPLINARIAMENTE DE ACUERDO CON SU CARÁCTER, SU ENTORNO SOCIAL Y SU ROL FAMILIAR.		366
8.1	Adolescencia.....	366
8.2	Ruta integral de atención en salud para la promocion y mantenimeinto de la salud en la adolescencia 367	
8.3	Alimentación en el Ciclo de Vida Adolescente	385
8.4	Comunicación	388
8.5	Hábitos de vida saludable:.....	393
8.6	Adicciones	396
8.7	Manejo de la autoridad	401
8.8	Manejo del tiempo libre	406
8.9	Redes de apoyo.....	409
9. PROCESO DE APRENDIZAJE PLANEAR LAS ACTIVIDADES CULTURALES Y RECREATIVAS DEL ADULTO MAYOR, MEDIANTE GUÍA DE OBSERVACIÓN Y ENTREVISTA		

**TENIENDO EN CUENTA SUS NECESIDADES, LIMITACIONES FÍSICAS O AFECCIONES
ORIENTANDOLO HACIA LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE. 412**

9.1 Envejecimiento Biológico 412

9.2 Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud - vejez.....417

9.3 Recreación en el Adulto Mayor.....428

9.4 Ciclo vital adulto mayor.....430

9.5 Enfermedades Más Frecuentes En Geriatria 431

BIBLIOGRAFIA.....433

1. PROCESO DE APRENDIZAJE ORIENTAR SOBRE ASPECTOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS ACORDE CON LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS DE MANEJO

1.1 Familia y ciclo vital familiar

Actualmente el concepto de familia ha cambiado. No solo se entiende desde el aspecto tradicional (mamá, papá e hijos), sino que también puede estar constituida por uno de los padres y los hijos, uno de los padres y otros familiares, hijos a cargo de otros adultos (incluidos o no familiares).

"Es una estructura social que se construye a partir de un proceso que genera vínculos de consanguinidad o afinidad entre sus miembros. Por tanto, sin bien la familia puede surgir como un fenómeno natural producto de la decisión libre de dos personas, lo cierto es que son las manifestaciones de solidaridad, fraternidad, apoyo, cariño y amor; lo que estructuran y le brindan cohesión a la institución." *Néstor Santiago Arévalo Barrero Dirección de Justicia Formal y Jurisdiccional. Ponencia presentada en el Foro Nacional de Familia Bogotá D.C., 15 de mayo de 2014.*

" Se reconoce además su carácter variable de acuerdo con la evolución de la sociedad en el mundo globalizado. Para ello, se reconocen tres escenarios claros de evolución: 1. El avance en el reconocimiento de familia, sin presencia del padre o madre; es decir, las madres o padres cabeza de hogar. 2. La extensión de los derechos de manutención a las parejas encargadas de las labores domésticas y a los hijos menores de edad o estudiantes, a una pensión alimenticia. 3. La extensión del reconocimiento a las parejas del mismo sexo, situación que aún genera controversias y sobre lo cual no se ha dado la última palabra en materia de equiparación al concepto tradicional de familia.

Las funciones específicas de la familia son:

- Dar afecto, cuidar y educar a sus hijos. Es la primera fuente de estímulo para los niños. Los papás regulan las demandas de alimento, afecto, protección y seguridad. Los niños demandan satisfacción de sus deseos.
- Es el espacio donde los niños pasan de la dependencia infantil a la independencia y vida adulta. Para facilitar esto, la familia crea el ámbito de contención, ayudándolo a aprender a cuidarse, tener confianza de sí mismo, ser capaz de tomar decisiones y de aceptar o rechazar influencias ajenas.

Tipos de Crisis que atraviesan las familias.

Crisis Evolutiva: Son aquellos cambios esperables por los cuales atraviesan la mayoría de la personas. Dichos cambios requieren en tiempo de adaptación para enfrentar nuevos desafíos, que forman parte del desarrollo de la vida normal.

Crisis Inesperadas: Son aquellos que sobreviven bruscamente, que no están en la línea evolutiva habitual (muerte temprano de un padre, pérdida del empleo, exilio forzoso, etc.). Tantas la crisis evolutivas como inesperadas pueden ser atravesados por las personas familias de distintas maneras dependientes de los recursos que tengan y de

las experiencias previas. De esta manera habrá personas / familias que puedan pasar estos cambios con mayor facilidad y capacidad de adaptación y otras no tanto. El ciclo vital familiar está inmerso en la cultura y costumbres a la que pertenecen la familia por la que no podemos decir que haya formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas.

Familia

- Institución social nuclear que permite un análisis estructural de la jerarquía de valores y conceptos y una organización de los individuos.
- Familia en factor fundamental en el proceso de socialización del individuo.
- Familia es una institución que pertenece a la sociedad, cuyo contenido de valores y de conducta se inserta en la cultura total.
- Unidad básica de la sociedad y está constituida por el padre, madre cabeza de familia, cónyuge permanente e hijos menores de 18 años.
- Grupo social que cumple las funciones básicas de reproducción de la especie y de transmisión de la cultura a las nuevas generaciones.

Estructura Familiar

La estructura familiar no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico que cambia tanto en relación con el momento histórico que se estudia, con las etapas del ciclo vital en que se encuentre o con determinado acontecimiento vitales a las que puede ver sometido. El tamaño y la composición de la familia influyen sobre sus procesos de salud y enfermedad.

El instrumento simplificado de valoración familiar que se utiliza para determinar la estructura familiar es la familiograma en el cual se grafican los miembros de convivencia, vínculo material, filiales, edad, ocupación y enfermedad de los miembros de convivencia bajo el mismo techo. El familiograma nos permite además determinar la tipología familiar.

Tipología Familiar

Estas son algunas de las muchas formas que existen para clasificar la familia:

- Por convivencia de generaciones
 - Familia nuclear completa: Convivencia bajo el mismo techo padres e hijos.
 - Familia de un solo progenitor y familia nuclear incompleta: Familia conformada por madre e hijo o padre e hijos. La condición para clasificar una familia en esta tipología es la que la pareja hubiese convivido bajo el mismo techo durante un año de forma permanente.
 - Familia extensa completa: Conviven bajo el mismo techo tres generaciones (abuelos – padres e nietos).
 - Familia extensa incompleta, abuelos, padres y nietos o tipos y nietos: En la cual falta uno de los abuelos o conviven los abuelos, tíos y nietos.

Por relación de pareja

- Legal: Vínculo matrimonial civil o religioso.
- De hecho: Convivencia bajo el mismo techo en forma permanente de la pareja. Esta unión se convierte en legal después de llevar un año de convivencia.
- Es importante tener en cuenta si la unión es legal o de hecho en el momento de diagramas en el familiograma, pero no es una clasificación o tipo de familia específico. En esta categoría de relación de pareja los tipos de familia que podemos encontrar son:
- Padrastral Simple: Cuando uno de los miembros ha tenido uniones anteriores y trae o no sus hijos a la nueva unión.
- Padrastral compuesta: Cuando los dos miembros han tenido uniones anteriores y traen o no los hijos a la nueva unión.
- Padrastral Superpuesta: Cuando los dos miembros de la pareja han tenido anteriores, traen sus hijos a la nueva unión en la cual tienen sus hijos. (Tus hijos, mis hijos y los nuestros).

Por tipo de asociación

- En la actualidad por situaciones diferentes han surgido nuevas familias, en las cuales no hay relación de parentesco, ni unión de pareja, si no que conviven bajo el mismo techo, amigos, o conocidas por circunstancias de tipo laboral, desplazamientos, etc.
- Diádica: Convivencia de dos personas únicamente y pueden ser de dos tipos:
- Simple: Llamado al madre solterísimo (madre / hijo) o padresolterismo (padre/hijo (a)).
- Compuesta: Cuando la abuela (o) se hace a cargo de un nieto (a).o cuando la tía se hace cargo de un sobrino(a).
- Relaciones esporádicas: Unión erótico – afectiva, en la cual no hay convivencia bajo el mismo techo de forma permanente; se pueden dar los siguientes casos:
- Poligamia manifiesta: Existe relación poligamia esto con varias mujeres en forma esporádica o permanente y se da abiertamente.
- Poligamia encubierta: Relación poligamia, relación esporádica o permanente con varias mujeres, pero en forma oculta.
- Relaciones situacionales:
- Hermanos o amigos (sin parentesco) que conviven solos.
- Unidades domésticas.

Los recursos familiares los determinamos mediante el instrumento simplificado de valoración familiar llamado "Ecomapa", el cual muestra macro medio de la familia, esto es, los sistemas extrafamiliares (escuela, salud, recreación, trabajo, religión, etc.). Relaciona cada miembro de convivencia con estos sistemas extrafamiliares según grados de comunicación (fuerte, débil, estresante, nulo).

El ciclo vital familiar:

Se conoce como secuencia de estudios que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución. Cada etapa en el ciclo vital familiar implica determinadas fases y crisis del desarrollo. La misma enfermedad diagnosticada en diferentes etapas del desarrollo tiene distintas implicaciones respecto a la atención y al tratamiento de los aspectos físicos, emocionales y sociales.

En cada etapa del ciclo vital de la familia se dan circunstancias específicas que intervienen en el proceso de salud – enfermedad de la familia. Así en la etapa de “nido sin usar” o pareja sin hijos, importa la forma básica de adaptación marital. La concordancia de roles de pareja, los patrones sexuales comunes, etc. Se ponen en marcha los patrones culturales recibidos para dar respuesta a los retos de la vida cotidiana, se configura su status de clase, se adoptan al nuevo hogar, se decide o no sobre el momento en que deben tener hijos, etc.

Se han propuesto modelos de ciclo vital familiar:

- Familia Anciana: La pareja tiene más de 50 años y un anciano jefe de hogar.
- Familia adulta: el hijo mayor tiene 19 a 49 años.
- Familia con hijos Adolescentes: Hasta 18 años del primer hijo.
- Familia con niños escolares: Hasta 12 años del primer hijo.
- Familia con niños preescolares: Hasta 5 años del primer hijo.
- Familia en expansión: Hasta 12 meses del primer hijo.
- Elección de pareja: Pareja sin hijos.

El conocimiento de estas etapas permite el equipo de salud, atender y abordar cualquier situación de crisis que se presente, en alguna de ellos y para desarrollar actividades preventivas es decir que las crisis normativas y accidentales se convierten en el factor causante de disfuncionalidad:

Familia con hijos adolescentes

Va desde 12 años de edad hasta los 18. Etapa en la cual los padres se enfrentan a la transición entre el niño y el adulto, en el cual surgen una serie de conflictos intergeneracionales, y de aspectos diversos físicos, psicológicos y culturales.

Etapa del desarrollo caracterizado por una serie de cambios físicos, intelectuales, emocionales y sociales, cristaliza y define su identidad.

La familia tiene normas que hacen cumplir según la edad del hijo, se estimula al hijo en metas propuestas para la supervisión. Tomar decisiones en familia involucrada a los hijos. La adolescencia de los hijos es otra etapa de prueba de la familia, pues allí emergen conflictos.

Crisis normativas:

- Estado de ansiedad.

- Choque generacional.
- Incertidumbre
- Conflicto
- Crisis emocional.
- Depresión.
- Inseguridad.
- Periodo de transición de la infancia a la edad adulta.
- Cambios metabólicos y hormonales.
- Transformación corporal.
- Soportes simbólicos.
- Fuentes de identificación.
- Se dejan como pareja.
- Se limitan a hablar con los hijos.
- Los padres se dejan de comunicar.

Crisis no normativas:

- Uno de los padres abandona el hogar.
- Se conforman nuevos hogares.
- Embarazo en la adolescencia.
- Drogadicción y alcoholismo de los hijos.
- Expulsión del colegio.
- Delincuencia.
- Fuga de los hijos.
- Muerte de uno de los miembros de la familia.
- Fumar
- Consumir alcohol

Estrategias:

- Enseñanza factores de riesgo.
- Solución de problemas sobre alcohol, drogas, tabaco, dieta y ejercicio.
- Facilitador de relaciones interpersonales, adolescente / padre.
- Consejero en planificación familiar.
- Referencia enfermedades de transmisión sexual. (E.T.S).

1.2 Derechos Sexuales y Reproductivos

Fue durante la conferencia internacional sobre población y desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, cuando ampliamente se discutió la importancia de empezar a construir el concepto de derechos sexuales dentro de un entorno de género y de salud sexual.

El principal objetivo de la CIPD fue el adelantar un programa de acción tendiente a mejorar la calidad de vida de la actual población y de las generaciones futuras, sobre la base del desarrollo sostenible. Basándose en el principio, de que todos los seres

humanos tienen derecho a una vida sana y productiva en armonía con la naturaleza, así como el acceso universal de todas las personas a los servicios de atención médica, incluidos naturalmente los relacionados con la salud reproductiva.

Los derechos sexuales y reproductivos se encuentran protegidos por la legislación internacional referente a derechos humanos y por otros documentos de las Naciones Unidas; entre los principales instrumentos legales internacionales que los apoyan están:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976)
- Pacto de Derechos Económicos y Sociales (1976)
- Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981)
- Convención sobre los Derechos del Niño (1990)
- Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Viena (1993)
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo (1994)
- Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing (1995).

La aparición de la infección por VIH y el SIDA condujo a modificaciones importantes en todos los campos humanos. Uno de los cuestionamientos que la infección trajo consigo, hace referencia a los derechos sexuales de las personas. Se ha planteado que tales derechos son:

- Derecho a la vida, derecho fundamental que permite el disfrute de los demás derechos.
- Derecho a la integridad física, psíquica y social.
- Libertad a la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreativa, comunicativa, reproductiva.
- Respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual.
- Respeto a la opción de la reproducción.
- Elección del estado civil.
- Libertad de fundar una familia.
- Libertad de decidir sobre el número de hijos, el espaciamiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivos o pro-conceptivos.
- Derecho al reconocimiento y aceptación de sí mismo, como hombre, como mujer y como ser sexuado.
- Derecho a la igualdad de sexo y de género.
- Derecho al fortalecimiento de la autoestima, la autovaloración, y la autonomía para lograr la toma de decisiones adecuadas respecto a la sexualidad.
- Expresión y libre ejercicio de la orientación sexual.
- Libertad de elegir compañero (a) sexual.
- Elegir si se tienen o no relaciones sexuales.
- Elegir las actividades sexuales según las preferencias.
- Derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad.

- Derecho a espacios de comunicación familiar para tratar el tema de la sexualidad.
- Derecho a la intimidad personal, la vida privada y al buen nombre.
- Derecho a disponer de opciones con mínimo riesgo.
- Derecho a disponer de servicios de salud adecuados.
- Derecho a recibir un trato justo y respetuoso de las autoridades.
- Derecho a recibir protección ante la amenaza o la violación de los derechos fundamentales, sexuales y reproductivos.

La Sexualidad

A lo largo de la historia de la humanidad la sexualidad ha sido fuente de preocupaciones. Sobre el tema abundan temores alimentados por mitos e información errónea. Para muchos la sexualidad equivale a los actos genitales, negando así el carácter de totalidad que posee nuestra sexualidad. La sexualidad tiene que ver con el hecho de ser un hombre o una mujer y la actividad genital es solo parte de la expresión de nuestra sexualidad.

La sexualidad es parte indivisible de nuestra existencia es la forma más importante de la comunicación; algunas de sus manifestaciones son aprendidas, es individual, única, cambia a lo largo de la vida del ser humano y es placentera.

“La sexualidad tiene como finalidad el placer, la comunicación y la reproducción”:

- Placer: Es la satisfacción de ser hombre o mujer; el goce de las posibilidades que brindan los sentidos como es el caso de disfrutar de un paisaje, contemplar un niño, deleitarnos con la música o comer una rica fruta.
- Comunicación: La sexualidad es la forma más importante de comunicación porque es a partir de ser hombre o mujer que se establece, múltiples relaciones entre amigos, padres e hijos, hermanos y vecinos, compañeros de estudio, trabajo y relaciones de pareja.
- Reproducción: Función biológica de la sexualidad que implica una gran responsabilidad y un correcto manejo, para que sólo se engendren hijos por una decisión libre, voluntaria y planeada.

En la sexualidad influyen las costumbres, las creencias, los mensajes, los medios de comunicación, las charlas con los amigos y las actitudes de los padres, maestros y adultos.

Desafortunadamente, los medios masivos de comunicación distorsionan el concepto de sexualidad y afectan las relaciones familiares, de ahí la necesidad de promover una educación sexual que desarrolle en el ser humano el verdadero sentido de la sexualidad.

La educación sexual es un proceso continuo: se inicia con la vida y termina con la muerte; debe ser un camino para aprender a vivir plenamente en relación con los demás y un medio para analizar los mensajes que se reciben constantemente en la familia, la escuela, el trabajo y la comunidad.

La familia es la primera educadora sexual. En ella se aprende a dar y a recibir afecto; a expresar o a negar sentimientos de alegría, duda y miedo; a respetar a los demás, a compartir y ayudar a otras personas.

La sexualidad como construcción social y por tanto modificable

La sexualidad es una forma más de percibir la realidad de nuestra existencia, interpretada desde diferentes dimensiones: reproducción, género, erotismo y vínculo afectivo, las cuales constituyen las diferentes potencialidades sexuales del humano. Todas las experiencias vividas por este, son filtradas e interpretadas a nivel de cada una de esas esferas, motivando conceptualizaciones de esa realidad, compuestas a su vez por elementos que son producto de cada una de ellas. Estos elementos son significaciones que se le otorgan a cada experiencia y se complementan e interactúan entre sí conformando la sexualidad.

La potencialidad para vivir experiencias está biológicamente determinada y eso las hace ser compartidas por la mayoría de los individuos. De la misma manera, las características específicas e inigualables del individuo determinan que la realidad sea percibida de manera distinta a como otro la percibe.

En el interactuar con el grupo, las significaciones que cada persona otorga a sus experiencias se modelan y se erigen como interpretaciones propias de la realidad y actúan como pilares en la definición de la autonomía y dignidad del individuo.

De lo anterior se deduce, que la sexualidad no es un producto netamente biológico, psicológico o social. Es el resultado de la interacción de estas determinantes y como tal es susceptible de construirse y modificarse. Es ahí donde está el valor, el significado que tiene la educación en la creación de contextos culturales que logren una sexualidad que permita la realización del individuo, bajo el principio del ejercicio del derecho a la vida, la dignidad, la libertad y la igualdad.

La reproducción (pre concepción, gestación, parto y crianza), como dimensión de la sexualidad humana, es mucho más que el simple ejercicio biológico de procrear seres similares. A diferencia del mundo animal, el humano puede decidir si se reproduce o no, convirtiéndolo en un acto consciente (a nivel de la abstracción) y de voluntad. La reproducción ha dejado de ser el fin único de la sexualidad en el humano. Es aquí cuando aparece otra nueva dimensión: el erotismo.

La sexualidad se vive para proporcionar y proporcionarse placer. Esta dimensión, la erótica, está predeterminada biológicamente. Se expresa desde que nacemos y cambia durante la vida, modificada por las nuevas experiencias que se viven en sociedad, de tal manera que nuestra percepción y respuesta a un mismo estímulo es diferente en diferentes edades. Tanto reproducción como erotismo se encuentran en relación interdependiente con el género, entendido como la caracterización que la sociedad le da a un individuo en relación a su sexo, la cual es aceptada por él y con la cual se

identifica, y que se expresa en sus actitudes, aptitudes, habilidades, comportamientos, roles, dentro del mismo grupo social con cuyos integrantes interactúa desde la misma dimensión.

Por ser determinado por la sociedad y no por la naturaleza, el género es susceptible de crearse, desarrollarse, modificarse, cambiarse.

El vínculo afectivo, finalmente, determina los lazos espirituales, sentimentales, que se establecen entre los individuos humanos y tiene, incluso, expresión a nivel biológico-orgánico, que son susceptibles de medirse (respuestas hormonales; nerviosas-cambios en los potenciales de las membranas celulares; sexuales-erección, lubricación; otras). A través de esta dimensión el individuo puede abstraer realidades e igualmente realizarse. Ella, a su vez, responde también a las mismas variables sociales y culturales que las otras, e interactúa constantemente con ellas.

Siendo la sexualidad parte de la condición humana, ésta puede potencializar al individuo y la sociedad, o generar repercusiones negativas o no deseadas como son el embarazo inoportuno y las infecciones de transmisión sexual. Pero por ser realidades inmersas en lo social y lo cultural, requieren de un abordaje intersectorial e interdisciplinario, para lograr generar verdaderos y durables cambios socio-culturales que favorezcan modificaciones en las prácticas, en los hábitos, en las habilidades, en las creencias, conducentes al ejercicio de una sexualidad segura y responsable, donde el condón sea sólo un instrumento.

Aspectos que implican el ejercicio de los derechos sexuales

- La salud sexual: Es el derecho de cada uno a vivir su sexualidad de forma placentera, autónoma y responsable. Es también tener derecho a servicios de atención en salud de forma integral. Es tener las mismas oportunidades hombres y mujeres.
- Óptimas condiciones psicoemocionales: La confianza, la autoestima, el dominio de sí mismo y la autodeterminación generan el empoderamiento en cada persona para el ejercicio libre y autónomo de los derechos sexuales. Igualmente, un nivel de vida aceptable, con mínimas condiciones de bienestar, asegura una mejor vida emocional.
- El ejercicio de la autoestima y autonomía: Las relaciones de poder son muy notorias en el plano sexual, en donde uno de los dos se impone sobre el otro decidiendo cuando tiene relaciones, cuantas veces y de qué forma sin que el otro tenga la posibilidad de decidir si quiere o no tener relaciones y de negociar, por ejemplo, el uso del preservativo.
- Acceso a la información sobre planificación: Implica el derecho a la información sobre todos los métodos disponibles de regulación de la fecundidad, que eviten un embarazo inoportuno, así como el uso del condón como medio eficaz para prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Debe darse la información al hombre y mujer pues la responsabilidad es por igual.
- Entornos saludables: Es decir óptimas condiciones de saneamiento ambiental y garantía de los derechos, que la ONU ha denominado derechos sociales, económicos

y culturales (trabajo, educación, vivienda, atención en salud) y del medio ambiente, pues tales condiciones están ligadas al desarrollo físico, emocional y social del ser humano.

- Enfoque de género: El género es una construcción social que describe la relación entre lo que es femenino y lo que es masculino; género es asumir nuestra identidad, nuestras aspiraciones, nuestros comportamientos, inevitablemente condicionados al tiempo y al espacio en que vivimos; es "...soñar la posibilidad de asociar, por ejemplo, hombre con femenino, con emoción, con sensibilidad, con cuidado, sin que esto signifique abandono de masculinidad..." y "...el concepto de mujer empezar a relacionarlo con autonomía, afirmación de sí misma, independencia, autoridad, credibilidad, creación, cultura, afuera, saber y goce..." (Florence Thomas).
- Ciclo vital del ser humano: El enfoque de ciclo vital del ser humano cuando se habla de derechos sexuales debe comenzar en la infancia hasta el ocaso de la vida, pues cada estadio de la vida y la forma de su desarrollo prepara para la asunción de la siguiente. Por eso la importancia de atar la salud sexual con la atención integral desde el comienzo de una nueva vida. La sexualidad es una actividad que acompaña al ser humano desde siempre.
- Autonomía: La claridad en el desarrollo y enfoque de los derechos sexuales son un producto de la garantía de los derechos fundamentales, en especial de la autonomía, concebida como derecho y entendida como el poder decisorio de autodeterminación. "Valorar la autonomía individual es valorar los derechos y libertades y otras condiciones necesarias para que los individuos desarrollen sus propios objetivos e intereses, y es hacer que sus preferencias sean efectivas en conformar sus propias vidas y en contribuir a la formación de políticas sociales..." (Thomas Scanlon)

Bienes protegidos cuando hablamos de autonomía:

- Libertad de realizar cualquier conducta que no perjudique a terceros.
- Libertad de expresión
- Libertad en el desarrollo de una vida privada.
- Seguridad personal.
- Garantía de derechos sociales y económicos: El Estado tiene una función muy importante sobre la protección del valor de la dignidad de cada una de las personas. En Colombia, la constitución de 1991 funda el Estado Social de Derecho en el respeto a la dignidad humana, es decir, la garantía del acceso a las condiciones necesarias, que permitan una subsistencia, que se traduce en el desarrollo y la prestación de los servicios.

1.3 Interrupción voluntaria y segura del embarazo

Definiciones:

- Aborto espontáneo: es la interrupción de un embarazo sin que medie una maniobra abortiva. Sus causas, excepto cuando hay traumatismos, no suelen ser evidentes y

a menudo tienen relación con problemas genéticos del feto o trastornos hormonales, médicos o psicológicos de la madre. Este tipo de aborto requiere por lo general tratamiento y hospitalización, aunque resulta menos fatal que un aborto inseguro.

- Aborto inducido: es el embarazo terminado deliberadamente con una intervención. Puede ocurrir tanto en recintos médicos seguros, siguiendo las normativas legales y de salud pública, como fuera del sistema médico.
- Aborto seguro: Cuando el aborto lo realiza personal calificado, usando técnicas y criterios higiénicos adecuados, es por lo general un procedimiento seguro, con una baja tasa de mortalidad y morbilidad. Los abortos son más seguros cuando se realizan en una etapa temprana del embarazo y en las condiciones de seguridad arriba mencionadas.
- Aborto inseguro: el aborto inseguro, en cambio, se caracteriza por la falta de capacitación por parte del proveedor, quien utiliza técnicas peligrosas, y por llevarse a cabo en recintos carentes de criterios higiénicos.
- Un aborto inseguro puede ser inducido por la mujer misma, por una persona sin entrenamiento médico o por un profesional de la salud en condiciones antihigiénicas.

El aborto inducido y el embarazo no deseado constituyen dos problemas de salud pública íntimamente relacionados. La literatura nacional e internacional coincide en que la mayor parte de los abortos inducidos son producto de embarazos no planeados y que existe un conjunto de factores individuales, sociodemográficos y culturales correlacionados con ambos fenómenos.

La Organización Mundial de la Salud calcula que de los 210 millones de embarazos que ocurren en el mundo, 2 de cada 5 (80 millones) son no planeados y 46 millones (58%) terminan interrumpiéndose. 19 millones de estas interrupciones ocurren en países donde el aborto es ilegal.

A pesar de los avances que el país ha mostrado en la reducción de la fecundidad, de tal modo que la tasa de fecundidad global pasó de 2.9 hijos por mujer en 1990 a 2.4 en 2005 y de un mayor acceso a métodos modernos de planificación familiar en las mujeres en unión, tanto en zona urbana como rural, pasando de 54.6% en 1990 a 68.2% en 2005, la proporción de embarazos no planeados aumentó de 33.6% en 1990 a 54.0 en 2005, concomitante a un notable descenso en la fecundidad deseada y la persistencia de la brecha de este indicador con la fecundidad observada.

No obstante, persisten grandes diferencias asociadas con la zona de residencia, el nivel educativo y la situación socioeconómica:

Mientras la fecundidad urbana es de 2.1 hijos por mujer, la rural es de 3.4. Esta brecha entre lo urbano y lo rural se expresa además en marcadas diferencias regionales y locales, que se reflejan en que más de 100 municipios del país presentan tasas de fecundidad total entre 4 y 7 hijos por mujer. En estos municipios confluyen, como ejemplo del círculo pobreza – fecundidad, los más elevados índices de necesidades básicas insatisfechas (entre el 56.6% y 96%), baja escolaridad (no mayor de 4 años) y mayor deterioro de otros indicadores de salud como mortalidad materna e infantil,

como reflejo de las desigualdades y los rezagos en el desarrollo social en que viven estas comunidades.

Deriva de lo anterior una persistente demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar, más evidente en los municipios y regiones menos desarrolladas, y en los grupos poblacionales más pobres y con mayores barreras de acceso a servicios de salud; situación que determina que cerca de la cuarta parte de los embarazos ocurridos en Colombia terminen en aborto y otro tanto corresponda a nacimientos no deseados.

La situación antes descrita es más dramática en grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad como los desplazados por el conflicto armado y los adolescentes.

El embarazo en adolescentes se ha explicado como un problema de salud, socioeconómico y demográfico. Hay un relativo consenso en torno a los efectos negativos del embarazo en la adolescencia sobre la vida de las niñas, sus familias y comunidades. Al respecto, Reyes y González (2014) destacan que el embarazo a temprana edad tiene consecuencias biológicas tanto para la madre como para el niño. Dichas consecuencias se evidencian como riesgos derivados de las condiciones de salud previas al embarazo (malnutrición, bajo peso y talla, necesidades básicas insatisfechas en el control prenatal) y las condiciones socioeconómicas de las adolescentes (pobreza, bajo logro escolar, necesidades básicas insatisfechas).

De acuerdo con los resultados de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS), a partir de 2005 se confirma la tendencia decreciente del porcentaje mujeres de 15 a 19 años que ya son madres o están embarazadas de su primer hijo al pasar de 20.5% en 2005 a 19.5% en 2010 y a 17.4% en 2015.

El nivel educativo, el índice de riqueza y el lugar de residencia inciden directamente sobre el embarazo adolescente.

La maternidad temprana fue mayor entre las mujeres que actualmente se encuentran en el quintil más bajo de riqueza (5.5%), son indígenas y viven en familias compuestas (5.1%), habitan en la zona rural (4.8%), en la Región de la Orinoquía y la Amazonía (4.6%), son desplazadas (4.4%) y, residen en municipios con afectación directa por el conflicto interno (3.8%).

La ENDS revela que las adolescentes saben y emplean menos la planificación familiar, con respecto al resto de las mujeres. Solo el 20% de las adolescentes utilizan métodos de planificación familiar. Del total de mujeres adolescentes en unión, solo el 57% utiliza métodos anticonceptivos, las demás (43 por ciento), están expuestas al riesgo de embarazo. Dos de cada cinco adolescentes (43 por ciento) ha tenido relaciones sexuales y el 14 por ciento de las adolescentes tiene su primera relación antes de cumplir los 15 años de edad. Este inicio temprano de la actividad sexual implica no solo un mayor riesgo fisiológico para las complicaciones de la fecundidad, sino una menor madurez para el ejercicio asertivo de la sexualidad.

Como lo revela la casuística internacional, aunque la mayoría de las mujeres que solicitan abortos están casadas o viven en uniones estables y ya tienen hijos, en el mundo han aumentado considerablemente los casos de abortos entre las adolescentes, particularmente en los lugares donde el aborto es ilegal.

El hecho de que las adolescentes tengan menos acceso a servicios de salud e información de calidad y de carácter confidencial, incluyendo anticonceptivos, las sitúa en la categoría de riesgo de un embarazo no deseado y, por consiguiente, de un aborto inseguro. Especialmente las adolescentes de bajos recursos económicos que tienen menos contactos sociales, difícil acceso a transporte y medios financieros para obtener abortos seguros en comparación con las mujeres de mayor edad.

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un derecho fundamental de las niñas, adolescentes y mujeres adultas en Colombia. Por esta razón los servicios de salud relacionados con la IVE deben garantizarse de manera efectiva con una atención oportuna y de calidad en todos los niveles de complejidad y en todo el territorio Nacional.

Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006, la Honorable Corte Constitucional declaró exequible el artículo 122 del Código Penal, en el entendido que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos:

- Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico.
- Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico
- Cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

Cuando el embarazo es producto de una violación, incesto o acto sexual abusivo. ¿Qué requisitos legales se requieren para solicitar el servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en estas circunstancias?

Sólo se requiere presentar una denuncia ante las autoridades competentes. La EPS o centro asistencial de salud que preste el servicio no puede, en ningún caso, solicitar documentos adicionales a la copia de la denuncia. En ningún caso el sistema de salud podrá solicitar autorizaciones de terceros o documentos que confirmen que hubo violación o que se condenó al acusado.

¿Existe algún límite de tiempo para la presentación de la denuncia y solicitud del servicio de IVE?

No. En cualquier momento de la gestación producto de una violación o de incesto, la víctima puede denunciar y solicitar ante el servicio de salud la IVE.

¿Qué se entiende por peligro para la vida de la mujer?

Es la circunstancia en la que la vida de la mujer corre riesgo si lleva a término el embarazo, se presenta en mujeres con lupus o con afecciones cardíacas graves, entre otras. También incluye los casos en que la continuación del embarazo impide el tratamiento apropiado de alguna enfermedad terminal o crónica como en los casos de cáncer.

¿Qué se entiende por peligro para la salud de la mujer?

Es el riesgo de afectación de uno o más de los determinantes de la salud entendida como el máximo bienestar físico, mental o social.

En la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1999, los gobiernos decidieron ratificar lo acordado en la Conferencia de Beijing en relación con los servicios de aborto seguro: "en circunstancias donde el aborto no esté en contra de las leyes, los sistemas de salud deben entrenar a sus proveedores y tomar otras medidas para asegurar que el aborto sea seguro y accesible. Deben tomarse medidas adicionales para proteger la vida de las mujeres".

Atenciones incluidas:

- Consulta inicial para valoración integral de la salud de la mujer, que incluye la valoración de la salud mental, del estado emocional, así como de las condiciones sociales asociadas al embarazo y su salud
- Orientación y asesoría para la toma de decisiones frente a las causas previstas por la sentencia C-355 de 2006 garantizando siempre la autonomía de la mujer y su derecho a decidir si continua o no con el embarazo
- Interrupción del embarazo farmacológica y no farmacológica
- Asesoría y provisión anticonceptiva
- Consulta de seguimiento

1.4 Sistema Reproductor y Sexual Femenino

El sistema reproductor femenino está formado por órganos cuya función se encamina a la formación del gameto femenino u óvulo, a brindar un sitio de crecimiento para el embrión en formación y por estructuras que participan en los procesos de concepción y fecundación.

Se han dividido anatómicamente en genitales externos e internos, además de poseer glándulas accesorias con función particular dentro del sistema.

Genitales externos

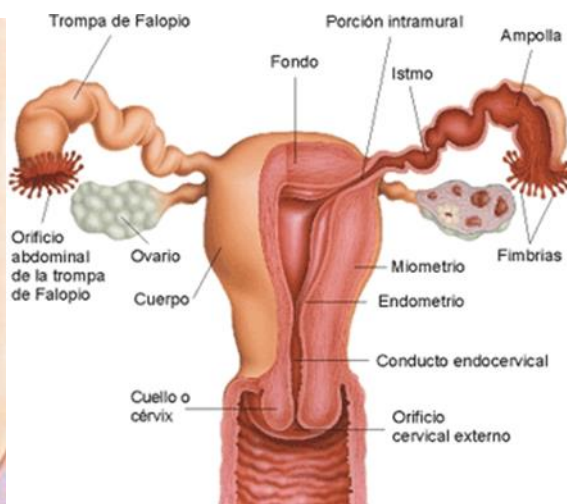
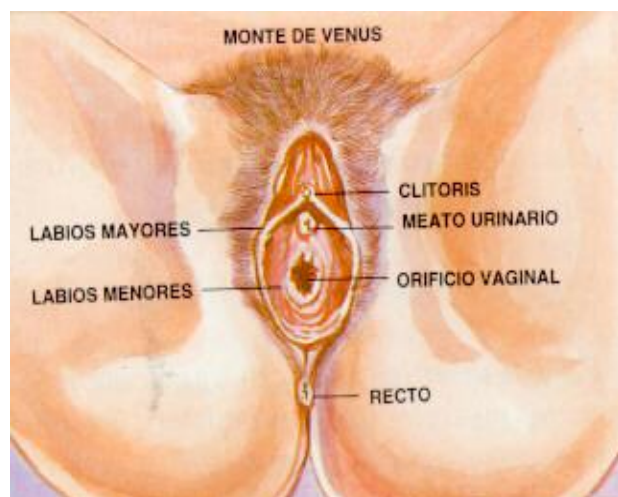
Se encuentran conformados por:

Monte de Venus: Es una eminencia triangular ubicada por encima de la sínfisis púbica, los bordes laterales en los pliegues inguinales y vértice en los labios mayores. La piel que los recubre posee gran cantidad de folículos pilosos y glándulas sudoríparas apocrinas asociados a glándulas sebáceas.

Labios mayores: Son unos pliegues de aproximadamente 5 cm de largo, que contienen una gran cantidad de tejido adiposo subcutáneo y cuya superficie externa está recubierta de vellos y posee numerosos melanocitos. Su superficie interna es lisa, húmeda y sin vellos. En ambas caras hay una gran cantidad de glándulas sebáceas y sudoríparas, así como también están ricamente invadidas por terminaciones nerviosas sensitivas. Su función es la de proteger los labios menores y la entrada vaginal.

Labios menores: Se encuentran inmediatamente por debajo de los labios mayores. Son también pliegues de tejido conjuntivo de 3 a 4 cm de longitud, recubiertos por epitelio sin folículos pilosos. Tienen una gran cantidad de vasos sanguíneos y glándulas sebáceas en ambas superficies. Hacia arriba se unen para formar el capuchón del clítoris. A ambos lados de los labios menores se encuentran las glándulas vestibulares mayores o de Bartholino encargadas de producir un moco lubricante para la vagina.

Clítoris: Es un órgano análogo al pene del hombre, está constituido por dos cuerpos cavernosos pequeños, eréctiles que terminan en un rudimentario glande clitorídeo. Lo ubicamos en el borde superior de los labios menores, protegido por un pliegue denominado capuchón del clítoris. Por debajo del clítoris se encuentra el meato urinario de la uretra femenina. Se encuentra ricamente innervado por terminaciones nerviosas sensitivas, por lo cual se considera al clítoris como el principal órgano sexual femenino y al igual que el pene, aumenta de tamaño durante la excitación.

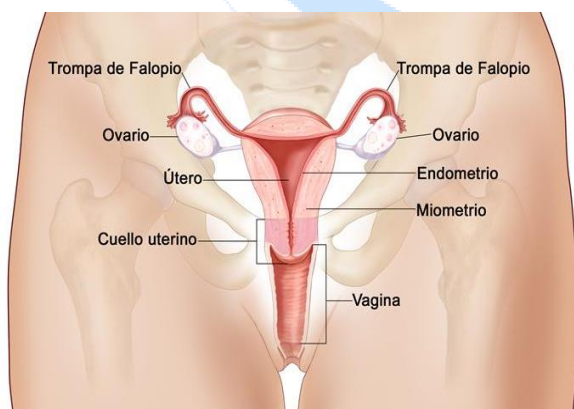


Genitales Internos

Se encuentran constituidos por:

Vagina: tubo muscular de aproximadamente 10 cm de largo, distensible, elástico, que se extiende desde los genitales externos hasta el cuello o cérvix uterino, ubicándose por detrás de la vejiga urinaria y por delante del recto. La entrada o extremo inferior de la vagina, en la mayoría de las mujeres, se encuentra marcada por la presencia del himen, una membrana elástica de tejido conectivo con una perforación de diversas formas que permite el paso del sangrado menstrual. El himen, por su carácter elástico, puede no rasgarse posterior a la primera relación sexual, es común observar esto post traumas locales y es definitiva posterior al primer parto vaginal, momento en el cual los vestigios del himen reciben el nombre de carúnculas.

La mucosa vaginal está muy irrigada. Posee, especialmente en sus porciones externas, gran cantidad de terminaciones nerviosas que participan en la excitación sexual. La capa muscular ubicada por debajo de la mucosa vaginal es la que le confiere su característica de elástica, fundamental para permitir el paso del feto durante el parto, llegando a aumentar su diámetro hasta 10 cm o más. Otras funciones de la vagina son la de permitir la expulsión del sangrado menstrual proveniente del útero y recibir al pene erecto durante el coito.



Útero: Es un órgano formado por músculo liso que se ubica por encima de la vejiga y por delante del recto. Mide, en la mujer no gestante, 6 a 7 cm de largo, 3 de ancho y 3 de grosor; medidas que pueden multiplicarse hasta 6 veces durante el embarazo.

Es el órgano encargado de recibir el óvulo fecundado procedente de las trompas de Falopio, le provee implantación y establece las condiciones necesarias para el sostenimiento del embrión a lo largo de su desarrollo. Descriptivamente se ha dividido en cuatro porciones: La porción media ensanchada que constituye la parte principal del órgano se llama cuerpo del útero; el extremo superior redondeado del cuerpo, en donde las trompas se unen al útero, se llama fondo del útero; la porción inferior al cuerpo en donde se estrecha el órgano recibe el nombre de istmo y la parte cilíndrica más inferior es el cuello o cérvix uterino, el cual se abre a la porción proximal de la vagina.

El cérvix posee un conducto estrecho de un centímetro de largo, que posee un orificio cervical interno hacia la cavidad uterina y un orificio cervical externo que se abre a la

vagina; es en el cérvix uterino en donde se toma la citología cervico-vaginal (CCV), paraclínico de tamizaje en la detección de cáncer de cuello uterino

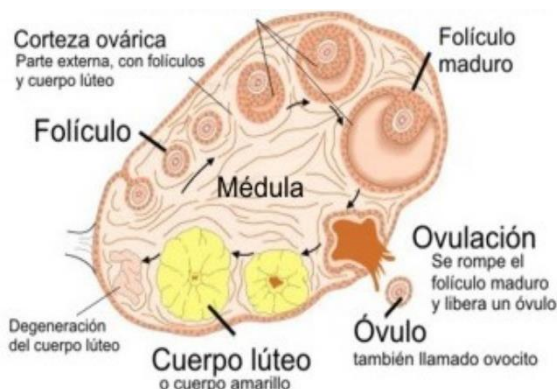
Transversalmente, el útero tiene varias capas, de adentro hacia fuera encontramos en primera instancia al endometrio, formado por un tejido epitelial con abundantes glándulas que reviste la superficie de la cavidad uterina y el cual aumenta en grosor de forma cíclica esperando la implantación del óvulo fecundado para darle nutrición y soporte; si no hay embarazo, el endometrio se desprende en forma de detritus y sangrado durante la menstruación. La segunda capa del útero, es el miometrio, formado por fibras musculares lisas distribuidas principalmente en sentido longitudinal, pero también oblicuas y circulares. Las fibras musculares del miometrio se estiran durante el embarazo y producen las contracciones uterinas durante el parto, encaminadas a la expulsión del feto a través del canal vaginal. En la mujer no gestante, el miometrio regularmente se contrae, siendo más la actividad e intensidad de estas contracciones durante la menstruación produciendo los llamados cólicos menstruales.

Trompas de Falopio: son las encargadas de recibir al óvulo procedente del ovario posterior a la ovulación. Es un tubo muscular de aproximadamente 12 cm de longitud que se comunica con la cavidad uterina por un extremo y por el otro se abre a la cavidad peritoneal. Se describen varias porciones de las trompas: La parte que atraviesa la pared del útero recibe el nombre de segmento intramural, el tercio medio cercano a la pared uterina es el istmo el cual se dilata para formar la ampolla y ésta se abre a la cavidad abdominal en forma de embudo y recibe el nombre de infundíbulo en donde encontramos numerosas prolongaciones llamadas fimbrias.

Las trompas de Falopio poseen en su interior cilios que conducen al óvulo hacia la cavidad uterina. En las trompas sucede la fecundación del óvulo por el espermatozoide, el cual ha debido ascender desde la vagina; también es un sitio en donde se puede implantar el óvulo fecundado produciendo un embarazo ectópico, que se considera una urgencia obstétrica.

Ovarios: Los ovarios humanos son órganos ovalados ligeramente aplanados que miden de 2,5 a 5cm de largo, 1,5 a 3cm de ancho y 1cm de grueso, localizados a ambos lados del útero y unidos a éste por un ligamento. Al realizar un corte transversal de un ovario se pueden identificar dos zonas, una periférica denominada corteza y una central o médula. En la corteza encontramos los folículos ováricos, pequeñas cavidades en donde se desarrollan las células sexuales femeninas u ovocitos.

En una mujer adulta joven se pueden contar hasta 400.000 folículos en cada ovario, de éstos solo unos 500 ovocitos son liberados durante la ovulación a lo largo de toda la vida fértil de la mujer. Los folículos ováricos entran en un proceso de maduración, en el cual aumentan de tamaño progresivamente y reciben sucesivamente los nombres de folículos primarios, secundarios y maduros o de Graaf, estos últimos ya contienen los óvulos listos para



la ovulación, es decir la liberación del óvulo del ovario.

Generalmente, cada 28 días aproximadamente es liberado un solo óvulo, en la cavidad vacía del folículo se forma un conglomerado de células denominado cuerpo lúteo, el cual sintetiza grandes cantidades de la hormona progesterona, encargada de mantener el endometrio del útero engrosado y listo para una posible gestación. Si no hay embarazo, el cuerpo lúteo se atrofia y degenera cesando la producción de progesterona, lo que conlleva a un desprendimiento del endometrio en forma de menstruación.

Examen Ginecológico

Se trata de una exploración médica, secuencial al organismo de la mujer dirigida a determinar el estado o condición de su aparato genital y sus mamas.

Se compone de:

- Examen de mamas.
- Examen de abdomen.
- Examen pélvico: Valoración de genitales externos e internos.

Examen de mamas: Se realiza mediante la observación y palpación.

- Observación: Forma, tamaño, aspecto de la piel, areola, pezón, simetría entre ambas mamas. Se debe observar las mamas en diferentes posiciones, (paciente vertical y brazos en distintas posiciones y acostada)
- Palpación: La palpación se efectúa habitualmente estando la paciente acostada de espalda. Se le pide que levante el brazo del lado que se va a examinar y coloque la mano detrás de la cabeza. Toda la glándula debe ser examinada, incluyendo los cuatro cuadrantes, el tejido bajo del pezón y la cola de las mamas. Además, se deben examinar las axilas. El examen se efectúa presionando con los dedos contra la pared torácica. El recorrido puede ser en forma radial (desde el pezón a la periferia hasta completar todo el círculo) o por cuadrantes.

Examen de abdomen: con énfasis en el hipogastrio, fosas ilíacas, se busca sensibilidad, dolor y masas.

Examen pélvico:

- Genitales externos: Se observa la configuración, que su desarrollo corresponda a la edad, que no haya lesiones externas, ningún tipo de secreciones. Que la mucosa del meato uretral no esté evertido (esto es frecuente en las ancianas). Se valora el himen, labios mayores y menores y glándulas de Bartoline, se busca inflamación o masas. Por último valoramos el periné, que no haya úlceras a ese nivel.
- Genitales internos: Se observa que no haya flujo, si lo hay de qué carácter es, color, olor, consistencia y cantidad. Observar si hay protrusiones a través de la vagina, tonicidad, permeabilidad, si no hay induraciones, se tocan los sacos,

estos deben ser libres o vacíos, no dolorosos. Con el tacto vaginal se valora el largo del cuello, su consistencia, posición, movilidad, sensibilidad, si el orificio externo está abierto o cerrado. Con el tacto también se valoran los anexos (trompas y ovarios), normalmente no deben ser dolorosos, no masas.

- Especuloscopia: Se valora visualmente, mediante el uso del espejo, la mucosa vaginal, humedad, si conserva sus pliegues, si hay enrojecimiento, flujo o lesiones. Miramos el fondo de los sacos: aspectos libres, no cuerpos extraños, no lesiones, no flujos, no masas. En el cuello uterino se evalúa la: coloración, si está cerrado o abierto, que no haya erosiones, laceración, sangrado, que está centrado.

Sistema Reproductor y sexual Masculino

El sistema reproductor masculino incluye a los órganos encargados de dar origen y madurar a las células germinales masculinas llamadas espermatozoides, a las estructuras que transportan a éstos hacia el exterior y a las glándulas accesorias necesarias para una adecuada función de dichas células.

Según lo anterior, los órganos del sistema reproductor masculino son:

- Testículos.
- Conductos eferentes.
- Epidídimo.
- Conductos deferentes.
- Conducto eyaculador.
- Pene y uretra.
- Vesículas seminales.
- Próstata.
- Glándulas bulbouretrales o de Cowper.



- **Testículos:** Los testículos son glándulas mixtas de aproximadamente 3cm x 2cm de diámetro, ubicadas en el interior del escroto, una bolsa de piel localizada en el periné anterior del hombre y a la cual los testículos descienden posterior al nacimiento. Alrededor de cada testículo se encuentran vasos sanguíneos conocidos como plejo venoso pampiniforme y fibras del músculo dartos o cremaster, encargado de subir los testículos por el conducto inguinal en

respuesta al miedo, el frío y durante la eyaculación (reflejo cremasterino). Los testículos se originan en la cavidad abdominal del feto y descienden al escroto.

- En cada testículo encontramos aproximadamente 800 a 1200 túbulos seminíferos, los cuales son conductos de 150 a 250 micras de diámetro y 30 a 70 centímetros de largo, muy tortuosos y en cuyas paredes se encuentran las células que se van a transformar en espermatozoides. Los túbulos seminíferos vierten a los espermatozoides en una serie de conductos laberínticos que forman una malla denominada rete testis, la cual drena a su vez en los conductos eferentes. Se calcula que diariamente se producen 94×10^6 espermatozoides por testículo y en cada eyaculación se expulsan 40 a 100 millones por mililitro. Se consideran estériles los varones con recuento menor a 20 millones por mililitro.
- El componente endocrino del testículo lo constituyen las células de Leydign, las cuales se ubican entre los túbulos seminíferos, contienen un aparato de Golgi muy desarrollado y una gran reserva de lípidos, encaminados a la síntesis de la hormona sexual masculina llamada testosterona. La espermatogénesis llevada a cabo en los túbulos seminíferos; la función de las glándulas accesorias del aparato reproductor masculino; el desarrollo y mantenimiento de los rasgos sexuales masculinos secundarios como la distribución del vello púbico, la barba, el tono de voz y la arquitectura muscular del cuerpo, son responsabilidad de la testosterona.
- **Conductos eferentes:** Por la cara posterior del testículo emergen doce o más conductos eferentes originados de la rete Testis. Miden aproximadamente un centímetro de largo, son muy tortuosos y desembocan en la cabeza del Epidídimo. En su interior poseen células ciliadas que conducen a los espermatozoides hacia el epidídimo.
- **Epidídimo:** El conducto del Epidídimo es un órgano muy retorcido de unos 7cm de largo ubicado en la cara posterior de cada testículo y que si se desenrollara podría llegar a medir 6m. Es el sitio de almacenamiento y maduración de los espermatozoides. Suele dividirse en tres porciones: cabeza, cuerpo y cola, esta última se endereza y se continúa con el conducto deferente. Alrededor de la pared del epidídimo se encuentran fibras musculares lisas, involuntarias que ayudan al avance de los espermatozoides por el conducto mediante movimientos peristálticos y además participan en la eyaculación.
- **Conducto deferente:** Es un órgano tubular de unos 15cm de longitud, es la continuación del epidídimo, saliendo del escroto e introduciéndose en el abdomen a través del conducto inguinal de la pared abdominal junto con la arteria espermática, el plejo venoso pampiniforme, los nervios espermáticos y el músculo cremaster, en una estructura que en conjunto recibe el nombre de cordón espermático. Dentro del abdomen, el conducto deferente se une al conducto de la vesícula seminal, recibiendo entonces el nombre de conducto eyaculador, el cual mide 2cm de largo y perfora el cuerpo de la glándula prostática y desemboca en la uretra prostática.

- **Pene y uretra:** La uretra masculina, se divide en tres porciones a partir de su nacimiento en la vejiga: la más proximal es la prostática que transcurre por el centro de esa glándula y mide unos dos centímetros; sigue la uretra membranosa desde el polo inferior de la próstata hasta el pene, midiendo otros 2cm; y por último, la uretra penéana, de aprox. 15cm de longitud y la cual transcurre a través del cuerpo esponjoso del pene. Los espermatozoides pasan del conducto eyaculador hacia la uretra durante la eyaculación.
- **Pene:** órgano tubular formado por tres cuerpos cilíndricos de tejido cavernoso o eréctil: dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso. Los dos primeros se encuentran en la cara superior del pene, dejando un surco en su cara inferior, por el cual transcurre el cuerpo esponjoso. Estas tres estructuras están formadas por un tejido esponjoso vascular el cual se llena de sangre a presión llevada por arterias aferentes durante el mecanismo de erección. Alrededor de ellos se encuentra tejido conectivo formado por colágeno y elastina rodeados de piel externa. La punta del pene es denominada glándula, el cual está formado por tejido conectivo y una gran cantidad de venas grandes que también le otorgan una capacidad eréctil, además en su superficie se ubican una gran cantidad de terminaciones nerviosas que se encargan de captar los estímulos que llevan a la erección y sensación de placer. La piel que rodea al pene forma alrededor del glándula un pliegue retráctil llamado prepucio, cuya cara interna es húmeda por la presencia de glándulas sudoríparas especiales. El glándula se une al prepucio en el surco balanoprepucial, sitio en donde se ubican glándulas sebáceas productoras de esmegma. La uretra sale al exterior a través del glándula.
- **Vesículas seminales:** Son órganos alargados de 3 a 5cm de longitud, ubicados a ambos lados de la vejiga y las cuales se unen al conducto deferente para formar el conducto eyaculador. La secreción de las vesículas seminales es un líquido viscoso rico en fructosa, unos carbohidratos que le brinda la energía suficiente a los espermatozoides para su movimiento.
- **Próstata:** Es la mayor de las glándulas accesorias del aparato reproductor masculino, midiendo aproximadamente 3cm de diámetro y ubicándose en la base de la vejiga, rodeando la uretra prostática y por delante del recto. Está formada por un conglomerado de 30 a 50 glándulas pequeñas cuyos conductos se abren independientemente en la uretra. La próstata está rodeada por una cápsula fibrosa que contiene una gran cantidad de músculo liso, el cual se contrae durante la eyaculación. La secreción prostática es un líquido opalescente, ligeramente ácido y contiene una serie de enzimas necesarias para la fecundación y la sobrevivencia de los espermatozoides en la vagina.
- **Glándulas de Cowper:** Las glándulas uretrales o de Cowper son del tamaño de una arveja y se ubican alrededor de la uretra membranosa. Se encargan de producir una sustancia viscosa, mucosa y lubricante que cambia el pH de la uretra, generalmente ácido por el paso de orina, con el fin de evitar el daño de los espermatozoides.

1.5 Atención para la planificación familiar y la anticoncepción

Se desarrolla ampliamente a lo largo de la Resolución 3280 de 2018 en donde su objetivo radica en brindar a las mujeres, hombre y sus parejas asesoría y educación para el logro de una elección informada del método anticonceptivo que as se ajuste a sus necesidades y preferencias así como contribuir a la reducción de la inequidad reproductiva en situaciones como el embarazo no planeado especialmente en población adolescente, embarazos de alto riesgo y en mujeres después de 40 años, mujeres con discapacidad o portadoras de una infección de transmisión sexual y VIH.

Tener en cuenta para el caso de menores de 14 años que hayan iniciado relaciones sexuales penetrativas, se debe brindar la asesoría y consulta anticonceptiva, iniciar el método seleccionado, y activar ruta de atención de violencia sexual.

1.6 Métodos de anticoncepción

1.6.1 Métodos Naturales

La OMS los ha definido como “métodos para planear o evitar los embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de la fase fértil e infértil de la mujer”.

Dentro de estos métodos podemos encontrar:

- Método del Ritmo o de Ogino – Knauss
- Temperatura basal.
- Moco cervical o Método de Billings.
- Coito interrumpido.
- Lactancia materna.

Los métodos naturales están indicados para parejas que:

- Tienen deseo de saber cómo observar, registrar e interpretar los signos de fertilidad de la mujer.
- Aceptan la posibilidad de un embarazo no intencionado.
- Por razones religiosas o filosóficas no pueden usar otros métodos.
- Mujeres con ciclos menstruales regulares.
- Mujeres que no pueden usar otros métodos.

Ventajas:

- El uso hace aumentar los conocimientos de la filosofía de la reproducción en la mujer. Hace mejorar la comunicación en la pareja.

Desventajas:

- Tasa de fracaso alta.

- Requieren mucha motivación y capacidad de seguir instrucciones.
- Requieren participación del compañero.
- No protegen contra ETS / VIH.
- Puede ser difícil detectar el periodo fértil en mujeres cerca de la menopausia y mujeres con ciclos irregulares.

Ritmo o de Ogino – Knauss:

Para llevar a cabo este método la mujer debe registrar por 6 meses las fechas en que tiene su menstruación. Se establecen los días del periodo y al mes más corto, se le restan 18 días y al más largo 11 días.

Ejemplo:

- Ciclo más corto fue de 26 días - 18 = 8
- Ciclo más largo fue de 32 días - 11 = 21
- Entonces entre el día 8 y 21 debe existir abstinencia.

Efectividad: 80%

Ventajas: Natural, económico, no tiene efectos secundarios.

Desventajas: Condiciona la relación, difícil de usar en mujeres con periodo irregulares o ovulaciones inesperadas por situaciones emocionales.

Temperatura basal:

La mujer debe tomar diariamente la temperatura de su cuerpo al despertarse y antes de levantarse. En ayunas la temperatura corporal baja ligeramente 12 a 24 horas antes de la ovulación y después de la ovulación la temperatura sube entre 0.2 a 0.5 grados centígrados. La usuaria de este método debe considerar fértiles todos los días desde el comienzo de su ciclo menstrual hasta 3 días después que su temperatura se haya elevado.

Efectividad: 45%

Ventajas: No tiene efectos secundarios.

Desventajas: Algunas enfermedades de tipo infeccioso pueden afectar la temperatura corporal. El cambio de la temperatura es mínimo y no se puede diferenciar fácilmente, tiene un alto periodo de abstinencia.

Moco cervical o método de Billings:

Consiste en enseñarle a la mujer a identificar los cambios del moco cervical producidos por los esteroides sexuales, para que ella pueda detectar la fase fértil del ciclo y el día de la ovulación. Después de la menstruación, los niveles de estrógenos y progesterona están muy bajos y se produce poco moco. Cuando los folículos del ovario empiezan a madurar, secretan cantidades aumentadas de estrógeno, lo que conduce a que las glándulas del cérvix comiencen a producir moco y que de esta manera se inicia la fase fértil en donde deben evitarse las relaciones sexuales. El máximo de fertilidad se sitúa en el último día de moco de tipo fértil. Después de la ovulación, la caída de los estrógenos produce un rápido cambio en las cantidades y características del moco; el

moco se hace espeso, pegajoso y opaco produciendo una sensación de sequedad. Se puede tener relaciones sexuales tres días después que el moco haya desaparecido.

Efectividad: 65%

Ventajas: No tiene efectos secundarios.

Desventajas: Infecciones vaginales pueden afectar los cambios del moco cervical, este método no puede ser utilizado conjuntamente con preservativos, píldoras, DIU, puesto que estos producirán alteraciones en el moco cervical.

El método sintotérmico, es la conjugación de los métodos del ritmo, temperatura basal y moco cervical.

Coito interrumpido o método del retiro:

Durante el coito, el hombre retira el pene de la vagina antes de eyacular

Efectividad: 50% cuando es usado correctamente

Ventajas: No requiere medicamentos, ni aparatos, no tiene costo, no tiene efectos secundarios.

Desventajas: No protege de enfermedades de transmisión sexual. Secreciones emitidas antes de la eyaculación (líquido prostático el cual puede contener espermatozoides), son capaces de fecundar el óvulo y causar un embarazo

Método de amenorrea por Lactancia Materna

Es un método anticonceptivo usado en los primeros 6 meses pos parto, por mujeres que están con lactancia exclusiva y en amenorrea. Es el único método considerado natural porque en el pos parto y durante el período de lactancia, la mujer tiene en forma natural un periodo de infertilidad que puede durar entre 2 meses y 2 años o más.

Indicación: Siempre y cuando se garantice lo siguiente.

Amamantar exclusivamente

Estar en amenorrea hasta los 6 meses de edad del hijo

En estas condiciones la tasa de fallas es de 2 embarazos por cada 100 mujeres

1.6.2 Métodos de Barrera

Interfieren el encuentro de los espermatozoides con el óvulo impidiendo la fecundación:

Dentro de estos encontramos:

- Condón o preservativo.
- Diafragma.
- Espermicidas.

Condón:

Es una cubierta o funda fabricada en látex delgado y resistente que utiliza el hombre durante la relación sexual que impide el paso de espermatozoides hacia la vagina.

Efectividad: 85%. Asociado a espermicidas 93%.

Ventajas: Se consigue fácilmente, económico y de fácil colocación, protege de ETS, no requiere prescripción, la fertilidad regresa inmediatamente después de discontinuar su uso.

Desventajas: Puede romperse, resbalarse, causar alergias leves. En algunos casos disminuye la sensibilidad del pene. Solo puede usarse una vez, puede interferir en el acto sexual.

Como se debe usar:

- Busque fecha de vencimiento, asegúrese de que esté vigente.
- Abra el sobre con cuidado para que el condón no se rompa.
- Revise que esté lubricado.
- No desenrolle antes de ponérselo.
- Apriete la punta del condón con los dedos y coloque en el extremo del pene en erección.
- Teniendo apretada la punta del condón desenróllelo hasta cubrir completamente el pene.
- Inmediatamente después de la eyacuación sujete el condón y retire el pene. Antes que se pierda la erección.
- Quítese el condón con cuidado para que no se derrame el semen.
- Después de usarlo deséchelo, no es reutilizable, no anudar.

El condón vaginal es un método anticonceptivo de barrera de uso vaginal alternativo al preservativo masculino. Consiste en una delgada funda que se ajusta a las paredes de la vagina y se puede llevar puesto hasta 8 horas. Se calcula que su efectividad es de 88 % a 98 % si se utiliza correctamente.

Como se debe usar:

- Se debe comprobar la fecha de caducidad y el correcto estado del preservativo.
- No hace falta esperar a la erección del pene como ocurre con los preservativos del hombre; inicie juntando el anillo interior desde la parte externa del preservativo para introducirlo en la vagina.
- Una vez en la vagina se coloca el dedo pequeño dentro del preservativo para avanzarlo pasando el nivel del hueso del pubis y alcance el fondo, igual como se coloca un óvulo vaginal, teniendo cuidado con los posibles objetos cortantes (uñas, anillos...).
- El anillo externo y un pequeño segmento del condón femenino quedan por fuera para impedir el contacto de los genitales masculinos, especialmente raíz del pene y testículos, con la vulva y piel del área genital de la mujer, sitios susceptibles de contagio por virus del papiloma humano.

- Una vez terminado el coito se le da un par de vueltas al anillo externo para que no se salga el semen y se tira del preservativo para sacarlo.

Nunca debe usarse un preservativo masculino a la vez que un condón vaginal o femenino. Para efectividad y protección adicional contra el embarazo, puede usarse a un gel espermicida.

Ventajas: No hace falta esperar a que el pene esté en erección, no es necesario extraerlo o levantarse a asearse inmediatamente después de la eyaculación, y su fácil uso. Previene contra las enfermedades de transmisión sexual, como el virus del papiloma humano y el VIH. Supone una alternativa para aquellas personas que tienen alergia al látex.

Desventajas: Tiene mayor precio que el del hombre, y se da la creencia equivocada de ser aparatoso porque es para una anatomía más compleja.

Diafragma:

Es un dispositivo vaginal, fabricado de caucho delgado, tiene forma de copa ancha pero profunda, con el borde envuelto alrededor de un soporte semi-rígido. Es colocado en el cuello uterino.

Efectividad: 95% si es usado correctamente y con espermicidas. Sólo 80%.

Ventajas: No interfiere directamente con el coito ya que se puede aplicar horas antes del mismo.

Desventajas: Debe acudir con el personal de salud para el uso de este, requiere siempre espermicida lo cual aumenta su costo

Como debe utilizarse:

- Se puede insertar 6 o más horas antes del coito
- Colocar espermicida por las dos caras del diafragma y alrededor del ano
- Inserte el diafragma revisando el ajuste correcto verificando: el anillo del diafragma toque las paredes laterales de la vagina, el cuello del útero esté detrás del caucho, el diafragma se ajuste cómodamente.
- No debe retirarse el diafragma antes de 6 u 8 horas de realizado el coito y no efectuar duchas postcoitales
- Retirar el diafragma con el dedo índice. Lavarlo con agua tibia y jabón sin esencias ni perfume guardar en sitio fresco.

Espermicidas:

Son sustancias químicas que se aplican en la vagina para impedir el paso del semen y destruir los espermatozoides. Es un método temporal para la mujer, existen varios tipos de espermicidas tales como: óvulos, tabletas vaginales, espumas y jaleas

Efectividad: 85% pero si al mismo tiempo se utiliza condón su efectividad mejora 93%.

Ventajas: Mujeres de cualquier edad pueden utilizar este método, no requiere prescripción médica, fáciles de aplicar.

Desventajas: Menos efectivo que otros métodos, efectivo solo por una hora, puede producir irritación.

Como debe usarse:

- Las jaleas y espumas se introducen con un aplicador dentro de la vagina 10 minutos antes del coito. Es importante, sin embargo, seguir las instrucciones de cada producto. Estos espermicidas son de difícil consecución en Colombia.
- Las tabletas vaginales y óvulos, si se consiguen fácilmente en el país. Se aplican de la siguiente manera: Coloque una tableta u óvulo entre los dedos índices y medio, acostada o parada con las piernas separadas, introduzca una tableta u óvulo lo más profundo que pueda dentro de la vagina. La tableta se puede humedecer con saliva o agua limpia antes de introducirla para que resbale fácilmente. Los óvulos son grasosos y con el calor del cuerpo se deslizan fácilmente, es importante esperar 10 minutos después de haber insertado la tableta u óvulo vaginal para tener la relación sexual.

Dispositivo Intrauterino (DIU)

Es un pequeño elemento de plástico con revestimiento de cobre, que se coloca dentro del útero evitando la implantación del óvulo fecundado en la pared uterina. Se aplica en cualquier momento preferiblemente durante el segundo día de la menstruación.

Mecanismo de acción:

Impide la implantación del cigoto. Hace que el endometrio sea hostil para el cigoto.

Efectividad: 99.2%

Ventajas: Muy eficaz, no requiere cuidados especiales, no interfiere en el acto sexual el DIU de cobre puede durar 10 años, la fertilidad regresa inmediatamente luego de retirado.

Desventajas: Debe ser insertado por personal de salud, la inserción puede ser dolorosa.

Efectos secundarios como: lumbalgia, periodo irregular y doloroso, inflamación pélvica, embarazos ectópicos, infecciones vaginales, dolor con la relación sexual.

El DIU de cobre no se recomienda a las mujeres con:

- Embarazo sospechado.
- ETS – EPI o cervicitis purulenta actual o reciente.
- Cáncer cervical, endometrial, de los ovarios o sangrado vaginal inexplicable.
- Enfermedad de trofoblasto o tuberculosis pélvica.
- Distorsión uterina que impide la colocación correcta del DIU.
- Infecciones después del parto o de aborto incompleto.
- Comportamiento de riesgo.

Momento de la inserción:

- Intervalo: En cualquier momento, después de seis (6) semanas posparto.
- Posparto preferiblemente después de 10 minutos del alumbramiento, aceptable hasta 48 horas o esperar para insertarlo por intervalo.
- Pos- cesárea: durante el procedimiento quirúrgico.
- Pos-aborto: En cualquier momento, durante el primer trimestre o en el segundo trimestre.

1.6.3 Métodos Hormonales

Son aquellos que inhiben la ovulación, dentro de estos podemos encontrar:

- Anticonceptivos orales.
- Anticonceptivos inyectables.
- Implantes.

Anticonceptivos orales:

Es una pastilla que contiene una o dos hormonas (estrógenos y progesterona), que se toman diariamente para evitar el embarazo.

Existen ciertos tipos de píldoras según su contenido hormonal:

- Mayor dosis
- Menor dosis.
- Mini píldora

Mecanismo de acción: Inhiben la ovulación / Espesan el moco cervical.

Efectividad: 99% si son tomadas correctamente

Ventajas: Uno de los métodos más efectivos, fácil de conseguir, reduce el riesgo de Ca de ovario, inflamación pélvica, quistes de ovario, ayudan a regular el sangrado menstrual, la anemia, dismenorrea.

Desventajas: Deben ser tomadas diariamente, no protegen contra ETS.

- Efectos secundarios menores: Intolerancia gástrica, cefalea, aumento de peso, alteración del metabolismo de carbohidratos, lípidos, cloasma, alopecia, depresión y cambios en la libido.
- Efectos secundarios mayores: Várices, predisponen a tromboflebitis, TEP, ECV, disfunción hepática, carcinoma de mama, carcinoma de cérvix.
- Está contraindicado en diabetes, HTA, cardiopatía grave, menopausia, anemia falciforme y mayores de 35 años.

Como usarlas:

Hay algunas que se inician en el primer día de la menstruación, es decir si el sangrado aparece el miércoles, debe empezar a tomar la píldora ese mismo día.

- Opción de 21 píldoras: Todas son de un mismo color, se toma una todos los días sin interrupción; al terminar la caja se deja de tomar una semana y luego comienza uno nuevo. La menstruación aparece en los días en que no se toma la píldora, aunque continúe sangrando se debe iniciar el cartón el día indicado.
- Opción de 28 píldoras: Viene de dos colores, para empezar a tomarlas se siguen las mismas instrucciones del anterior. Se inicia por el grupo de las 21 píldoras del mismo color y se deja para el final el grupo de 7 píldoras de diferente color. Durante estos siete días se presentará el sangrado menstrual, cuando se termine la caja empieza uno nuevo el día siguiente.
- Píldora trifásica: Viene dividida en tres grupos de 7 pastillas cada uno. Debe iniciarse el primer día de sangrado menstrual, tomando una píldora diaria. Comenzar por el grupo 1 (pastillas blancas), continuar con el grupo 2 (pastillas crema), y por último el grupo 3 (pastillas naranja). Al terminar las 21 pastillas se dejan de tomar 7 días antes de tomar un nuevo paquete.

Inyectables:

Es un método anticonceptivo temporal para la mujer, que contiene hormonas sintéticas similares a las que produce el cuerpo femenino (estrógenos y progestágenos).

Actúa principalmente sobre los ovarios para que estos no liberen óvulos. Además aumentan el espesor del moco cervical haciendo más difícil el paso de los espermatozoides hasta el interior del útero, también adelgazan el endometrio dificultando la implantación.

Existen dos tipos:

- Estrógenos y progestágenos: Mensual: Perlutal, Synovular, Mesigyna, Nofertyl, Cyclofem.
- Progestágenos: Trimestral: Depoprovera, Megestron.

Efectividad: 98%

Ventajas: Efecto duradero, evita la dismenorrea, se adquiere fácilmente, bajo costo, no interfiere en el acto sexual, ofrecen privacidad.

Desventajas: No protegen contra ETS.

Efectos secundarios menores: Intolerancia gástrica, cefalea, aumento de peso, sangrado intermenstrual, alteración del metabolismo de carbohidratos, lípidos, cloasma, depresión y cambios en la libido.

Efectos secundarios mayores: Várices, predisponen a tromboflebitis, TEP, ECV, disfunción hepática, carcinoma de mama, carcinoma de cérvix.

Está contraindicado en diabetes, HTA, cardiopatía grave, menopausia, anemia falciforme y mayores de 35 años.

Como usarla:

Se inyecta una ampolla entre el primer y el séptimo día de iniciada la menstruación. Al mes exacto se administra una nueva inyección y se continúa así durante el tiempo que desee planificar.

- La inyección de tres meses es igual a la anterior solo que tres meses luego, se recomienda las dos primeras semanas utilizar métodos de barrera en la primera inyección.

Implante Subdérmico:

Está compuesto por pequeñas cápsulas fabricadas en material plástico que contienen una hormona llamada levonorgestrel que impide la ovulación.

Ejemplos:

- Jadelle: Conformado por dos cápsulas de 43 mm hechas con 75 mg de Levonorgestrel para un total de 150 mg.

El mecanismo de acción se centra en la inhibición de la ovulación suprimiendo o reduciendo LH, alterando el endometrio, aumentando la viscosidad del moco cervical.

Efectos colaterales: Cefalea, depresión, aumento o disminución de peso, disminución de la libido, mareos, cambios en el cabello, acné, cambios de humor, dolor abdominal bajo, quistes ováricos, amenorrea, mastalgia, hirsutismo.

Efectividad: Tiene una eficacia del 98% sin embargo la mujer puede pedir que se retire antes si desea quedar en embarazo

Ventajas: Este implante dura 5 años, la fertilidad regresa inmediatamente después de ser removidos los implantes, funciona 24 horas después de ser implantado, no interfiere en el acto sexual.

Desventajas: No protege contra ETS, debe ser colocado por un médico, su costo es elevado. No debe ser usado en mujeres con Ca de mama, problemas hepáticos, sangrados uterinos, HTA, periodos irregulares, hipercolesterolemia, cefalea, epilepsia, diabetes mellitus. Puede producir efectos secundarios tales como: Periodos irregulares, periodos prolongados, alopecia, acné, disminución de la libido, aumento de peso, depresión, cefaleas, la cirugía puede dejar una pequeña cicatriz.

Como usarlo

- Se insertan los tubos conteniendo progesterona quirúrgicamente subdérmicamente en el brazo no dominante de la mujer.

Implanon: Conformado por 1 cápsula de 43 mm hecha con 68 mg etonogestrel

Anticonceptivo de progestágeno, sub-dérmico de acción prolongada, efectivo por tres años.

Efectividad: Tiene una eficacia del 98% sin embargo la mujer puede pedir que se retire antes si desea quedar en embarazo.

Ventajas: Este implante dura 3 años, la fertilidad regresa inmediatamente después de ser removidos los implantes, funciona 24 horas después de ser implantado, no interfiere en el acto sexual.

Desventajas: No protege contra ETS, debe ser colocado por un médico, su costo es elevado. No debe ser usado en mujeres con Ca de mama, problemas hepáticos, sangrados uterinos, HTA, periodos irregulares, hipercolesterolemia, cefalea, epilepsia, diabetes mellitus. Puede producir efectos secundarios tales como: Periodos irregulares, periodos prolongados, alopecia, acné, disminución de la libido, aumento de peso, depresión, cefaleas, la cirugía puede dejar una pequeña cicatriz

Contraindicaciones

- Trastorno tromboembólico venoso activo.
- Tumores progestágeno-dependientes.
- Presencia o antecedentes de alteraciones hepáticas graves hasta que los valores de la función hepática no se hayan normalizado.
- Hemorragia vaginal no diagnosticada.
- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes

Forma de uso:

Implante sub-dérmico que se inserta en la parte superior del brazo, es recomendable aplicar el método del 1er. al 5to. Día del sangrado menstrual.

El mecanismo de acción de Implanon incluye la inhibición de la ovulación e incrementa la viscosidad del moco cervical.

Dispositivo Intrauterino Hormonal

Dispositivo intrauterino liberador de levogestrel, a pequeñas dosis directamente hacia el útero. Es 99.9% efectivo en la prevención del embarazo hasta por 5 años.

Se basa en una estructura plástica en forma de T impregnada con sulfato de bario para hacerlo visible en los rayos X. Alrededor de la parte vertical se encuentra un reservorio esteroideo, que consiste en un cilindro que contiene levogestrel mezclado con polidimetilsiloxano en igual concentración. El polidimetilsiloxano es quien regula la liberación de la hormona levogestrel dentro de la cavidad uterina.

Mecanismo de acción

- Detiene el esperma para que no alcance y fecunde el óvulo.
- Hace el endometrio más delgado.
- Impide que el ovario elimine el óvulo

Contraindicaciones

- Evidencia o sospecha de embarazo.
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Infección del tracto urinario.
- Infección del cérvix.
- Cáncer de útero o cuello uterino.

Anillo Vaginal (NuvaRing)

El anillo vaginal es un anillo pequeño y flexible que la mujer se coloca dentro de la vagina una vez por mes para prevenir embarazos. Se deja puesto durante tres semanas y se retira la siguiente semana, todos los meses. Comúnmente se le llama NuvaRing, que es su nombre comercial.

Al igual que otros métodos anticonceptivos, libera hormonas. Estos productos químicos controlan la manera en que funcionan las diferentes partes de nuestro cuerpo. Las hormonas de NuvaRing son las mismas hormonas que contienen las píldoras anticonceptivas: estrógeno y progestina. Las hormonas impiden la liberación de óvulos de los ovarios, es decir, impiden la ovulación. Las hormonas de NuvaRing también previenen el embarazo al engrosa el moco cervical. La mucosa bloquea el espermatozoide e impide que los espermatozoides fecunden los óvulos. Las hormonas también disminuyen el grosor del revestimiento del útero. En teoría, esto puede prevenir el embarazo evitando que el óvulo fertilizado se adhiera al útero.

Ya que el anillo funciona de la misma manera que la píldora, probablemente sus beneficios también coincidan. Estos beneficios para la salud pueden incluir protección contra lo siguiente:

- Acné
- Disminución de la masa ósea
- Dolores menstruales intensos
- Embarazo ectópico
- Cáncer de endometrio y de ovarios
- Períodos intensos y/o irregulares
- Anemia por insuficiencia de hierro
- Enfermedad pélvica inflamatoria, que generalmente conduce a la infertilidad cuando no se trata
- Síntomas premenstruales, incluidos dolores de cabeza y depresión
- Infección grave en los ovarios, trompas y útero

Ya que NuvaRing funciona de la misma manera que la píldora, probablemente sus desventajas también coincidan.

Posibles efectos secundarios del anillo vaginal

- Sangrado entre periodos menstruales

- Sensibilidad en los senos
- Náusea y vómito

NuvaRing podría causar efectos secundarios de más larga duración. Es posible que provoque un aumento en el flujo vaginal, irritación vaginal o infecciones.

Otros riesgos poco frecuentes son: presión sanguínea alta, tumores hepáticos, cálculos biliares o ictericia. Los riesgos de tener estos problemas aumentan si:

- 35 años o más
- Sobrepeso
- Trastornos heredados de coagulación
- Diabetes
- Hipertensión Arterial
- Hipercolesterolemia
- Fumadora

Se debe colocar un anillo nuevo dentro de la vagina y dejarlo colocado por un periodo de tres semanas seguidas. Luego, se debe quitar el anillo y no volver a colocar un anillo durante una semana: tres semanas con anillo y una semana sin anillo. Al finalizar la cuarta semana, coloca un nuevo anillo.

El uso del anillo:

- Almacena los anillos sin usar a temperatura ambiente y mantenlos fuera del alcance de la luz solar directa.
- Verifica la fecha de vencimiento de cada paquete de anillos antes de su colocación.
- Lávate las manos con agua y jabón.
- Usa los dedos para unir los lados del anillo.
- Empuja cuidadosamente el anillo dentro de la vagina.
- La posición exacta del anillo no tiene importancia.
- No hay necesidad de retirar el anillo durante las relaciones sexuales vaginales.
- Retíralo en tres semanas, el mismo día de la semana en que te lo colocaste por primera vez.
- Engancha tu dedo debajo del aro de adelante y retira cuidadosamente el anillo de la vagina.
- Envuélvelo en su envoltura original y tíralo en la basura, no lo tires por el inodoro. Los anillos usados aún contienen hormonas.
- Después de una semana sin el anillo, coloca uno nuevo: el mismo día de la semana en que colocaste el anterior en tu último ciclo menstrual.

Durante el descanso de una semana, generalmente tendrás tu periodo menstrual. Es posible que todavía continúes con el sangrado cuando coloques un nuevo anillo. Esto también es normal. Pero es muy importante que coloques el anillo el mismo día de la semana en que colocaste el anillo del último ciclo; de lo contrario, podrías quedar embarazada.

Parche Transdérmico EVRA

Cada parche transdérmico de 20 cm² contiene 6 mg de norelgestromina (NGMN) y 600 microgramos de etinilestradiol (EE). Cada parche transdérmico libera una media de 203 microgramos de NGMN y 33,9 microgramos de EE cada 24 horas.

Parche transdérmico fino tipo matriz que consta de tres capas. La parte externa de la capa exterior es beige y lleva el termograbado: "EVRA".

Indicaciones Terapéuticas de EVRA Parche transdérmico 6 mg/600 mcg

- Anticoncepción femenina: EVRA está indicado en mujeres en edad fértil. Se ha establecido la seguridad y la eficacia en mujeres de edades comprendidas entre los 18 y los 45 años.

Posología

Los parches transdérmicos deben llevarse sólo de uno en uno. Cuando se retira un parche transdérmico, se debe sustituir inmediatamente por otro nuevo el mismo día de la semana (Día de Cambio) el Día 8 y Día 15 del ciclo. Los cambios de parche transdérmico se pueden hacer a cualquier hora del Día de Cambio programado. El Día 22 de la cuarta semana comienza la semana de descanso sin parche transdérmico. El nuevo ciclo anticonceptivo comienza al día siguiente de la semana sin parche transdérmico; el siguiente parche transdérmico EVRA debe ponerse incluso si no ha habido sangrado por privación o si se continúa con dicho sangrado. En ningún caso puede haber más de 7 días de descanso sin parche transdérmico entre ciclos de dosificación. Si pasan más de 7 días sin parche transdérmico, la usuaria podría quedar sin protección contra el embarazo. En este caso, se debe usar al mismo tiempo un anticonceptivo no hormonal durante 7 días. El riesgo de ovulación aumenta cada día que pase del período de descanso recomendado. Si ha mantenido relaciones sexuales durante este período prolongado sin parche, debe tener en cuenta la posibilidad de embarazo.

Forma de administración

EVRA debe aplicarse en la piel sana e intacta, sin vello, seca y limpia del glúteo, abdomen, parte exterior del brazo o parte superior del torso, en un lugar donde no roce con la ropa. EVRA no debe ponerse en las mamas ni sobre piel que esté enrojecida, irritada o cortada. Cada parche transdérmico consecutivo debe ponerse en un sitio diferente de la piel a fin de evitar una posible irritación, aunque puede ponerse en la misma zona anatómica.

Hay que presionar bien sobre el parche transdérmico hasta que los bordes estén bien pegados. Para que no haya interferencias con las propiedades adhesivas del parche transdérmico, no debe aplicarse maquillaje, cremas, lociones, polvos u otros productos tópicos en la zona de la piel donde esté el parche transdérmico o donde se vaya a poner en breve. Se recomienda que las usuarias comprueben visualmente el parche

transdérmico todos los días para garantizar que sigue bien pegado. El parche transdérmico de EVRA no se debe cortar, dañar o modificar de ninguna manera ya que la eficacia anticonceptiva se puede ver afectada.

Qué hacer si el parche transdérmico se despegaba total o parcialmente

Si el parche transdérmico EVRA se despegaba parcial o completamente y se queda despegado, no se liberará cantidad suficiente de principio activo.

En el caso de que EVRA esté parcialmente despegado:

- menos de un día (hasta 24 horas): debe volverse a poner en el mismo sitio o cambiarse de inmediato por un nuevo parche transdérmico EVRA. No es necesario tomar otras medidas anticonceptivas. El siguiente parche transdérmico EVRA debe ponerse el "Día de Cambio" habitual.
- más de un día (24 horas o más) o si desconoce cuándo se despegaron los bordes o se despegó el parche transdérmico: la usuaria puede no estar protegida contra el embarazo. Deberá parar el ciclo anticonceptivo actual y comenzar inmediatamente un nuevo ciclo colocándose un parche transdérmico EVRA nuevo. A partir de ahora habrá un nuevo "Día 1" y un nuevo "Día de Cambio". Deberá usar al mismo tiempo otro método anticonceptivo no hormonal sólo durante los primeros 7 días del nuevo ciclo.

El parche transdérmico no debe volverse a poner si ya no pega; debe ponerse otro parche transdérmico nuevo de inmediato. No debe utilizar ningún tipo de adhesivo o venda para fijar el parche transdérmico EVRA.

EVRA no debe utilizarse cuando concorra una de las siguientes enfermedades. Si se produjera alguna de estas enfermedades durante el uso de EVRA, debe suspenderse el tratamiento con EVRA de inmediato.

- Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes incluidos
- Presencia o historia de trombosis venosa, con o sin presencia de embolia pulmonar
- Presencia o historia de trombosis arterial (p.ej. accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, trombosis de retina) o pródromos de una trombosis (p.ej. angina de pecho o ataque isquémico transitorio)
- Migraña con aura focal
- Presencia de factores de riesgo múltiples o graves de trombosis arterial:
- Hipertensión grave (valores persistentes de la presión sistólica de ≥ 160 mm Hg o de ≥ 100 mm Hg de la diastólica)
- Diabetes mellitus con afectación vascular
- Dislipoproteinemia hereditaria
- Posibles causas de predisposición hereditaria a la trombosis venosa o arterial, tales como resistencia a la proteína C activada (APC), deficiencia de antitrombina-III, deficiencia de proteína C, deficiencia de proteína S,

- hiperhomocisteinemia y anticuerpos antifosfolípidos (anticuerpos anticardiolipínicos, anticoagulante lúpico)
- Presencia o sospecha de carcinoma de mama
 - Carcinoma de endometrio o presencia o sospecha de otra neoplasia estrógeno-dependiente
 - Función hepática anormal relacionada con enfermedad hepatocelular crónica o aguda
 - Adenomas o carcinomas hepáticos
 - Hemorragia genital anormal sin diagnosticar

1.6.4 Métodos Definitivos

Ligadura de trompas

Procedimiento quirúrgico consistente en la selección y ligadura de las trompas de Falopio, lugar habitual de la fecundación, que comunica los ovarios con el útero. Es el método anticonceptivo que más se usa en el mundo: más de 150 millones de mujeres se han esterilizado.

Efectividad: Es el método más seguro 99.5%

Ventajas: Muy efectivo, no interfiere en el coito

Desventajas: Es permanente, No protege contra ETS, solo se efectúa en mujeres totalmente seguras de no tener más hijos.

Vasectomía

Procedimiento quirúrgico donde los tubos deferentes son cortados, ligados o cauterizados, esto previene que los espermatozoides sean eyaculados.

Efectividad: 99.5%

Ventajas: No interfiere en la erección o en la eyaculación. No se conocen efectos secundarios, no interviene en la relación sexual.

Desventajas: Es permanente, requiere chequeo médico previo, se efectúa cuando el hombre está completamente seguro.

Se debe utilizar condón por las 20 primeras relaciones sexuales o 3 meses.

1.6.5 Anticoncepción de emergencia.

Métodos que pueden usarse como respaldo para emergencias contraceptivas, dentro de la oportunidad más inmediata posterior a una relación sexual en la que no usó método, o el usado presentó falla.

Es importante resaltar que NO debe usarse como método de uso reiterado. Como su nombre lo indica, es una opción de emergencia que contribuye a prevenir embarazos no deseados.

La anticoncepción de emergencia, o anticoncepción post coital son métodos de anticoncepción que pueden usarse para prevenir el embarazo en los primeros 5 días después del coito. Están diseñados para el uso de emergencia después de relaciones sexuales voluntarias sin uso de método anticonceptivo, fracaso o uso indebido de anticonceptivos, violación o seo forzado.

Existen disponibles 4 métodos anticonceptivos de emergencia. El dispositivo intrauterino de cobre (8Cu-DIU) para AE y 3 tipos diferentes de píldoras anticonceptivas de emergencia: acetato de ulipristal, levonorgestrel y combinadas de estrógeno progestágeno

1. Los DIU de cobre. Reduce el riesgo de embarazo en más de 905 si se inserta dentro de las 120 horas posteriores al coito, después de relaciones sexuales sin protección
2. Píldoras anticonceptivas de emergencia de Levonorgestrel: Se recomienda dosis única de 1,50 mg (2 comprimidos de 0,75 mg o 1 de 1,50 mg)
3. Acetato de ulipristal. Se recomienda dosis única 1 tableta de 30 mg. Puede ser más efectivo que las otras opciones entre las 72 horas y 120 horas después de la relación sexual sin protección. En caso de vomito dentro de las primeras 3 horas después de tomar la dosis de Ulipristal, se recomienda tomar otra dosis tan pronto sea posible.
4. Píldoras anticonceptivas combinadas de estrógeno-progestágeno: Se recomienda dosis dividida de 1100 mcg de etinilestradiol + 0,50 mg de Levonorgestrel cada 12 horas.

La efectividad de cada método varía de acuerdo con las circunstancias individuales, incluyendo el tipo de AE elegido, el día del ciclo menstrual y el tiempo transcurrido entre la relación sexual sin protección y el inicio de las píldoras anticonceptivas de emergencia. Cuando las PAE se usan dentro de las 120 horas la tasa estimada de embarazos es del 1,15 a 1,3% para Levonorgestrel y alrededor de 3.25 es decir previenen alrededor del 855 de los embarazos estimados.

Indicaciones: Los 3 tipos de PAE, deben tomarse tan pronto como sea posible después del coito sin protección, dentro de las 120 horas. Son más efectivas las primeras 72 horas.

Posterior a la elección y suministro del método anticonceptivo se debe orientar e informar a la persona sobre.

- Signos de alarma por los que debe consultar
- Importancia de los controles y su frecuencia
- Prevención de ITS (uso de condón como método de protección adicional)

Cuadro 2: Periodicidad de los controles según método anticonceptivo

METODO	PERIODICIDAD
Naturales	Cada año
Amenorrea de la lactancia	A los tres meses posparto
Hormonales	A los tres meses y luego cada año
Implante Sub dérmico	Al mes, a los tres meses y luego cada año
DIU de intervalo	Al mes, seis meses y luego cada año
DIU Intracavárea o Postparto inmediato	En la consulta de puerperio, al tercer mes del posparto, y luego cada año
DIU Posaborto:	Al mes, tres meses y luego cada año
Esterilización quirúrgica masculina: (vasectomía)	A la semana y luego a los tres meses con recuento espermático. Posteriormente cada año por 2 años.
Esterilización quirúrgica femenina	A la semana postquirúrgico y al año

Nota: Se recomiendan estos intervalos, pero las visitas de control podrán realizarse según la usuaria o cuando el profesional de salud lo estime conveniente, y en esta se debe hacer una valoración de la satisfacción con el método, efectos secundarios y su manejo.

Fuente: World Health Organization Criterios de Elegibilidad OMS 2015 y Selected practice recommendations for contraceptives use. Third edition 2016.

1.7 Enfermedades de Transmisión Sexual

Abordaje Sindromático de las ETS

El abordaje sindromático constituye la mejor alternativa, por lo que se ha seleccionado como el manejo de elección de la mayoría de casos de ETS en Colombia.

El enfoque o abordaje sindromático comprende la identificación clínica de un síndrome asociado a un número de agentes etiológicos bien definidos, ofreciendo tratamiento para la mayoría de los agentes responsables más frecuentemente de dicho síndrome en la localidad.

Definición

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son todas aquellas infecciones que se transmiten principalmente a través del contacto sexual, fundamentalmente durante las relaciones sexuales penetrativas de pene o lengua a vagina, ano, o cavidad oral. Algunas también son transmitidas de madre a hijo, durante la gestación, el parto, o la lactancia, y/o a través del contacto sanguíneo. Su transmisión sexual ocurre cuando se presenta un comportamiento sexual de riesgo, el cual puede definirse como el antecedente de por lo menos UN contacto sexual penetrativo sin protección (sin uso de condón) con una persona de la cual se ignora si tiene o no una ETS, o se conoce que la tiene.

Descripción Clínica

Las ETS pueden ser sintomáticas o asintomáticas; alrededor de 5 de cada 10 hombres y 8 de cada 10 mujeres con ETS no desarrollan síntomas. Por eso deben buscarse en toda persona que presente un comportamiento sexual de riesgo, así no presente síntomas. De hecho, las ETS son transmitidas usualmente por personas que tienen infecciones asintomáticas o que tienen síntomas que ignoran.

Cuando una ETS es sintomática, se puede manifestar más frecuentemente como alguno de los síndromes relacionados en la clasificación por síndromes, sin embargo no son las únicas manifestaciones posibles; en general, es importante recordar que así como no toda manifestación en genitales es una ETS, no todas las ETS presentan manifestaciones en genitales. Los períodos de incubación son muy variables para cada síndrome. Los períodos de transmisibilidad también son variables, e incluyen estados asintomáticos; sin embargo algunas infecciones parecen requerir de lesiones activas (HSV 2, VPH).

Las ETS pueden clasificarse, entre otras maneras, según el síndrome asociado con mayor frecuencia.

Enfermedades que cursan con úlceras genitales

El herpes genital es la causa más frecuente de úlcera genital, seguida de sífilis y menos frecuentemente del chancroide.

1.7.1 Sífilis

Se adquiere en la mayoría de los casos por contacto sexual directo con una persona en el estadio primario de la enfermedad, aunque el período secundario es el más contagioso por cursar con una gran cantidad de lesiones cutáneas contagiosas. La contagiosidad decrece a partir de los 2 primeros años de tener la infección y alcanza hasta el período de latencia, pero casi no es contagiosa en el período de sífilis tardía.

Es causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, que precisa traspasar la piel hasta la capa basal y la dermis donde se multiplica y alcanza los vasos sanguíneos, pudiendo diseminarse por vía sanguínea y por vía linfática.

Se clasifica en adquirida y congénita. A su vez, la sífilis adquirida se subdivide en precoz cuando la infección es de menos de un año de evolución y tardía cuando es superior a un año. La sífilis precoz se subdivide en 3 formas: sífilis primaria, secundaria y latente

- Sífilis primaria: Aparición de un chancro indoloro, ulcerado. En el hombre (glande, surco balanoprepucial y cuerpo del pene). En la mujer (vulva, vagina, cérvix uterina). Puede aparecer de 2 a 3 semanas del contacto.
- Sífilis secundaria: 6 a 12 semanas después del contagio, si no hay tratamiento, aparecen lesiones exantemáticas maculares mucocutáneas en boca, encías, palmas de las manos, plantas de los pies y superficies de flexión; adenopatías generalizadas, hepatoesplenomegalia. Las lesiones pueden estar presentes por una semana y hasta por un año.
- Sífilis terciaria: Se puede presentar como forma benigna que se caracteriza por una lesión llamada goma, una masa indolora, de crecimiento lento, localizadas en la piel, boca, nariz, faringe, laringe y huesos. Puede aparecer sífilis cardiovascular que puede producir aneurismas aórticas, torácicas y valvulopatías

cardiacas. También puede presentarse neurosífilis donde hay parálisis de los pares craneanos, signos meníngeos.

- Sífilis latente: Asintomática o presentar recidivas de sífilis secundaria.
- Sífilis congénita: Puede suceder en cualquier momento del embarazo, puede ocasionar abortos o manifestarse en el recién nacido hepatoesplenomegalia, ictericia, hemorragias, lesiones óseas (tibia en sable) y dentales.

Diagnóstico:

La positividad de los test serológicos inespecíficos obliga a realizar pruebas treponémicas. El diagnóstico de neurosífilis precisa varios test y el estudio del líquido cefalorraquídeo.

- Diagnóstico directo: consiste en la identificación directa del *Treponema pallidum* en el microscopio de campo oscuro o mediante inmunofluorescencia directa utilizando la exudación del chancro. Las técnicas de inmunoperoxidasas se utilizan en tejidos de biopsia.
- Diagnóstico indirecto: mediante test serológicos: se basa en la detección de Ac. en el suero de los pacientes. Los anticuerpos pueden ser inespecíficos o específicos.
- Reagínicos o inespecíficos: son pruebas de alta sensibilidad y de baja especificidad. Las comunes son RPR y VDRL. Son siempre positivas en pacientes con sífilis secundaria. Se utilizan para el muestreo de grandes poblaciones y para el control del tratamiento pues negativizan entre 6 y 12 meses. No confirman la presencia de infección porque dan muchos falsos positivos.
- Específicos o treponémicos: FTA-ABS, TPHA, TPPA. Los falsos positivos son muy raros porque utilizan como antígeno al *Treponema pallidum*. Suelen permanecer positivas durante tiempo indefinido.

Tratamiento

- Penicilina en todas las fases o durante el embarazo.
- En los pacientes alérgicos se usa cefalexina, eritromicina o tetraciclinas.
- Después de tratamiento realizar VDRL a los 3, 6 y 12 meses.

1.7.2 Herpes Genital

Generalmente es causado por el VHS tipo II, aunque cada vez aumenta la frecuencia del VHS tipo I que puede explicar hasta el 20% de las infecciones.

La primoinfección puede ser asintomática o presentarse de forma subclínica por lo que está infradiagnosticado, hasta que debuta como vulvovaginitis o balanopositis con afectación en el lugar de contacto. Cursa con vesículas confluentes y dolorosas que se ulceran en pocos días en genitales externos, cérvix uretra y recto. Puede provocar disuria, leucorrea y linfadenopatías regionales bilaterales. Puede complicarse con fiebre, cefalea, dolor abdominal, mal estado general, mialgia, neuropatía y meningitis.

Aunque los síntomas y las lesiones cutáneas desaparecen el virus permanece latente en los ganglios regionales sensitivos, desde donde se reactiva periódicamente. Los

síntomas de las recidivas o recurrencias son similares a los de la primoinfección aunque menos graves y sin alteración general.

La mayoría de las personas seropositivas eliminan periódicamente partículas virales a través de los genitales, pudiendo transmitir la infección en ausencia de lesiones cutáneas.

El diagnóstico se realiza por visualización de las vesículas y úlceras genitales acompañadas de adenopatía ipsilateral hipersensible y por cultivo de HVS tipo I y tipo II.

El Aciclovir por vía oral constituye la primera línea terapéutica. El Famciclovir y el Valaciclovir presentan la misma eficacia terapéutica y toxicidad que el Aciclovir. Por el precio y por la comodidad de administración, Valaciclovir es el fármaco más recomendable para el tratamiento de las recurrencias del herpes genital.

1.7.3 Chancroide (Chancro Blando)

El chancroide o chancro blando es una infección de transmisión sexual causada por una bacteria gram negativa llamada *Haemophilus ducreyi*. Se manifiesta frecuentemente a modo de úlcera genital simulando un chancro de carácter sifilítico. Se diferencia de éste por ser doloroso y de aspecto sucio.

La enfermedad se encuentra principalmente en las naciones en vías de desarrollo y países del tercer mundo.

Los hombres no circuncidados tienen un riesgo mayor de contraer el chancroide de una pareja infectada. Por otra parte, el chancroide es un factor de riesgo para contraer el virus del sida (VIH).

Después de un período de incubación de un día a dos semanas, el chancroide comienza con una pequeña hinchazón que se torna en una úlcera después de un día de aparición. La úlcera característicamente:

- Tiene un rango dramático de tamaño entre 3 y 50 mm (1/8 a 2 pulgadas).
- Tiene bordes irregulares y bordes mellados.
- Tiene una base cubierta con material gris amarillento.
- Sangra ocasionalmente en la base si es traumatizada o raspada.
- Es muy muy dolorosa.

La definición clínica estándar de un probable chancroide, incluye todas las siguientes:

- Paciente que tienen una o más úlceras genitales. La combinación de una úlcera dolorosa con una adenopatía sensible es sugestiva de chancroide, la presencia de adenopatía supurativa es casi patognomónico.
- Ausencia de evidencias de *Treponema pallidum*, indicado por examen de campo-oscuro de la úlcera o por examen serológico para el Sífilis, realizada al menos 7 días después de la aparición de la úlcera.
- La presentación clínica no es típica de la enfermedad herpes genital (Virus del herpes simple), o un resultado negativo en un cultivo del VIH.

Aproximadamente la mitad de los hombres infectados presentan una sola úlcera. Las mujeres infectadas, por lo general tienen cuatro o más úlceras con menos sintomatología. Las úlceras aparecen en lugares específicos, con especial frecuencia en hombres no circuncidados o en los labios menores femeninos. Su tratamiento es de carácter antibiótico.

Se recomienda el tratamiento con eritromicina, 500 mg v.o. cada 6 h durante por 7 d.

1.7.4 Enfermedades que cursan con uretritis y cervicitis

Infección por *Chlamydia trachomatis*

Se manifiesta asintomático en el 80% de los casos. El período de incubación oscila entre 7 y 12 días. Infecta sobre todo a adolescentes y adultos jóvenes. El riesgo que reviste en ausencia de tratamiento es la epididimorquitis en el varón y la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) en las mujeres (hasta un 40%), produciendo dolor pélvico crónico y lesión tubárica.

Un 20% de las mujeres que desarrollaron EIP quedan estériles y un 8% tiene gestaciones ectópicas. En las mujeres embarazadas, puede transmitirse al neonato dando lugar a conjuntivitis y neumonía. La OMS estima que la incidencia en el mundo por Clamidia es de 50 millones de casos al año.

Diagnóstico

El cultivo celular en muestras procedentes de endocérvix en mujeres y uretrales en varones tiene una especificidad del 100%, pero es poco sensible por la dificultad en la recogida de las muestras.

Dada la complejidad de aislamiento del germen, se realizan técnicas de detección de antígenos mediante fluorescencia directa (DFA), enzimo-inmuno-ensayo (EIA) y técnicas de amplificación del ADN.

Infección Por *Gonococo*

Está causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, diplococo Gram negativo que tiene tropismo por la mucosa uretral del endocérvix y el recto, por lo que su transmisión se realiza durante actos sexuales. La infección genital es asintomática hasta en el 50% de los casos. Lo más característico en las mujeres es la leucorrea y la secreción mucopurulenta por endocérvix, y en el caso de los varones, supuración amarillenta por uretra tras 6 días de incubación con picor y escozor en meato urinario. En un porcentaje importante causa como complicaciones infecciones del tracto genital superior dando lugar a una EIP.

La infección puede ser anorrectal frecuentemente asintomática que a veces se presenta como prurito anal, tenesmo rectal y secreción de exudado purulenta y también oro faríngea en función de los actos sexuales practicados.

Hasta en un 30% de los pacientes, la infección se disemina desde un foco primario mal tratado o asintomático produciendo septicemia gonocócica que cursa con fiebre, mal estado general, artralgias migratorias y lesiones cutáneas, como petequias, pápulas, pústulas hemorrágicas, foliculitis y abscesos. En el 2% de los casos, hay afectación visceral, siendo los órganos más afectados: corazón, hígado y meninges.

Si la padece una mujer embarazada, puede afectar al recién nacido, cursando con conjuntivitis, edema de párpados y secreción amarillo-verdosa a los 2 ó 5 días del nacimiento, que puede conducir a ceguera y sepsis, incluyendo artritis y meningitis.

Diagnóstico

Es imprescindible realizar cultivo del exudado de uretra, endocérnix y ano, también de orofaringe si la clínica lo aconseja. En el medio de Thayer-Martin la sensibilidad alcanza el 95% y nos permite realizar antibiograma. En caso de infección diseminada, el hemocultivo es positivo en un 40% de los casos y en líquido articular en un 20%.

La tinción con Gram del exudado purulento. Permite visualizar al momento la Neisseria como diplococos gramnegativos intracelulares rodeados de polimorfonucleares.

1.7.5 Enfermedades Que Cursan Con Leucorrea

Las vulvovaginitis se acompañan de secreción vaginal siendo el motivo más frecuente de consulta ambulatoria por causa ginecológica. Además de la secreción, cursan con prurito, molestias locales, disuria y dispareunia, aunque según la etiología pueden ser asintomáticas. La más frecuente, 40-50%, es la vaginosis bacteriana, seguida por la candidiasis con un 20-25% y del 15-20% por trichomoniasis. El 10% restante incluye otras vaginitis no todas infecciosas, como la atrófica y la producida por cuerpos extraños.

Candidiasis vulvovaginal

Está causada por la Candida albicans en el 80-90% de los casos. Es muy frecuente. Se estima que un 75% de mujeres ha sufrido al menos un proceso y un 45% ha presentado 2 o más episodios de infección vulvovaginal.

El síntoma predominante es el prurito acompañado a veces de dolor y ardor vulvovaginal, con escasa secreción espesa y blanca como "requesón". En el 5% de las mujeres se cronifica como candidiasis recidivante que se define por 4 o más episodios en 1 año. Suele relacionarse con diabetes mellitus, embarazo, antibiótico terapia, malnutrición, inmunosupresión o tratamientos con corticoides.

Diagnóstico

- Frotis en fresco: añadiendo solución salina a la secreción vaginal se ven directamente al microscopio hifas, con
- una sensibilidad del 50%, si se añade una gota de KOH mejora la sensibilidad hasta un 70%.
- Tinción Gram: sobre el exudado vaginal se demuestra la presencia de esporas e hifas.

- Cultivo en medio de Sabouraud: sólo es necesario en caso de resistencia y recurrencia o recidivas sin factores de riesgo conocidos.

Los tratamientos tópicos son efectivos aplicados intravaginalmente y en región vulvar. Los derivados azólicos son más efectivos que la nistatina.

Vaginosis Bacteriana

El síndrome clínico de la vaginosis bacteriana (VB) es el resultado de la sustitución de los lactobacillus vaginales y la producción de hiperóxido de oxígeno H_2O_2 por altas concentraciones de bacterias anaeróbicas como la *Gardnerella vaginalis*, el *Mobiluncus* y *Mycoplasma hominis*.

Representa una alteración del equilibrio del ecosistema bacteriano vaginal, con una concentración total de microorganismos que se multiplican por 100.

El síntoma más característico es una secreción blancogrisácea maloliente y en ocasiones espumosa que no produce irritación en la mayoría de los casos. La VB se relaciona con la endometritis postaborto, con el aborto tardío, el parto pretérmino, la rotura prematura de membranas y la endometritis postparto y los abscesos posquirúrgicos.

Diagnóstico

- Clínico: se fundamenta en la presencia de, al menos, 3 de los criterios de Amsey: secreción vaginal característica blanca, homogénea, adherida a paredes vaginales. PH superior a 4,5. Olor a aminas. Al añadir al exudado una gota de KOH al 10% se produce olor "a pescado". Presencia de células clave o clue-cells en el frotis de la secreción y suero salino con observación directa al microscopio.
- Laboratorio: la tinción de Gram y la citología ayuda al diagnóstico. No se recomienda cultivo por su baja especificidad.

No hay consenso en si debe ser tratada la infección cuando es asintomática. Está claro que deben tratarse todas las pacientes sintomáticas y aquellas programadas para intervenciones ginecológicas (legrado, histerectomía, etc.), y todas las embarazadas con o sin sintomatología que están infectadas.

1.7.6 Trichomoniasis

La *Trichomona* es un protozoo que se inocula directamente en vagina por transmisión sexual. Es asintomática en el 50% de los casos. Cursa con leucorrea maloliente de color amarillo verdoso y espumosa y, a medida que aumenta la respuesta inflamatoria, aumenta el dolor vaginal, el prurito, la dispareunia, la hemorragia postcoital e incluso aparecen molestias pélvicas hipogástricas que traducen la evolución desde una vulvovaginitis, cervicitis hasta una endometritis y salpingitis.

Diagnóstico

- Visualización directa en el microscopio (frotis vaginal) mezclando la secreción con suero fisiológico: se identifica el protozoo flagelado fácilmente por sus movimientos.
- Cultivo vaginal: cuando se sospecha por la clínica y la inspección de cérvix y vagina y no se dispone de microscopio en consulta.
- En citología: suele ser un hallazgo, la paciente se encuentra asintomática y es preciso confirmar el diagnóstico mediante observación directa o cultivo.

A diferencia de las VB y candidiasis es imprescindible el tratamiento de la pareja para evitar reinfecciones.

En la mujer embarazada debe evitarse el tratamiento por vía oral en los 3 primeros meses de embarazo.

1.7.7 Actividades de Enfermería Generales Para ETS.

- Administrar los medicamentos según orden médica.
- Examinar los genitales externos para detectar lesiones y características. Registrar en las notas de enfermería
- Lavado estricto de manos antes y después de tener contacto con el paciente, aplicar las normas de bioseguridad.
- Se deben mantener las lesiones limpias y secas empleando las normas para la atención de piel y las heridas.
- Enseñar al paciente lavado estricto de manos y las técnicas del cuidado de las lesiones.
- En caso de sífilis tardía, evaluar al paciente de acuerdo a los órganos comprometidos
- Informar al paciente de la necesidad de repetir la prueba VDRL cada 3 meses durante 1 año y la repetición de controles cada 6 meses durante 2 años. (En caso de sífilis)
- Informar al paciente que debe abstenerse de tener relaciones sexuales hasta que se recupere.
- Educar al paciente respecto al uso de ropa interior floja y de algodón, realizar higiene peri-anal frecuente con el respectivo cambio de ropa interior y realizar baños de asiento.
- Enseñar al paciente las vías de contagio de estas patologías.
- Toma de laboratorios según indicación. (FFV; fu; urocultivo y muestras sanguíneas, HIV, carga viral, Hemocultivos).
- Discutir la necesidad de comunicar el diagnóstico a las parejas sexuales y la necesidad que estas soliciten atención médica inmediata.

1.7.8 Prevención Enfermedades de transmisión sexual

Algunas ETS se asocian al VIH?

Sí. En los Estados Unidos, las personas que contraen sífilis, gonorrea y herpes a menudo también tienen el VIH, o tienen más probabilidades de contraer este virus en el futuro.

¿Por qué tener una ETS me pone en mayor riesgo de contraer el VIH?

Si usted tiene una ETS, tiene más probabilidades de contraer el VIH que una persona que no tiene una enfermedad de transmisión sexual. Esto se debe a que las mismas conductas y circunstancias que lo pueden poner en riesgo de contraer una ETS también lo pueden poner en mayor riesgo de contraer el VIH. Además, si tiene una llaga o herida en la piel causada por una ETS, el VIH podría entrar con más facilidad al cuerpo. ¿Qué actividades me pueden poner en riesgo de contraer tanto enfermedades de transmisión sexual como el VIH?

Tener relaciones sexuales anales, vaginales u orales sin condón; tener múltiples parejas sexuales; tener parejas sexuales anónimas; tener relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol o de drogas puede disminuir las inhibiciones y hacer que corra mayores riesgos sexuales.

¿Qué puedo hacer para evitar contraer las ETS y el VIH?

La única manera de evitar las ETS es no tener relaciones sexuales vaginales, anales ni orales. Si usted es sexualmente activo, puede hacer las siguientes cosas para disminuir las probabilidades de contraer una ETS y el VIH:

Elija conductas sexuales de menor riesgo.

Use condones de manera constante y correcta.

Reduzca la cantidad de personas con las que tiene relaciones sexuales.

Limite o elimine el consumo de drogas y alcohol antes de tener relaciones sexuales y durante estas.

Tenga una conversación honesta y abierta con su proveedor de atención médica y pregúntele si debe hacerse pruebas de detección de ETS y del VIH.

Hable con su proveedor de atención médica y averigüe si la profilaxis preexposición (o PrEP) es una buena opción para usted para prevenir la infección por el VIH.

Si ya tengo el VIH y luego contraigo una ETS, ¿eso pone a mi pareja sexual (o parejas sexuales) en mayor riesgo de contraer el VIH?

Puede que sí. Si usted ya tiene el VIH y luego contrae otra ETS, esto puede poner a sus parejas sexuales VIH negativas en mayor riesgo de contraer el VIH de usted.

Sus parejas sexuales tienen menos probabilidades de contraer el VIH si usted hace lo siguiente:

Recibe terapia antirretroviral (TARV). La TARV reduce la cantidad de virus (carga viral) en la sangre y en los líquidos del cuerpo. Si toma los medicamentos de manera constante, la TARV lo puede mantener sano por muchos años y reducir significativamente las probabilidades de que usted les transmita el VIH a sus parejas sexuales.

Elige conductas sexuales de menor riesgo.

Usa condones de manera constante y correcta.

El riesgo de contraer el VIH también puede reducirse si su pareja recibe profilaxis preexposición (o PrEP) después de hablar de esta alternativa con su proveedor de atención médica y determinar si es adecuada.

¿El tratamiento contra las ETS evitará que contraiga el VIH?

No. Eso no es suficiente.

Si recibe tratamiento contra una ETS, esto ayudará a prevenir las complicaciones de esa afección y evitará que se la transmita a sus parejas sexuales. El tratamiento contra una ETS que no sea el VIH no previene la propagación del VIH.

Si le diagnostican una ETS, hable con su médico acerca de cómo puede protegerse y proteger a su pareja (o parejas) para evitar que se vuelvan a contagiar la misma ETS o que contraigan el VIH.

1.8 Prevención del cáncer cervico uterina y de seno

El cáncer constituye un grupo de enfermedades que reúne más de 150 patologías con características etiológicas y biológicas que requieren intervenciones comunes o diferenciales para su prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento. Esta enfermedad representa en la actualidad la principal causa de muerte en muchos países de altos ingresos, y se convertirá en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en las próximas décadas en todas las regiones del mundo, independientemente de su nivel de recursos (Bray F et al., *Lancet Oncology*, 2012). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, para el año 2012, en el mundo se presentaron 14.090.000 casos nuevos de cáncer. Se prevé que a 2030 esta cifra alcanzará los 21.681.000 casos, siendo los países del África, Asia y América Latina quienes tendrán los mayores incrementos (Jemal A, et al. *El Atlas del Cáncer*. Segunda edición. Atlanta, GA:American Cancer Society; 2014).

La prevención del cáncer consiste en las medidas que se toman para reducir la probabilidad de presentar esta enfermedad. Con la prevención del cáncer, se reduce el número de casos nuevos en un grupo o población. Se espera que esto reduzca el número de muertes causadas por el cáncer.

Para prevenir el inicio de cánceres nuevos, los científicos analizan los factores de riesgo y los factores de protección. Cualquier cosa que aumenta su riesgo de cáncer se llama factor de riesgo de cáncer; cualquier cosa que disminuye su riesgo de cáncer se llama factor de protección de cáncer.

Algunos factores de riesgo de cáncer se pueden evitar, pero muchos otros no. Por ejemplo, tanto fumar como heredar ciertos genes son factores de riesgo de algunos tipos de cáncer, pero solo se puede evitar fumar. El ejercicio regular y una alimentación saludable pueden ser factores de protección para algunos tipos de cáncer. Evitar los factores de riesgo y aumentar los factores de protección puede reducir su riesgo, pero esto no significa que no se enfermará de cáncer.

Las siguientes son las diferentes formas de prevenir el cáncer que están en estudio:

Cambiar el estilo de vida o los hábitos de alimentación.

Evitar las cosas que se sabe que causan cáncer.

Tomar medicinas para tratar una afección precancerosa o para evitar que se presente cáncer.

1.8.1 Cáncer de mama

El cáncer de mama es una enfermedad en la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de la mama.

La mama está compuesta de lóbulos y conductos. Cada mama tiene de 15 a 20 secciones que se llaman lóbulos, que tienen muchas secciones más pequeñas llamadas lobulillos. Los lobulillos terminan en docenas de bulbos diminutos que pueden producir

leche. Los lóbulos, los lobulillos y los bulbos están conectados por tubos delgados llamados conductos.

Se muestran el pezón y la aréola en la parte externa de la mama. También se muestran los ganglios linfáticos, los lóbulos, los lobulillos, los conductos y otras partes internas de la mama.

Cada mama también tiene vasos sanguíneos y vasos linfáticos. Los vasos linfáticos transportan un líquido casi incoloro que se llama linfa y conducen a órganos que se llaman ganglios linfáticos. Los ganglios linfáticos son estructuras pequeñas en forma de frijol que se encuentran en todo el cuerpo. Estos filtran la linfa y almacenan los glóbulos blancos, que ayudan a combatir infecciones y enfermedades. Hay racimos de ganglios linfáticos que se encuentran cerca de la mama, en la axila (debajo el brazo), sobre la clavícula y en el pecho.

El cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en las células de la glándula mamaria. Un tumor maligno es un grupo de células cancerosas que pueden crecer penetrando (invadiendo) los tejidos circundantes o que pueden propagarse (hacer metástasis) a áreas distantes del cuerpo. Esta enfermedad ocurre casi exclusivamente en las mujeres, pero los hombres también la pueden padecer (American Cancer Society, 2015)

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuentemente diagnosticado y la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres a nivel mundial. Las tasas de incidencia de este tipo de cáncer se encuentran en un crecimiento continuo en todos los países. Aunque las tasas de mortalidad están disminuyendo en muchos países de ingresos altos, continúan aumentando en países de medianos y bajos ingresos; esta variación entre los países del mundo es explicada en gran medida por un mayor acceso a los servicios de detección temprana y a los avances en el tratamiento (Jemal A, et al. El Atlas del Cáncer. Segunda edición. Atlanta, GA:American Cancer Society; 2014).

El desarrollo de cáncer de mama se ha atribuido a la exposición a varios factores de riesgo, sin embargo, en un 70% de los casos no se identifica la presencia de estos, y sólo del 5 al 10% de los casos tienen un factor de riesgo heredo-familiar. Dentro de los factores de riesgo más comunes para el desarrollo de este tipo de cáncer se identifican los siguientes: edad de la menarquía antes de los 11 años, tener el primer hijo después de los 40 años, menopausia después de los 54 años, historia familiar de cáncer de mama en primer grado de consanguinidad, exposición a radiación ionizante en la pared torácica en niñas de 10 años y más, hiperplasia benigna previa, índice de masa corporal elevado (sobrepeso u obesidad) y uso de terapia de reemplazo hormonal por más de 5 años (Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología. Manual para la detección temprana del cáncer de mama. Colombia. 2010)

En Colombia el cáncer de mama es una preocupación de salud pública y se hace necesaria la estandarización de la atención bajo preceptos de eficiencia, calidad y oportunidad, teniendo en cuenta lineamientos que involucren los diferentes escenarios de atención con una buena utilización de los avances tecnológicos y científicos en campos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, acoplados de manera racional con los recursos disponibles que posee el país para tal efecto (Ministerio de

Salud y Protección Social - Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud (COLCIENCIAS) Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con cáncer de mama. Sistema de Seguridad Social, Colombia, 2013. Guía No. 19).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en Colombia se estima que cada año mueren cerca de 2649 mujeres por cáncer de mama y alrededor de 8686 casos nuevos de esta enfermedad son detectados cada año (Ferlay J et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013). Estos datos convierten dicha enfermedad en el cáncer femenino de mayor impacto y sin duda es una entidad de interés prioritario.

Según estimaciones locales, durante el periodo 2002-2006, Colombia tuvo una tasa cruda de incidencia anual de 32.6 por 100.000 habitantes y una tasa cruda corregida de mortalidad anual de 9.5 por 100.000 muertes (Pardo C, Cendales R Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia, 2002-2006. Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá; 2010). Para el periodo 2007-2011 se estimó una tasa de incidencia anual de 33,8 por 100.000 habitantes y una tasa de mortalidad observada anual de 9,9 por 100.000 habitantes (Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007 - 2011. Primera Edición. Bogotá. Instituto Nacional de Cancerología, 2015), cifras que evidencian la tendencia creciente de este tipo d cáncer en nuestro medio

Plan decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2021

LÍNEA ESTRATÉGICA N°1 - CONTROL DEL RIESGO

Promoción de la actividad física
Promoción del consumo de frutas y verduras y la alimentación saludable
Control del consumo de tabaco
Control del consumo de alcohol

LINEA ESTRATÉGICA N°2 - DETECCIÓN TEMPRANA

1. Contar con un Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de mama, al año 2016.
2. Incrementar la proporción de casos de cáncer de mama en estadios tempranos al 60% en el 2021.
3. Incrementar al 2021 la cobertura de mamografía de tamización bianual al 70% en mujeres de 50 a 69 años, de acuerdo con la normatividad vigente.
4. Garantizar el acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento al 100% de las mujeres con mamografías reportadas como BIRADS 4 o más.

RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y RUTA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD

INTERVENCIONES PROPUESTAS EN LA RUTA DE ANTENCION INTEGRAL PARA CANCER DE MAMA. Se deben tener en cuenta los siguientes parámetros

1	Promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable en los entornos, para el control de factores de riesgo o protectores relacionados con el desarrollo de cáncer de mama	Promueva entre la población la adopción de modos, condiciones y estilos de vida saludable para disminuir la exposición a factores de riesgo relacionados con cáncer de mama: - Alimentación saludable - Actividad física - Control del consumo de tabaco - Control del consumo nocivo de alcohol
2	Promoción del autoexamen de mama y la identificación de señales de alarma o factores de riesgo para cáncer de mama y el uso de los servicios de tamización para cáncer de mama	Consiste en el desarrollo e implementación de estrategias de información, educación y comunicación (IEC) 1. Realizar actividades de IEC que promuevan el autoexamen de mama, enseñando a la población las técnicas para el mismo; así mismo, indicando las señales de alarma para la enfermedad y promoviendo el uso adecuado de los servicios de salud para la tamización rutinaria y/o diagnóstico. Así mismo, para la difusión de los factores de riesgo heredo-familiares y personales con el objeto de promover el uso de los servicios en forma diferencial desde edades más tempranas a las usuales.
3	Canalización a los servicios de salud	Consiste en Identificar y canalizar a los servicios de atención primaria a toda mujer entre los 40 y 69 años de edad con el objeto de realizarles el examen clínico de mama anual a partir de los 40 años y las pruebas de tamización correspondiente (mamografía) cada 2 años entre los 50 y 69 años.
4	Demanda inducida	Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio deberán elaborar e implementar estrategias que le garanticen a sus afiliadas, de acuerdo con la edad y riesgo el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones para la detección temprana del cáncer de mama
5	Demanda espontánea	Es la consulta realizada de manera espontánea por la población en los diferentes servicios de salud: urgencias, atenciones de PyP, medicina general y/o hospitalización, consultas servicios amigables, consulta de medicina interna, programa del adulto mayor, control prenatal, atención de medicina familiar integral , consulta externa, que pueden facilitar la identificación de señales de alarma, signos

		o síntomas sugestivos de cáncer de mama o promover la indicación de pruebas de tamización específicas para cáncer de mama a la edad de la mujer o el perfil de riesgo.
6	Identificación de la población con factores de riesgo, que ameriten un esquema de tamización especial	Consiste en la identificación de factores de riesgo ajustados a los criterios de la Guía de Práctica Clínica para la clasificación del riesgo de cáncer de mama y la definición de la conducta a seguir ante los hallazgos de cada mujer.
7	Clasificación del riesgo de cáncer de mama y definición de conducta	Consiste en la identificación de factores de riesgo individual en la consulta para establecer una clasificación del riesgo de desarrollar cáncer de mama. Esta clasificación se define en tres categorías, de acuerdo a los criterios descritos en la Guía de Práctica Clínica para cáncer de mama. Riesgo promedio: Incentivar la consulta específica para realizar las pruebas de tamización poblacional organizada acordes a la edad de la mujer Riesgo intermedio: Remitir a mastólogo para definir esquema de tamización especial ajustado a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica que incluye mamografía más ecografía desde los 30 años Riesgo Alto: Remitir a mastología quien hará la evaluación del caso y solicitará consejería genética
8	Consejería genética	Consiste en el desarrollo de consulta por un médico genetista quien evalúa los factores de riesgo heredo-familiares y personales e indicará la conveniencia de solicitar marcadores genéticos que conforme a los resultados orienten la conducta profiláctica a seguir.
9	Tamización poblacional organizada de cáncer de mama	1. Realizar el examen clínico de la mama por parte de los prestadores primarios en todas las mujeres mayores de 40 años quienes soliciten atención médica por cualquier causa y a aquellas que por la demanda inducida o espontánea asistan a la consulta específica. 2. En mujeres entre los 50 y 69 años realizar mamografía de tamización 3. Tamización poblacional organizada en mujeres entre los 50 y 69 años en lugares apartados del país.
10	Diagnóstico de cáncer de mama en población	Realización de pruebas de diagnóstico en población sintomática (presencia de masas de reciente

	sintomática	aparición o de crecimiento rápido, secreciones anormales por el pezón, pezón invertido de reciente aparición, piel de naranja) tanto en hombres como en mujeres. En población sitomática (hombres y mujeres) 1. Realizar examen clínico de la mama 2. Solicitar ecografía y/o mamografía y/o resonancia magnética diagnóstica según corresponda.
11	Interpretación del examen clínico de mama	*Si el resultado es normal: Remitir al programa de detección temprana continuando la práctica de examen clínico anual *Si el examen clínico resulta anormal, solicitar ecografía o mamografía diagnóstica según el riesgo identificado
12	Interpretación del resultado del examen de ecografía o mamografía	a. Los resultados de exámenes normales (Ecografía normal, mamografía Birards 1 o 2) se los comunicará a los pacientes y fijará los controles a seguir. b. Con resultados positivos se los comunicará al paciente y gestionará la atención prioritaria con el especialista. c. Independientemente de los hallazgos, se realizarán actividades de consejería breve para la promoción del autocuidado y la Salud Sexual y Reproductiva.
13	Consulta con el especialista de la unidad funcional para cáncer de mama	El especialista realizará la evaluación de la historia clínica, exámenes y hará el examen físico y clasificación clínica de la lesión, ordenará la confirmación mediante biopsia dirigida por imágenes o de la biopsia abierta según disponibilidad y el caso, asegurando con la enfermera coordinadora que le sea asignada la cita para el procedimiento y asignado una nueva cita para la interpretación del resultado y definir el tratamiento definitivo.
14	Realización de la biopsia de la lesión sospechosa	Consiste en la realización de la biopsia preferiblemente dirigida por algún medio radiológico o por ecografía. Cuando no se tenga disponibilidad se hará biopsia abierta.
15	Generación de lectura e informe de patología	1. El patólogo realizará la lectura de la patología incluyendo marcadores de inmunohistoquímica si es necesario y receptores hormonales 2. A partir de los hallazgos, emitirá el informe correspondiente el cual deberá estar disponible en medio físico y en un sistema de información para consulta en tiempo real por parte del referente del

		programa de la IPS o el asegurador.
16	Definición de conducta ante los resultados del informe de patología	1- El especialista revisará los resultados de la patología dentro de los 10 días siguientes a la realización de la biopsia: si la biopsia es negativa para cáncer dará las indicaciones al paciente para continuar los controles. 2- Si la biopsia es positiva para cáncer, revisará los exámenes de extensión y de acuerdo al estadio clínico decidirá el tratamiento.
17	Notificación Obligatoria al Sistema de Vigilancia en Salud Pública	Consiste en la generación de la notificación obligatoria los casos confirmados de cáncer de mama al sistema de vigilancia en salud pública ajustado a los lineamientos definidos por el Instituto Nacional de Salud para dicha finalidad.
18	Autorización integral	Consiste en la generación de autorización integral en los términos definidos en el artículo 10 de la Resolución 4331 de 2012: Cuando se trate de un paciente con cáncer que sigan guías o protocolos, las autorizaciones asociadas a quimioterapia o radioterapia se harán por una única vez incluyendo la totalidad del tratamiento definido en la guía o protocolo. En aquellos casos de cáncer sin guía o protocolo, la autorización a expedir deberá cubrir al menos 6 meses
19	Tratamiento quirúrgico	Consiste en realizar el tratamiento quirúrgico según estadio clínico.
20	Tratamiento de radioterapia/quimioterapia	Consiste en la administración de la radioterapia y/o quimioterapia, según estadio clínico y de acuerdo a la guía de práctica clínica.
21	Consulta de seguimiento post tratamiento	La paciente tratada con cirugía debe ser evaluada por el médico tratante dentro de los diez días después de la cirugía, cuando se revisará el resultado de patología y se evaluará el tipo de tratamiento complementario que requiera, y fijará una cita de control al mes de terminar este tratamiento complementario.

22	Programa de soporte oncológico	Todas las pacientes con cáncer de mama deben ser valoradas por el conjunto de especialidades y/o disciplinas que favorezcan la recuperación del estado funcional y definir las características de intervención según los potenciales riesgos funcionales o de discapacidad.

Los siguientes son factores de protección del cáncer de mama:

- Menor exposición del tejido de la mama al estrógeno que produce el cuerpo
- Tomar terapia hormonal que solo tiene estrógeno después de una histerectomía, moduladores selectivos del receptor de estrógenos o inhibidores e inactivadores de la aromatasa
- Terapia hormonal con estrógeno solo después de una histerectomía
- Moduladores selectivos de los receptores de estrógeno
- Inhibidores e inactivadores de la aromatasa
- Mastectomía para disminuir el riesgo
- Ablación ovárica
- Hacer suficiente ejercicio
- No está claro si lo siguiente afecta el riesgo de cáncer de mama:
- Anticonceptivos orales
- Ambiente

Los siguientes son factores de riesgo del cáncer de mama:

Edad avanzada

La edad avanzada es el factor de riesgo principal para la mayoría de cánceres. La probabilidad de presentar cáncer aumenta a medida que usted envejece.

Antecedentes personales de cáncer de mama o enfermedad benigna de la mama (no cancerosa)

Las mujeres con cualquiera de las siguientes características tienen un mayor riesgo de cáncer de mama:

Antecedentes personales de cáncer de mama invasivo, carcinoma ductal in situ (CDIS) o carcinoma lobulillar situ (CLIS).

Antecedentes personales de enfermedad de la mama benigna (no cancerosa).

Antecedentes familiares de cáncer de mama

Las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama en un pariente de primer grado (madre, hermana o hija) tienen un aumento de riesgo de cáncer de mama.

Cambios heredados en los genes

Las mujeres con cambios heredados en los genes BRCA1 y BRCA2 , o en ciertos otros genes tienen un riesgo más alto de cáncer de mama, cáncer de ovario y, quizá, cáncer de colon. El riesgo de cáncer de mama, causado por cambios genéticos heredados,

depende del tipo de mutación genética, los antecedentes familiares de cáncer y otros factores.

Los hombres que heredaron ciertos cambios en el gen BRCA2 tienen un riesgo más alto de cánceres de mama, próstata y páncreas, y de linfoma.

Mamas densas

Tener tejido de la mama que es denso en un mamograma es un factor de riesgo del cáncer de mama. El grado de riesgo depende de la densidad del tejido mamario

Exposición del tejido de la mama al estrógeno elaborado por el cuerpo

El estrógeno es una hormona que elabora el cuerpo y ayuda a su desarrollo y al mantenimiento de las características sexuales femeninas. La exposición al estrógeno durante un tiempo prolongado puede aumentar el riesgo de cáncer de mama. Las concentraciones de estrógeno son más altas durante los años en que la mujer tiene la menstruación.

La exposición de una mujer al estrógeno aumenta de las siguientes formas:

Menstruación prematura: el comienzo de los períodos menstruales a los 11 años o menos

Menopausia que se inicia a mayor edad: cuanto más años menstrúa una mujer, más tiempo está expuesto el tejido de la mama al estrógeno.

Mayor edad en el momento del primer parto o nunca haber tenido partos: debido a que las concentraciones de estrógeno son más bajas en el embarazo.

Tomar terapia hormonal para los síntomas de menopausia

Las hormonas, como el estrógeno y la progesterona, se pueden producir en forma de píldoras en un laboratorio. El estrógeno, la progestina o ambos se pueden administrar para reemplazar el estrógeno que ya no producen los ovarios en las mujeres posmenopáusicas, o en aquellas a las que se les extirparon los ovarios. Esto se llama terapia de reemplazo hormonal (TRH) o terapia con hormonas (TH). La TRH/TH combinada contiene estrógeno con progestina. Este tipo de TRH/TH aumenta el riesgo de cáncer de mama.

Radioterapia dirigida a la mama o el pecho

La radioterapia dirigida al pecho para el tratamiento del cáncer aumenta el riesgo de cáncer de mama a los 10 años a partir del tratamiento. El riesgo de cáncer de mama depende de la dosis de radiación y de la edad en que se administre. El riesgo es más alto si el tratamiento con radiación se administró durante la pubertad, cuando las mamas se empiezan a formar

La radioterapia para tratar el cáncer en una mama no parece aumentar el riesgo de cáncer en la otra.

Para las mujeres que heredaron cambios en los genes BRCA1 y BRCA2, la exposición a la radiación, como las radiografías del tórax, puede aumentar aún más el riesgo de cáncer de mama; en particular, en las mujeres que recibieron rayos X antes de los 20 años.

Obesidad

La obesidad aumenta el riesgo de cáncer de mama, particularmente en las mujeres posmenopáusicas que no se sometieron a terapia de remplazo hormonal.

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol aumenta el riesgo de cáncer de mama. El grado de riesgo se incrementa a medida que aumenta el consumo de alcohol.

Ser de raza blanca

Las mujeres de raza blanca tienen un aumento del riesgo de presentar cáncer de mama.

Los siguientes son factores de protección del cáncer de mama:

Menor exposición del tejido de la mama al estrógeno que produce el cuerpo

La exposición al estrógeno se reduce de las siguientes formas:

Embarazo temprano: las concentraciones de estrógeno son más bajas en el embarazo. Las mujeres con un embarazo a término antes de los 20 años tienen un riesgo más bajo de cáncer de mama que quienes no han tenido hijos o que tuvieron su primer hijo después de los 35 años.

Lactancia: las concentraciones de estrógeno permanecen más bajas mientras la mujer amamanta. Las mujeres que amamantan tienen un riesgo más bajo de cáncer de mama que quienes tuvieron hijos, pero no los amamantaron.

Terapia hormonal con estrógeno solo después de una histerectomía

La terapia hormonal solo con estrógeno se puede administrar a las mujeres que se sometieron a una histerectomía. En estas mujeres, dicha terapia puede disminuir el riesgo de cáncer de mama.

Moduladores selectivos de los receptores de estrógeno

El tamoxifeno y el raloxifeno pertenecen a la familia de medicamentos llamados moduladores selectivos del receptor de estrógeno (MSRE). Los MSRE actúan como estrógeno en algunos tejidos del cuerpo, pero impiden los efectos del estrógeno en otros tejidos.

El tratamiento con tamoxifeno disminuye el riesgo de cáncer de mama con receptores de estrógeno positivos (RE-positivo) y carcinoma ductal in situ en las mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas en riesgo alto. El tratamiento con raloxifeno también disminuye el riesgo de cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas.

El uso del tamoxifeno aumenta el riesgo de sofocos, cáncer de endometrio, derrame cerebral, cataratas y coágulos de sangre, (en especial, en los pulmones y las piernas). El riesgo de presentar estos problemas aumenta con la edad. Las mujeres menores de 50 años con un riesgo alto de cáncer de mama son las que más se pueden beneficiar

del tamoxifeno. El riesgo de presentar estos problemas disminuye luego de la suspensión del tamoxifeno.

Tomar raloxifeno aumenta el riesgo de coágulos de sangre en los pulmones y las piernas, pero no parece aumentar el riesgo de cáncer de endometrio. En las mujeres posmenopáusicas con osteoporosis (reducción de la densidad ósea), el raloxifeno disminuye el riesgo de cáncer de mama en las mujeres con riesgo alto o bajo de esta enfermedad.

Inhibidores e inactivadores de la aromatasa

Los inhibidores de la aromatasa (anastrozol, letrozol) y los inactivadores de la aromatasa (exemestano) disminuyen el riesgo de un cáncer de mama nuevo en las mujeres con antecedentes de cáncer de mama. Los inhibidores de la aromatasa también disminuyen el riesgo de cáncer de mama en las mujeres con las siguientes afecciones:

Mastectomía para disminuir el riesgo

Algunas mujeres que tienen un riesgo alto de cáncer de mama pueden decidir someterse a una mastectomía para disminuir el riesgo (la extirpación de ambas mamas cuando no hay signos de cáncer). El riesgo de cáncer de mama es mucho más bajo en estas mujeres y muchas sienten menos ansiedad por su riesgo de presentar esta enfermedad. Sin embargo, es muy importante someterse a una evaluación del riesgo de cáncer y recibir orientación sobre las diferentes maneras de prevenir el cáncer de mama antes de tomar esta decisión.

Ablación ovárica

Los ovarios elaboran la mayor parte de los estrógenos que produce el cuerpo. Los tratamientos que detienen o disminuyen la cantidad de estrógeno producido por los ovarios son cirugía para extirpar los ovarios, radioterapia o tomar ciertos medicamentos. Esto se llama ablación ovárica.

Las mujeres premenopáusicas con riesgo alto de cáncer de mama debido a ciertos cambios en los genes BRCA1 y BRCA2 pueden decidir someterse a una ooforectomía para disminuir el riesgo (la extirpación de ambos ovarios cuando no hay signos de cáncer). Esto disminuye la cantidad de estrógeno que produce el cuerpo y reduce el riesgo de cáncer de mama. La ooforectomía para disminuir el riesgo también disminuye el riesgo de cáncer de mama en mujeres premenopáusicas normales y en mujeres con un riesgo más alto de cáncer de mama debido a la radiación dirigida al tórax. Sin embargo, es muy importante someterse a una evaluación del riesgo de cáncer y recibir orientación antes de tomar esta decisión. La disminución repentina de las concentraciones de estrógeno puede causar el inicio de los síntomas de la menopausia. Estos incluyen sofocos, problemas para dormir, ansiedad y depresión. Los efectos a largo plazo comprenden la disminución del deseo sexual, la sequedad vaginal y la disminución de la densidad ósea.

Hacer suficiente ejercicio

Las mujeres que hacen ejercicio por cuatro horas o más a la semana tienen un riesgo más bajo de cáncer de mama. El efecto del ejercicio en el riesgo de cáncer de mama puede ser mayor en las mujeres premenopáusicas con peso corporal normal o bajo.

No está claro si lo siguiente afecta el riesgo de cáncer de mama:

Anticonceptivos orales

Ciertos anticonceptivos orales contienen estrógeno. En algunos estudios se observó que tomar anticonceptivos orales ("la píldora") puede aumentar levemente el riesgo de cáncer de mama en las mujeres que la toman actualmente. Este riesgo disminuye con el tiempo. En otros estudios no se ha observado aumento del riesgo de cáncer de mama en las mujeres que toman anticonceptivos orales.

Los anticonceptivos que solo contienen progestinas que se inyectan o implantan no parecen aumentar el riesgo de cáncer de mama. Se necesitan más estudios para determinar si los anticonceptivos que solo contienen progestinas aumentan el riesgo de cáncer de mama.

Ambiente

Los estudios no han probado que la exposición a ciertas sustancias en el ambiente, como las sustancias químicas, aumente el riesgo de cáncer de mama.

Lo siguiente no afecta el riesgo de cáncer de mama:

- Someterse a un aborto.
- Cambiar la alimentación, como comer menos grasas, y más frutas y vegetales.
- Tomar vitaminas, como fenretinida (un tipo de vitamina A).
- Fumar cigarrillos, tanto de modo activo como pasivo (inhalar el humo de tabaco por exposición pasiva).
- Uso de desodorantes o antitranspirantes para las axilas.
- Tomar estatinas (medicamentos que reducen el colesterol).
- Tomar bisfosfonatos (medicamentos que se utilizan para tratar la osteoporosis y la hipercalcemia) por vía oral o por infusión intravenosa.
- Los ensayos clínicos de prevención se utilizan para estudiar maneras de prevenir el cáncer.
- Los ensayos clínicos de prevención del cáncer se utilizan para estudiar maneras de reducir el riesgo de ciertos tipos de cáncer. Algunos ensayos de prevención del cáncer se realizan con personas sanas que no han tenido cáncer, pero que tienen un riesgo mayor de tenerlo. Otros ensayos de prevención se realizan con personas que tuvieron cáncer y están intentando prevenir otro cáncer del mismo tipo, o disminuir las probabilidades de presentar un tipo nuevo de cáncer. Otros ensayos se realizan con voluntarios sanos de quienes no se conoce ningún factor de riesgo de cáncer.
- El propósito de algunos ensayos clínicos de prevención del cáncer es determinar si las acciones que toman las personas pueden prevenirlo, como hacer más

ejercicio, dejar de fumar o tomar ciertos medicamentos, vitaminas, minerales o complementos alimentarios.

- Hay nuevas maneras de prevenir el cáncer de mama que se estudian en ensayos clínicos.
- En muchas partes del país se realizan ensayos clínicos. Para mayor información sobre ensayos clínicos, consulte la sección sobre ensayos clínicos de la página de Internet delNCI. Consulte la lista de ensayos clínicos de cáncer del NCI para encontrar los ensayos clínicos de prevención del cáncer de mama que aceptan pacientes en la actualidad.

1.8.2 Cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad por la que se forman células malignas (cáncer) en el cuello uterino. El cuello uterino es el extremo inferior estrecho del útero (el órgano hueco, en forma de pera, donde se forma el feto), y comunica al útero con la vagina (canal del parto).

El cáncer de cuello uterino se presenta por lo general de manera lenta con el tiempo. Antes de que aparezca el cáncer, las células del cuello uterino pasan por una serie de cambios en los que comienzan a aparecer células anormales en el tejido cervicouterino. Cuando las células pasan de ser normales a anormales, se llama displasia

El cáncer de cuello uterino es la segunda causa de enfermedad y muerte por cáncer en las mujeres colombianas (Ferlay J et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013). A diferencia de otros cánceres, el de cuello uterino cuenta con un agente causal necesario, más no suficiente: el virus del papiloma humano (VPH); se estima que cerca del 100% de los casos de este tipo de cáncer es atribuido a la infección persistente del VPH, así mismo, la infección por este virus es responsable de al menos el 43% de los casos de cáncer vulvar, 70% del cáncer de vagina, 88% del cáncer anal y 50% de los cánceres de pene. Aunque hay más de 100 tipos de VPH, los tipos de VPH 16 y 18 causan aproximadamente el 70% de todos los cánceres de cuello uterino y al rededor del 90% de otros tipos de cáncer relacionados con la infección por este virus (Jemal A, et al. El Atlas del Cáncer. Segunda edición. Atlanta, GA:American Cancer Society; 2014).

En este sentido, la infección por VPH se ve favorecida por la promiscuidad sexual; adicionalmente, se ha identificado que este tipo de cáncer es más frecuente en mujeres de bajo nivel socioeconómico con vida sexual activa y alta multiparidad; así mismo, está fuertemente asociado con la edad temprana a la primera relación sexual y múltiples compañeros sexuales tanto en las mujeres como en sus parejas

Este tipo de cáncer sigue siendo la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres de regiones del mundo menos desarrolladas, donde la tamización y los tratamientos están a menudo limitados o no se encuentran disponibles. (Jemal A, et al. El Atlas del Cáncer. Segunda edición. Atlanta, GA:American Cancer Society; 2014).

Para el control del cáncer de cuello uterino, la evidencia ha determinado acciones contundentes desde la prevención primaria, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. De esta manera, en los últimos años la introducción de la vacuna tetravalente contra el VPH, como medida de prevención primaria eficaz y segura, cuya población objetivo son las niñas y adolescentes entre 7 y 17 años, busca reducir la incidencia del cáncer de cuello uterino en la población, especialmente en aquella perteneciente a países en vías de desarrollo, sumado a esto la evidencia indica que la transmisión de este tipo de virus se puede prevenir, mediante la mejora en las condiciones de higiene y en la educación de las personas para modificar sus comportamientos de alto riesgo (Jemal A, et al. El Atlas del Cáncer. Segunda edición. Atlanta, GA:American Cancer Society; 2014).

Se estima que a nivel mundial el cáncer de cuello uterino es la tercera causa de incidencia y la cuarta causa de mortalidad por cáncer en las mujeres. Cada año se registran 527.624 casos nuevos y 265.653 defunciones por esta causa, cifras que representan una tasa ajustada por edad (TAE) de 14 x 100.000 mujeres y 6,8 x 100.000 mujeres respectivamente (Ferlay J et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013). Este tipo de tumor maligno es superado en incidencia por el cáncer de mama y de colon-recto; entre tanto, la mortalidad sólo es mayor en el cáncer de mama, pulmón y colon-recto (Castillo IY, 2013).

De acuerdo con las estimaciones publicadas por el Instituto Nacional de Cancerología para el periodo 2002-2006, este tipo de cáncer fue el segundo más incidente entre las mujeres colombianas, con aproximadamente 5603 casos anuales y una TAE de 28,2 por cada 100.000 mujeres, entre tanto se estimó una mortalidad observada anual de 10 por 100.000 habitantes (Pardo C, Cendales R Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia, 2002-2006. Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá; 2010).

METAS ESTABLECIDAS POR EL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA 2012-2021

Línea Estratégica N°1 - Control del Riesgo: Vacunación contra virus específicos relacionados con cáncer

Meta: Lograr y mantener coberturas útiles de vacunación (95%) contra el virus del papiloma humano (VPH) de acuerdo al PAI.

Línea Estratégica N°2 - Detección temprana

Meta: Contar con un Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de cuello uterino

Meta: Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 por 100.000 mujeres en 2021.

Meta: Alcanzar coberturas de tamización con citología de cáncer de cuello uterino en el 80% de la población objeto

Meta: Iniciar en 2013, la tamización para cáncer de cuello uterino con pruebas del Virus del Papiloma Humano (VPH)

Meta: Implementar y evaluar la estrategia “Ver y Tratar” mediante la tamización con técnicas de inspección visual y tratamiento inmediato

Meta: Incrementar la proporción de casos de cáncer de cuello uterino in situ detectados oportunamente.

RESOLUCION 3280 DEL 2018 Y RUTA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD

INTERVENCIONES PROPUESTAS EN LA RUTA DE ANTENCION INTEGRAL PARA CANCER DE CUELLO UTERINO

1	Promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable en los entornos, para el control de factores de riesgo o protectores relacionados con el desarrollo de cáncer de cuello uterino	Consiste en el desarrollo de intervenciones promocionales en los entornos para la reducción y control de factores de riesgo asociados al desarrollo de cáncer de cuello uterino Promueva entre la población la adopción de modos, condiciones y estilos de vida saludable para disminuir la exposición a factores de riesgo relacionados con cáncer de cuello uterino: - Alimentación saludable - Actividad física - Control del consumo de tabaco - Sexualidad responsable
2	Promoción de la Vacunación contra el virus del Papiloma Humano	Consiste en el desarrollo e implementación de estrategias de información, educación y comunicación (IEC) para incentivar la vacunación contra el virus del papiloma humano.
3	Vacunación contra el virus del Papiloma Humano	Según los Lineamientos para la Administración y Gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) 1. Aplicar la vacuna tetravalente contra el VPH en niñas desde los 9 hasta los 17 años escolarizadas y no escolarizadas, según lineamientos del PAI para la vigencia <u>2. Promoción de Vacunación de oportunidad en mujeres mayores de 17 años:</u> Se recomienda en mujeres hasta los 45 años sin que la vacunación supla la realización de las pruebas de tamización indicadas para grupo de edad. En mujeres mayores de 25 años, se recomienda realizar pruebas de tamización para identificar el ADN del VPH (por técnica de Captura de Híbridos 2 o por PCR) previo a la vacunación, con el fin de establecer el riesgo individual de desarrollar lesiones precancerosas del cuello uterino y poder planear su esquema de seguimiento o tamización.

4	Promoción del autocuidado y el ejercicio de una sexualidad responsable	Consiste en el desarrollo e implementación de estrategias de información, educación y comunicación (IEC) en los entornos de la vida cotidiana para promover en la población prácticas de autocuidado y el ejercicio de una sexualidad responsable.
5	Canalización a los servicios de salud	Actividades orientadas a gestionar el acceso efectivo de los individuos, familias y la comunidad a los servicios sociales y de salud (Resolución 518 de 2015) Identificar y canalizar a los servicios de atención primaria a toda mujer entre los 25 y 65 años de edad con el objeto de realizarles la prueba de tamización correspondiente para cáncer de cuello uterino
6	Demanda inducida	Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana
7	Demanda espontánea	Es la consulta realizada de manera espontánea por la población en los diferentes servicios de salud: urgencias, atenciones de PyP, medicina general y/o hospitalización, consultas servicios amigables, consulta de medicina interna, control prenatal, atención de medicina familiar integral, consulta externa, que pueden facilitar la identificación de señales de alarma, signos o síntomas sugestivos de cáncer de cuello uterino o promover la indicación de pruebas de tamización - específicas para cáncer de cuello uterino acordes a la edad de la mujer, lugar de residencia y perfil de riesgo.
8	Identificación de factores de riesgo individual y consejería breve	1. El profesional de la salud hace la evaluación clínica para la identificación de factores de riesgo individuales relacionados con el desarrollo de cáncer de cuello uterino: (Edad de inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, multiparidad (3 o más hijos), múltiples compañeros sexuales) y el criterio médico), o si hay sospecha de la enfermedad (Sangrado genital anormal, sangrado en la postmenopausia, sangrado poscoito, flujo vaginal abundante y fétido), en éste caso si se confirma la sospecha después del examen ginecológico se direcciona hacia la confirmación

		diagnóstica por parte del especialista. 2. Toda mujer mayor de 25 años, se debe direccionar al servicio de tamización con la prueba indicada. 3. En las mujeres 21-25 años con factores de riesgo, se les debe canalizar al servicio de tamización con citología. 4. Mujer >25 años sin factores de riesgo se desarrollan acciones de consejería breve orientadas a la prevención del cáncer de cuello uterino, el ejercicio de la sexualidad responsable con la promoción en la población del uso de preservativo. 4. Desarrollo de actividades de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva y sexualidad responsable.
9	Identificación del riesgo individual ante la sospecha de cáncer de cuello uterino: Definición de conducta diagnóstica, terapéutica o de tamización	Ante la identificación de signos y síntomas sospechosos de cáncer de cuello uterino o de tamización si no hay sospecha de enfermedad. 1. Si el hallazgo anormal se da en la consulta de enfermería se remite a consulta con medicina general para orientar la confirmación diagnóstica. 2. Si el hallazgo se da en la consulta de medicina, el profesional determinará mediante examen ginecológico e historia clínica, si hay sospecha de enfermedad debe remitir para la confirmación diagnóstica 3. Si al examen clínico ginecológico se descarta sospecha de la enfermedad, el profesional establece el plan de manejo. 4. Evaluar (medicina o enfermería) si la mujer es objeto de tamización y en caso tal, direccionar al servicio de tamización de cáncer de cuello uterino .(o de ser posible realizar la prueba de tamización de una vez, según grupo de edad).
10	Tamización de cáncer de cuello uterino	Realización de pruebas ajustadas a la edad de la mujer y lugar de residencia habitual (Citología vaginal, Pruebas ADN-VPH o Técnicas de Inspección Visual). 1. Mujeres de 25 a 30 años: Realizar la Citología de cuello uterino convencional o en base líquida a partir de los 25 años y hasta los 30 años de edad con esquema 1-3 en caso de citología negativa. 2. Mujeres de 30 a 65 años: Se realizará únicamente tamización con las pruebas que identifiquen el ADN de los virus de papiloma

		humano de alto riesgo (ADN-VPH), utilizando el esquema 1-5-5 3. Mujeres menores de 25 años con factores de riesgo: Se recomienda tamizaje de oportunidad con citología de cuello uterino convencional o en base líquida (según disponibilidad) de acuerdo con la valoración del riesgo individual (Edad de inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, multiparidad (3 o más hijos), múltiples compañeros sexuales) y el criterio médico. 4. Mujeres mayores de 65 años : A partir de los 65 años se suspende la tamización para cáncer de cuello uterino, siempre y cuando las pruebas de tamización previas, específicamente las del ADN-VPH hayan sido negativas. 5. Mujeres residentes en departamentos con zonas de difícil acceso a los servicios: Realizar las Técnicas de inspección visual del cuello uterino, para mujeres entre 30 a 50 años de edad con esquema 1-3-3 residentes en departamentos con zonas de difícil acceso a los servicios de salud
11	Definición de conducta ante resultados normales o negativos de las pruebas de tamización	1. El encargado del programa de tamización revisa los resultados y toma la conducta a seguir. 2. Si las pruebas de tamización son negativas o normales se remite al programa regular de tamización así: a. Para Citología Vaginal citar para nueva prueba en 3 años, siguiendo el esquema 1-3-3 b. Para pruebas ADN VPH (CH2 o PCR) citar en 5 años, siguiendo el esquema 1-5-5 c Para Técnicas de Inspección Visual: citar en 3 años., siguiendo el esquema 1-3-3 d. Adicionalmente, en todos los casos de prueba normal o negativa la usuaria regresa a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud
12	Definición de conducta ante los resultados de las pruebas de tamización - ADN-VPH Positiva	Ante hallazgo positivo en la prueba ADN-VPH para virus de alto riesgo, solicitar lectura o realizar citología convencional o de base líquida (según disponibilidad) como prueba triage
13	Definición de conducta ante los resultados de las pruebas de tamización ADN-VPH Positiva y Citología de Triage normal o anormal	1. Ante hallazgo de Prueba ADN-VPH positiva y citología de Triage normal se debe citar a control en 18 meses para nueva prueba de ADN-VPH. 2. Si la prueba ADN-VPH es positiva y la Citología de Triage es ASC-US o mayor, se debe REMITIR A COLPOSCOPIA, agendando la cita de una vez

14	Definición de conducta ante los resultados de las pruebas de tamización - Citología Vaginal anormal	1. Ante hallazgo de Citología Vaginal ASC-US, se debe realizar prueba de ADN-VP, si ésta es positiva se remitirá a COLPOSCOPIA, Si la prueba de ADN-VP es negativa, vuelve al esquema de tamización. 2. Ante hallazgo de Citología Vaginal anormal ASC-H o mayor, independiente de la edad: REMITIR A COLPOSCOPIA, agendando la cita de una vez
15	Definición de conducta ante los resultados de las pruebas de tamización - Técnicas de Inspección Visual positiva	Determinación de conducta ante un resultado positivo en la prueba de tamización con las Técnicas de Inspección Visual. Prescripción 1. Si la prueba es positiva y susceptible de tratamiento con crioterapia, se procede a explicar a la paciente y se realiza la crioterapia previo consentimiento informado. 2. Si es positiva pero no es susceptible de crioterapia se remite a COLPOSCOPIA agendando la cita de una vez. No es necesaria la valoración previa por ginecología
16	Realización de la colposcopia y toma de biopsia para confirmar o descartar el diagnóstico de cáncer o lesiones precancerosas	Consiste en la realización de Colposcopia más Biopsia a los casos de pacientes con resultados anormales o positivos en las pruebas de tamización con la finalidad de confirmar o descartar el diagnóstico de cáncer o lesiones precancerosas del cuello uterino.
17	Lectura y generación de informe de patología	Consiste en la lectura y generación del informe patología. Generando alertas para los casos de cáncer infiltrantes.
18	Definición de conducta ante los resultados del informe de patología	El colposcopista en conjunto con el referente del programa, revisará periódicamente (semanal) el resultado de las biopsias que realizó y tomará la decisión de tratamiento.
19	Autorización integral	Consiste en la generación de autorización integral en los términos definidos en el artículo 10 de la Resolución 4331 de 2012: Cuando se trate de un paciente con cáncer que sigan guías o protocolos, las autorizaciones asociadas a quimioterapia o radioterapia se harán por una única vez incluyendo la totalidad del tratamiento definido en la guía o protocolo. En aquellos casos de cáncer sin guía o protocolo, la autorización a expedir deberá cubrir al menos 6 meses.
20	Tratamiento lesiones	Consiste en la realización del tratamiento quirúrgico

	precancerosas	indicado de las lesiones precancerosas identificadas en la colposcopia y biopsia.
21	Lectura, informe de patología quirúrgica (Lesiones precancerosas)	Se realiza el procesamiento del cono Ilett o cono clásico o producto de la histerectomía para la definición histológica y del estado o compromiso de los bordes de sección
22	Consulta post-quirúrgica (Lesiones precancerosas)	Consulta por ginecología que tiene como finalidad evaluar la evolución post-operatoria e interpretar el resultado de patología para definir la conducta a seguir. El ginecólogo tratante realizará el examen clínico, y dará explicación a la paciente del resultado de la patología, dentro de los 10 días posteriores a la cirugía.
23	En lesiones infiltrantes (CÁNCER), valoración por ginecología oncológica, clasificación, estudios y/o definición de tratamiento	Consiste en la evaluación, clasificación clínica y definición del tratamiento de las lesiones infiltrantes (cáncer) por parte del ginecólogo oncólogo.
24	Notificación Obligatoria al Sistema de Vigilancia en Salud Pública	Consiste en la generación de la notificación obligatoria los casos confirmados de cáncer de cuello uterino al sistema de vigilancia en salud pública ajustado al Protocolo definido por el Instituto Nacional de Salud para dicha finalidad.
25	Tratamiento de lesiones infiltrantes (Cáncer) con Cirugía	Consiste en realizar el tratamiento quirúrgico según estadio clínico. El tratamiento quirúrgico lo realizará el ginecólogo oncólogo que pertenezca a la unidad funcional, quien cumplirá con las guías de práctica clínica y con los estándares de calidad.
26	Tratamiento de lesiones infiltrantes (Cáncer) radioterapia/quimioterapia	Consiste en la administración de la radioterapia o quimio-radioterapia en forma concomitante según estadio clínico y características de cada caso y de acuerdo a la guía de práctica clínica.
27	Consulta de seguimiento lesiones precancerosas	Las pacientes tratadas para lesiones pre cancerosas, se deben citar al año de tratamiento y solicitar una prueba de ADN-VPH, si esta es negativa se remitirá al programa regular de tamización. Si es positiva se remitirá a colposcopia.

28	Consulta post-quirúrgica y de seguimiento por ginecología Oncológica	Consulta de control post- tratamiento en pacientes con lesiones infiltrantes de cuello uterino y adenocarcinoma In Situ. La paciente tratada con cirugía debe ser evaluada por el médico tratante a la semana de la cirugía, cuando se revisará el resultado de patología y se evaluará si requiere tratamiento complementario con quimio-radioterapia, en caso de no ser necesario se citará cada 4 meses el primer año y luego cada 6 meses el segundo año, en ese momento el ginecólogo decidirá si continúa controles semestrales con el médico general de la unidad funcional o en consulta de ginecología oncológica.
29	Programa de soporte oncológico	Conjunto de atenciones orientadas a la recuperación de una actividad o función perdida o disminuida por causa del cáncer de cuello uterino.

1.9 Atención Víctimas de Violencia Sexual.

1. Recibir y atender de forma INMEDIATA

Toda situación de violencia sexual es considerada una urgencia.

2. Evaluar si se encuentra en peligro inminente la vida del/ la paciente.

3. Evaluar estado emocional/mental actual del paciente

4. Explicar los derechos del sobreviviente y explicar en qué consiste el proceso de atención integral en el sector salud

5. Hacer la asesoría para el proceso de consentimiento informado para los procedimientos clínicos de la atención integral de urgencias, los procedimientos médicos legales y los exámenes de VIH/SIDA

6. Realización de la Anamnesis

7. Iniciar el proceso de atención médica y médico-legal

8. Realizar examen físico y mental completo, incluido un detallado examen genital y búsqueda clínica de presunción y certeza de embarazo e ITS.

9. Toma de muestras forenses

10. Establecer el diagnóstico médico

11. Realizar el proceso de cadena de custodia: búsqueda y toma de evidencias físicas, rotulación, embalaje, almacenamiento, llenado de registros.

12. Explicar al paciente el resultado de los exámenes, y procedimientos de seguimiento que se requieren.

13. Se toman pruebas diagnósticas para descartar infecciones de transmisión sexual en todos los casos de violencia sexual

14. En asalto sexual y antes de que hayan pasado 72 horas desde el momento del evento: Inicie manejo profiláctico para ITS y VIH y anticoncepción de emergencia cuando esté indicada o IVE (interrupción voluntaria del embarazo), previa asesoría.

15. Dar manejo integral a otras patologías alternas.

16. Solicitar una interconsulta de urgencia / consulta de urgencia con médico psiquiatra o psicólogo clínico que brinde al paciente una intervención psicoterapéutica inicial.
17. Brindar orientación en derechos y procedimientos a seguir dentro del sector salud y fuera del mismo. (Protección, justicia, educación)
18. Llenar la ficha de seguimiento personal y de vigilancia epidemiológica
19. Hacer el proceso de denuncia formal o no formal por el designado en el equipo de atención
20. Entrega de materiales probatorios a policía judicial
21. Proceso de seguimiento.

1.10 Política de Seguridad del Paciente:

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

La Política de Seguridad del Paciente expedida en junio de 2008 es transversal a los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. La orientación hacia la prestación de servicios de salud más segura, requiere que la información sobre seguridad del paciente esté integrada para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los diferentes actores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro del objetivo propuesto.

Definiciones:

- **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **ATENCIÓN EN SALUD:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- **FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.
- **FALLAS ACTIVAS O ACCIONES INSEGURAS:** son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc).

- FALLAS LATENTES: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo)
- EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:
- EVENTO ADVERSO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.
- FACTORES CONTRIBUTIVOS: son las condiciones que predisponen una acción insegura
- INCIDENTE: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en lo procesos de atención.
- AMEF: Análisis de modo y efecto de falla.

En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los "Lineamientos

para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente.

Como parte de ésta el Ministerio de la Protección Social, por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente (Guía Técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud), cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuales las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose.

Por ser la seguridad un atributo de la calidad, la institución debe adoptar a su interior una Política de seguridad inmersa en su Política de calidad. Dicha política debe estar basada en los siguientes lineamientos que sustentan su aparición:

- En el entorno de la atención en salud, las condiciones de trabajo, los riesgos y los pacientes cambian constantemente, lo cual favorece la aparición de eventos
- adversos:
 - o Los eventos adversos no son usualmente culpa de las personas. Las instituciones deben considerar la posibilidad de error humano y de fallas en los procesos, cuando los mismos son diseñados.
 - o Evitar los daños por error es responsabilidad de cada uno en su puesto de trabajo
 - o Es mucho más fácil cambiar el diseño de los sistemas que el comportamiento rutinario de las personas.
 - o Aunque los daños involuntarios a los pacientes no son inevitables, en su mayoría sí se pueden prevenir
 - o La seguridad del paciente NO SE LOGRA creando un nuevo set de normas, ni diciéndoles a las personas: que por favor, sean más cuidadosos.

La política de seguridad debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro deseado. Este se caracteriza por:

- Permitir que sea el experto quien haga las cosas
- Confiar cada vez menos en la memoria
- Gestionar el riesgo de cada actividad
- Alertar sin miedo sobre el error
- Compartir el aprendizaje
- Ante la duda, pedir ayuda
-

1.11 Principios de Bioseguridad

Definición

Conjunto de normas, recomendaciones y precauciones emitidas por entidades nacionales e internacionales de salud, adoptadas y/o expedidas por el Ministerio de Salud, tendientes a evitar en las personas el riesgo de daño o infección causado por agentes biológicos contaminantes. Estas normas constituyen una herramienta para el logro del autocuidado.

(Decreto 1543 del 12 de junio de 1997) del Ministerio de Salud Pública.

Precauciones estándar que usted debe conocer y aplicar:

- Aplicación durante el manejo de líquidos biológicos (sangre) fluidos corporales (LCR, pleural, peritoneal, pericardio, amniótico, etc.) Secreciones (Saliva, Mucus Gástrico) material gástrico, intestinal y fecal o cualquier líquido o flujo corporal.
- Estas son nuestras de normas de bioseguridad:
- Mantenga el lugar de trabajo en óptimas condiciones de higiene y aseo.
- Evite fumar, comer y beber en el sitio de trabajo.

- No guarde alimentos en la nevera, ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- Maneje todo paciente como potencialmente infectado. Las normas deben aplicarse con todos los pacientes, independientemente del diagnóstico.
- Lávese cuidadosamente las manos antes y después de cada procedimiento o si se tiene contacto con material patológico.
- Utilice sistemáticamente guantes plásticos o de látex en procedimientos que conlleven manipulación de elementos de biológicos o cuando maneja material instrumental o equipo contaminado en la atención de pacientes.
- Utilice un par de guantes por cada paciente si son reutilizables, no olvide someterlos a desinfección, desgerminación o esterilización.
- Absténgase de tocar con manos enguantadas algunas partes de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento.
- Emplee mascarillas y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras, gotas, aerosoles de sangre u otros fluidos.
- Use batas o cubiertas plásticas en aquellos procedimientos en que espera salpicaduras, gotas, aerosoles de sangre u otros fluidos.
- Evite deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Mantenga su elemento de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Utilice equipos mecánicos de reanimación para evitar el procedimiento boca a boca.
- Evite la atención directa de pacientes si usted presenta lesiones exudativas o dermatitis serosa hasta tanto hayan desaparecido.

Términos claves en Bioseguridad (Glosario)

Cadena de transmisión: La ocurrencia de las enfermedades infecciosas obedece a una secuencia de interacciones que permiten que el microorganismo infectante se ponga en contacto con una persona susceptible y produzca en ella la infección.

Microorganismo: Es el agente biológico capaz de generar una colonización (presencia de microorganismo en el tejido de un huésped, donde vive, crece, se multiplica y en el cual puede o no inducir una respuesta inmune, aunque no genere signos ni síntomas) o infección (presencia de un microorganismo en el tejido de un huésped, donde vive, crece, se multiplica e induce una respuesta inmune del hospedero, que genera signos y síntomas) en un hospedero. Se consideran microorganismos las bacterias, los virus, hongos, parásitos o priones, siendo los tres primeros los más frecuentes causantes de IAAS.

Reservorio: Es el hábitat en el cual los microorganismos viven, crecen y se multiplican.

Puerta de salida: Es el sitio por el cual el microorganismo deja el reservorio, suele corresponder al sitio donde se localiza habitualmente el agente. (Son principalmente el aparato respiratorio superior, el sistema digestivo inferior y las soluciones de continuidad colonizadas o infectadas).

Mecanismo o vía de transmisión: Alude al lugar y la modalidad (dónde y cómo) por la que el microorganismo se traslada de la puerta de salida del reservorio hasta la puerta de entrada del hospedero susceptible. Los principales mecanismos de transmisión de IAAS son:

Ambiente Protegido: Debe usarse en pacientes quienes presenten alteraciones importantes en sus mecanismos inmunitarios como lo son la neutropenia severa o la enfermedad "injerto contra huésped" posterior a un trasplante alogénico de médula ósea.

Hospedero o huésped susceptible: es el paciente donde finalmente pueden existir factores (constitucionales, genéticos, inmunitarios) que junto con otras características individuales permiten que el microorganismo lo infecte y cause una enfermedad (paciente, familiar, trabajador de la salud).

Agente patógeno: Es todo agente biológico capaz de producir infección o enfermedad infecciosa en un huésped.

Atención en Salud: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Bioseguridad: Es el conjunto de medidas preventivas que tienen por objeto minimizar el factor de riesgo que pueda llegar a afectar la salud humana y el ambiente.

Fluidos corporales de alto riesgo: Se aplican siempre a la sangre y a todos los fluidos que contengan sangre visible. Se incluyen además el semen, las secreciones vaginales, el líquido cefalorraquídeo y la leche materna. Se consideran de alto riesgo por constituir fuente de infección cuando tienen contacto con piel no intacta, mucosas o exposición percutánea con elementos corto punzantes contaminados con ellos.

Fluidos corporales de bajo riesgo: Se aplican a las deposiciones, secreciones nasales, transpiración, lágrimas, orina o vómito, a no ser que contengan sangre visible, caso en el cual serán considerados de alto riesgo.

Residuo peligroso: Es aquel residuo o desecho que, por sus características corrosivas, reactivas, explosivas, tóxicas, inflamables, infecciosas o radiactivas, puede causar riesgos o efectos no deseados, directos e indirectos, a la salud humana y el ambiente.

Bactericida: Producto o procedimiento con la propiedad de eliminar bacterias en condiciones definidas.

Biodegradabilidad: susceptibilidad que tiene un compuesto o una sustancia química de ser descompuesta por microorganismos. Un factor importante es la velocidad con que las bacterias y/o factores naturales del medio ambiente, pueden descomponer químicamente dichos compuestos o sustancias químicas.

Detergente: Agente sintético utilizado para el proceso de limpieza, capaz de emulsificar la grasa. Los detergentes contienen surfactantes que no se precipitan en agua dura y pueden contener enzimas (proteasas/lipasas/amilasas) y blanqueadores.

Desinfectante: Agente o sustancia química utilizada para inactivar prácticamente todos los microorganismos patógenos reconocidos, pero no necesariamente todas las formas de vida microbiana (ej.: esporas). Su aplicación solamente está indicada sobre objetos inanimados.

Elementos no críticos: Son todos aquellos que sólo toman contacto con la piel intacta del paciente. En este caso, la piel sana actúa como una barrera efectiva para evitar el ingreso de la mayoría de los microorganismos y por lo tanto el nivel de desinfección requiere ser menor. En general, sólo exige limpieza adecuada, secado y desinfección de nivel intermedio o de bajo nivel. Como ejemplo podemos citar Fonendoscopia, brazaletes para toma de presión arterial, máquinas de diálisis, perillas, controles de equipos, ropa de cama, incubadoras, colchones y muebles en general, etc.

Etiqueta ambiental / declaración ambiental: Manifestación que indica los aspectos ambientales de un producto.

Medio ambiente: Entorno en el cual una organización opera, incluyendo el aire, el agua, la tierra, los recursos naturales, la flora, los seres humanos y sus interrelaciones.

Limpieza: Es la remoción de la materia orgánica e inorgánica visible (ej.: sangre, sustancias proteicas y otros residuos) presente en las superficies de los instrumentos o equipos para la salud. Es generalmente realizada con agua y detergente y debe ser iniciada inmediatamente después de la utilización de estos instrumentos o equipos.

Partes por millón (ppm): Es una unidad de medida que se refiere a los mg (miligramos) que hay en un kg de disolución; como la densidad del agua es 1, 1 kg de solución tiene un volumen de aproximadamente 1 litro. Las ppm son también Número de partes de un producto o sustancia que se encuentra en un millón de partes de un gas, un líquido o un sólido en particular.

Bioseguridad: Conjunto de normas y procedimientos que garantizan el control de los factores de riesgo, la prevención de impactos nocivos y el respeto de los límites permisibles sin atentar contra la salud de las personas que laboran y/o manipulan elementos biológicos, técnicos, bioquímicos, genéticos y garantizando

que el producto o insumo de estas investigaciones y/o procesos, no atentan contra la salud y el bienestar del consumidor final ni contra el ambiente.

Desinfección: Proceso mediante el cual se eliminan muchos de los micro organismos patógenos de una superficie inanimada, excepto las formas esporuladas.

Detergente: Agentes químicos utilizados para la eliminación de suciedad insoluble en agua. Los detergentes de uso doméstico, no deben ser utilizados en equipo o instrumental médico.

Detergente enzimático: Son detergentes que contienen enzimas proteolíticas que disuelven la materia orgánica y están especialmente diseñados para el lavado de instrumental y equipo médico.

Dispositivo médico: Cualquier instrumento, aparato, artefacto, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado solo o en combinación incluyendo sus componentes, partes accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación.

Empaque primario: Elemento del sistema de empaque que mantiene la esterilidad del producto.

Estéril: Condición libre de microorganismos viables.

Esterilización a vapor: Proceso de esterilización que utiliza como agente esterilizante el vapor saturado a determinada temperatura bajo presión por un tiempo de exposición estipulado.

Esterilización rápida a vapor (flash): Es un ciclo de esterilización, especialmente diseñado para la esterilización de elementos de uso inmediato, sin empaque; que no debe ser usado para implantes.

Esterilización: Proceso químico o físico mediante el cual se eliminan todas las formas vivas de microorganismos incluyendo las formas esporuladas, hasta un nivel aceptable de garantía de esterilidad. (10⁻⁶ para dispositivos médicos).

Esterilizador: Aparato utilizado para esterilizar elementos, equipo y dispositivos médicos por exposición directa al agente esterilizante.

Elementos críticos: Son objetos que entran en contacto con cavidades estériles del organismo incluido el sistema vascular. Deben estar siempre estériles.

Elementos semicríticos: Son objetos que entran en contacto con piel no intacta o mucosas. Deben procesarse mediante desinfección del alto nivel o esterilización.

Elementos no críticos: Son objetos que entran en contacto con piel intacta o no entran en contacto con el paciente. Deben estar limpios y/o desinfectados de bajo nivel.

Incubadora: Equipo que mantiene una temperatura constante y adecuada para el crecimiento y cultivo de microorganismos.

Indicador biológico (IB): Portador inoculado contenido o dentro de su empaque primario que da una resistencia conocida a los procesos de esterilización.

Indicador químico: Dispositivo para monitorear un proceso de esterilización, diseñado para responder con un cambio químico o físico característico, a una o más de las condiciones físicas dentro de la cámara de esterilización.

Infección nosocomial: Infección que desarrolla un paciente después de su ingreso al hospital y que no estaba presente, ni en período de incubación, al momento de su ingreso.

Limpieza de dispositivos médicos: Es la remoción, generalmente realizada con agua y detergente, de la materia orgánica e inorgánica visible (Ej.: sangre, sustancias proteicas y otros residuos) de las superficies de los instrumentos o equipos para la salud.

Microorganismos: Animales, plantas u otros organismos de tamaño microscópico. De acuerdo con su uso en el campo de la asistencia médica, el término por lo general se refiere a bacterias, hongos, virus y parásitos.

Pirógeno: Sustancia que produce fiebre. Los desechos de microorganismos muertos pueden ser pirógenos; si se limita la biocarga antes de la esterilización, puede minimizarse.

Plasma: El plasma gaseoso se describe en general como un cuarto estado de la materia consistente en un conjunto de iones, electrones y partículas atómicas neutras.

Proceso de esterilización: Todos los tratamientos requeridos para lograr la esterilización, incluyendo el preacondicionamiento (si se usa), el ciclo de esterilización y la aireación.

Técnica aséptica: Son todas las medidas de prevención de contacto con microorganismos que puedan contaminar un área.

Evento adverso: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

Evento adverso prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría

evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Riesgo: Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. (3)

Complicación: Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

1.12 Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios y Similares

Justificación

Los residuos hospitalarios y similares constituyen un riesgo para la salud del personal médico – paramédico y de enfermería, pacientes y visitantes, personal de recolección de residuos y de y otros y de la comunidad en general, además del riesgo ambiental que de ellos se derivan.

Objetivos

- Establecer responsabilidades compartidas en la gestión integral de los residuos hospitalarios.
- Desarrollar procesos permanentes de divulgación y capacitación.

Clasificación de Residuos Hospitalarios y Similares. Manual De Procedimientos Y Gestión Integral De Residuos Hospitalarios (MPGIRH).

Determina los procedimientos, procesos, actividades, así como los estándares para la desactivación y tratamiento de los residuos hospitalarios similares, los cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los generadores y de las empresas prestadoras de los servicios de desactivación y especial de aseo.

1.12.2 Residuos no peligrosos

- Biodegradables:
 - o Restos químicos o naturales que se descomponen fácilmente en el ambiente
 - o Vegetales, alimentos no infectados, papel higiénico, papeles no aptos para el reciclaje
 - o Jabones, detergentes biodegradables, maera, residuos que se transforman fácil en madera orgánica.
- Reciclables

- No se descomponen fácil pueden volver a ser usados como materia prima
- Algunos papeles, plásticos, chatarra, vidrio, telas, radiografías, partes y equipos en desuso.
- Inertes
 - No se descomponen ni se transforman fácil; y su degradación natural requiere de grandes periodos de tiempo. Icopor, papel carbón, algunos plásticos.
- Ordinarios Comunes
 - Oficinas, pasillos
 - Áreas comunes, cafeterías, salas de espera y auditorios
 - Se produce en las actividades normales

1.12.3 Residuos Peligrosos

- Infecciosos O De Riesgo Biológico: Son los que tienen microorganismos patógenos como: bacterias, parásitos, virus, hongos viruoncogénicos y recombinantes como sus toxinas. Se clasifican en: biosanitarios, anatomopatológicos, cortopunzantes y animales
- Biosanitarios
 - Son elementos o instrumentos que se usan en procedimientos asistenciales que tengan contacto con materia orgánica sangre y fluidos corporales.
 - Gasas, apósitos, aplicadores, algodones, drenes, vendajes, mechas, guantes, bolsa para transfusiones, catéteres, sondas, tubos capilares y de ensayo, medios de cultivos, ropa desechable, toallas higiénicas y pañales.
- Anatomopatológico
 - Restos humanos, biopsias, tejidos orgánicos amputados, partes, fluidos corporales, placentas, restos de exhumaciones entre otros.
- Cortopunzantes
 - Son los que por ser cortantes o punzantes dan origen a un accidente percutáneo infeccioso.
 - Limas, lancetas, cuchillos, restos de ampolletas, pipetas, laminas de bisturí o de vidrio, otros elementos que por sus características cortopunzantes puedan ocasionar un riesgo infeccioso.
- Animales
 - Son los provenientes de animales de experimentación, inoculados con microorganismos patógenos y/o provenientes de animales portadores de enfermedades infectocontagiosas.

1.12.4 Código de Colores

Para la disposición de los residuos, será utilizado el código de colores:

- Residuos Biosanitarios Contaminados

- Bolsa Roja: Fluidos corporales. Restos de mercurio. Vacunas vencidas. Medios de cultivo. Filtros de gases. Guantes. Sondas. Gasas. Productos de drenajes. Pañales con sangre. Deposición. Orina
- Residuos Reciclables
- Bolsa Gris: Bolsas de suero sin contaminar. Bolsas de plástico. Chatarra. Garrafas. Metales. Vidrio. Cartón. Papel. Empaques de cartón de elementos medicoquirúrgicos y de medicamentos. Metales (ganchos de cosedora, clips dañados. Otros (placas de radiografía).
- No Peligrosos Biodegradables
- Ordinarios e Inertes
- Bolsa Verde: Alimentos no contaminados. Empaques de papel plastificado. Vasos desechables. Papel carbón. Servilletas. Colillas. Icopor. Vegetales. Restos de alimentos. Algunos jabones y detergentes. Jeringas plásticas no contaminadas sin aguja.

Residuos hospitalarios manejo y disposición

El manejo organizado y responsable de los residuos hospitalarios, evita las infecciones en el personal de salud, en los pacientes, en los visitantes y la comunidad en general. Para lograrlo se requiere conocer y aplicar el proceso de manejo de estos desde el lugar donde se generen hasta su disposición final, este incluye:

Almacenamiento

Todos los residuos hospitalarios requieren de áreas para el almacenamiento intermedio (vecino a las áreas de trabajo) y final (en los sótanos o zonas cercanas a la institución). Estos deben ser ubicados en sitios diferentes del punto generador.

Los residuos deben ubicarse en recipientes plásticos de colores y tamaños acordes al contenido, así:

- Bolsa roja: Material Biosanitario.
- Bolsa gris: Material Reciclable
- Bolsa verde: Basura común o inerte.

Las bolsas deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser resistentes a la tensión y manipulación.
- Su peso con residuos no debe exceder los 8 Kg.
- Serán de alta densidad, que eviten el derrame durante el almacenamiento.
- Ser selladas herméticamente cuando estén llenas.
- Cuando se utilicen recipientes reutilizables, (tanques o baldes), estos deben ser de material rígido, impermeable, de fácil limpieza, dotados de tapa con buen ajuste y boca ancha para facilitar su vaciado. Deben estar rotulados.

Recolección y Transporte (Manejo interno).

La recolección debe ser realizada por el personal entrenado, capacitado y que use los elementos de protección. Debe hacerse en carros destinados para ello, diseñados en material resistente, con tapa y sistema de rodamientos, fácilmente lavables y manipulables.

Almacenamiento final.

Los sitios de almacenamiento final deben tener áreas separadas para los diferentes residuos:

- Reciclables
- Basura común
- Desechos biosanitarios.

La institución hospitalaria diseñará la Ruta Sanitaria (manejo interno), para el traslado de los residuos del almacenamiento intermedio o la entrega final. La recolección final debe hacerse en horas de menor circulación de paciente, empleados o visitantes. Debe realizarse en forma segura, sin ocasionar derrame de residuos.

Los sitios de almacenamiento deben cumplir mínimo con los siguientes requisitos:

- Deben ser de uso exclusivo para almacenar residuos hospitalarios y estar debidamente señalado indicando los residuos manipulados, código de colores y criterios de seguridad.
- Disponer de espacios por tipo de residuo de acuerdo a su clasificación (reciclables, infecciosos, ordinarios).
- Acabados lisos de paredes, techos y pisos para facilitar su limpieza.
- Tener sistemas de ventilación, iluminación, drenaje y suministro de agua.
- Aseo diario y fumigación periódica.
- Disponer de una báscula y llevar un registro para el control de la generación de residuos.
- Los recipientes para el almacenamiento de los desechos pueden ser retornables o reutilizables (canecas) y desechables (bolsas o recipientes plásticos rígidos). Estos recipientes deben tener unas características específicas.
- Peso, tamaño, forma y estructura que faciliten el manejo durante la recolección.
- Construidos de material impermeable, de fácil limpieza, con paredes lisas y con protección al moho y la corrosión.
- Dotados de tapa con buen ajuste, que no dificulte el programa de vaciado durante la recolección.
- Bordes redondeados y de mayor área en la parte superior, de forma que se facilite el vaciado.
- Los recipientes deben ir rotulados con el nombre del departamento al que pertenecen y al residuo que contienen.
- Ceñidos al código de colores estandarizado.
- Los recipientes deben ser del tipo tapa y pedal.

Tratamiento

Es importante tener en cuenta el tratamiento de los residuos, antes de ser evacuados de la institución, este tratamiento puede efectuarse por:

- Desinfección por medios químicos.
- Desnaturalización en autoclaves.
- Incineración (no utilizar hipoclorito de sodio).
- El relleno sanitario es el método ideal de tratamiento de los residuos hospitalarios, se utiliza para el material cortopunzante contaminado y residuos patógenos.

Disposición final (manejo externo)

Luego del tratamiento, se realiza la disposición final actividad que se contrata con empresas que cumplan con los requisitos de la Secretaría de Salud. Los residuos de riesgo biológico se deben entregar en bolsas rojas cerradas las cuales serán pesadas. El funcionario de la empresa recolectora deberá entregar un acta donde aparece el peso y el tipo de los residuos entregados, este peso será incluido en el formato RH1 que maneja cada institución generadora de residuos.

1.12.5 Manejo de elementos cortopunzantes contaminados

Con los objetos corto punzantes debe tenerse especial cuidado en su manipulación, transporte y manejo desde la fuente de riesgo hasta su disposición final, ya que representa un alto riesgo de accidentalidad en los trabajadores de la Salud. Los recipientes para residuos corto punzantes son desechables y deben llenar los siguientes requisitos:

- Rígidos
- Resistentes a ruptura y perforación,
- Con tapa ajustada o de rosca
- De boca angosta
- Rotulados
- Desechables.

La responsabilidad en el manejo adecuado de los cortos punzantes es de quien los utiliza y segrega. No se puede asignar a los auxiliares de limpieza y desinfección, la tarea de recoger corto punzantes del piso, mesones, sábanas o cualquier otra superficie. Para el adecuado manejo de cortopunzantes se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Desechar las agujas e instrumentos cortantes una vez utilizados, en recipientes de paredes duras e imperforables (conocidos como Guardianes), los cuales deben estar situados lo más cerca posible al área de trabajo, para su posterior desecho.
- Si no hay un recolector cerca, use un contenedor rígido (como una riñonera), para contener y trasladar el elemento corto punzantes hacia un contenedor.

- No desechar corto punzante en bolsas de basura, cajas o contenedores que no sean resistentes a punciones.
- Evitar tapar, doblar o quebrar agujas, láminas de bisturí y otros elementos corto punzante, una vez utilizados.
- La aguja NO debe ser tocada con las manos para retirarla de la jeringa. De igual forma la aguja No Debe Ser Reenfundada para su desecho porque la mayoría de los accidentes ocurren durante esta maniobra.

Uso del Guardián

- Ubique el guardián de seguridad en las áreas de mayor riesgo, de acuerdo al panorama de factores de riesgo de puntos generadores.
- Utilice únicamente la mano que sostiene el material corto punzante contaminado, de inmediato deséchelo en el guardián de seguridad en el lugar y al momento de realizar el procedimiento, sin movilizarse de la fuente de riesgo (técnica de una mano).
- Utilice sujetador o base con soporte para ubicarlo cerca de la fuente de riesgo.
- Escoja el tamaño del guardián de seguridad, de acuerdo al volumen del material corto punzante generado en cada servicio.
- Utilice las ranuras siempre para descartar las agujas. Deseche la jeringa en bolsa roja.
- Tape correctamente el guardián de seguridad, cierre herméticamente la tapa amarilla, ajuste la tapa roja mientras esta en uso.
- Cuando estén llenas sus dos terceras partes cierre herméticamente la tapa roja y deseche.
- Una vez sellado herméticamente llévelo a incineración o disposición final. Si no utiliza este método, desinfecte y entierre.
- Para ampollas o restos de las mismas, utilice guardián de boca amplia.

Puntos Generadores.

- Utilice únicamente la mano que sostiene el material corto punzante contaminado, de inmediato deséchelo al guardián de seguridad en el lugar y al momento de realizar el procedimiento, sin movilizarse de la fuente de riesgo (técnica de una mano).
- Utilice sujetador o base con soporte para ubicarlo cerca de la fuente de riesgo.
- Escoja el tamaño del guardián de seguridad, de acuerdo al volumen del material corto punzante generado en cada servicio.
- Utilice las ranuras siempre para descartar las agujas. Deseche la jeringa en bolsa ROJA.
- Tape correctamente el guardián de seguridad, cierre herméticamente la tapa amarilla, ajuste la tapa roja mientras esta en uso.
- Cuando estén llenas sus dos terceras partes cierre herméticamente la tapa roja y deseche.
- Una vez sellado herméticamente llévelo a incineración o disposición final. Si no utiliza este método, desinfecte y entierre.
- Par ampollas a restos de las mismas, utilice guardián de boca amplia.

- Elementos de protección personal (EPP).
- Son barreras que aíslan al personal de la contaminación por manipulación de sangre, fluidos corporales y tejidos, materiales o equipos contaminados.
- Estos son:
- Gorros / Protectores oculares (monogafas) / Caretas de protección facial. / Mascarillas.
- Delantales o batas. Guantes. / Botas o polainas.
- Uso depende del oficio y las tareas que se deben realizar, deben utilizarse durante la atención de los pacientes con los cuales exista posibilidad de contaminación con sangre o fluidos corporales.
- Todos los EPP deben conservarse en óptimas condiciones de higiene y almacenarse en un lugar seguro y de fácil acceso.

En caso de accidente con riesgo biológico: Contacto con agujas u otros elementos corto punzantes

Usted debe:

- Lave la herida con abundante agua y jabón bactericida, evite el uso de esponjas para no causar laceraciones. Permita que la sangre salga libremente.
- Si la contaminación se presenta en ojos, irrigue estos con abundante solución salina o agua limpia.
- Si la contaminación se presenta en boca, se debe realizar enjuagues repetidos con abundante agua.
- Realizar:
- Test de ELISA para VIH, en aquellos accidentes con exposición moderada o severa.
- Antígeno de superficie para Hepatitis B, excepto a quien tenga la certeza que es inmune.

Notificación del accidente

- El alumno deberá informar inmediatamente ocurrido el accidente a su instructor o supervisor de práctica.
- El instructor de práctica deberá recolectar toda la información del paciente FUENTE y diligenciar el formato de accidente con riesgo biológico establecido por la institución educativa.

1.13 Asepsia y antisepsia

Se define como los distintos procedimientos que buscan disminuir total o parcialmente el número de microorganismos en equipos, instrumental, áreas y zonas.

A continuación se definirán términos relacionados con este procedimiento:

- Asepsia: Ausencia de microorganismos patógenos.
- Antisepsia: Conjunto de procedimientos físicos, químicos, tendientes a prevenir la contaminación, controlar la diseminación, evitar y tratar la infección, en un área determinada.
- Limpieza: Disminuye el número de gérmenes de un área
- Desinfección: Disminuye el número de gérmenes patógenos de una zona determinada (unidad, paciente, objetos)
- Esterilización: Es la ausencia total de gérmenes patógenos y no patógenos de un área o equipo, generalmente a través de calor seco.
- Desinfectante: Agente o sustancias fuertes, de índole químico que se aplica a objetos inanimados.
- Antiséptico: Soluciones suaves aplicadas sobre el cuerpo humano. No lesionan tejidos.
- Antimicrobiano: Soluciones que impiden o combaten el desarrollo de infecciones.
- Bacteriostático: Agente químico que retrasa el crecimiento bacteriano.
- Esporicida: Agente que destruye a las esporas (fase inicial de microorganismos: hongos – bacterias)
- Fungicida: Agente que destruye a los hongos
- Viricida: Agente que destruye virus.
- Séptico: Medio en el que existen microorganismos patógenos.
- Nosocomial: Infección que se relaciona o se adquiere en el hospital.

Técnicas de asepsia

Los conocimientos actuales de la cadena epidemiológica de las infecciones y principalmente de sus mecanismo de transmisión, indican la necesidad de implantar en todo el ámbito asistencial (intra y extrahospitalario) unas practicas de asepsia y antisepsia imprescindibles para la prevención y la lucha contra la infección.

La unidad de esterilización contribuye al proceso general de asepsia y antisepsia del material del hospital, proceso que esta integrado por las funciones de:limpieza, desinfección y esterilización.

Aunque todos los materiales que entran en contacto con el usuario son potenciales vehículos de infección, no todos precisan someterse al mismo proceso de descontaminación.

Limpieza (eliminación física, por arrastre de materia orgánica de los objetos)

Consiste en retirar la suciedad visible de los equipos y utensilios que se encuentran en áreas donde se desarrollan procedimientos. Se realiza la eliminación física, por arrastre de materia orgánica de los objetos.

La limpieza cuidadosa del material es el requisito imprescindible y el más importante, ya que los restos de materia orgánica protegen a los microorganismos frente a la desinfección o esterilización.

Precauciones

- Retire anillos y joyas que impidan el lavado adecuado.
- Utiliza jabón preferiblemente liquido (aplicar 5 CC de antiséptico).

Equipo:

- Jabón liquido.
- Elemento de secado.
- Cepillo o escobillón.

Limpieza de equipos:

- Utilice guantes para el lavado
- Utilice cepillos en ranuras y sitios de unión.
- Enjuagar con abundante agua.
- Equipo:
 - o Jabón liquido.
 - o Cepillo o escobillan.
 - o Guantes.
 - o Elementos de secado.

Desinfección

La desinfección es un proceso que elimina todos los microorganismos de los objetos o superficies con excepción de las esporas bacterianas. Esta se realiza utilizando un agente desinfectante, sobre el cual se deben tener presente los siguientes aspectos:

- Fecha de caducidad
- Potencia de la sustancia
- Capacidad de corrosión
- Modo de empleo (etiqueta).

Hay tres niveles de desinfección de acuerdo al nivel de acción

- **Desinfección de Alto Nivel:** Destruye todas las formas de vida de microorganismos excepto gran cantidad de esporas. Se utiliza en desinfección de elementos semicríticos.
- **Desinfección de Nivel Intermedio:** Inactiva virus, bacterias en estado vegetativo, hongos, mycobacterium tuberculosis y no necesariamente esporas. Se utiliza para desinfección de elementos como termómetros, tanques de hidroterapia. También es usado para la desinfección de superficies de áreas de alto, mediano y bajo riesgo dependiendo de la concentración de la solución.
- **Desinfección de Bajo Nivel:** Destruye la mayoría de las bacterias, hongos algunos virus pero no microorganismos resistentes como el bacilo tuberculoso y las formas esporuladas de los microorganismos. Se utiliza para desinfección de elementos no críticos como áreas, muebles y enseres del paciente.

Factores que afectan la eficacia de la desinfección:

- **Número y localización de microorganismos:** Entre mayor sea el número de microorganismos mayor es el tiempo que se necesita para destruirlos. Esta es la razón para realizar una estricta limpieza de los instrumentos antes de la desinfección. Sólo las superficies que están en contacto directo con el compuesto podrán ser desinfectadas; por ello, los equipos deben estar completamente inmersos en el desinfectante durante todo el proceso.
- **Resistencia innata de los gérmenes:** El grado de resistencia de cada microorganismo es diferente; por ello, en todos los procesos de desinfección es necesario tener presente que la subpoblación de microorganismos con mayor resistencia en el hospital, es la que determina el tiempo de desinfección o esterilización y la concentración del compuesto.
- **Concentración y potencia de los desinfectantes:** Con excepción de los yodóforos, los cuales necesitan ser diluidos antes de su uso, a mayor concentración del desinfectante mayor es la eficacia y más corto el tiempo necesario para obtener su actividad microbicida.
- **Factores físicos y químicos:** Varios de estos factores son importantes durante los procesos de desinfección: temperatura, pH, humedad relativa y dureza del agua.
- **Material orgánico:** Los restos de suero, sangre, pus o materia fecal pueden interferir con la actividad antimicrobiana de los desinfectantes, por las reacciones químicas de éstos con los compuestos orgánicos. Los clorados y yodados son los más sensibles a esta inactivación. Los compuestos orgánicos también pueden actuar como barrera física para las bacterias. Siempre se hace necesario la limpieza de todos los elementos que se van a desinfectar o a esterilizar.
- **Duración de la exposición:** Los instrumentos deben estar completamente inmersos en el desinfectante. El tiempo de permanencia depende del compuesto utilizado.
- **Formación de biocapas o películas (biofilm):** Las biocapas son microorganismos que se forman en el exterior, o en el interior de canales y conductos de los instrumentos por lo tanto y debido a su velocidad de crecimiento hay mayores problemas para ser destruidas o penetradas por los desinfectantes. Sirven como reservorios continuos de microorganismos.

Desinfectante

- Sustancia diseñada para destruir microorganismos, excepto esporas, en objetos utilizados para el cuidado del paciente o en superficies contaminadas. De acuerdo al espectro de actividad, se clasifican en niveles alto, intermedio y bajo.

Preparación de Soluciones de Hipoclorito

- Se debe medir con la probeta plástica los 100 c.c. de hipoclorito.

- Agregar el hipoclorito al recipiente en el cual se va a preparar (Balde).
- Añadir agua hasta completar el volumen de solución a preparar, en este caso 1 litro.
- El recipiente usado debe tener una capacidad superior a la que se va a preparar.

Fórmula para la preparación de las soluciones de hipoclorito:

$$\text{C.C. (Hipoclorito)} = \frac{(\text{Volumen en litros a preparar}) \times (\text{ppm requeridas})}{\text{Concentración del producto} \times 10}$$

Ejemplo: Si deseamos preparar un litro de solución, a una concentración de 5000 ppm y el hipoclorito que nos provee la institución es al 5% sería:

$$\frac{(1 \text{ litro}) \times 5.000 \text{ ppm}}{5 \times 10} = 100 \text{ cc de hipoclorito.}$$

Recomendaciones para el uso de los desinfectantes

- Todos los desinfectantes son agentes químicos, por lo tanto los Elementos de Protección Personal (EPP) son indispensables para su manipulación y uso.

Desinfección con Glutaraldehído y Ortoftalaldehído

- Los equipos a desinfectar deben estar completamente limpios. La presencia de materia orgánica interfiere con la efectividad de los desinfectantes.
- Los equipos a desinfectar deben estar completamente secos. La presencia de agua en los equipos diluye el desinfectante y baja su concentración mínima efectiva.
- Se debe medir diariamente la concentración mínima efectiva utilizando la tira establecida para dicha medición.
- El recipiente a utilizar debe ser no metálico, tener tapa y rotularlo con la fecha en que se dispensa el producto y la fecha de vencimiento. El producto no debe utilizarse por ningún motivo después de los 14 días de preparado o si al hacer la medición, la concentración está por debajo del mínimo.
- El tiempo de uso para ambos productos es 14 días a partir de la fecha en la cual se dispensó en la bandeja.
- Debe garantizarse un excelente enjuague. Los estudios recomiendan enjuagar por lo menos durante tres minutos con agua de la siguiente forma: Agua potable si es un elemento semicrítico. Agua estéril, si es un elemento crítico o si el equipo va a ser utilizado en un paciente inmunocomprometido.

Glutaraldehído

- El tiempo requerido para desinfección de alto nivel con glutaraldehído al 2% es de 20 minutos.
- Recuerde siempre activar el producto con la sal antes de utilizarlo.
- El sitio donde se utiliza debe ser ventilado.

Ortoftalaldehído

- El tiempo requerido para desinfección de alto nivel con ortoftalaldehído al 0.55% es de 5 minutos.
- Una vez se ha abierto el Ortoftalaldehído y se le ha retirado el sello metálico su tiempo de duración es de 75 días.

Cuaternario de amonio

- Para aplicarlo hay que haber realizado previamente la limpieza.
- Se deben seguir las instrucciones del fabricante.
- No se debe utilizar en superficies contaminadas, cuando haya presencia de fluidos corporales se debe utilizar un liberador de cloro.
- Una vez utilizado, deséchelo.

Hipoclorito de sodio

- Manipular con protección: Guantes y tapabocas.
- Se hace preparación por cada turno.
- El tiempo de duración de las soluciones cloradas varía según las condiciones ambientales, de almacenamiento y empaque del producto y requieren de recipientes opacos no metálicos para su almacenamiento.
- Se inactiva por la luz y el calor, por materia orgánica y luego de seis horas de preparado.
- No mezclar con detergentes pues esto inhibe su acción y produce vapores irritantes para el tracto respiratorio.
- Desecharlo inmediatamente después de usarlo.
- En la práctica se coloca primero la cantidad de agua a utilizar; por ejemplo un litro o 5 litros o 10 litros, se saca la cantidad de agua correspondiente al hipoclorito añadir; ejemplo 4cc, 10cc o 10cc y luego se añade el hipoclorito, según dilución ppm, se mezcla.

Dicloroisocianurato de sodio

- Se puede utilizar el Dicloroisocianurato de Sodio en Salas de Cirugía, UCI, Laboratorio Clínico.
- Se debe utilizar los Elementos de Protección Personal.
- La solución mantiene la actividad microbiana hasta 12 horas después de su preparación.
- No se deben partir las pastillas.
- Una vez utilizado se debe desechar.

Desinfección de equipos contaminados con VHB, VHC, VIH o tuberculosis

Según el CDC (2002), los equipos médicos semicríticos que han entrado en contacto con pacientes con VHB, VHC, VIH o con secreciones respiratorias contaminadas con Myc. tuberculosis, seguirán recibiendo desinfección de alto nivel. Hay suficiente evidencia demostrando la efectividad de los desinfectantes de alto nivel para eliminar estos y otros microorganismos.

Desinfectante (Glutaraldehído + Formaldehído + Cetrimida)

Que significan los colores de desinfectantes

Azul	Sin Activar	No Usar
Verde	Activado	Listo Para Usar
Amarillo	Perdio Su Actividad	No Usar

Forma de preparación de un desinfectante

- Coloque el total del contenido del frasco pequeño en el galón agítelo suavemente.
- Revise que el desinfectante haya pasado de color azul a color verde (Listo para usar).
- Registre la fecha de preparación en la etiqueta.
- Tape recipiente y guarde en un lugar fresco.
- Una vez activado el producto dura 30 días en el galón y en cubeta hasta que cambie de color.

Recomendaciones

- No mezclar con derivados clorados (pierde su acción)
- Antes de aplicarlo, retire completamente el jabón para que no pierda su acción
- No agregue agua al desinfectante (pierde su acción)
- Aplíquelo con un atomizador y distribuya uniformemente con un paño limpio en los elementos y superficies
- Espere mínimo 20 minutos antes de usar la superficie a la que se aplicó el desinfectante.
- No retire el desinfectante de las superficies o elementos
- Si el desinfectante es utilizado para esterilizar instrumental, sumérjalo durante 30 minutos y enjuáguelo con agua destilada antes de su uso deseche el desinfectante cuando cambie de color.
- Antes de sumergir el instrumental, se debe lavar con agua y jabón y secarlo, ya que la materia orgánica lo inactiva y la humedad altera su concentración.
- Para su uso, es necesario agregar la sal activadora, que tiene el producto que permite lograr un PH óptimo.
- Es irritante para la piel, por tanto debe manejarse con guantes o pinzas, se debe tener precaución con las mucosas.
- Debe mantenerse en recipientes plásticos o de acero inoxidable tapados.

Su periodo de estabilidad varía de 14 a 28 días.

2. PROCESO DE APRENDIZAJE: BRINDAR CUIDADOS PERTINENTES A LA MUJER DURANTE SU GESTACION, IDENTIFICANDO CUALQUIER ALTERACION EN ELLA, SIENDO REGISTRADOS E INFORMADOS A LA PERSONA PERTINENTE

2.1 Cambios Anatomo fisiológicos Durante el Embarazo

Fecundación, etapas de la gestación, Signos y Síntomas de Presunción Probabilidad y Certeza

Fertilización e implantación

Tras la relación sexual, sólo un espermatozoide puede atravesar la membrana celular del óvulo, y así fecundarlo, mezclando su carga genética –procedente del hombre–, con la del óvulo, –procedente de la mujer–. La célula resultante de este proceso, se llama cigoto. El cigoto contiene toda la información genética necesaria –ADN– para que esta nueva célula evolucione hasta un niño recién nacido. El cigoto emplea los siguientes días para desplazarse hasta el útero, cruzando antes la trompa de Falopio, y dividiéndose por el camino.

El conjunto de células que ha formado el cigoto, se llama blastocisto, o blástula, y se encuentra dividido en dos grupos de células; uno, más externo, y otro más interno. El grupo interno se convertirá en el embrión, y el exterior, en la membrana que lo protegerá y nutrirá durante el embarazo. El blastocisto llega al útero al quinto día tras la fecundación, y se implanta en la pared uterina, que ya está lista gracias al ciclo menstrual de la mujer. El blastocito se adhiere fuertemente a la pared uterina, y desde allí recibe los nutrientes que necesita para continuar su desarrollo, directamente desde el torrente sanguíneo de la mujer.

Periodo embrionario

Las células del embrión, inicialmente llamadas células madre totipotentes, se multiplican rápidamente, y comienzan a diferenciarse por funciones, diferencias que marcarán los distintos tipos de células humanas (sanguíneas, renales o nerviosas).

En el primer trimestre, el llamado, periodo embrionario, es cuando más susceptible es el embrión en desarrollo, a los posibles daños –alcohol, ciertos medicamentos, drogasesestimulantes, infecciones, deficiencias nutricionales, radiografías o radioterapia entre otras–.

Semana 3: el cerebro, el corazón y la médula espinal comienzan a desarrollarse el tubo digestivo comienza a desarrollarse

Semanas 4 a 5: Las yemas o brotes de brazos y piernas se vuelven visibles

El cerebro se desarrolla en 5 áreas y algunos nervios craneales son visibles
Comienza el desarrollo de las estructuras del ojo y del oído
Formación del tejido que se ha de convertir en las vértebras y algunos otros huesos
Desarrollo posterior del corazón que ahora late a un ritmo regular
Movimiento de sangre rudimentaria a través de los vasos mayores

Semana 6

Los brazos y las piernas se han alargado y se pueden distinguir las áreas de los pies y de las manos
Las manos y los pies tienen dedos (dígitos), pero pueden aún estar adheridos por membranas
El cerebro continúa formándose
Comienza la formación de los pulmones

Semana 7

Se forman los pezones y folículos pilosos los codos y los dedos de los pies son visibles todos los órganos esenciales se han comenzado a formar

Semana 8

Los párpados están más desarrollados las características externas del oído comienzan a tomar su forma final. continúa el desarrollo de las características faciales los intestinos rotan

Desarrollo fetal

Esta etapa comienza desde el momento en que se ha completado la etapa embrionaria, y hasta que se produzca el parto. Durante la vida fetal no se forman órganos o tejidos nuevos, sino que se produce la maduración de los ya existentes.

Semanas 9 a 12

Los párpados se cierran y no se vuelven a abrir casi hasta la semana 28
la cara está bien formada
las extremidades son largas y delgadas
los genitales aparecen bien diferenciados
los glóbulos rojos se producen en el hígado
el tamaño de la cabeza corresponde casi a la mitad del tamaño del feto
el feto puede empuñar los dedos
aparecen los brotes dentarios

Semanas 17 a 19

el feto puede oír
el feto efectúa más movimientos

la mujer puede sentir una agitación en la parte baja del abdomen.

Semana 20

el lanugo cubre todo el cuerpo
aparecen las cejas y las pestañas
aparecen las uñas en pies y manos
el feto es más activo con mayor desarrollo muscular
la mujer puede sentir al feto moviéndose
los latidos cardíacos fetales se pueden escuchar

Semana 24

las cejas y las pestañas están bien formadas
todas las partes del ojo están desarrolladas
el feto presenta el reflejo prensil y de sobresalto
se comienzan a formar las huellas de la piel plantar y de la piel palmar
se forman los alvéolos pulmonares

Semanas 25 a 28

desarrollo rápido del cerebro
el sistema nervioso está lo suficientemente desarrollado para controlar algunas funciones corporales
los párpados se abren y se cierran
el sistema respiratorio, aunque inmaduro, se ha desarrollado al punto de permitir el intercambio gaseoso

Semanas 29 a 32

Se presenta un aumento rápido en la cantidad de grasa corporal
Se presentan movimientos respiratorios rítmicos, pero los pulmones no están totalmente maduros
Los huesos están completamente desarrollados, pero aún son blandos y flexibles
El cuerpo del feto comienza a almacenar hierro, calcio y fósforo

Semana 36

el lanugo comienza a desaparecer
se presenta un aumento en la grasa corporal
las uñas de las manos alcanzan las puntas de los dedos

Semanas 37 a 40

el lanugo desaparece excepto en la parte superior de los brazos y en los hombros
las uñas de las manos se extienden más allá de las puntas de los dedos
se presentan pequeñas yemas o brotes mamarios en ambos sexos

el cabello de la cabeza ahora es más grueso, más áspero y más grasoso.

2.2 Síntomas y Signos del embarazo

Síntomas y Signos de Presunción

Amenorrea: Se sospecha embarazo cuando ha pasado más de diez días desde la fecha inicial de la menstruación esperada.

Cambios mamarios: Las mamas se agrandan y están hipersensibles, los pezones se oscurecen y aumentan de tamaño, para la segunda mitad del embarazo es posible obtener calostro, pueden aparecer tubérculos de Montgomery, que son pequeñas elevaciones en la areola.

La vagina cambia de coloración, hacia la tonalidad azulosa y la pared vaginal está congestionada.

A veces aparecen estrías en mamas, abdomen y muslos debido al estiramiento, rotura o atrofia del tejido conectivo profundo de la piel.

Hay náuseas y vómitos casi siempre en la mañana, pero puede presentarse en cualquier momento del día con duración de pocas horas. Suelen desaparecer de manera espontánea cerca del final del primer trimestre.

Sensaciones de movimiento en el abdomen. Ocurre entre la 16 y 20 semana después de la última menstruación.

Polaquiuria: Por presión del útero en expansión sobre la vejiga, desaparece cuando el útero sale de la pelvis, reaparece cuando la cabeza fetal se encaja en la pelvis al final del embarazo.

Fatiga, característica del principio del embarazo.

Síntomas y signos de Probabilidad:

Agrandamiento del abdomen: Cerca del final del tercer mes, puede sentirse el útero debajo de la pared abdominal.

Cambios en forma, tamaño y consistencia del útero.

El útero aumenta de tamaño, se alarga y disminuye su grosor conforme avanza el embarazo.

Signos de Hegar: El segmento inferior uterino se reblandece 6 a 8 semanas después de la menstruación.

Cambios en el cuello uterino: A las 6 o 8 semanas de gestación, el cuello uterino esta considerablemente blando.

Signos de Goodell: Se identifica por la blandura del cuello uterino.

Si hay inflamación o neoplasia del cuello uterino durante el embarazo es posible que no pierda su consistencia.

Contracciones intermitentes del útero (signos de Braxton - Hicks): Contracciones palpables, indoloras que ocurren a intervalos irregulares.

Baloteo Fetal: Hundimiento y rebote del feto en el líquido amniótico. (Ocurre al 4 o 5 mes del embarazo).

Delineación del feto a través del abdomen: Palpación abdominal en la segunda mitad del embarazo.

Pruebas hormonales positivas para el embarazo (reacciones producidas por gonadotropinas en el plasma materno y la orina).

Síntomas y Signos Positivos o de Certeza

Latido cardíaco fetal (separado y diferente del de la madre), suele escucharse entre las 16 y 20 semanas de la gestación. Es posible sentir los movimientos fetales (después de cerca de 20 semanas de gestación).

Visualización radiográfica del feto (después de la 16 semana de gestación). Datos sonográficos (después de las 8 semanas de gestación).

2.3 Cambios en el Aparato Reproductor y sexual

Útero

Aumenta el volumen, comprende el estiramiento.

Hipertrofia de células musculares.

Incremento del tejido fibroso, elástico, vasos sanguíneos y linfáticos.

Agrandamiento y engrosamiento de la pared uterina acentuado en el fondo.

Al final del tercer mes, el útero es demasiado grande para limitarse a la cavidad pélvica, es posible palparlo por encima del pubis.

A las 20 semanas el fondo ha llegado a nivel del ombligo.

A las 36 semanas el fondo está a nivel del apéndice xifoides.

Las últimas dos semanas, el útero desciende, el feto se encaja en la pelvis y la pared uterina se adelgaza.

Cambios en la contractilidad: En el tercer trimestre existen contracciones indoloras, irregulares denominadas de Braxton – Hicks.

Aumento progresivo en el aporte sanguíneo útero placentario durante el embarazo

Cuello uterino

Reblandecimiento acentuado, cianosis por la mayor vascularidad, edema, hipertrofia e hiperplasia de las glándulas cervicales.

Tapón de moco muy espeso que obstruye el conducto cervical.

Erosiones de cuello uterino, son frecuentes.

Ovarios

La ovulación cesa durante el embarazo.

Un cuerpo lúteo funciona durante las primeras ocho semanas y produce principalmente progesterona, que es la que mantiene el embarazo hasta que la placenta la empieza a producir.

Vagina y genitales externos

Aumento de vascularidad, hiperemia y reblandecimiento de tejido conectivo en piel y músculos de peritoneo y vulva.

Se observa el signo de Chadwick: Color violeta característico por aumento de la vascularidad y la hiperemia.

Vagina: La mucosa aumenta de grosor, el tejido conectivo se hace laxo y se hipertrofian células musculares pequeñas.

Las secreciones vaginales aumentan. El pH 3.5 a 6.0, por mayor producción de ácido láctico.

Cambios en la Pared Abdominal

Suelen desarrollarse estrías rojizas en el embarazo deprimidas en la piel del abdomen, las mamas los muslos y glúteos. Se transforman en líneas plateadas después del embarazo.

Línea alba: se forma una línea de pigmentación oscura que va desde el ombligo hasta la sínfisis del pubis.

Puede ocurrir diastasis de los rectos. Separación de rectos abdominales.

Cambios en las Mamas

Son sensibles y con hormigueos en las primeras semanas.

Aumentan de tamaño en el segundo mes. Hipertrofia de alvéolos mamarios.

Los pezones crecen, se pigmentan intensamente y son más eréctiles al inicio del embarazo.

Puede exprimirse calostro en el segundo trimestre.

Las areolas se ensanchan y se pigmentan.

Las glándulas de Montgomery producen secreción para la lubricación de la piel durante la lactancia materna.

Cambios en el Sistema Cardiovascular

El corazón es rechazado hacia la izquierda y arriba, y la punta desplazada a un lado.

La frecuencia cardiaca aumenta 10 – 15 latidos por minuto.

Soplos cardiacos: Son frecuentes los soplos sistólicos y suelen desaparecer después del parto.

El volumen cardiaco aumenta, lo cual ocasiona hipertrofia del miocardio y mayor gasto cardiaco.

Síndrome de hipotensión supina: En caso de posición supina, el útero comprime el retorno venoso de la parte inferior del cuerpo.

El metabolismo acelerado produce un exceso de calor que se disipa mediante un aumento en la circulación cutánea.

Cambios Hematológicos

El volumen total de hematíes se eleva, sin embargo se puede presentar anemia dilucional por aumento del volumen sanguíneo.

- El número de leucocitos llega hasta 25000 / cc o más durante el parto.

- El proceso de coagulación de la sangre está aumentado, por aumento de los factores de la coagulación.

Cambios en las Vías Respiratorias

Hiperventilación

Alcalosis respiratoria leve.

El diafragma queda rechazado hacia arriba por el útero voluminoso.

La caja torácica se expande ya que la movilidad de las costillas es mayor y estas pueden elevarse.

La respiración acelerada y la reducción de PCO₂.

Cambios en las Vías Urinarias

Los uréteres se dilatan y alargan por presión mecánica y por efecto de la progesterona.

Puede haber glucosuria porque se aumenta la filtración glomerular y persiste casi hasta el final.

La proteinuria no es normal salvo algunas pequeñas cantidades durante el parto.

En los últimos días, la presión del producto impide el drenaje de sangre y linfa de la base de la vejiga, que es edematosa, se traumatiza con facilidad, es susceptible a infecciones.

Cambios en el Sistema Endocrino

La hipófisis aumenta de tamaño.

La tiroides está agrandada por hiperplasia del tejido glandular y la hiper-vascularidad. Aumenta el metabolismo basal.

Cambios en los Tegumentos (Piel)

- Cambios en la pigmentación porque la hormona estimulante de melanocitos se eleva en el segundo mes hasta el final.
- Aparecen estrías grávidas como surcos rojizos, un poco socavados en la piel del abdomen y a veces en mamas muslos y glúteos.
- Se presenta Cloasma (Máscara del embarazo).
- Se forman angiomas que son diminutas elevaciones en la cara, cuello, parte superior del tórax y brazos.
- Eritema palmar.

Cambios en Sistema Músculo Esquelético

Los cambios hormonales ocasionan aumento en la movilidad de las articulaciones sacro ilíaca, sacro coccígea y pélvicas.

Esta movilidad contribuye a un trastorno en la postura de la madre y a dolor de espalda.

En las últimas fases hay dolor, entumecimiento y debilidad de extremidades superiores debido a la lordosis que produce tracción del nervio mediano y cubital.

Los músculos rectos del abdomen se separan con la presión cada vez mayor sobre ellos hasta convertirse en diastasis de los rectos.

Cambios metabólicos

Aumento de peso 9 –12 Kg en total.

Feto 3.4 kg, placenta 0.6 Kg.

Líquido amniótico 0.9 kg

Hipertrofia del útero 1.1 Kg.

Mamas 0.4 Kg.

Aumento del volumen sanguíneo 1.6 Kg.

Aumento de las demandas de hierro.

Aumento de los lípidos en la segunda mitad.

Aumento de la glicemia, por la resistencia a la insulina, se presenta diabetes gestacional.

Cambios en el sistema digestivo

Encías pueden estar hiperémicas y reblandecidas y sangran con facilidad.

Puede haber pirosis.

Disminuye el tono de las vías digestivas.

Estreñimiento, pueden aparecer hemorroides.

2.4 Examen obstétrico

Es la evaluación de la altura uterina, la auscultación de latidos cardio fetales y la disposición del feto con relación a él mismo, a la pelvis y al útero de la madre.

Son realizados varios procedimientos durante el examen obstétrico, dentro de estos podemos mencionar:

Inspección

Medición: Altura uterina

Palpación / Auscultación.

Inspección

Se determina:

Proporción talla/peso

Edema (miembros inferiores, generalizado

Si el embarazo está avanzado mirar movimientos fetales.

Mediciones

Se realizan las siguientes mediciones:

Altura uterina: El embarazo empieza con 4cm y termina entre 32 – 35 cm. Aumenta 4cm por mes, es decir uno por semana. La medición se hace desde el borde superior de la sínfisis púbica, hasta el fondo uterino. Para medición de la altura uterina se utiliza la cinta métrica.

Al tercer mes (12 semanas) llega al borde del pubis.
Cuarto mes (16 semana) 6 cm. por encima del pubis.
Quinto mes (20 semanas) 12 cm. por encima del pubis.
Sexto mes (24 semanas) a nivel del ombligo.
Séptimo mes (28 semanas) 24 cm. por encima del pubis.
Octavo mes (32 semanas) 28 a 30 cm. por encima del pubis.
Noveno mes (36 semanas) por encima del pubis a nivel del proceso xifoideo.

Pelvimetría: medición externa de la pelvis, que permite hacerse una idea muy aproximada de la forma, tamaño interno y la probabilidad de éxito y de no complicaciones del parto vaginal.

Se emplea un pelvímetro y puntos de orientación externas como: espinas ilíacas, proceso espinoso de la quinta vértebra lumbar, borde superior de la sínfisis púbica, trocánter, crestas ilíacas, sacro, promontorio.

Palpación

Comprende las maniobras de Leopold, estas son cuatro, y se deben realizar luego de las 26 semanas de gestación.

Primera maniobra: Se determina altura del fondo del útero y su forma, determinándose así su contenido.

Segunda maniobra: Determina situación y posición.

Situación es la relación que hay entre el eje del feto (línea que va desde el occiput hasta el coxis) y el eje vertical uterino.

Tipos de situación:

Longitudinal: El eje del feto concuerda con el eje del útero.

Transversa: El eje del feto se cruza con el eje del útero en 90°, formando una cruz.

Oblicua: El eje del feto y del útero se cruza formando un ángulo agudo.

Posición es la relación entre el dorso fetal y la pared abdominal materna. Puede ser dorso derecho o dorso izquierdo.

Tercera maniobra: Determina la presentación, que es la parte del feto que primero bajará al canal de parto. Puede ser cefálica o podálica.

Cuarta maniobra: Determina el grado de penetración de la presentación en la pelvis. Puede ser móvil o flotante, insinuada y encajada.

Auscultación

Fetales: Frecuencia cardíaca fetal (FCF), soplo del cordón umbilical, movimientos fetales.

En la FCF, los parámetros a valorar son: frecuencia, ritmo, intensidad, localización. Cuando la presentación es cefálica, la FCF se escucha mejor debajo del ombligo, cuando la presentación es pélvica se escucha mejor por encima del ombligo. El valor

normal es de 120 a 160 latidos por minutos, debe ser rítmica y clara. Se realiza con ultrasonido (12 semanas), fonendoscopio (24 semanas) y campana pinar. Maternos: Soplo aórtico de la madre, soplo placentario, ruidos intestinales.

2.5 Desarrollo Fetal

El embarazo dura 40 semanas o 280 días. Se considera que este periodo de 280 días se inicia en el último periodo menstrual y termina en el parto. El cálculo de la edad gestacional del embrión o del feto, que es aproximadamente 2 semanas menor o 266 días, o sea 38 semanas, es más preciso porque se mide desde el momento de la fecundación del óvulo o de la concepción.

- Primer mes: Longitud 4 mm. Peso: menos de 1 gr.
- Las células se agrupan en tres capas: endodermo (interna), mesodermo (media) y ectodermo (externa) y comienzan a desarrollarse la mayoría de los órganos. La capa interna de células formará los pulmones, el hígado, la glándula tiroides, el páncreas, el aparato urinario y la vejiga. La capa media formará el corazón, el esqueleto, los músculos, los ovarios, los riñones, el bazo y los vasos sanguíneos. La capa externa se transformará en la piel, las glándulas sudoríparas, los pezones, el cabello y las uñas. Al final de la tercera semana el corazón late y ya ha empezado a formarse el oído interno.
- Segundo mes: Longitud 2.5 cm. Peso 3 gr.
- Se forma el sistema circulatorio. Comienzan a formarse las glándulas sudoríparas. Empieza a desarrollarse el oído externo. Los brazos se alargan y se extienden hacia adelante; se forman los sensores del tacto en los pulpejos de los dedos de la mano y el pie. Crecen las piernas y comienzan a aparecer los dedos del pie. En la séptima semana se pueden identificar los movimientos embrionarios a través de una ecografía.
- Tercer mes: Longitud 9 cm. Peso: 48 gr.
- Aparece el tejido óseo. Se forma la cara: los ojos están completamente formados aunque están cubiertos por los párpados; la nariz y el mentón ya están definidos y ya hay 32 bulbos de dientes permanentes. Los dedos de las manos y de los pies crecen rápidamente y se forman las uñas. Los órganos genitales externos pueden ser identificados como femeninos o masculinos. Realiza movimientos enérgicos. Se establece el reflejo de succión.
- Cuarto mes: Longitud 13.5 cm. Peso: 180 gr.
- Se desarrollan los pulmones. Se desarrollan los huesos. Se desarrolla el sistema inmunológico. Se producen las primeras expresiones faciales. El feto percibe la luz brillante fuera de la pared abdominal. Las cejas, las pestañas y el cabello comienzan a crecer. Se establece la mayoría de las conexiones entre los nervios y los músculos; las extremidades se mueven adecuadamente.
- Quinto mes: Longitud 18.5 cm. Peso: .0.5 Kg.
- La piel es rojiza y está arrugada debido a la falta de grasa subcutánea. El feto es sensible al tacto y se mueve si hay presión sobre el abdomen. Se ha desarrollado los oídos y se puede oír sonidos.

- Sexto mes: Longitud 25 cm. Peso: 1 kg.
- El cuerpo y las piernas son más proporcionadas y los rasgos faciales son similares a los de un bebé recién nacido. Los patrones de las ondas cerebrales comienzan a parecerse a las de un bebe recién nacido.
- Séptimo mes: Longitud 27.5 cm. Peso: 1.5 kg.
- Las proporciones de la cabeza y el cuerpo se parecen a las de un bebe recién nacido. La piel se vuelve más suave ya que se acumula grasa subcutánea debajo de ella. Los párpados se separan y los ojos se abren. Las manos y los pies están completamente formados: y las uñas se vuelven más largas, el cerebro se vuelve más grande y las ondas cerebrales son similares a las de un bebe recién nacido.
- Octavo mes: Longitud 30 cm. Peso: 2.5 Kg.
- Los depósitos de grasa se han formado y la piel del feto es rosada en vez de rojiza.. Todos los órganos están totalmente maduros, excepto los pulmones. Los ojos pueden enfocar en campo de visión de 20 a 25 cm. porque el iris puede dilatarse y contraerse.
- Noveno mes: Longitud 35 a 37 cm. Peso: 3 o 4 Kg.
- Los pulmones maduran. Todos los órganos están completamente formados y funcionando. Por lo general, se ha desprendido todo el lanugo del cuerpo. Las uñas de los dedos de las manos son largas.

2.6 Alteraciones más frecuentes durante la Gestación

2.6.1 Sangrado Vaginal de la Etapa Inicial de la Gestación

Dentro de las causas de sangrado vaginal en el primer trimestre de la gestación se encuentra el aborto, la enfermedad trofoblástica gestacional y el embarazo ectópico.

Aborto

Es la terminación espontánea de un embarazo antes de que el desarrollo fetal haya alcanzado las 20 semanas de gestación o los 500 gramos de peso.

Tipos

Amenaza de aborto: Cuando hay síntomas que indican que es posible que se produzca el aborto (dolor y sangrado), pero no existe dilatación del cuello uterino.

Aborto retenido: pérdida de la gestación, sin expulsión de membranas o tejidos fetales.

Aborto incompleto: En el que no se han expulsado todos los productos de la gestación

Aborto completo: En el que todos los productos de la gestación han sido expulsados.

Aborto recurrente: Se denomina así a la ocurrencia de tres abortos de forma sucesiva.

Aborto Séptico: infección del útero y/o de los anexos, que se presenta después de un aborto.

Causas

La causa de la mayoría de los abortos espontáneos es la muerte fetal debido a las anomalías genéticas del feto que no suelen estar relacionadas con la madre.

ISO inmunización (Incompatibilidad a RH)

Enfermedades infecciosas agudas (sífilis, neumonía, rubéola, hepatitis, toxoplasmosis, infección por citomegalovirus).

Otras enfermedades como LES, diabetes, disfunción tiroidea.

Desnutrición.

Insuficiencia del cuerpo lúteo.

Incompetencia del cuello.

Signos y síntomas

Amenaza de aborto

Dolor pélvico tipo cólico, y sangrado sin dilatación del cuello.

Aborto

Sangrado vaginal, con o sin dolor tipo cólico persistente, constante o intermitente.

Dolor lumbosacro o dolor abdominal.

Salida de material tisular o en forma de coágulos por la vagina

Contracciones progresivas.

Pérdida del tapón mucoso.

Salida de restos placentarios

Salida de líquido amniótico.

Hipertermia, escalofríos: como signos de infección.

Dilatación del cuello del útero.

Ayudas diagnósticas

El examen pélvico puede evidenciar adelgazamiento del cuello uterino, aumento en la dilatación cervical y evidencia de membranas rotas.

GCH cualitativa en orina o GCH cualitativa en suero confirma el embarazo.

Ecografía obstétrica. Puede ser abdominal o transvaginal.

Tratamiento

El tratamiento para la amenaza de aborto varía desde la restricción de ciertos ejercicios hasta el reposo en cama. Generalmente se recomienda la abstinencia sexual hasta que los síntomas hayan desaparecido.

En el caso de presentarse el aborto espontáneo de menos de 12 semanas, se debe realizar la extracción de los restos por medio de un legrado (procedimiento de dilatación y curetaje).

Se administra para embarazo entre 12-20 semanas, primero oxitocina para que la expulsión de tejidos fetales y membranas y luego se procede a realizar un legrado. Se usa antibiótico en abortos sépticos.

Actividades de enfermería

Asegurar a la pareja que la hemorragia no proviene de algún descuido de la madre.
Aconsejar reposo en cama y evitar el coito.
Informar la importancia de buscar ayuda médica si se expulsan tejidos tisulares.
Ofrecer apoyo emocional cuando se pierde un embarazo y recomendar varios días de reposo.
Sugerir que se eviten las relaciones coitales después del aborto hasta que haya pasado la siguiente menstruación.
Ofrecer información sobre métodos anticonceptivos, para evitar un nuevo embarazo hasta que haya logrado la recuperación total
Ayudar en todas las actividades diarias cuando tiene reposo absoluto en cama.
Preparar a la paciente para procedimiento quirúrgico (Legrado)
Después del procedimiento vigilar características del sangrado, debe ser escaso y no fétido.
Administrar analgésicos según orden médica.
Indicar a la madre los signos y síntomas de complicación.

Enfermedad de Trofoblástica Gestacional o Mola Hidatiforme

La enfermedad trofoblástica gestacional consiste en un grupo de trastornos que tienen en común la proliferación del trofoblasto gestacional, el tejido que normalmente se convertirá en la placenta. Por ese motivo, suelen tener las mismas propiedades que el trofoblasto fisiológico, es decir: producción de hormonas típicas de la placenta, como la β -hCG, invasión tisular y vascular, y migración a distancia por vía hemática.

Las principales y más frecuentes formas de las enfermedades trofoblásticas gestacionales son el embarazo molar y el coriocarcinoma, aunque la mayoría no se consideran tumores, existen variedades malignas. Un bebé puede o no desarrollarse durante estos tipos de embarazos.

Signos y síntomas

Hemorragia uterina anormal en el primer trimestre del embarazo.
Expulsión de vesículas.
Hiperémesis gravídica.
Síntomas similares a los de pre eclampsia de inicio antes a las 20 semanas: presión sanguínea alta, edema en los pies, tobillos, piernas y proteinuria.
Ausencia de frecuencia cardíaca fetal.
Crecimiento anormal del útero no acorde con la edad gestacional.
Síntomas de hipertiroidismo: hipertensión, taquicardia, taquipnea, diaforesis, angustia, ansiedad, exoftalmos, temblor, etc.
Se encuentran quistes tecaluteínicos múltiples que producen crecimiento de uno o ambos ovarios, presentando dolor
Aumento de la cifra de HCG. (Hormona Gonadotropinica Coriónica Humana)
Clasificación

Mola hidatidiforme o simple: Es un embarazo molar caracterizado macroscópicamente por vesículas múltiples con aspecto de uvas que llenan y distienden el útero, generalmente en ausencia de un feto.

Mola invasiva: Es una mola hidatidiforme que invade el miometrio o las estructuras adyacentes. Puede penetrar por completo el miometrio y acompañarse de ruptura uterina y hemoperitoneo.

Coriocarcinoma: Es un tumor epitelial puro compuesto por células de citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto. Puede ser concomitante o subsecuente a cualquier tipo de embarazo.

Ayudas diagnósticas

Historia Clínica

Ultrasonido de pelvis y transvaginal.

Medición de HCG en suero, donde se encuentran valores aumentados para la edad gestacional.

Estudio histológico.

Amniocentesis transabdominal combinada con amniografía.

Hemograma

Fibrinógeno (disminución de los casos con CID)

Rayos X de tórax (en caso de metástasis pulmonar).

Biopsia.

Tratamiento

Mola hidatidiforme: Una vez confirmado el diagnóstico, el embarazo molar debe interrumpirse. Se realiza un legrado

Mola invasiva: Histerectomía, posterior a iniciar tratamiento farmacológico, con quimioterapia con un solo agente utilizando Metotrexato o dactinomicina por 5 días, se da cada dos semanas.

Quimioterapia combinada.

Administración intraarterial de agentes quimioterapéuticos en casos seleccionados.

Coriocarcinoma: Histerectomía. Quimioterapia con medicación citostática con Metotrexato, Clorambucil y dactinomicina.

Actividades de enfermería

Dar apoyo al paciente y familiares cuando se establece el diagnóstico.

Animar a la mujer para que hable de su pesar, ira o temores.

Preparar a la paciente para el procedimiento quirúrgico: Legrado, histerectomía.

Observar a la paciente en el pos operatorio en busca de hemorragias o signos de perforación uterina.

Aconsejar la paciente para que vigile los títulos de HCG durante un año, cuando estos títulos se mantienen o se elevan se considera que la mola está activa. Los títulos negativos después de ser seriados, indican erradicación total del tejido molar.

Aconsejar a la paciente de no intentar un nuevo embarazo por lo menos en un año.

Vigilar la expulsión de la mola y recoger la muestra en recipiente.
Acompañar a los respectivos medios diagnósticos en caso de metástasis.

Embarazo Extrauterino

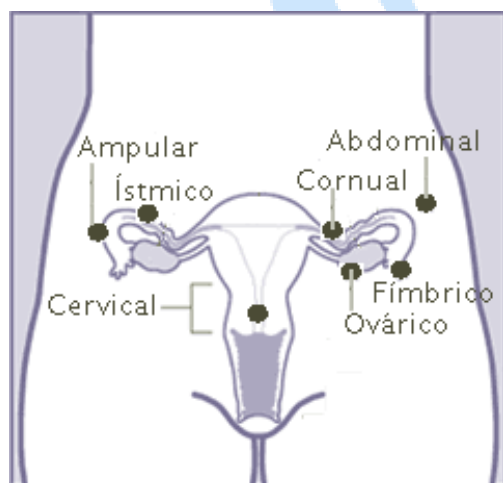
Un embarazo ectópico es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocito se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en la trompa de Falopio (lo más frecuente) o en el ovario o en el canal cervical o en la cavidad pélvica o en la abdominal.

Tipos

Embarazo tubárico: El noventa por ciento de los embarazos extrauterinos son en las trompas denominados ectópicos.

Embarazo ovárico: En ovarios.

Embarazo abdominal: En cavidad abdominal.



Factores de riesgo

Enfermedad pélvica inflamatoria

Antecedentes quirúrgicos

Antecedentes ectópicos

Antecedentes etarios: Las pacientes están en mayor riesgo de embarazo ectópico con la edad avanzada.

Tabaquismo

Defectos congénitos en las trompas de Falopio

Complicaciones de una apendicitis

Endometriosis

Complicaciones de una salpingitis

Tumores en trompas.

Tratamientos para la fertilidad.

Embarazo que ocurre después de un procedimiento de esterilización (ligadura de trompas).

Uso de dispositivo extrauterino. Uso de anticonceptivos orales de emergencia.

Signos y síntomas

Dolor abdominal (98%) bajo lateralizado (derecho o izquierdo).

Amenorrea (65%). / Sangrado vaginal (80%).

Con o sin síntomas de embarazo temprano, náuseas, vómito, lipotimia.

Si el embarazo ectópico se ha roto: inestabilidad hemodinámica, hipotensión arterial y shock hipovolémico.

El útero suele estar crecido y con dolor a la movilización del cuello del útero y en el fondo de saco, cuando hay sangrado en cavidad abdominal.

Dolor abdominal, signos de irritación peritoneal.

Ayudas diagnosticas

Prueba de embarazo

Examen pélvico para verificar si hay sensibilidad presente y el tamaño del útero.

Culdocentesis: Se inserta una aguja a través de la vagina y detrás del útero para verificar si hay sangre acumulada en el lugar.

Ultrasonido para verificar si hay embarazo en el útero y trompas de Falopio.

Laparoscopia: técnica que permite la visión de la cavidad pélvica-abdominal con la ayuda de una lente óptica

Cuadro hemático para ver si hay algún grado de anemia aguda, provocada por el sangrado.

Tratamiento

Metotrexato en pacientes con embarazos ectópicos tempranos (si se diagnostica en las 6 primeras semanas). Cirugía a través de un laparoscopio o de una incisión abdominal abierta laparotomía, se realiza la salpingectomía, o en algunos casos salpingostomía.

Actividades de enfermería

Preparar a la paciente para una prueba sérica de embarazo y ecografía.

Permanecer con la paciente y asegurarse de que ha recibido la información adecuada en cuanto al diagnóstico y la necesidad del procedimiento quirúrgico.

Vigilar con regularidad los signos vitales.

Canalizar una vena con aguja de gran calibre e iniciar administración de LEV.

Tomar muestra sanguíneas para las pruebas cruzadas, hemoclasificación, y tener listos los resultados si hay necesidad de transfundir.

Vigilar signos de hemorragia vaginal e interna.

2.6.2 Sangrado Vaginal en la Etapa Avanzada del Embarazo

Placenta Previa

La placenta se implanta de manera total o parcial en la porción inferior de útero, de tal manera que puede ocluir el cuello uterino. Por lo general suele ocurrir durante el segundo o tercer trimestre, aunque puede también suceder en la última parte del primer trimestre. La placenta previa es una de las principales causas de hemorragia antes del parto y suele impedir la salida del feto a través del canal del parto por obstrucción a este nivel.

Causas

Embarazos múltiples.
Miomectomía previa.
Cesáreas previas (si la cicatriz es baja y cerca de la región cervico-vaginal).
Legrados previos.
Endometriosis.

Diabetes.
Mayores de 35 años de edad o grandes multíparas.
Tabaquismo.

Tipos

Implantación baja: La placenta está muy cerca del orificio cervical interno.
Marginal: El borde de la placenta coincide con el orificio cervical interno.
Parcial: La placenta cubre por completo el orificio cervical interno.
Completa o total: La placenta cubre por completo el orificio cervical interno.

Signos y síntomas

Sangrado escaso durante el primer y segundo trimestre del embarazo.
Hemorragia vaginal en el final del segundo y comienzo del tercer trimestre del embarazo (usualmente 28 semanas), caracterizado por ser profuso, indoloro y repentino, sangrado rojo vivo.
Útero generalmente blando y relajado.
Posición del niño oblicua o transversa.
No hay sufrimiento fetal.

Ayudas diagnósticas

Ultrasonido abdominal y transvaginal.
CH: Determinar anemia.
Hemoclasificación por si se necesita transfusión sanguínea.
Tratamiento

Edad gestacional con más de 35 semanas: Hospitalizar. Si el sangrado es abundante, cesárea de urgencia, y si es escaso, se puede esperar hasta la 37 semana para cesárea electiva.

Según la OMS Los coricosteroides prenatales se unen a proteínas transportadoras de la circulación materna. Se encuentran formas libres y unida, pero sólo la primera puede ingresar a las células fetales, donde se une a receptores glucocorticoides intracelulares. La madurez pulmonar fetal se acelera después de la administración de corticosteroides. Los efectos en el pulmón incluyen estimulación de la diferenciación de células epiteliales en neumocitos de tipo II, síntesis y secreción de surfactante de dichos neumocitos hacia los espacios alveolares y aceleración del desarrollo estructural. También se encuentra aumento en el factor fibroblasto-neumocito, aumento de la síntesis de apoproteínas estructurales del surfactante especialmente Apo B y a nivel extrapulmonar aumenta la movilización de precursores del surfactante a partir del hígado.

Dosis recomendada

Betametasona 12 mg IM cada 24 horas, 2 dosis.

Dexametasona 6 mg IM cada 12 horas, 4 dosis.

Recomendaciones en edad gestacional con menos de 35 semanas: Reposo en cama. Reposición o transfusión sanguínea. Sulfato ferroso en hemorragia escasa. Maduración pulmonar fetal.

Complicaciones

Hemorragia profusa, puede llevar al shock.

Shock.

Formación de coágulos o trombo embolismo.

Infección.

Muerte fetal

Actividades de enfermería

Enviar a la paciente a un centro asistencial cuando ocurre hemorragia vaginal indolora entre las semanas 28 – 30 de gestación.

Vigilar los valores de hemoglobina y hematocrito, leucocitos para mirar si hay anemia e infección.

Elaborar la historia de hemorragia, con un número y volumen de la misma.

Vigilar sistemáticamente signos vitales y FCF.

Valorar movimientos fetales.

Indicar reposo absoluto en cama tres días después de interrumpirse el sangrado.

Vigilar la actividad fetal si la madre presenta sangrado.

Prever la necesidad de transfundir: Hemoclasificación, pruebas cruzadas.

Estar preparados para posible parto prematuro.

Vigilar presencia de sangrado vaginal

Administrar O2 para evitar hipoxia madre – feto.
De presentarse contracciones uterinas llevar el control de estas.
En caso de ser necesario administrar los medicamentos ordenados por el médico.

Desprendimiento Prematuro de Placenta (Abruptio placentae)

Es la separación parcial o total de una placenta que se encuentra implantada normalmente en la pared uterina antes del parto.

Factores de riesgo

La más importante es la enfermedad hipertensiva del embarazo especialmente cuando existe un daño renal previo (Pre eclampsia)
La corioamnionitis y ruptura prolongada de membranas.
La edad materna y la multiparidad, así como embarazo múltiple.
Traumas sobre el abdomen.
Tabaquismo.
Diabetes gestacional.

Signos y síntomas

Son diferentes de acuerdo al tipo de desprendimiento y la intensidad de la hemorragia.

Caso leve: Dolor suave en región anterior del abdomen y en región lumbar con o sin contracciones uterinas. Hemorragia escasa casi siempre es sangre oscura.

Caso moderado: El dolor abdominal se aumenta en forma gradual, la hemorragia puede llegar a 1000cc. Hipertonía primaria. Contracción prolongada en el útero.

Caso severo: Dolor intenso súbito. Útero de consistencia leñosa como consecuencia de la hipertonía En ocasiones no hay expulsión de sangre al exterior. Ocurre parto pre-término, el feto casi siempre está muerto y la placenta se ha desprendido en más de 2/3 partes.

Ayudas diagnósticas

Clínico basado en signos y síntomas.
Exámenes como hemoglobina y hematocrito.

Tratamiento

Desprendimiento leve: Vigilar y monitorizar el trabajo de parto y la FCF, si existe sufrimiento fetal agudo se debe hacer cesárea de urgencias.

Moderado a severo: Combatir el choque con LEV y plasma fresco, y cesárea de urgencias. Si hay muerte en el tercer trimestre se deben ordenar exámenes de coagulación, si es necesario realizar transfusión sanguínea y realizar una cesárea, y el feto se llevará a patología para determinar la causa de la muerte. Si hay feto vivo

y prematuro se usan esteroides para la maduración de los pulmones, si es posible, si no CST de urgencia.

Actividades de enfermería

Administrar por vía intravenosa, líquidos o sangre según orden médica.

Vigilar de manera constante ruidos cardiacos fetales.

Vigilar cuidadosamente los signos vitales maternos.

Vigilar estrechamente la magnitud del sangrado vaginal y la altura del fondo uterino, este se eleva aumenta cuando hay hemorragia interna.

Medir PVC que nos orienta sobre la necesidad de reponer volumen sanguíneo, si la paciente tiene catéter central o catéter central periférico "Drum".

Colocar sonda vesical y llevar diuresis horaria.

Preparar a la paciente para atención inmediata del parto, según el estado de la madre y el feto puede ser vaginal o cesárea.

Mantener informado al compañero sobre los procedimientos que se requieran y la necesidad de vigilancia constante de las condiciones de la paciente y el producto de la gestación.

Tomar pruebas de laboratorio urgentes para hemoclasificación, pruebas cruzadas, PT, PTT Hemograma completo, BUN, creatinina, glicemia.

Proporcionar O2 según necesidad u orden médica.

Monitorización fetal.

Realizar actividades pertinentes en posible desequilibrio hemodinámico.

Tener a la mano el carro de paro, por si hay necesidad de realizar RCCP "Reanimación cerebro - cardio - pulmonar"

Ruptura Uterina

La ruptura es la solución de continuidad no quirúrgica del útero, que ocurre por encima del cuello y en gestaciones avanzadas, porque habitualmente las del cuello reciben el nombre de desgarros y las del cuerpo, que se producen en gestaciones pequeñas, se denominan perforaciones uterinas.

Factores de riesgo

Realización de abortos provocados clandestinos.

Uso inadecuado de medicamentos como la oxitocina

Multiparidad.

Mal manejo de maniobras uterinas.

Cuando existe una cicatrización de una cesárea anterior, y se produce una sobredistensión del útero.

Ruptura uterina espontánea durante el parto.

Hipertonía.

Acretismo placentario.

Desproporción céfalo-pélvica (DCP).

Signos y síntomas

Hiperactividad uterina con aumento de la frecuencia, la intensidad y el tono de las contracciones.

Útero tetánico: Contracción persistente en el útero

Dolor a la palpación en región abdominal que corresponde al segmento uterino.

Se delimita y se aprecia fácilmente el anillo de retracción.

La paciente presenta angustia, palidez, sudoración y taquicardia.

Cuello incompletamente dilatado si en ese momento se practica tacto vaginal.

Las partes fetales se aprecian con facilidad y los latidos cardiacos están ausentes, en caso de ruptura total. Dolor súbito en el abdomen inferior, acompañado de náuseas, vómito e hipotensión.

Durante el trabajo de parto, dolor súbito y ausencia de contracciones.

El sangrado vaginal puede ser escaso y la orina se torna hematórica.

Tacto vaginal en el que se aprecia un cambio importante ya que la presentación es difícil de palpar porque el feto ha sido expulsado al abdomen materno.

Ayudas diagnósticas:

Clínico basado en síntomas y signos.

Tratamiento

Útero inhibición, si hay contraindicaciones.

Laparotomía, si la paciente es joven se puede intentar la sutura del útero (uterorrafia) y en multíparas hacer la histerectomía.

Actividades de enfermería

Evaluación continua de signos vitales maternos, cualquier signo de shock hipovolémico.

Canalizar una vena con yelco de gran calibre, tomar muestras sanguíneas, administrar LEV.

Reposo absoluto en cama.

Tener paciente hemoclasificado para transfundir según orden médica.

La familia debe estar enterada de todo lo ocurrido.

Preparar para cesárea.

Colocar sonda vesical a cystoflo.

Control de líquidos administrados y eliminados.

Si hay útero grávido vigilar bienestar fetal.

Legrado

Limpieza o raspado de la cavidad uterina.

Tipos:

Ginecológico.

Obstétrico.

Actividades de enfermería

Si es posible orientar y ofrecer otros servicios de salud: Profilaxis del tétano, métodos de regulación de la fecundidad.

Informar que su hospitalización es corta

Vigilar sangrado vaginal.

Aconsejar a la mujer que esté pendiente de la aparición de signos y síntomas de alarma: Cólico prolongado (Más de 2 semanas). Sangrado mayor que el de una menstruación. Sangrado prolongado, Dolor pélvico irradiado a fosas ilíacas. Fiebre, escalofríos, malestar general. Sensación de desmayo, astenias, adinamia.

Equipo

Cubeta inoxidable

Espejo

Pinza de cuello o tenáculo

Juego de dilatares

Juego de legros o cunetas

Pinza de fuerster

Histerometro

Pinzas bozeman

Aspirador.

2.6.3 Complicaciones del Embarazo

Ruptura Prematura de Membranas

La ruptura prematura de membranas es la ruptura de membranas antes que haya empezado el trabajo de parto. La (RPM) puede ocurrir cuando el feto no ha madurado (pre término o antes de las 37 semanas) o cuando se ha madurado (a término).

Etiología y factores predisponentes

Infección ascendente.

Trombosis e isquemia decidual.

Sobredistensión uterina.

Defectos intrínsecos de las membranas.

Trauma.

Las implicaciones fetales y neonatales

Se ha perdido el mecanismo de defensa del producto.

La principal causa de muerte fetal es la infección.

Alto riesgo de nacimientos prematuros y síndrome de insuficiencia respiratoria.

Actividades de enfermería

Indicar a la embarazada que es necesario buscar asistencia de inmediato si se presenta escurrimiento persistente o expulsa un chorro de líquido por la vagina.

Aconsejar a la materna que: No se administre duchas, no efectué el coito.

Cuando la paciente se encuentra hospitalizada, valorar los signos de infección en evolución: Temperatura, pulsos, respiración, hipersensibilidad uterina, calor, olor y cantidad del líquido amniótico.

Manejo según protocolo institucional.

Mantener limpia la zona perineal.

Hipertensión Inducida por el Embarazo

La presencia de hipertensión arterial, sin tener diagnóstico previo, en una gestante, después de las 20 semanas de embarazo.

Tipos

Pre eclampsia: también llamada toxemia del embarazo y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo; está asociada a elevados niveles de proteína en la orina (proteinuria).

Eclampsia: Es un aumento en las cifras tensionales por encima de 140/90 mmHg después de la 20 semana de gestación que se asocia con convulsiones, las cuales se pueden presentar desde la semana 20 de gestación hasta 48 horas después del parto.

Pre eclampsia sobre agregada: Es una paciente hipertensa crónica que en el embarazo aumenta sus cifras tensionales después de la 20 semana de gestación.

Hipertensión crónica: Es una paciente previamente hipertensa y continúa así durante el embarazo.

Factores de riesgo

Madres adolescentes.

Madres hipertensa previamente.

Gestación múltiple.

Primer embarazo.

Diabetes Mellitus.

Sobrepeso u obesidad.

Enfermedades renales.

Enfermedad autoinmune: LES.

Mola.

Condiciones socioeconómicas bajas – desnutrición.

Primipaternidad

Signos y síntomas

Edema: Acumulación excesiva de líquido en los tejidos.

Proteinuria: Presencia 300 mg/ Lt en una muestra de orina 24 horas.

Fosfenos.

Acufenos.

Epigastralgia.

Cefalea.

Ayudas diagnosticas

Clínico basado en signos y síntomas.

Ecografía obstétrica.

Monitoreo fetal.

Perfil biofísico.

Laboratorios: CH, parcial de orina, proteínas en orina en 24 horas, recuento de plaquetas, pruebas de función hepática, pruebas de función renal.

Tratamiento

Antihipertensivos:

Alfametildopa – Aldomet V.O

Hidralazina – Apresolina V.O I.V

Labetalol – Trandate V.O

Nifedipino – Adalat V.O

Otras: Metoprolol - Prazosin – Clonidina

Profilaxis de las convulsiones: Sulfato de Magnesio.

Control de las convulsiones: En pacientes refractarios se puede usar fenitoina o fenobarbital.

Otras: Maduración pulmonar fetal: Betametasona 12 mg IM c / 24 horas por dos dosis.

Complicaciones maternas

Enfermedad cerebro vascular.

Falla hepática.

Falla renal.

Desprendimiento prematuro de placenta.

Dificultad respiratoria.

Síndrome de HELLP (plaquetas disminuidas, enzimas hepáticas altas).

Fetales:

Disminución de peso.

Muerte fetal.

Retardo de crecimiento.

Actividades de Enfermería en Pre-eclampsia

Reposo en cama en decúbito lateral izquierdo, para mejorar la función renal e incrementar el riego sanguíneo de la placenta.

Vigilar presión arterial cada 4 horas.

Verificar los reflejos tendinosos profundos dos veces al día.
Peso diario.
Control de líquidos ingeridos y eliminados.
Dieta rica en proteína para facilitar la excreción de líquidos.
Vigilar la actividad y FCF, así como las contracciones maternas, sin estrés.
Estar pendiente de los estudios ecográficos ordenados.
Verificar el consumo de la dieta adecuada.
Administrar hipotensores según orden médica sin interrumpir LEV.
Monitoreo fetal con o sin estrés.

Actividades de enfermería en Eclampsia

Aplicar las medidas oportunas contra las convulsiones.
Pasar sondaje vesical y controlar diuresis horaria.
Medir presión arterial y frecuencia cardiaca cada 15 minutos y después de estabilizadas cada 30 minutos y luego cada hora. (Monitorizar).
Vigilar los reflejos tendinosos cada 30 y 60 minutos buscando hipereflexia.
Monitorización fetal constante.
Continuar la administración intravenosa del Sulfato de Magnesio y demás medicamentos ordenados.
Si la paciente se complica con un edema pulmonar remitirla a UCI.

Diabetes Gestacional

Síndrome caracterizado por un estado de hiperglucemia secundario a un déficit de la acción de la insulina, en la gestación es la alteración endocrinológica más frecuente (1,6 a 2% de las gestantes).

Factores de riesgo

Hereditario
Inadecuados estilos de vida
Endocrinológicos

Signos y síntomas

Estos cambios patológicos producen cuatro signos y síntomas cardinales en la diabetes gestacional:
Poliuria (micción frecuente), porque el agua no se reabsorbe por los túbulos renales a causa de la actividad osmótica de la glucosa.
Polidipsia (sed excesiva) por deshidratación a causa de la poliuria.
Pérdida de peso:
Polifagia (hambre excesiva), a causa de pérdida tisular y de un estado de inanición resultante de la incapacidad de las células para emplear la glucosa sanguínea

Ayudas diagnosticas

El Diagnóstico se basa en la presencia de síntomas clínicos y pruebas de laboratorio que ponen de manifiesto elevación de las concentraciones de glucosa en sangre y orina.

Basado en signos y síntomas
Toma de parciales de orina
Prueba de O Sullivan
Toma de glucometrías

Tratamiento

El manejo de la diabetes siempre debe realizarse en un nivel de atención tres, por un equipo multidisciplinario, donde participe el obstetra, endocrinólogo, nutricionista y el personal de enfermería ETC, para una atención integral. Luego del nacimiento en la mayoría de las gestantes se normaliza las cifras de glicemia, sin embargo se debe continuar con el tratamiento dietético hasta su reclasificación.

Cuidados de enfermería

Plan de alimentación: debe ser una dieta que permita un adecuado control de la glicemia y el aumento de peso materno. El manejo de la dieta debe realizarse en conjunto con la nutricionista.

Ejercicio: debe aconsejarse caminatas de 30 minutos si no hay contraindicación.

Insulinoterapia: la mayoría de las pacientes se controlan con dieta y el ejercicio regular. Solo del 10 al 20% de las pacientes requieren dosis bajas de insulina NPH para su control, cuando su glicemia en ayunas son iguales o mayores a 120mg/dl.

Monitoreo de glicemia: (tiras reactivas para lectura visual: glucometrías).

Vigilancia fetal: se recomienda en estas pacientes un examen ecográfico mensual para valorar crecimiento fetal, hoja diaria de movimientos fetales desde la semana 28 y pruebas de bienestar fetal periódicas desde la semana 35.

Brindar educación respecto a los adecuados estilos de vida.

Fortalecer información respecto a la patología y los signos y síntomas para el respectivo manejo.

Infección de Vías Urinarias

La infección urinaria es la complicación médica más común durante el embarazo. Su baja prevalencia es similar a la de las pacientes no embarazadas, pero representa un significativo factor de riesgo para el desarrollo de infección urinaria alta en las que sí lo están. Se ha observado que del 20 al 40 por ciento de las pacientes con bacteriuria asintomática en el embarazo temprano no tratadas desarrollan pielonefritis en el segundo trimestre y comienzos del tercero. La razón para el alto riesgo de infección urinaria no es clara, pero podría estar relacionada con los cambios anatómicos y fisiológicos asociados al embarazo. La conversión de la bacteriuria asintomática a pielonefritis ocurre frecuentemente en pacientes

embarazadas con factores de riesgo predisponentes, entre los que se citan mujeres añosas, multíparas, de bajo nivel socioeconómico, con historia personal de infecciones urinarias, anomalías anatómicas y funcionales del tracto urinario o rasgos de células falciformes, diabetes y múltiples compañeros sexuales, entre otros (5,6). La pielonefritis en el embarazo puede causar una significativa morbilidad para la madre y el feto, de ahí que uno de los objetivos primarios del control prenatal es la detección y tratamiento de la bacteriuria asintomática, así como un diagnóstico oportuno y prevención de las complicaciones asociadas. Menos del 1 por ciento de las pacientes sin bacteriuria asintomática en la evaluación inicial desarrollarán una infección urinaria sintomática.

Cambios del tracto urinario durante el embarazo

Los cambios anatómicos y fisiológicos inducidos por el embarazo alteran la historia natural de la bacteriuria y hacen a la mujer más susceptible de presentar pielonefritis. Estos cambios involucran todas sus partes, desde la entrada del tracto urinario, incluyendo riñones, sistemas colectores, uréteres y vejiga. Riñón Crece en longitud aproximadamente 1 cm durante el embarazo, como resultado del incremento del volumen intersticial y vascular renal. La tasa de filtración glomerular aumenta aproximadamente del 30 al 50 por ciento, lo cual es importante al considerar la dosificación de los medicamentos debido a que se puede elevar la excreción renal de éstos, reduciendo la duración y su presencia en la orina. Además, las diferencias entre el pH, la osmolalidad de la orina, la glucosuria y la aminoaciduria inducidas por el embarazo, pueden facilitar el crecimiento bacteriano. La pelvis renal y los uréteres Presentan dilatación a partir de la séptima semana de embarazo, siendo evidente en doce semanas, por la relajación de las capas musculares inducida por la progesterona. La dilatación progresiva durante el curso del embarazo y la obstrucción mecánica del borde pélvico causada por el crecimiento del útero, particularmente del lado derecho, junto con la relajación de las capas musculares del uréter, resulta en una disminución del peristaltismo de los uréteres, hidronefrosis e incremento de la capacidad vesical y estasis urinaria, con aumento del volumen urinario residual y el reflujo vesicoureteral. La vejiga Es desplazada superior y anteriormente durante el embarazo. El trauma de uretra y vejiga, el desgarro perineal, las laceraciones vulvares grandes, la analgesia epidural para el trabajo de parto, y el parto, predisponen a retención urinaria y la necesidad de cateterización. Entre otros cambios fisiológicos está el de la congestión venosa, que altera las uniones del epitelio uromucoide (capa protectora mucoide, proteína de Tamm-Horsfall y otras sustancias), afectándolo por las altas presiones y perdiendo su efecto de protección, pues debilita el mecanismo de defensa físico e inmunológico local materno. Se deben tener presentes estos cambios ya que facilitan la entrada de microorganismos patógenos al tracto urinario, y su colonización y supervivencia en el medio, en la paciente embarazada.

Etiología

Los organismos causantes de infecciones urinarias durante el embarazo son especies bacterianas provenientes de la flora perineal normal, y por tanto, similar a la población general.

— Enterobacterias (90%). - Escherichia Coli - 80-90 por ciento IVU inicial - 70-80 por ciento IVU recurrente - Klebsiella pneumoniae - Proteus mirabilis — Pseudomonas Aeruginosa — Gram positivos - Stafilococo saphrophyticus - Streptococo del grupo B (Streptococo agalactiae) — Gardnerella vaginalis, Mycoplasma species y Ureaplasma urealyticum pueden infectar a pacientes con cateterismo intermitente o continuo. En todos los estudios la Escherichia coli es el patógeno primario en infecciones urinarias iniciales y recurrentes en la mujer embarazada. Las cepas más virulentas de E. Coli poseen toxinas y adhesinas (pilis o fimbrias) que permiten la adherencia al uroepitelio. Éstos protegen a la bacteria del lavado urinario y permiten la multiplicación bacteriana y la invasión del parénquima renal. La presencia de fimbria tipo P se ha encontrado en cepas uropatógenas de E. Coli, facilitando la adherencia al epitelio vaginal y renal y causando infecciones urinarias altas. Recientemente la clase DR de adhesinas también se ha asociado a pielonefritis en el embarazo. Los estreptococos del grupo B (Streptococcus agalactiae) son una causa frecuente de infección del trato urinario; su aislamiento en la embarazada refleja importante colonización vaginal. Entre el 1-5 por ciento de las infecciones del tracto urinario son resultado de la colonización por estreptococo del grupo B. Su importancia clínica está dada por la relación de bacteriuria por estreptococo del grupo B y ruptura prematura de membranas, parto prétermo y sepsis neonatal de inicio temprano, con incremento de la mortalidad neonatal temprana. El conteo de colonias en la orina menores a los valores típicos reportados para bacteriuria asintomática (105 ufc/mL) es importante. Se ha evidenciado que el tratamiento para cualquier conteo de colonias de estreptococo del grupo B aislados en orina produce una reducción en ruptura de membranas pretérmino y parto pretérmino con tratamiento. Las guías para la prevención de infección perinatal por estreptococo del grupo B recomiendan que las pacientes con bacteriuria por estreptococo del grupo B reciban profilaxis antibiótica intraparto (6,17). El estafilococo saprophyticus ha sido aislado en un 3 por ciento de mujeres en edad reproductiva no embarazadas con pielonefritis. La importancia de este organismo en la mujer embarazada no ha sido establecida y es reportada de forma infrecuente en estudios de bacteriuria en embarazadas.

Las pacientes que mantiene un catéter vesical también son susceptibles a infecciones por hongos. Finalmente, las bacterias aeróbicas y los mycoplasmas podrían jugar un papel en infecciones urinarias previamente reportadas; sin embargo, los datos son limitados. Otros microorganismos, incluyendo Ureaplasma urealyticum, Gardnerella, lactobacilos y clamidia también han sido encontrados en la orina; actualmente no existe evidencia en examen urinario de rutina de estos microorganismos, dado que su significancia clínica no ha sido apreciada y pocos estudios han reportado mejoría luego de su tratamiento.

En Colombia la Razón de Mortalidad materna calculada a 2013, a partir de los registros del sistema de estadísticas vitales, fue de 55,25 por 100.000 n.v. Frente a lo observado

en 1998, cuando se registraron 722 casos de muertes maternas anuales, la reducción en el número absoluto es del 45%, lo significa un avance en el logro de la meta del 81%. En general, estos esfuerzos han salvado de forma sistemática la vida de más de 250 mujeres cada año, es decir, de más de 4100 mujeres que pudieron continuar con su vida desde 1998.

Para el 2014 en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del país (Sivigila) se registraron 9437 casos de muertes perinatales y neonatales tardías, en promedio muere un feto o neonato cada hora en el país; la incidencia nacional del evento para este año es de 14,2 casos de muertes perinatales y neonatales tardías por cada 1.000 nacidos vivos, siendo el departamento de Vaupés quien cuadriplica esta cifra en el país y además evidencia la mayor probabilidad de riesgo de mortalidad materno perinatal con un RR de 5,5 (IC 95%; 3,3 – 9,3) frente a entidades territoriales como Barranquilla y Santa Marta que tienen la menor incidencia de casos en el país.

2.6.4 Fecha Probable de Parto

Comúnmente se establece que un embarazo dura nueve meses, 266 días o 38 semanas. Lo anterior es el concepto de la duración clásica que se considera que tiene un embarazo normal. Pero, para que este cálculo sea válido, es preciso que la fecha de partida que se contabilice sea la del momento de la fecundación y concepción del embrión, un dato que no siempre es posible determinar de forma exacta.

Para evitar este tipo de imprecisiones, en la práctica diaria de los especialistas es obviar la fecha de concepción y vincular la edad prenatal de la mujer embarazada con su último periodo menstrual. Por lo anterior, lo habitual es que el periodo gestacional se defina en **40** semanas, contadas a partir de la fecha de la última regla (FUR), es decir, desde el primer día de la última menstruación. Este dato es el referente que se utiliza para calcular tanto la fecha probable de parto, como la edad gestacional de la mujer en un momento determinado.

Fecha probable de parto

Regla de Pinard: Al día que termino la menstruación se le agregan siete días y se retroceden tres meses.

Regla de Naegele: Consiste en sumarle siete días al primer día de la menstruación y restar tres meses.

Por ejemplo: Si la última menstruación se inició el 20 de agosto, se restan tres meses, sería 20 de mayo y se suman siete días 27 de mayo. En este caso sería el 27 de mayo del año siguiente.

Es de aclarar que con este mismo método se pueden sumar 10 días. En el caso del ejemplo anterior sería: Si la última menstruación se inició el 20 de agosto, se restan tres meses, sería 20 de mayo y se suman diez días 30 de mayo. En este caso sería el 30 de mayo del año siguiente.

Edad gestacional

La edad gestacional permite conocer en qué momento del embarazo se encuentra la mujer y, a partir de este dato, determinar si los parámetros analizados del feto en crecimiento se corresponden a los promedios normales de esa etapa de gestación. Se expresa en semanas, contadas a partir de la fecha de inicio de la última menstruación, pero para facilitar su cálculo se pueden utilizar diferentes herramientas:

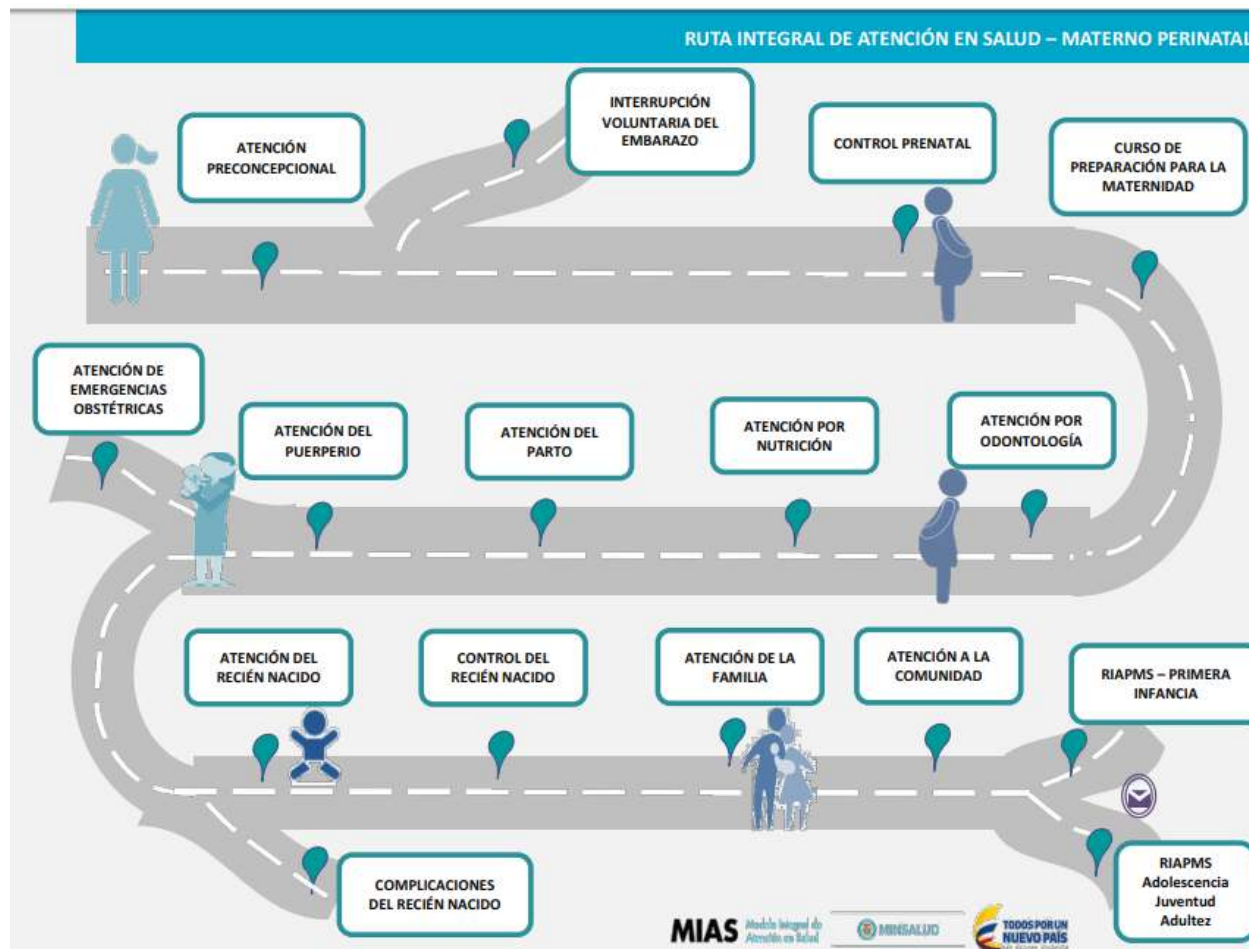
Se puede contar los meses de embarazo transcurridos, multiplicarlos por 4 y sumarle 2, 3 o 4 (correspondientes respectivamente al primer, segundo y tercer trimestre respectivamente) al final. Ejemplo: Embarazo de 3 meses: $3 \times 4 + 1$ corresponde a 13 semanas de embarazo

Gestograma: Esta herramienta gráfica es la más utilizada por los especialistas para calcular la edad gestacional y basa sus estimaciones, por lo general, en la regla de Naegele o la de los 280 días. Se presenta en forma de cuadro o tabla, o a modo de rueda o disco rotatorio. Además de marcar la semana de embarazo correspondiente, incluye en la mayoría de los casos los datos básicos que corresponden al bebé en ese periodo (como el peso y la talla promedio, el diámetro biparietal o la longitud del fémur).

2.7 Resolución 3280 de 2018 lineamiento técnico y operativo ruta integral de atención en salud materno perinatal

OBJETIVO: Contribuir a la promoción de la salud y mejoramiento de los resultados en salud maternos y perinatales, mediante la atención integral en salud, Garantizando el acceso universal a las intervenciones de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal.

COMPONENTES DE LA RUTA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD MATERNO PERINATAL



Rutas integrales de Atención (RIA) 1



Atención comunitaria de la gestante

- Conformación y fortalecimiento de redes sociales comunitarias, sectoriales e intersectoriales para la promoción de equidad de género, la autonomía reproductiva y la detección y atención de alteraciones del embarazo
- Brindar educación a los agentes comunitarios en relación a la identificación de signos de alarma durante el embarazo y canalización efectiva por urgencias con pertinencia cultural.
- Canalización y seguimiento comunitario efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva a través de estrategias como Mujeres, individuos, familias y comunidad (MIFC)
- Acciones afirmativas frente a la mujer y la gestante en el ámbito comunitario
- Sistema de detección comunitaria de alto riesgo materno perinatal.
- Control de Factores de Riesgo del medio ambiente y control integrado de vectores

Rutas integrales de Atención (RIA) 1



- Fortalecer los procesos de información, educación y comunicación sobre la salud sexual integral, orientados a promover el reconocimiento de la sexualidad como condición humana, y que permitan el abordaje y respuestas con acciones que contribuyan a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, el bienestar y la calidad de vida.
- Educar para la construcción de relaciones equitativas y solidarias entre géneros
- Brindar asesoría en anticoncepción y fomentar la doble protección
- Identificación en el hogar de signos de alarma y canalización a los servicios correspondientes
- Fortalecimiento de redes sociales comunitarias, sectoriales e intersectoriales para la promoción de equidad de género, la autonomía reproductiva y la detección y atención de alteraciones del embarazo.
- Control de Factores de Riesgo del medio ambiente y control integrado de vectores



Rutas integrales de Atención (RIA) 1



Rutas integrales de Atención (RIA) 1



- Acciones afirmativas frente a la mujer en el ámbito laboral.
- Empoderamiento a mujeres y familia para la exigibilidad de derechos y mejoramiento de la salud materna y perinatal.
- Fortalecimiento de redes para la promoción de la equidad de género, la autonomía reproductiva y la detección y atención del embarazo.
- Identificación de signos de alarma y canalización a los servicios de salud.
- Programas de bienestar desde la perspectiva de salud y seguridad en el trabajo para la gestante.
- Promover la lactancia materna a través de dinámicas de tiempo laborales para el contacto del binomio madre-hijo.



INTERVENCIONES INDIVIDUALES:

Las atenciones individuales serán garantizadas a todas las gestantes y al recién nacido, por medio de un conjunto de procedimientos a cargo del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. La RIAMP define estos procedimientos de acuerdo con su finalidad así:

DETECCIÓN TEMPRANA	Atención para el cuidado preconcepcional
	Atención para el cuidado prenatal
	Atención en salud bucal
	Atención para la promoción de la alimentación y nutrición
PROTECCIÓN ESPECÍFICA	Interrupción voluntaria del embarazo
	Curso de preparación para la maternidad y la paternidad
	Atención del parto
	Atención del Puerperio
	Atención para el cuidado del recién nacido
	Atención para el seguimiento del recién nacido

Para conocer las intervenciones a realizar en la población materna perinatal, ingrese al link:

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social . (2016). RIAS para población materno – perinatal. Política integral de Atención en salud; Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/rias-materno-perinatal.zip>

Es necesario que los estudiantes exploren el link

Atención para el cuidado prenatal

Se comprende por atención para el cuidado prenatal al conjunto de atenciones que contribuyen a

1. Mejorar la salud materna
2. Promover el desarrollo del feto
3. Identificar e intervenir temprano los riesgos relacionados con la gestación
4. Generar condiciones óptimas que permitan un parto seguro.

Para el desarrollo oportuno de esta atención es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 10 gestación.

Las acciones o actividades que incluye la atención para el cuidado prenatal para gestantes de bajo riesgo deben ser realizadas por profesionales en medicina o enfermería. Quienes deben contar con un equipo interdisciplinario de referencia como profesionales de nutrición, psicología, trabajo social y otros perfiles de acuerdo con el caso específico.

Las consultas de cuidado prenatal durante el último mes de gestación (semanas 36, 38 y 40) deben ser realizadas por un profesional en medicina.

El profesional de enfermería deberá remitir a valoración médica inmediata a la gestante en la cual identifique factores de riesgo biopsicosocial, enfermedades asociadas y propias de la gestación, durante la anamnesis, el examen físico o la revisión de los paraclínicos para su adecuado y oportuno manejo.

Duración recomendada:

Primera consulta: si esta se realiza antes de la semana 10 de gestación la duración mínima es de 30 min; cuando una gestante comience tardíamente su proceso, sobre todo después de la semana 26 de gestación se recomienda tener en su primer control todas las actividades recomendadas para las consultas previas, así como aquellas que correspondan a la consulta actual. Por lo tanto se recomienda que la duración sea de 40 minutos.

La duración de las consultas de seguimiento será mínimo de 20 minutos.

Frecuencia:

Si la gestación es de curso normal en una mujer nulípara se programaran mínimo 10 controles prenatales durante la gestación, si ella es multípara se programaran mínimo 7 controles durante la gestación.

La periodicidad de las consultas de seguimiento y control debe ser mensual hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta la semana 40.

Primera consulta prenatal: Deberá ser realizada por profesional en medicina o enfermería e incluye lo siguiente:

1. Asesorar sobre opciones durante el embarazo

Debe informarse a la mujer sobre el derecho a la interrupción voluntario del embarazo, en caso de configurarse una de las causales establecidas en la sentencia c355 de 2006

2. Valoración integral de la gestante e identificación de factores de riesgo

Anamnesis

Antecedentes personales: patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicos, alérgicos, trastornos mentales, signos de alarma y tratamientos recibidos durante la gestación actual, trombosis venosa profunda, trombo embolismo y trastornos de hiper coagulabilidad.

Antecedentes ginecológicos. indagar edad de la menarquia, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, antecedente o presencia de flujos vaginales, infecciones de transmisión sexual, historia y tratamientos de infertilidad, Indagar sobre tamización de cáncer de cuello uterino.

Antecedentes obstétricos: total de gestaciones, intervalos intergenesicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abruptio, ruptura prematura de membrana, polihidramnio, oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino, número de partos, fecha del ultimo, si han sido único múltiples, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesarea.

Antecedentes familiares: hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras.

Gestación actual: edad gestacional probable, presencia o ausencia de movimientos fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cervico vaginal, cefaleas persistentes, edemas, otros sintomatología asociada.

Valoración psicosocial: debe incluir la estructura y dinámica familiar, redes de apoyo, gestación deseada,

Además se deberán indagar la exposición a violencias a partir de las siguientes preguntas:

DURANTE EL ULTIMO AÑOS, ha sido humillada, menospreciada, insultada o amenazada por su pareja?

DURANTE EL ULTIMO AÑO, fue golpeada, bofeteada, pateada o lastimada físicamente de otra manera?

DURANTE EL ULTIMO AÑO, fue forzada a tener relaciones sexuales?

Examen físico

Debe hacerse céfalo caudal incluida la cavidad bucal, tomar signos vitales: pulso, respiración, temperatura y tensión arterial.

Tomar medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional

Se debe registrar el IMC y establecer metas de ganancia de peso

Valoración ginecológica: realizar examen genital que incluye valoración del cuello, tamaño, posición uterina y anexos, comprobar la existencia de la gestación, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.

Valoración obstétrica: número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales.

Solicitud de exámenes de laboratorio:

Urocultivo y antibiograma

Hemograma y hemoclasificación

Glicemia

Prueba rápida para VIH. Se ofrece asesoría para la prueba voluntaria de VIH

Prueba treponémica rápida para sífilis

Antígeno de superficie para Hepatitis B

Prueba de IgG para rubeola en mujeres no vacunada previamente, antes de la semana 16, si no ha sido realizada en la etapa preconcepcional

Pruebas de IgG e IgM en los casos en que no se conozca el estatus de infección por toxoplasma

Si las pruebas de IgG e IgM para toxoplasma son positivas tomar prueba de avidéz IgG si la gestación es menor a 16 semanas. Si es mayor a 16 semanas el estudio se hara con Ig A

Si la Ig G e IgM toxoplasma es negativa se debe hacer tamización IgM para identificar seroconversión

Tamizaje de cáncer de cuello uterino si no se ha realizado este en consulta preconcepcional de acuerdo a la técnica y frecuencia contemplada en RIAS de promoción.

Ecografía entre las 10 semanas + 6 días y 13 semanas + 6 días, la cual se realiza para tamizaje de aneuploidias.

En zonas endémicas de malaria realizar tamizaje con gota gruesa

En zonas endémicas para enfermedad de Chagas realizar el tamizaje

Valoración del riesgo materno

De acuerdo con la información obtenida de la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos, se valora y clasifica el riesgo para su intervención oportuna.

Plan de cuidado

Formulación de micronutrientes:

-Ácido fólico: hasta la semanas 12 de gestación para reducir riesgos de defectos del tubo neural, 0,4 mg/7 día

-Calcio: suplencia con calcio 1200 mg/día a partir de la semana 14 para disminuir el riesgo de pre eclampsia

-Hierro: suplemento de hierro de forma rutinaria a todas las mujeres gestantes de curso normal. Las gestantes con valores de hemoglobina superiores a 14 g/dl no requieren dicha suplementación de forma rutinaria.

Vacunación:

El esquema de vacunación para las gestantes incluye las siguientes vacunas:

-Toxoide tetánico diftérico del adulto (Td) según antecedente vacunal

-Influenza estacional a partir de la semana 14

-Tétanos, difteria y Tos ferina a celular a partir de la semana 26 de gestación

Control prenatal de seguimiento

Pueden ser realizados por el profesional de medicina o enfermería a las gestantes sin factores de riesgo, Incluye:

Valoración integral del estado de salud de las gestantes

Seguimiento al plan integral de cuidado para la salud

Detección temprana de alteraciones

Información en salud

Establecimiento del plan de parto

Valoración integral del estado de salud de la gestante

Orientada a la identificación de factores protectores o de riesgos biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación.

Aplicar la escala de riesgo biológico y psicosocial de Herrera y Hurtadi en cada trimestre de la gestación.

Examen físico:

Debe ser completo por sistemas, de manera cefalo caudal.

- Tensión arterial (si hubiese pre eclampsia esto es mayor o igual a 140/90 al menos en 2 ocasiones separadas por lo menos 4 horas, después de la semana 20 de

gestación, o mayor o igual a 1607110 en una sola toma; deberá ser llevada a un servicio hospitalario para el estudio inmediato de afectación de órgano blanco)

-Curvas de ganancia de peso: la gestante con inadecuada ganancia a las 28 semanas debe continuar su control a cargo de un equipo multidisciplinario

-Altura uterina

-Frecuencia cardíaca fetal

-Situación y presentación fetal a partir de la semana 36.

Solicitud de exámenes paraclínicos

Urocultivo de seguimiento en gestantes que reciben tratamiento para bacteriuria asintomática

-prueba de inmunoglobulina M para toxoplasma. Tamizar mensualmente a las gestantes seronegativas

Hacer prueba de IgA para toxoplasmosis en mujeres con IgG E igm POSITIVA SI LAS GESTACION ES MAYOR DE 16 SEMANAS

Prueba rápida para VIH. En cada trimestre de la gestación y en el momento del parto

Prueba treponema rápida para sífilis. En cada trimestre de gestación

En mujeres con sífilis gestacional, realizar prueba no treponémica reportada en diluciones. realizar en cada trimestre de gestación

Ecografía para detección de anomalías estructurales: entre semana 18 y semana 23+6 días

Prueba de tolerancia oral a la glucosa con 7 gr de glucosa: entre semana 24 y 28 de gestación

Hemograma. Realizar en la semana 28 de gestación

Tamización para estreptococo del grupo B con cultivo rectal y vaginal. Realizar entre la semana 35-37 de gestación

En zonas endémicas de malaria, gota gruesa mensual

Plan de parto

En el último trimestre se realiza el análisis crítico de la evolución de la gestación. Este plan incluye.

- Confirmar presentación fetal

-Definir el componente y prestador para la atención del parto y remitir

-En contextos rurales y étnicos en los que la gestante prefiera hacer uso de médicos tradicionales o parteras se deberá dar información para la activación del sistema de referencia y transporte comunitario en caso de signos de alarma

Información sobre el trabajo de parto, analgesia intra parto y manejo de embarazo prolongado

Signos para reconocer inicio de trabajo de parto

Cuidados de recién nacido

Cuidados postnatales

Control prenatal por médico:

Deberá realizar los controles prenatales a las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación de alto riesgo. Los dos últimos controles deben ser realizados por el médico con frecuencia quincenal, para orientar a la gestante y

su familia sobre el sitio de atención del parto y del recién nacido y diligenciar en forma completa la nota de remisión.

Control prenatal por enfermería:

Es el conjunto de actividades realizadas por la enfermera a aquellas gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta, como bajo riesgo para hacer seguimiento al normal desarrollo de la gestación y detectar oportunamente complicaciones.

Suplementación con Hierro, Ácido Fólico y Calcio

El objetivo de esta actividad es disminuir la prevalencia de deficiencia de hierro en la población vulnerable. Prevenir la deficiencia de calcio y anemia en mujeres gestantes, madres lactantes así como la anemia en los niños(as) menores de 12 años, a fin de mejorar la calidad de vida de la población, con acciones integrales de salud a través del POS y el PAB.

La suplementación debe cobijar de manera obligatoria, a todas las mujeres gestantes y madres lactantes, a los nacidos a término con bajo peso a partir del cuarto mes y todos los niños y niñas mayores de seis meses de edad hasta los doce años.

Se hace énfasis en que es una medida de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a grupos poblaciones sanas.

Se define entonces cuatro grupos, según corresponda el esquema de suplementación:

Recién nacidos a término con bajo peso hasta los dos años.

Mayores de seis meses hasta los dos años.

Mayores de dos hasta doce años

Mujeres gestantes y madres lactantes hasta el sexto mes de post- parto.

En la captación temprana de la gestante, la suplementación debe articularse en los programas de control prenatal, curso psicoprofiláctico y todos aquellos eventos de atención a la gestante donde permítale seguimiento mes a mes y se brinde a la mujer una atención integral. La suplementación para niños y niñas menores de doce años debe ser articulada con el programa de crecimiento y desarrollo, partiendo de las acciones de programa ampliado de inmunizaciones PAI. Además se debe tener en cuenta una educación nutricional, promocionando el consumo de alimentos fortificados con hierro, calcio y ácido fólico.

La suplementación rutinaria con hierro y ácido fólico en la segunda mitad del embarazo ayuda mantener el nivel de ferritina sérica y el fosfato sérico. Así mismo a disminuir la proporción de mujeres con niveles de HB por debajo de 10 a 10.5 g/dl, al final del embarazo

La suplementación con calcio puede prevenir el aumento de presión arterial, mediante una serie de mecanismos, de igual manera puede ayudar a evitar partos prematuros.

Ácido fólico

Vitamina del complejo B, hidrosoluble, también conocida como folacina. El folato se encuentra en 150 formas diferentes; casi todas las formas se encuentran en los alimentos en formas reducidas, es lábil y se oxida con facilidad, 50% al 95% se pierde durante la preparación de los alimentos.

La suplementación con ácido fólico en el periodo peri-concepcional se recomienda como forma de prevenir malformaciones del tubo neural ya que la diferenciación celular ocurre en

las primeras semanas de embarazo, por esta razón el mantenimiento de la suplementación post parto además de ayudar a la madre a mantener sus reservas y trasladarlas al niño niña a través de la leche materna.

Su principal función es entregar unidades de carbono a diversas moléculas para la replicación celular y síntesis proteica. El folato es esencial para la formación de los eritrocitos y leucocitos en la medula ósea para su maduración.

EDAD Y SEXO	CALCIO MILOGRAMOS	EN
0-5 meses de / día ambos sexos		
6 -11 meses de / día ambos sexos		
1 – 3 años de / día ambos sexos		
4 -6 años de / día ambos sexos		
7 – 9 años de / día ambos sexos		

Cuando hay deficiencia de esta vitamina, los sistemas más afectados son aquellos que refieren rápida renovación de células, con es el caso de la síntesis de glóbulos rojos. Una ingesta adecuada antes y durante la gestación disminuye el riesgo de defectos en el tubo neural en el recién nacido (Anacefalia y espina bifida).

En condiciones de rápida multiplicación celular, tales como el crecimiento y gestación, así como en la presencia de infecciones y anemias hemolíticas los

requerimientos de ácido fólico son mayores, la recomendación es de 3 mg/dl peso corporal. El mayor aporte recomendado adicionalmente de ácido fólico es para el embarazo con 300-400 mg/día la lactancia materna.

La principal fuente de ácido fólico indiscutiblemente son las vísceras, seguidas por productos lácteos, hortalizas de hojas y cereales de grano entero. La acción prolongada y el empleo de estos alimentos provocan la pérdida de esta vitamina. La cual se estima entre el 20 y el 75 % ya sea por solubilidad en el agua de cocción o por pérdidas debidas a la acción del O₂.

Calcio

Mineral más abundante en el cuerpo, constituye casi 1.5 a 2 % del peso corporal y el 39% de los minerales totales del cuerpo, el 99% se encuentra en los huesos y en los dientes, el 1% está en la sangre y líquido extracelular.

La función principal es en la estructura y conservación de los huesos y dientes, además el calcio tiene varias funciones metabólicas:

Regula la excitabilidad del sistema nervioso, periférico y del músculo esquelético.

Regula la permeabilidad celular al sodio y al potasio.

Necesario para la transmisión nerviosa y regulación del latido cardíaco, etc.

La vitamina D favorece la absorción intestinal, por lo tanto su ausencia o deficiencia inhibe la absorción del calcio. El estrés mental o físico tiende a disminuir su absorción y aumenta la eliminación.

La deficiencia del calcio produce u origina anormalidades en la estructura ósea, con es el caso de la osteoporosis, osteomalacia y el raquitismo. La tetania, se presenta por los valores extremadamente bajos en sangre aumentando la irritabilidad de las fibras y centros nerviosos ocasionando espasmos y calambres en las piernas. En ocasiones se presentan durante el embarazo en mujeres que han recibido baja cantidad o demasiado fósforo.

Las siguientes son las cantidades recomendadas de ingesta de calcio diaria según la edad:

En el embarazo y la lactancia se recomiendan cantidades adicionales para satisfacer los requerimientos elevados en estas etapas fisiológicas.

Del primer al tercer trimestre es necesario aumentar a la recomendación 400 – 500 mg calcio día. Está en la leche y todos sus derivados, en las sardinas, huevos, arveja seca, frijol blanco, frijol rojo, lenteja y garbanzo.

Hierro

El hierro tiene acciones en el transporte respiratorio de oxígeno y dióxido de carbono y participa como un elemento activo en las enzimas relacionadas con el proceso respiratorio celular. Este también participa en las funciones del sistema inmunológico, aunque no se han definido claramente los mecanismos por los cuales actúa. Se han establecido los siguientes aspectos: Los neutrófilos, glóbulos blancos fagocitan y destruyen las bacterias, son menos efectivos cuando hay deficiencia de hierro.

También tiene acción en las funciones cognitivas se han encontrado deficiencias en la actividad escolar, la capacidad sensorial, la atención, el aprendizaje y la memoria en grupo de niños anémicos y grupos de control. La eficacia de la absorción depende en cierto grado de los alimentos en que se encuentra. Hay sustancias que

aumentan la absorción, como son el ácido ascórbico, lacto ferina presente en la leche materna, el factor de la carne, pescado y aves de corral.

Durante la gestación aumenta la demanda de hierro en aras de cubrir las necesidades al desarrollo fetal y placentario, aumento de la masa eritrocitaria, pérdida sanguínea durante el parto e hipovolemia materna, el volumen plasmático se incrementa porque es necesario mejorar la circulación cutánea para disminuir la temperatura fetal y estimular la filtración renal.

Las necesidades de hierro en el segundo y tercer trimestre no se pueden cubrir con el aporte dietario únicamente, incluso si su disponibilidad es elevada. Aunque la demanda de hierro está compensada en parte por la amenorrea y por mayor absorción de hierro, es dudoso que la gestante pueda cubrir sus necesidades solamente con el consumo dietario. De hecho la anemia nutricional por carencia de hierro se produce básicamente por la incapacidad de la dieta habitual de la gestante para sus aumentos, requerimientos durante esta etapa.

La OMS ha clasificado la biodisponibilidad del hierro en las dietas así:

Dieta de biodisponibilidad baja: Absorción del 5%, alto aporte de cereales, tubérculos. Leguminosas y harinas, poca cantidad de carnes.

Dieta de biodisponibilidad media: Absorción del 10%, se consumen cantidades moderadas de carnes y ácido ascórbico de hierro.

Dieta de biodisponibilidad alta: Absorción del 15% presente en cantidades importantes de carnes, aves de corral y ácido ascórbico.

Dentro de los alimentos con mayor contenido de hierro encontramos vísceras, carnes rojas, pescado seco, sardinas, la yema del huevo y leguminosas como lenteja, frijol y soya. El hierro hemínico que es el de mayor biodisponibilidad y por lo tanto de menor absorción, es el de origen animal y el no hemínico que presenta bajos niveles de absorción es de origen vegetal. Para mejorar la absorción de ambas fuentes se recomienda acompañarlo con el consumo de alimentos ricos en vitamina como son algunas frutas: guayaba, mango, papaya, curaba, fresas, naranja, tomate de árbol y mandarina.

EDAD	CALCIO / mg	MUJERES	CALCIO / mg
- 12 años	900 mg	-12 años	100 mg
- 15 años	1100 mg	- 15 años	800 mg
-17 años	900 mg	- 17 años	800 mg
4 años	800 mg	- 24 años	800 mg
años y mas	800 mg	años y mas	800 mg

La acción de la leche en los jugos produce efectos contrarios a los de la vitamina C, causando pérdidas aumentadas del micro nutriente y por ende mayores síntomas en cuantos efectos colaterales como heces negras y dolor epigástrico de las gestantes durante la toma de suplemento. Por lo tanto se les recomienda a las gestantes que estas bebidas que acompañan la toma del suplemento deban estar sin leche.

La intolerancia a los preparados orales se relaciona con la cantidad de hierro que no se disuelve en el tracto gastrointestinal y con factores psicológicos.

La irritación gastrointestinal en el caso de la gestante y el lactante, los síntomas incluyen dolor en la boca del estómago, náuseas, molestias gástricas, estreñimiento o diarrea. Para evitar estos efectos se recomienda iniciar con dosis bajas e ir subiendo paulatinamente hasta lograr la dosis indicada siendo este un punto muy importante en el manejo dieta terapéutico para minimizar las molestias y desordenes gástricos asociados. Importante no consumir el medicamento con el estómago vacío. El estreñimiento es uno de los principales problemas, siendo en ocasiones tan severo que puede presentar hemorroides, influyendo negativamente sobre la tolerancia al suplemento. Por tal motivo hay que tener en cuenta que aumentando el consumo de fibra en la alimentación nos puede llevar a una mala absorción y por lo tanto su efectividad.

Curso Psicoprofiláctico. Preparación para la maternidad.

Este método nació en la Unión Soviética en 1930, cuando un grupo de médicos empezó a aplicar las técnicas de condicionamiento de Pavlov a las maternas para que su respuesta a las contracciones uterinas fuera positiva y sin miedo al dolor a través de un manejo especial de la respiración.

Estos cursos son ofrecidos en instituciones públicas y privadas (como clínicas, hospitales, institutos y equipos privados), formados por docentes universitarios, enfermeras, psicólogos y médicos.

Esta preparación es recomendable que se inicie desde la semana 28 de embarazo y con tres sesiones semanales, que generalmente duran una hora.

Son muchos los beneficios que tiene este taller, que además de enseñar a la mamá a relajarse y a manejar el estrés y el miedo, ayuda a que el parto sea más sencillo y rápido. Así mismo, gracias a la preparación que recibe durante el embarazo sabe qué hacer, cómo respirar y cómo relajarse para que sea natural, sin bloqueos y sin anestesia en algunos casos. En cuanto a los aspectos psicológicos, en el curso participa el papá, quien se involucra en el proceso y estrecha también la relación entre ellos.

La finalidad del curso está centrada en la preparación física y emocional de la futura madre en cuanto a los cambios que sufrirá su cuerpo durante el embarazo y el parto. Algunos talleres privilegian el tema de la estimulación prenatal y otros, los cuidados del bebé.

Otro objetivo del taller es aprender técnicas de respiración y de relajación, de manera que durante el parto aumente la cantidad de oxígeno en el organismo y estés más relajada y tranquila.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben dictarlos a las embarazadas afiliadas con una duración mínima de ocho sesiones.

El curso psicoprofiláctico está recomendado para que se tome en pareja, así los dos reciben las instrucciones sobre la forma adecuada de asumir el trabajo de parto.

La presencia del padre en el nacimiento del bebé también sirve para relajar a la madre. En este momento de estrés y tensión, el hombre puede dar confianza y seguridad, permitiendo que el trabajo de parto sea más rápido y fácil.

El padre también puede ayudar a realizar los ejercicios de respiración cuando se presentan las contracciones, inhalando y exhalando junto a ella.

Historia Clínica Pre Natal

La Historia Clínica Prenatal (HCP) es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal, el parto y el puerperio y del neonato y/o en el ingreso por aborto, incluyendo el período pos-aborto hasta el alta. Cuando su contenido forma parte de una base de datos, la HCP se convierte en un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica de éstos eventos desde una visión de Salud Pública. Es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados.

Historia Clínica Perinatal Regional (anverso)

[illegible]

Carné Perinatal (anverso)

CARNÉ PERINATAL

Lugar de control prenatal	
Lugar del parto	

El embarazo no es una enfermedad pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.

Es importante que su primera consulta al centro de salud sea lo más pronto posible.

Cumpla con las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

Este camé contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Lévelo con Ud. en todo momento y entréguelo al equipo de salud toda vez que requiera una atención, ya sea para el embarazo, parto, puerperio, o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

En caso de extravío se ruega dirigirse a:

NOMBRE

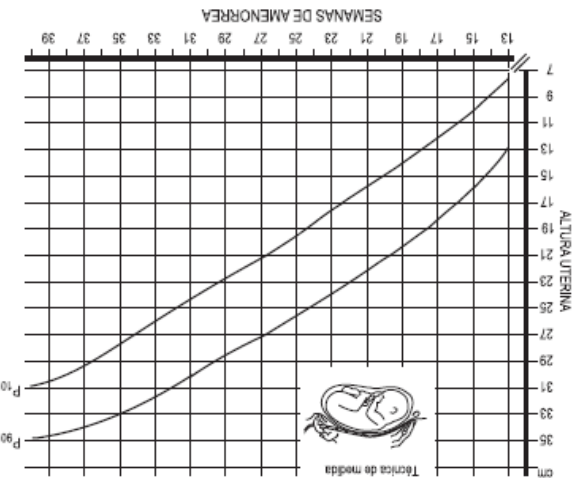
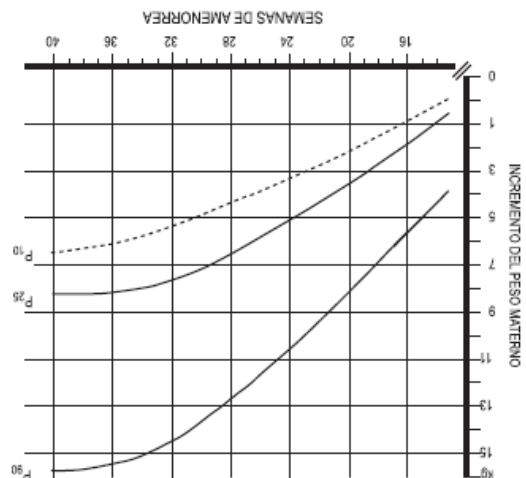
DOMICILIOTELEFONO _____LOCALIDAD

Centro Latinoamericano de Perinatología
Salud de la Mujer y Reproductiva
CLAP/SMR
www.clap.ops-oms.org

CPeESAVP-09/06

[illegible][illegible][illegible]

La información aquí contenida es propiedad de la gestante y no podrá ser difundida a terceros, al amparo de las disposiciones vigentes sobre privacidad de la información médica.



Formulario complementario para mujeres en situación de aborto

ADMISION POR ABORTO ☒ **HOSPITALIZ** en EMBARAZO ☐ **EDAD G** GESTACIONAL ☐ por FUM ☐ por ECO ☐ **ACOMPANANTE** ☐ pareja ☐ familiar ☐ ninguno ☐ otro ☐ **PROCEDENCIA** ☐ traslado desde otro servicio ☐ **TRANS** PORTE ☐ personal ☐ ambulancia ☐ público ☐ desconocido ☐ **TIEMPO DE TRASLADO** días horas minutos

FECHA DE INGRESO día mes año hora min

PRE-PROCEDIMIENTO **SIGNOS VITALES** **LABORATORIO** **SIFILIS** **VIH** **SINTOMATOLOGIA** **CONDICION AL INGRESO** **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

PULSO bpm **PRESION ARTERIAL** mmHg **TEMPERAT.** °C **HEMOGLOBINA** g/dL **DIAGNOS** TICO **TRATAMIENTO** **VIH** **SINTOMATOLOGIA** **CONDICION AL INGRESO** **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

EXAMEN CLINICO **PIEL Y MUCOSAS** **ABDOMEN** **EXAMEN GINECOLOGICO** **ECO** **ANALGESIA** **SANGRADO** **DOLOR** **RESPONSABLE**

TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO **MADURACION CERVICAL** **EVAHUACION UTERINA** **AMBUENTE** **RECIBIDA** **OTROS PROCEDIMIENTOS** **HALLAZGOS** **COMPLICACIONES** **EGRESO** **FECHA** **TIPO DE EGRESO** **CONDICION AL EGRESO** **REFERIDA** **RESPONSABLE**

POST-PROCEDIMIENTO **Consejería/Información** **COMPLIACIONES** **EGRESO** **FECHA** **TIPO DE EGRESO** **CONDICION AL EGRESO** **REFERIDA** **RESPONSABLE**

ANTICONCEPCION **Inicio MAC** ☐ No ☐ Si ☐ **DIU** ☐ **ACQ** ☐ **Injectable** ☐ **Implante** ☐ **otro método** ☐

Factores de Riesgo:

Si bien la mayor Si bien la mayoría de los embarazos a de los embarazos y partos transcurren sin incidentes, y partos transcurren sin incidentes, todos los embarazos representan un todos los embarazos representan un riesgo. Alrededor del 15% del total riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requieren atención calificada, de allí la importancia de la capacitación personal de salud en el manejo del personal de salud en el manejo del embarazo y el parto en los diferentes niveles del sistema de atención de salud.

Fiebre de 38° C o más.

Dolor, molestias o sangre al orinar.

Vómitos continuos que no ceden.

En caso de accidente o golpe importante.

En caso de inflamación de tobillos, cara o manos.

Trastornos de la visión tipo visión borrosa, destellos, manchas, etc.

Fuertes dolores de cabeza, dolor abdominal intenso igual a una contracción muy fuerte que no cede.

- Si empieza a sangrar igual a una regla.
- Si rompe la bolsa, si el líquido es color verdoso dese todavía más prisa para acudir al hospital.

Cuidados durante el embarazo y creencias populares:

El embarazo es un proceso natural en la vida de la mujer que normalmente transcurre sin complicaciones. Es muy importante para su salud y la de su futuro hijo/a que se cuide desde el principio del embarazo.

Recomendaciones para una buena digestión

El embarazo le va a provocar un desplazamiento del estómago e intestino que puede ocasionarle molestias.

Para evitar las molestias:

- Evite comidas pesadas tipo frituras, especias, grasa, etc.
- Tome menos cantidad pero más veces.
- Evite bebidas con gas.
- Después de las comidas evite acostarse, procure descansar sentada con los pies elevados

Higiene y belleza

Durante el embarazo aumenta la sudoración y el flujo vaginal, por eso debe cuidar su higiene personal, es recomendable la ducha diaria con jabones suaves y neutros y posteriormente el uso de una crema hidratante para el cuerpo sobre todo en las zonas que van a sufrir mayor estiramiento (abdomen, pecho y muslos).

- En las piernas para prevenir las varices puede alternar agua fría con caliente, termine siempre con agua fría.
- Es muy importante que se cepille los dientes y la lengua después de cada comida con un cepillo suave para evitar el sangrado de las encías.
- Evite la depilación con cera caliente que favorece la aparición de varices, utilice cera fría, pinzas o aparatos eléctricos.
- La higiene íntima; lo mejor es que se lave los genitales externos durante la ducha, si necesita hacerlo más de una vez, hágalo sólo con agua, además los lavados vaginales no son recomendables ya que pueden alterar el Ph y favorecer las infecciones.
- Utilice ropa interior de algodón cambiándose siempre que o necesite, no es recomendable el uso de salva-slip ya que no deja transpirar la piel con normalidad.
- El sol se debe tomar con moderación y siempre usando cremas con factor de protección. En caso de tener manchas no se aconseja la exposición al sol ni cremas despigmentantes.

Ropa y calzado

Hasta después de los tres meses apenas va a notar cambios externos, salvo el aumento del tamaño del pecho; después si va a necesitar cambiar su ropa habitual.

- Utilice vestidos cómodos y holgados de tejidos naturales.
- Evite todo lo que le oprima la cintura y las piernas (ligas, cinturones) que pueden favorecer la aparición de varices.
- Puede usar un sujetador apropiado para proteger las mamas y que proporcione una buena sujeción, con tirantes anchos y refuerzo en la parte inferior. Se sentirá más cómoda y evitará la aparición de estrías.
- Utilice un calzado cómodo con poco tacón y base ancha para facilitar la estabilidad y el equilibrio.

Cuidados posturales

A medida que avanza el embarazo aumenta el peso de su abdomen, lo que hace que se desplace su centro de gravedad y provoque una alteración del equilibrio de su cuerpo. Para compensarla se suelen adoptar posturas incorrectas, como el arqueado excesivo de la zona lumbar que provoca dolor en la zona, cansancio y molestias. Es importante una postura adecuada en todas las actividades diarias y entre otras cosas:

- No permanezca de pie y quieta durante mucho tiempo.
- Cuando camine y esté erguida mantenga recta la espalda.
- Cuando se siente apóyese en el respaldo, utilice cojines si fuera necesario.
- Al agacharse hágalo doblando las rodillas, nunca inclinando la espalda.

Sueño y descanso

El descanso y el sueño son fundamentales durante la gestación.

Debe dormir al menos 8 horas diarias, además es conveniente que realice pequeños descansos durante el día a ser posible en un sillón con respaldo y las piernas en alto.

- Es recomendable que duerma de lado con las rodillas dobladas y una almohada entre las piernas, preferiblemente sobre el lado izquierdo.
- Evite la posición boca arriba cuando el útero esté muy grande, ya que puede provocarle mareos incluso disminuir la oxigenación de su hijo/a debido a la compresión que ejerce su útero sobre los grandes vasos.
- Conforme avanza el embarazo resulta difícil encontrar una postura cómoda, utilice cojines para estar más incorporada, quizás se encuentre más cómoda y resulte beneficioso para su hijo/a.

Ejercicio

Durante el embarazo va a tener menor tolerancia al ejercicio físico, por eso es conveniente que realice ejercicio moderado de forma regular que le va a proporcionar bienestar físico, mejora en el sueño, en la circulación, en el tono muscular y además evita el excesivo aumento de peso.

Los ejercicios más recomendables son los paseos al aire libre, bicicleta estática, natación, yoga y baile. Nunca deportes violentos de saltos, competición o que causen

fatiga; en las clases de educación maternal que se imparten en su Centro de Salud le enseñarán ejercicios específicos que le ayudarán a la hora del parto.

Es recomendable realizar los ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos del suelo pélvico que se debilitan por el embarazo y el parto, pudiendo causar pérdidas de orina. Estos ejercicios se deben practicar antes, durante y después del embarazo varias veces al día ya que no necesita ninguna preparación ni lugar especial, pudiendo realizarlo en cualquier momento del día. Consiste en contraer los músculos del periné durante unos segundos y relajarlos (es algo parecido a lo que hacemos cuando interrumpimos la eliminación de orina).

Viajes

Salvo que exista contraindicación médica puede viajar realizando períodos de descanso.

- No es aconsejable viajar a lugares con escasos servicios sanitarios.
- Hacia el final del embarazo deben evitarse los viajes muy largos.
- Es conveniente que lleve consigo su cartilla maternal, donde se recogen los datos más significativos respecto a la evolución del embarazo y es de gran utilidad para el personal sanitario en caso de que surja cualquier problema.
- Si viaja en coche no olvide abrocharse el cinturón correctamente (a la altura de la cadera y nunca sobre el abdomen), parando para descansar cada dos horas para estimular la circulación sanguínea, dando pequeños paseos.
- Viajar en avión no está contraindicado.

2.8 Mortalidad y Morbilidad materna

A pesar de lograr avances en la salud materna, las complicaciones relacionadas con la gestación siguen siendo un importante problema de salud pública en el mundo. Cada año mueren 585 000 mujeres durante la gestación, el parto o el puerperio. Se presentan cerca de cincuenta millones de problemas en salud materna anualmente y aproximadamente trescientos millones de mujeres sufren a corto y largo plazo, de enfermedades y lesiones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio.

Derivado del poco conocimiento del gran número de complicaciones graves del embarazo que amenazan la vida, Stone et al en el año 1991, describió por primera vez el término "near miss morbidity" para definir una categoría de morbilidad materna que abarca episodios que potencialmente amenazan la vida de la gestante.

Conceptualmente existe un espectro de gravedad clínica con dos extremos, en uno se encuentran las mujeres que cursan una gestación sin complicaciones y en el otro, la muerte materna. En este continuo, se encuentran las condiciones potencialmente peligrosas para la vida o morbilidades maternas extremas, las cuales pueden llegar a generar un desenlace fatal si no se intervienen.

La progresión de normalidad a morbilidad en sus grados de severidad hacia la mortalidad se relaciona con el tipo de evento, los factores sociales y demográficos, las características del prestador de servicios y la actitud de la paciente hacia el sistema. Aunque la morbilidad materna extrema ha sido definida de varias formas, la OMS consolidó una sola definición alineada con la definición de la "muerte materna" de la

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE) 10ª versión. En este sentido, un caso de morbilidad materna extrema se define como: "Una mujer que casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo".

Existe una gran ventaja en la posibilidad de escuchar la experiencia de la mujer que ha sobrevivido a complicaciones potencialmente mortales durante el embarazo, parto o puerperio, reconociendo claramente los obstáculos y demoras que tuvieron que enfrentar para recibir la atención adecuada, desde la calidad de la atención en los niveles básicos de atención, la falta de recursos locales, la pobreza, las desventajas sociales correspondientes y los retrasos en el proceso de referencia.

Se reconoce que las intervenciones encaminadas a reducir la mortalidad materna deben focalizarse en las mujeres en la categoría de riesgo de morbilidad materna extrema. En algunos países, los sistemas de información de morbilidad materna operan de forma automática y simultánea con la atención recibida, generando un mecanismo de alerta dando lugar a intervenciones terapéuticas o preventivas para detener la progresión de la complicación de la mujer y prevenir la muerte materna.

3. PROCESO DE APRENDIZAJE OFRECER A LA MUJER EN TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO LOS CUIDADOS PERTINENTES DE ACUERDO CON LAS GUIAS DE MANEJO ESTABLECIDAS POR LA NORMA.

3.1 Trabajo de Parto

Se define como una secuencia coordinada eficaz de contracciones uterinas involuntarias que dan por resultado borramiento y dilatación del cuello uterino y esfuerzos voluntarios de expulsión. Todo termina con la expulsión del producto de la concepción.

El trabajo de parto verdadero se caracteriza por contracciones uterinas regulares (dolores) que se vuelven más fuertes y frecuentes y de mayor duración con el transcurso del tiempo del tiempo, acompañado por el desvanecimiento y dilatación del cuello uterino.

El trabajo de parto falso, muy frecuente en embarazos tardíos, se caracteriza por contracciones uterinas breves e irregulares que simulan dolor de espalda o abdominal. Las contracciones de trabajo de parto falso son incongruentes en intervalo, duración y fuerza y no causan cambio en el cuello uterino.

Características de una contracción uterina: Tono, intensidad, frecuencia, intervalo, duración y ritmo.

La cuantificación de la actividad uterina. (AU)

Con el registro de la AU se puede calcular o cuantificar el trabajo del útero durante el parto. Este incluye la suma de la intensidad de todas las contracciones durante la dilatación.

Tono: menor presión que se registra en el intervalo de las contracciones.

Intensidad: Es la mayor presión que se registra durante cada contracción. El trazo se mide por la elevación que provoca la contracción uterina.

Frecuencia: Es el número de contracciones que se producen en 10 minutos.

Duración: se mide desde el momento que se inicia la elevación de la onda contráctil, hasta cuando termina y comienza la relajación.

Unidad de actividad uterina: consiste en multiplicar la intensidad de cada contracción por la frecuencia cada 10 minutos, sin incluir el tono

Etapas del Parto

Se considera que una gestante está en "franco trabajo de parto" cuando tiene 3 contracciones en 10 minutos de > 35 segundos de duración, con intensidad > 35 mmHg y que causan modificaciones del cuello uterino (dilatación y borramiento).

El inicio del trabajo de parto puede ser espontáneo o inducido, según si las contracciones uterinas y las modificaciones del cérvix comenzaron en forma natural o si se administraron prostaglandinas, análogos de las prostaglandinas, oxitocina o análogos de la oxitocina, para comenzarlo.

El trabajo de parto se divide en tres períodos:

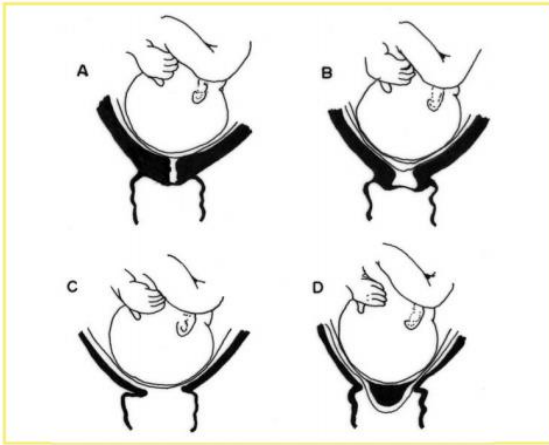
Dilatación y borramiento

Expulsivo

Alumbramiento.



En el primer periodo el cuello se acorta y adelgaza (borramiento) y ocurre la apertura progresiva del orificio cervical (dilatación).



Este periodo tiene 2 fases: la latente y la activa. La fase latente va desde el inicio del franco trabajo de parto hasta cuando el cérvix tiene una dilatación entre 4 y 5 cm; la fase activa se extiende desde este punto hasta que se alcanza la dilatación de 10 cm.

El segundo periodo del trabajo de parto, periodo expulsivo, se inicia cuando el cérvix tiene un borramiento del 100 por ciento y una dilatación de 10 cm (borramiento y dilatación completos) y termina con la expulsión del feto.

El tercer periodo, el del alumbramiento, se extiende desde la expulsión del feto hasta la expulsión de la placenta y las membranas ovulares. Durante este período ocurre la expulsión de la placenta y de las membranas. Los signos clínicos para valorar un desprendimiento espontáneo de la placenta son: contracción del fondo uterino; formación del globo de seguridad; expulsión súbita de sangre; descenso de la pinza indicadora (descenso del cordón umbilical); reaparición de contracciones dolorosas; palpación de la placenta en la vagina; signo del pescador (al ejercer tracción del cordón se observa el descenso del fondo uterino si no ha ocurrido el desprendimiento) y signo del pistón (tracción cefálica del segmento para valorar el ascenso del cordón cuando no ha ocurrido el desprendimiento).

En la actualidad en medios hospitalarios se recomienda practicar el alumbramiento activo. El alumbramiento activo consiste en:

Dentro de un minuto del nacimiento se palpa el abdomen para descartar la presencia de otro feto y se administra un medicamento uterotónico: oxitocina o ergometrina si no hay contraindicaciones tales como hipertensión, preeclampsia o eclampsia.

En la mayoría de los estudios se hace pinzamiento temprano del cordón para realizar el resto del protocolo. El cordón se pinza cerca del periné.

Esperar una contracción uterina fuerte (usualmente dos a tres minutos después del parto) para aplicar tracción controlada del cordón con el fin de obtener lentamente el parto de la placenta, mientras que se estabiliza el útero aplicando contra-tracción con una mano colocada por encima del pubis, para prevenir la inversión uterina. La

oxitocina y la tracción del cordón en el alumbramiento son las intervenciones principales del manejo activo.

Si la placenta no desciende, detener la tracción y esperar la siguiente contracción para aplicar nuevamente tracción controlada del cordón.

Tan pronto como ocurra el parto de la placenta, hacer masaje uterino hasta que esté bien contraído

Tipos de alumbramiento

Shultz: Salida de la placenta del lado fetal.

Duncan: Salida de la placenta del lado materno. Riesgo de retención de cotiledones.

La duración de la fase activa y del periodo expulsivo depende de la paridad, la posición de la madre durante el trabajo de parto y el parto, y del estado de integridad de las membranas.

Se debe considerar la admisión de la gestante a la IPS para atención del parto cuando se cumplan los siguientes criterios

- Dinámica uterina regular
- Borramiento cervical >50%
- Dilatación de 4 cm

Actividades de enfermería

Fase latente

Valoración de las contracciones: Intensidad, duración, frecuencia, tono, intervalo, ritmo.

Valoración del estado de las membranas amnióticas.

Control de signos vitales maternos

Instruir a la paciente en su inicio de trabajo de parto.

Indicar la importancia de reposar, relajarse y conservar la energía.

Recurrir a medidas que brinden comodidad.

Indicar la importancia de realizar diuresis con frecuencia.

Verificar la hidratación de la paciente.

Fase activa

Medir presión arterial cada hora.

Verificar frecuencia cardíaca, respiración y temperatura cada 2 o 4 horas y cada hora cuando se ha roto la membrana.

Valorar que no haya distensión de la vejiga, en este caso hay que realizar cateterismo.

Vigilar dilatación, borramiento e integridad de membranas.

Observar la conducta de la paciente durante el trabajo de parto: miedo, temor, dudas etc.

Continuar vigilando las contracciones: Frecuencia, duración e intensidad.

Si hay administración de Oxitocina, vigilar trabajo de parto.
Evaluar el bienestar del feto: Actividad, FCF.

Expulsivo

No dejar sólo a la paciente por tiempo prolongado.
Seguir vigilando contracciones uterinas: 3 en 10 minutos. Duración 60 a 90 segundos, intervalo 1 a 3 minutos.
Valorar continuamente la FCF o después de cada contracción.
Indicarle que no puje sin necesidad.
Indicarle que debe respirar despacio y profundo.
Vigilar el abombamiento del perineo.
Vigilar expulsión de moco y coronamiento, aparece el diámetro mayor de la cabeza en la salida vaginal.
Tener todo listo en la sala de parto, incluyendo elementos de la atención al recién nacido.
Vigilar continuamente la infusión de LEV.

Acciones operativas de enfermería en fase expulsiva

Alistar paquete de ropa.
Equipo de parto.
Tener lista una jarra con agua más Isodine para lavado.
Realizar limpieza y estar pendiente de lavar perineo cuando la paciente haga deposición.
Tener lista la SD x 10 cc para recoger muestra de sangre.
Luego tubo seco anticoagulante.
Hacer tamizaje TSH.
Cuando no hay médico interno de pediatría, la atención inmediata al recién nacido es acción de enfermería.

3.2 Alteraciones del Parto

Parto Pretérmino

Cuando el parto sucede después de la 20 semana de gestación y antes de la 37 semana de gestación.

Causas

Hipertensión inducida por el embarazo
Diabetes Mellitus.
Enfermedad renal.
Pielonefritis
Anemia.
Placenta previa
Desprendimiento de placenta
Ruptura prematura de membranas.

Embarazos gemelares.
Presentación anormal del feto.
Madres adolescentes.
Estado socioeconómico bajo, desnutrición.
Alcoholismo, tabaquismo.

Signos y síntomas

Cambios en el cuello uterino, como dilatación, borramiento.
Se encuentra actividad uterina en pacientes con embarazo de 20 a 36 semanas.

Tratamiento

Maduración pulmonar fetal (Corticoides Betametasona, Dexametasona, se aplica 12 mg 2 dosis cada 24 horas).
Uteroinhibición.
Vigilar contracciones y signos vitales
Recomendaciones a la madre.

Desgarros Perineales

Pérdida de la continuidad del tejido perineal.

Grado I: Afecta piel y mucosas.
Grado II: Afecta músculos en el periné, además de tejido superficial.
Grado III: Afecta esfínter anal, además de músculos perineales.
Grado IV: Afecta mucosa rectal, además de las estructuras anteriores.

Causas

Primíparas sin episiotomía.
Utilización incorrecta de espátulas.
Desproporción céfalo pélvica.
Fetos macrosómicos.
Partos en avalancha.
Aplicación incorrecta fórceps.

Tratamiento

Suturar.
Reblandecedores de materia fecal.
Analgésicos.
Baños de asiento.
Aseo y curación con Isodine.

Alteraciones de la Contractibilidad Uterina

Conjunto de enfermedades en las cuales se presenta un patrón anormal de contracciones uterinas en el parto. Una actividad uterina normal, está dada por 3 – 4 contracciones uterinas en 10 minutos, duración de aproximadamente 45 segundos y de buena intensidad.

Causas

Desproporción céfalo-pélvica.
Parto prolongado.
DPPNI
Conización.
Cervicitis crónica.
Grandes multíparas.
Mujeres añosas.

Clasificación y síntomas

Hipotonía uterina: Disminución en frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas.
Hipertonía uterina: Aumento en frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas.
Distocia cervical: Se presentan contracciones adecuadas, pero no hay dilatación ni borramiento.
Tratamiento

Hipotonía uterina: Hidratar y tranquilizar a la madre. Se administra oxitocina.
Hipertonía uterina: Reposo, oxígeno, úteros inhibidores como la terbutalina y cesárea.
Distocia cervical: Cesárea.

Distocia de Presentación

Es cuando la presentación no corresponde a la presentación cefálica de vértice.

Tipos

Podálica o pelviana.
Cefálico de bregma.
Cefálica de cara.
Cefálica de frente.

Causas

Tumores uterinos.
Poli hidramnios.
Oligoamnios.

Gestaciones gemelares.
Placenta previa.
Cordón umbilical corto.
Anencefalia – Hidrocefalia.

Síntomas y signos

En las maniobras de Leopoldo, se palpa en la primera maniobra el polo cefálico en el fondo uterino.

Al tacto vaginal se palpa:

Podálica: sacro.

Cefálica bregma:

Fontanela anterior

Cefálica frente: Nariz.

Cefálica cara: Mentón.

Actividades de Enfermería en Distocia

Realizar cambios de posición frecuentes para ayudar a mitigar el dolor lumbar.

Observar la naturaleza y frecuencia de las contracciones y vigilar el latido fetal.

Administrar líquidos endovenosos para prevenir deshidratación y mantener equilibrio electrolítico.

Vigilar la venoclisis asegurando que tiene la solución y velocidad prescrita.

Notificar cualquier alteración materno o fetal de inmediato. Realizar las notas de enfermería.

Alentar y tranquilizar a la materna en todo momento.

Después del parto observar si no hay lesiones físicas, en la madre y RN debido al trabajo de parto prolongado.

3.3 Procedimientos para la Madre durante el Trabajo de Parto y Parto

Monitoria Fetal

El monitor electrónico fetal es un aparato que ofrece un registro gráfico de la frecuencia cardíaca fetal, así como la posibilidad de vigilar la actividad uterina mediante trazados y lecturas digitales. La monitorización puede ser externa, lo que no conlleva penetración corporal, o interna, lo que implica penetración corporal y requiere la fijación de un electrodo a la parte de presentación fetal o la introducción en el útero de un sensor a presión. Enfermería practica la monitorización externa, en tanto que la interna debe ser efectuada por personal especializado.

Indicaciones para monitorización externa

Variaciones en la frecuencia cardíaca fetal.

Líquido amniótico teñido de meconio.

Inducción del trabajo de parto

Incremento del trabajo del parto, con oxitocina.

Riesgo elevado de insuficiencia uteroplacentaria o lesión fetal en pacientes con hipertensión, sangrado, embarazo pretérmino o post término, retraso intrauterino del crecimiento, presentación fetal anormal, antecedentes del producto nacido muerto, diabetes, etc.

Actividades de enfermería

Observar la cinta del monitor fetal e identificar alteraciones.

Vigilar que los cinturones y los cables del monitor estén bien sujetos y conectados.

Explicar el procedimiento a la paciente y a los familiares.

Colocar a la madre en posición de cubito lateral para disminuir la hipotensión supina y corregir la posible compresión del cordón.

Si persiste la hipotensión materna, elevar las extremidades inferiores e incrementar el flujo de soluciones intravenosas.

Si hay desaceleraciones variables importantes, efectuar valoración en busca de prolapsos o compresión del cordón; si esto ocurre se debe colocar la madre en posición genupectoral para aliviar la presión sobre el cordón y prepararla para cesárea urgente.

Administrar oxígeno por mascarilla.

Suspender por orden médica la administración de la oxitocina para disminuir la actividad uterina y mejorar el riego sanguíneo placentario.

Registrar en las notas de enfermería el procedimiento.

Tacto Vaginal

Técnica del examen físico utilizado principalmente para la exploración de los genitales femeninos, consiste en la introducción de los dedos índice y medio de la mano del examinador en el canal vaginal, y la palpación de los órganos adyacentes. Puede combinarse con la aplicación de la mano libre sobre la pared abdominal mejorando la calidad de la inflamación a obtener con este procedimiento. Durante el trabajo de parto el tacto vaginal informa sobre la textura de los tejidos y tono de la pared vaginal; dimensiones y forma de la pelvis, y canal del parto; características y condiciones de los fondos de saco; consistencia, forma y tamaño del cuello uterino; características del orificio cervical externo; parámetros de borramiento y dilatación; características de la presentación fetal; integridad de las membranas; características de las pérdidas vaginales.

Se recomienda evitar las exploraciones vaginales antes de 4 horas excepto en las mujeres con alteraciones del progreso del parto o según el criterio médicos

Amniotomía:

La Anotomía o rotura artificial de la membrana, se efectúa insertando un instrumento estéril (amniótico) en el conducto vaginal, para puncionar el saco amniótico. Se considera que su eficacia radica en que la salida de líquido por la abertura practicada facilita el descenso de la presentación en el útero inactivo y esto estimula el inicio de las contracciones uterinas.

Actividades de enfermería

Valorar los ruidos cardiacos fetales.

Observar y registrar color, y olor del líquido amniótico expulsado.

Registrar en sus notas de enfermería la hora de la aminitomía, así como el estado del cuello uterino en ese momento.

Explicar a la paciente y/o familiares los resultados del procedimiento y lo que cabe esperar: Inicio de contracciones, contracciones más intensas salida de líquido.

Mantener los tendidos de la cama secos, para la comodidad de la paciente.

Medir la temperatura cada dos horas para descubrir una posible infección.

Episiotomía

Incisión que se realiza en la segunda etapa del trabajo de parto para ampliar la abertura y dar paso a la cabeza fetal. La incisión se extiende desde la parte inferior de la abertura vaginal hasta el perineo, procedimiento que se practica bajo anestesia local.

La episiotomía debe considerarse solo en los casos de:

Parto vaginal complicado con situaciones de parto expulsivo con desgarro que no pudo ser resuelto con cesarea programada por condiciones extremas (parto de nalgas, distocia de hombro, parto con fórceps, extracción por vacío o ventoso obstétrica), Cicatrizaciones de mutilación de los genitales femeninos o desgarros de tercer o cuarto grado mal curados.

Sufrimiento fetal.

Episiorrafía

Es la corrección o reparación de la episiotomía, es importante prepara suturas absorbibles, las pulglicol son preferibles a las del catgut cromado, debido a su fuerza de lesión, sus propiedades no alergénicas, su baja probabilidad de complicaciones infecciosas y dehiscencia de la episiotomía. Se aclara que el catgut cromado una alternativa aceptable.

Actividades de enfermería

- Indicar el baño con agua fría las primeras horas, disminuye el edema, así disminuye el dolor
- Continuar con agua tibia, ayudando a desinflamar- vascularización- disminuir el dolor.
- Mantener una buena higiene después de sus necesidades fisiológicas.
- Realizar curación diaria, conservando siempre seca la región perineal.

- Aumentar la ingesta de los líquidos y dieta rica en fibra para evitar el estreñimiento y por lo tanto el dolor a defecar.
- Evitar esfuerzos físicos.
- Practicar baños de asiento.
- Recordar todos los signos y síntomas de la infección.

Inducción y conducción del trabajo de parto

La inducción y trabajo de parto se realiza en respuesta a diferentes indicaciones, pero los métodos son los mismos.

- Inducción: Estimulación del útero para iniciar el trabajo de parto.
- Conducción: Estimulación del útero durante el trabajo de parto para aumentar la frecuencia, la duración y la fuerza de las contracciones.

Control de contracciones:

Los componentes de la contracción uterina son los siguientes:

Presión basal. Es la presión más baja que se registra entre contracciones durante el periodo de relajación uterina. Estas cifras varían de 8 a 12 mmHg (Caldeyro- Barcia, 1958).

Intensidad. Es la presión máxima que alcanza la contracción uterina, expresada en mm de Hg, y los valores normales durante el trabajo de parto oscilan entre 30 y 60 mmHg. La intensidad depende de la masa miometrial total y del número de células excitadas. La contracción del útero grávido es perceptible por palpación abdominal cuando la intensidad supera en 10 mmHg la presión basal. Las contracciones uterinas no producen dolor hasta que la intensidad sobrepasa los 15 mmHg con respecto a las cifras basales (Tabb and Garfield, 1992).

Frecuencia. Es una expresión del intervalo entre contracciones, o sea, el periodo entre dos contracciones consecutivas. El intervalo entre contracciones se mide entre el punto máximo de dos contracciones uterinas. La frecuencia de las contracciones se expresa como el tiempo promedio de los intervalos medidos durante un periodo de 10 minutos o el número de contracciones en 10 minutos. Durante el embarazo las contracciones son irregulares en cuanto a frecuencia e intensidad, pero durante el trabajo de parto se vuelven más regulares y ocurren con una frecuencia de 3 a 5 contracciones cada 10 minutos.

Duración. El cálculo de la duración de una contracción uterina depende de una definición precisa del inicio hasta el término, con respecto a la línea basal y tiene una relación no proporcional con su amplitud. La contracción se puede percibir por palpación durante unos 45 a 60 segundos y la paciente la siente por unos 35 a 50 segundos.

Forma de la onda uterina. Tiene la forma de una campana con una marcada pendiente de ascenso que lleva al punto más elevado de la curva y representa la potencia real de la contracción. Abarca cerca de un tercio de la duración total de la misma, mientras que la fase de relajación abarca los otros dos tercios de la curva y tiene una marcada pendiente de descenso, que se hace más horizontal durante la última fase del proceso de relajación.

Actividad uterina. Debido a los múltiples componentes de la contracción uterina, surgió la necesidad de cuantificar la actividad uterina en términos diferentes a los de intensidad, frecuencia y duración, para reflejar el conjunto y no por separado cada uno de sus componentes. La "Unidad Montevideo" (UM), propuesta en 1957, representa el producto de la intensidad promedio de las contracciones uterinas, multiplicado por el número de contracciones en 10 minutos. Durante el trabajo de parto, los valores oscilan entre 90 y 250 UM (Caldeyro-Barcia and Sica- Blanco, 1957). Otros autores han propuesto la "Unidad Alejandría", que es el producto de la intensidad promedio de las contracciones, en mmHg, por la duración promedio, en minutos, multiplicado por la frecuencia de contracciones en un periodo de 10 minutos (El-Sahwi et al, 1967). También se ha propuesto la "Unidad de Actividad Uterina", cuyo cálculo incorpora la presión basal y la superficie bajo la curva de contracción y se expresa en intervalos de 10 minutos (Hon and Paul, 1973).

Propagación. La onda de contracción se origina en uno de los dos marcapasos situados en el cuerno uterino cerca de las trompas. Estos marcapasos no se han demostrado ni anatómicamente ni histológicamente, pero sí desde el punto de vista funcional. Normalmente sólo uno de los marcapasos inicia la contracción, generalmente el derecho, y la onda de contracción viaja en sentido descendente a una velocidad de 2 cm por segundo, de tal manera que en quince segundos, la contracción invade todo el órgano. La onda normal tiene el denominado "triple gradiente descendente de propagación, duración e intensidad"; o sea, que a medida que la onda desciende la propagación se hace más lenta y la duración e intensidad de las contracciones se hace menor.

Frecuencia cardiaca fetal

En los registros de la frecuencia cardiaca fetal debemos distinguir la línea de base y los cambios periódicos o transitorios. La línea de base es la porción del registro, que expresa la frecuencia cardiaca fetal entre la aparición de cambios periódicos y se define en función de la frecuencia cardiaca fetal y la variabilidad. Para una buena valoración de la misma es necesario disponer de un registro, en el que durante diez minutos no existan cambios periódicos.

Los cambios periódicos o transitorios de la frecuencia cardiaca pueden ser del tipo acelerativo o desacelerativo, considerándose como tales los aumentos o disminuciones de la frecuencia cardiaca superiores a 15 latidos respecto a la línea de base y cuyo retorno a la misma tiene lugar en un período no inferior a 15 segundos y no superior a 2 minutos. Estos cambios periódicos aparecen en relación con diversos estímulos fetales tales como movimientos espontáneos o provocados, estímulos acústicos o

lumínicos, contracciones uterinas, hipo fetal, etc.

Se debe auscultar la frecuencia cardíaca fetal en reposo y luego de finalizada la contracción de manera intermitente. Cada medición de la frecuencia cardíaca fetal debe tomarse durante un minuto completo cada 30 minutos durante la fase activa del trabajo de parto y cada 5 minutos durante el segundo periodo del parto (**periodo** expulsivo)

Frecuencia cardíaca basal

La frecuencia cardíaca basal más comúnmente aceptada como normal se halla entre, los 120 y los 160 latidos por minuto. Una frecuencia cardíaca superior a 160 latidos por minuto se describe como taquicardia y la inferior a 120 como bradicardia. Hay distintas clasificaciones y nomenclaturas de la frecuencia cardíaca basal.

CLASIFICACIÓN DE HON

- Taquicardia marcada: 180
- Taquicardia moderada: 160
- Normal: 120
- Bradicardia moderada: 100
- Bradicardia marcada: < 100

Control líquido amniótico

El pasaje de meconio al líquido amniótico puede ser desde fisiológico hasta asociarse a muerte fetal intraparto y morbilidad neonatal (Matthews and Martín 1974, Gregory et al. 1974, Fujikura and Klionsky 1975, Meis et al 1978, Mac Donald et al. 1985). Su presencia en forma aislada no es signo de alteración de la vitalidad fetal. El meconio espeso tiene el peor pronóstico ya que refleja una reducción del líquido amniótico que es por sí solo un factor de riesgo. El meconio diluido es menos importante como factor predictor de riesgo. Esto no ha sido suficientemente investigado (OMS 1996).

Registro de la evolución del trabajo de parto e interpretación del partograma

El parto marca el fin de la gestación y su duración normal es uno de los temas más debatidos, por la dificultad para precisar su comienzo y la enorme variabilidad que se observa en su proceso. Se considera un acto fisiológico, puesto que constituye la forma natural de reproducción de la especie humana; sin embargo, como suelen producirse complicaciones materno-fetales, que pueden ser mortales para madre e hijo, se decidió abandonar la ancestral costumbre de parir en el domicilio para hacerlo en las maternidades.

En el trabajo de parto normal se observan: borramiento y dilatación del cuello, progreso y altura de la presentación, así como su variedad; estado de salud fetal y actividad uterina en evolución habitual, pero pueden presentarse muchas circunstancias adversas que conduzcan a la operación cesárea en mujeres que sufren agotamiento e infección, con altas tasas de morbilidad y mortalidad de los productos, mucho más elevadas mientras más prolongado sea el trabajo de parto. La cesárea se ha introducido como una alternativa general para dar solución a todo parto difícil, lo cual ha condicionado que una cuarta parte de los nacimientos tenga lugar por esta vía. 1, 2

Se ha estimado que anualmente mueren más de un cuarto de millón de embarazadas en países en vías de desarrollo, una determinada proporción de ellas durante el trabajo de parto prolongado, asociado a la desproporción cefalopélvica, que provoca partos obstruidos, deshidratación materna, rotura uterina y secuelas en la madre, así como asfixia, daño cerebral, infección y muerte en los recién nacidos. 3

El parto obstruido representa 8 % de las defunciones en el orbe y un problema de salud que puede ser diagnosticado precozmente y tratado de forma adecuada.

El Banco Mundial copatrocina el partograma para una maternidad segura y por su iniciativa se trazó el objetivo de reducir en 50 % las muertes maternas en la primera mitad de la década de los 90; para ello, uno de los métodos que permitiría disminuir la alta incidencia de mortalidad maternoperinatal en naciones en vías de desarrollo, sería el partograma: un medio visual para evaluar el parto normal, que actúa como un sistema de advertencia temprana. 4 - 6

Desde 1954, Friedman estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto y definió los patrones normales a través del análisis de miles de curvas de trabajo de partos individuales.

Se reconoce internacionalmente que el mejor método para vigilar al proceso dinámico del trabajo de parto es el gráfico; por medio del partograma se retoma el concepto de cuidado personalizado o individualizado de la mujer en dicho trabajo, relegado por el uso de las técnicas de avanzada en la obstetricia moderna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), además de crear guías para su utilización, ha producido un formato estándar de partograma, que ha venido aplicando en Indonesia, Tailandia y Malasia, donde los ensayos han confirmado su efectividad, bajo costo y factibilidad.

El método gráfico transforma la conducta clínica intuitiva en ciencia predictiva. Por tal razón nos propusimos describir la evolución histórica del partograma, sus ventajas, objetivos y aplicación clínica, con vista a divulgar y ampliar su uso, pues a pesar de ser empleado en algunos países, se ha extendido muy poco a otras regiones. 3 - 7 - 12

DESARROLLO

Existen más de 200 tipos de partogramas, basados fundamentalmente en los de Friedman, Philpott y Schwarcz, que han sido adoptados por el Centro Latinoamericano

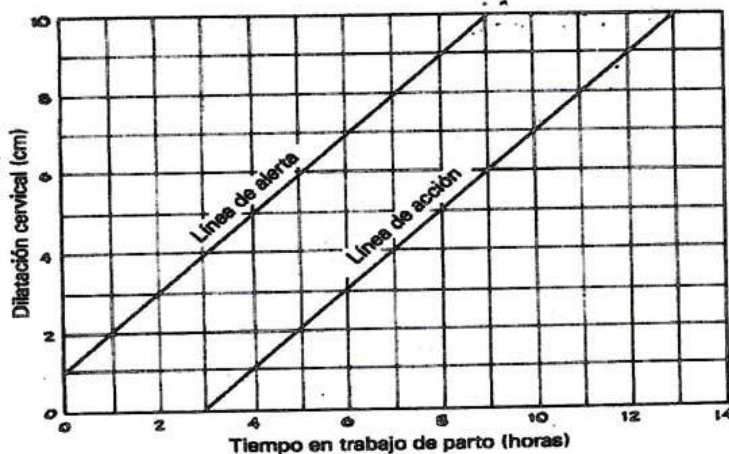
de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud; estos últimos a través del Programa para una Maternidad Segura y para crear el modelo de la OMS de aplicación en países en vías de desarrollo. 3, 4

Concepto

Partograma es el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo.

Objetivos del partograma

1. Disminuir la morbilidad y mortalidad maternoperinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto y parto.
2. Proveer a parteras, personal médico y paramédico de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto.
3. Prevenir o diagnosticar, o ambos, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.
4. Reducir el índice de operaciones cesáreas y la asfixia, así como sus secuelas.



Modelo gráfico estándar para la elaboración de curvas de parto

Los diferentes tipos de partogramas utilizan como modelo un papel cuadriculado para la construcción de curvas del parto, lo cual puede realizarse fácilmente e incorporarse a la historia clínica. El patrón incluye: una escala vertical a la izquierda, numerada del 1 al 10, que representa los centímetros de dilatación cervical; una horizontal, que indica las horas transcurridas en

el trabajo de parto; y otra vertical, pero a la derecha, que mide la altura de la presentación y está numerada en orden descendente, ya sea por encima o por debajo de las espinas ciáticas (planos de De Lee o Hodge, o ambos). 2 - 7, 8

El parto y la evolución histórica del partograma

En 1954, Friedman estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto, para lo cual planteó una curva normal de dilatación sigmoidea y de descenso hiperbólico. Dividió el período de dilatación en 2 fases: la latente y la activa del trabajo de parto. La primera puede prolongarse hasta 20 horas en nulíparas y 14 en multíparas, pero con

6,4 y 4,8 horas como promedio, respectivamente; aquí las contracciones siguen un patrón regular, aunque de baja intensidad y duración, con dilatación cervical muy lenta, por lo que su trazo y la curva son casi planos. El autor trató a estas pacientes con Mederol y posteriormente utilizó oxitocina (tratamiento convencional) en las que persistían en fase latente prolongada.

La fase latente del trabajo de parto ha sido definida de muy variadas formas, pero la tendencia actual es reducir el tiempo en que debe considerarse como prolongada, teniendo en cuenta que la relación de esta con los resultados materno perinatales ejerce una influencia desfavorable.

Fase latente prolongada:

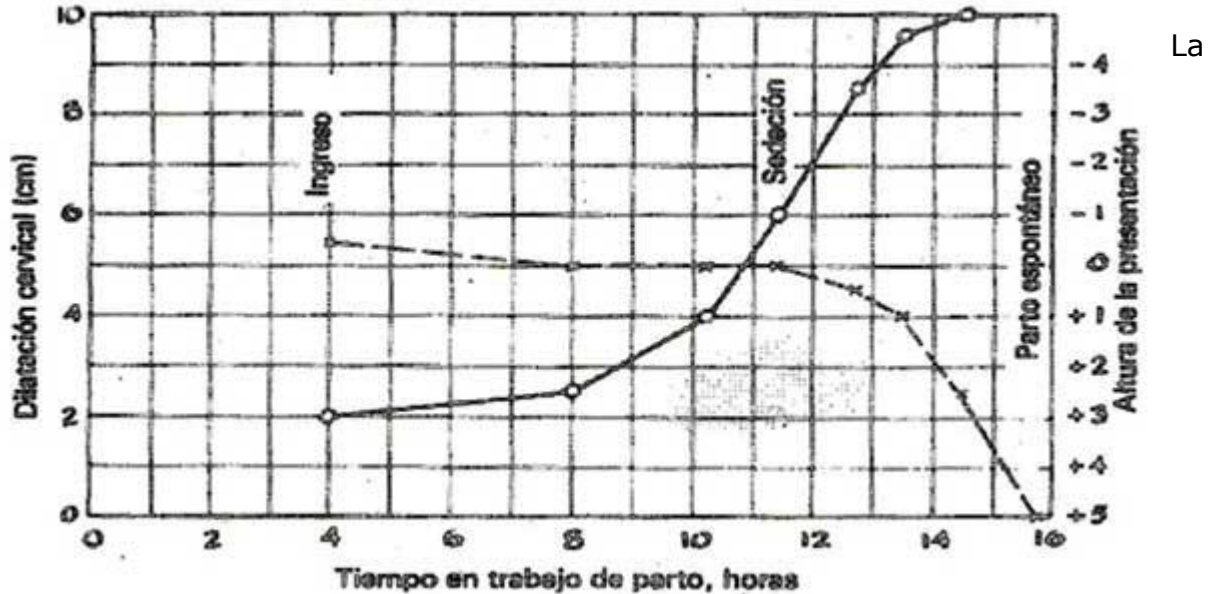
En nuestro medio: 8 horas (independientemente de la paridad)

En la fase activa es notorio el cambio en la representación gráfica, debido a que la velocidad de la dilatación se acelera de forma aguda y la curva del trabajo de parto se inclina aún más. Esta fase concluye con la dilatación completa y se subdivide en 3 etapas: aceleración, pendiente máxima y desaceleración, cada una con una duración promedio de 2 horas y con base de distribución sobre los percentiles 5-95. La velocidad de la dilatación debe exceder 1,2 cm. por hora en nulíparas y 1,5 cm por hora en multíparas.

La etapa de aceleración es corta y variable, pero importante para definir el resultado final del trabajo de parto; cuando esta se torna lenta, indica que el parto será prolongado. La pendiente máxima permite forjarse una clara idea sobre la eficacia de la fuerza de las contracciones para dilatar el cuello, dado que en ella ocurre la parte principal de la dilatación cervical. La desaceleración comprende la etapa de la fase final del primer período del parto para dar paso al segundo y refleja la relación feto-pélvica; sin embargo, para alcanzar la dilatación completa resulta indispensable que el cuello se retraiga alrededor de la parte fetal presentada y tenga una pendiente poco pronunciada.

En el período de descenso con distribución basada en los percentiles 5-95 de Friedman, la velocidad de descenso debe ser mayor de 1 cm. por hora en nulíparas y 2 cm por hora en multíparas; durante la fase latente y la aceleración de la dilatación no desciende la presentación fetal o es muy ligera. El descenso en general se inicia en la etapa de pendiente máxima y va haciéndose prácticamente lineal hasta que la presentación llega al periné.

En 1972, Philpott y Castle propusieron líneas de alerta y acción en el seguimiento de la fase activa del trabajo de parto, a fin de ayudar a parteras a vigilar en regiones remotas de África y decidir cuándo trasladar a sus pacientes al hospital.



línea de alerta une puntos que presentan un centímetro de dilatación en el momento de ingreso y la dilatación completa (10 cm.) 9 horas después. La línea de acción se traza paralela a la de alerta, pero a 4 horas de distancia; si la curva cruza la línea de alerta, indica a la partera la posibilidad de un trabajo de parto anormal y, por tanto, el concurso de un médico

En 1984, De Ross y Hayashi recomendaron gráficos con 3 líneas: la de trabajo de parto mínimo, la de alerta y la de acción, paralelas y con 2 horas de diferencia cada una. Si el trabajo de parto sigue la línea de trabajo de parto mínimo, se permite la evolución del parto; si cruza la línea de alerta, ha de valorarse la utilidad del trabajo de parto, el potencial de desproporción cefalopélvica (DCP) y la necesidad de estimulación con oxitocina; pero si atraviesa la línea de acción debe decidirse entre administrar oxitocina y tratar una DCP. 2

En 1998 Schwarcz, Díaz y Nieto describieron una guía para la vigilancia del parto, a través de un partograma con curvas de alerta que fueron desarrolladas por el CLAP-OPS/OMS en 1 888 partos con bajo riesgo de inicio y terminación espontánea, sin medicación y con la evolución normal de sus recién nacidos. Las curvas de alerta consideran en su percentil 10 la evolución de la dilatación cervical para diferentes condiciones maternas y obstétricas.

Las variables utilizadas fueron: paridad (nulípara sin parto previo, y multípara con uno o más partos previos), posición materna (vertical: sentada, parada o caminando y horizontal: en cama) y estado de integridad de las membranas (perforadas o íntegras). De la combinación de estas variables se derivan 5 curvas de alerta diferentes, que parten de los 4 a 5 cm de dilatación, donde se trazará la línea de base.

Desde el inicio se dibujará la curva de alerta que mejor se corresponda con el caso; pero al producirse un cambio en las condiciones obstétricas, se trazará una curva de acuerdo con ello.

La curva comenzará a delinearse a partir del punto en que cruce la línea de base; y si ha superado esta dilatación, a partir del eje vertical izquierdo, según sea la dilatación ocurrida.

En el extremo superior izquierdo del partograma se presenta una tabla con valores correspondientes al percentil 10 del tiempo en que cada uno de los 5 grupos mencionados incrementa la dilatación: de 4 - 5 a 6 , de 6 a 7 , de 7 a 8 , de 8 a 9 , de 9 a 10 y de 10 cm al parto. En la gestante pueden darse 3 situaciones:

1. El ingreso temprano: antes de los 4-5 cm de dilatación.
2. Las condiciones cambiantes: varían las condiciones de ingreso durante el transcurso del trabajo de parto.
3. El ingreso tardío: ingresa con dilatación superior a los 4-5 cm.

Entre 1988 y 1991, en el centro universitario Karachi de Pakistán, Khan y Risvi utilizaron un modelo de partograma como predictor de rotura de la cicatriz uterina en pacientes con antecedentes de cesárea segmentaria baja, que tuvieron un trabajo de parto espontáneo, para lo cual usaron el mismo modelo en papel cuadriculado, dividido en 5 zonas de tiempo: A (área a la izquierda de la línea de alerta), B (de 0 a 1 hora después de la línea de alerta), C (de 1 a 2 horas después de la línea de alerta), D (de 2 a 3 horas después de la línea de alerta), E y F (más de 3 horas después de la línea de alerta). Para la línea de acción se definieron 2 tiempos: hasta 2 horas después de la línea de alerta y más de 2 horas de la línea de alerta (zonas D y F).

Dos y 3 horas después de la línea de alerta, las zonas tuvieron una sensibilidad de 71 y 43 % en ese orden, y una especificidad de 78 y 96 %, respectivamente, en la predicción de la rotura de la cicatriz uterina, de forma que la línea de acción en esta zona de tiempo probablemente ayudaría a reducir la posibilidad de rotura sin un aumento inaceptable de la proporción de operaciones cesáreas. 15

En 1993, Ferrás et al 27 realizaron un estudio multicéntrico en gestantes brasileñas, que incluyó tomar curvas de 1 382 parturientas con bajo riesgo, ingresadas en 9 hospitales públicos y con dilatación igual o inferior a 4 cm, a partir de lo cual concluyeron que sus patrones de curva no diferían de los descritos en embarazadas de otros países.

Van Dessel et al, 18 del Instituto de Obstetricia y Ginecología de Róterdam, publicaron en 1994 un artículo sobre la dinámica cervical durante el primer período del parto a través de mediciones ultrasonográficas de la dilatación cervical en nulíparas y multíparas con parto espontáneo e inducción con oxitocina en una muestra de 62

pacientes, donde daban pruebas de que la velocidad de dilatación y el trabajo miométral fue menor en multíparas que en nulíparas; resultados que contradecían los de Friedman.

En 1995, Laurié et al 28 decidieron comprobar la hipótesis de que la distocia de hombro debía sospecharse con el partograma, de manera que utilizaron retrospectivamente 52 nacimientos con distocia de hombros, pareados con igual número de consecutivos, y demostraron que el trabajo de parto prolongado no constituye un factor de riesgo para la distocia de hombro.

En Ginebra, un grupo de especialistas que desarrolló el modelo de la OMS, después de recopilar todos los trabajos editados acerca del partograma y seleccionarlos, extrajeron las mejores características de cada uno, y luego de simplificarlas, determinaron que la fase activa del trabajo de parto comienza con 3 cm de dilatación cervical, la fase latente no debe durar más 8 horas y la dilatación cervical en fase activa no ha de ser menor de 1 cm por hora; tiempo límite entre el “enlentecimiento” del trabajo de parto y la necesidad de intervención a las 4 horas por el compromiso fetal o materno para evitar intervenciones innecesarias, a lo cual se añade la indicación de diferentes exámenes vaginales (se recomienda uno cada 4 horas).

Si las parteras y demás personal que sigue el trabajo de parto, afrontan dificultades para elaborar el partograma, deben usar uno con líneas impresas, eliminando el exceso de aquellas que puedan ser causa de una posterior confusión. 3, 5, 8, 10 -13

La línea de alerta se dibuja a partir de los 3 cm después de las 8 horas del período de latencia y la de acción 4 horas después. En la zona de la derecha de la línea de alerta se extrema la vigilancia y en la línea de acción se sitúa el punto crítico de las decisiones que debieron ser tomadas. 3, 5, 8, 10 - 13

Ventajas del partograma

1. Disminuye la morbilidad y mortalidad maternoperinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados, o ambas condiciones.
2. Garantiza un seguimiento con alta calidad.
3. Evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan.
4. Es capaz de explicar en parte las bajas proporciones de cesárea en algunos hospitales y la reducción del “intervencionismo” obstétrico.
5. En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina.
6. Facilita archivar y computar los datos.

7. Constituye un método de lenguaje universal.
8. Es económico y asequible. 2 - 9 , 15, 20, 29 - 33

Resultados del uso del partograma (primera prueba clínica a gran escala en 1990), aplicado en más de 35 000 pacientes del llamado Tercer Mundo

Disminuye:

1. El uso de oxitocina en 56 %.
2. El trabajo de parto con tiempo mayor de 18 horas en 49 %.
3. El índice de sepsis posparto en 73 %.
4. El empleo de fórceps en 30 %.
5. La ejecución de operación cesárea por sospecha DCP en 75 %.

3.4 Cesárea

Es un procedimiento quirúrgico que se realiza en los planos anatómicos del abdomen, mediante una incisión, con el fin de extraer el feto, la placenta y los anexos.

Indicaciones

MATERNAS	FETALES
Distocias mecánicas: - DCP - Tumores - Miomas - Obstrucción canal vaginal	Sufrimiento fetal agudo, Presentaciones atípicas, Macrosomía fetal, Óbito fetal, Pro lapso de cordón.
Distocias dinámicas: - Embarazo pos-término - Abrupecio placentario - Bloqueo del trabajo de parto - Toxemias - Diabetes gestacional, Primiparidad tardía - RPM - Infecciones sistémicas - Cesárea anterior	

Tipos de cesárea

Cesárea clásica: Se efectúa mediante una incisión vertical, realizada en línea media infraumbilical sobre la cavidad abdominal y la pared del cuerpo uterino.

Ventajas: Fácil acceso al feto
Disminución de riesgo materno – fetal.

Desventajas: Pérdida mayor de sangre.
Debilitamiento de la pared miométrica.
Aumento de riesgos en complicaciones como:
Hemorragias
Dehiscencias.
Infecciones y lesiones de órganos pélvicos y abdominales.

Cesárea del segmento inferior o Pfannenstiel: Se efectúa mediante una incisión realizada en sentido transversal a nivel supra – pélvico en la pared abdominal y la pared del cuerpo uterino.

Ventajas Pérdida mínima de sangre.
Disminuye el riesgo de rompimiento uterino.
Disminuye riesgo de sangrado.

Desventajas El procedimiento requiere de mayor tiempo.

Paquete de ropa para la cesárea

- Compresas
- 2 campos sencillos (fenestrado)
- 1 sábana
- 1 campo general fenestrado
- 4 campos sencillos
- 3 blusas de mayo con su respectiva compresa
- 1 funda de mayo
- 1 campo sencillo
- 1 blusa de mayo con compresa.
- 2 envolturas.

Actividades de enfermería

Preoperatorio de la cesárea

- Revisión de la historia clínica.
- Verificación de la documentación.
- Revisión de exámenes de laboratorio y diagnóstico.
- Conocer la indicación de la cesárea.
- Canalizar vena de buen calibre con yelco No. 16.

- Hidratar la paciente entre 1000 y 2000 cc de SSN o Lactato de Ringer.
- Realizar la tricotomía (rasurado) desde área inferior de las mamas hasta la región media vulvar.
- Aplicar medicamentos según orden médica.
- Verificar ayuno mínimo 8, máximo 12 horas.
- Retirar prótesis.
- Evacuar la vejiga antes de ingresar a la sala de cirugía.
- Realizar actividades generales.

Actividades trans-operatorias

- Recibir la paciente.
- Confrontar historia clínica.
- Colocar en posición quirúrgica, monitorizarla.
- Mantener hidratación.
- Circular a él anestesiólogo.
- Administrar medicamentos según orden médica.
- Preparar equipo según técnica de anestesia.
- Circular a la instrumentadora.
- Conectar electro bisturí, succión, sonda vesical.
- Realizar baño quirúrgico.

Actividades en el periodo post operatorio

- Recibir la paciente.
- Confrontar historia clínica.
- Verificar tipo de procedimiento, técnica de anestesia, nombre del anestesiólogo y cirujano.
- Establecer soporte respiratorio.
- Monitorizar y mantener el equilibrio hidroelectrolítico.
- Realizar descripción céfalo – caudal.
- Valorar el estado circulatorio pre – trans - post operatorio.
- Vigilar la frecuencia respiratoria.
- Evitar la hipotermia.
- Vigilar signos de shock.
- Vigilar hemorragias.
- Valorar la herida quirúrgica.
- Observar la presencia de hematomas, dehiscencia en la herida quirúrgica.
- Mantener líquidos endovenosos permeables.
- Vigilar el umbral del dolor.
- Administrar medicamentos según orden médica.
- Vigilar distinción abdominal y/o vesical.
- Verificar diuresis.
- Realizar test de Aldrette.
- Realizar actividades generales.

Registro de nacido vivo

Instrucciones para llenar el certificado de nacido vivo antecedente para el registro civil

El certificado de nacido vivo antecedente para el registro civil se constituye en el requisito para la inscripción del nacimiento en las oficinas autorizadas para llevar el registro civil.

La firma de la persona que lo diligencia garantiza la validez del documento. **Instrucciones generales**

1. El certificado debe ser llenado en letra de imprenta, clara y legible, sin borrones ni enmiendas.
2. Marcar con una equis(x) la opción seleccionada para cada pregunta.
3. Es indispensable hacer las indagaciones necesarias para obtener la información completa y veraz, pues todos los datos son importantes para el Sistema Nacional de Registro Civil.
4. Verifique siempre todos los datos que consigne, tales como nombres completos, edad y número de identificación de la madre del recién nacido tal como figuran en el documento de identificación, esto con el fin de evitar contratiempos en la notaría o registraduría.
5. El certificado debe ser llenado en su totalidad, no se deben dejar espacios en blanco, de lo contrario la Oficina de Registro Civil no lo acepta como válido.
6. Para efecto de garantizar la calidad, brindar confiabilidad y evitar duplicidades, el certificado se halla numerado; por tal razón, **NO SE ACEPTAN CERTIFICADOS DILIGENCIADOS EN FOTOCOPIAS.**

Contenido

- Fecha del nacimiento: anotar, en números arábigos, el año, mes y día en que ocurrió el nacimiento.
- Hora del nacimiento: registrar la hora y minutos del nacimiento en formato de hora militar.
- Hemoclasificación del nacido vivo: registrar el grupo sanguíneo y el factor Rh del recién nacido.
- Apellido(s) y nombre(s) de la madre (tal como figuran en el documento de identidad): anotar el(los) apellido(s) y nombre(s) según como figuren en el documento de identificación aportado por la madre en el momento del diligenciamiento del certificado.

Datos de quien certifica el nacimiento

Apellidos y nombres, tipo y nro. de identificación y registro profesional de quien certifica; igualmente, se deberá indicar el lugar y la fecha de expedición del certificado. La firma del médico o profesional de salud que expide el certificado conlleva su responsabilidad civil, penal y ética

Registro civil de defunción

El artículo 1 del Decreto 1536 de 1989 establece un plazo de dos días para hacer la inscripción en el registro civil de defunción. El Artículo 69 del Código Electoral ordena a los encargados del registro civil enviar a la Registraduría Nacional del Estado Civil, por medio de los registradores, copia auténtica de los registros civiles de defunción dentro de los cinco primeros días de cada mes para cancelar las cédulas de las personas fallecidas.

El registro civil de defunción está compuesto por un original y dos copias: el original se queda en la oficina de registro, la primera copia está destinada a la Dirección Nacional de Registro Civil de la Registraduría Nacional y la segunda copia es para el usuario.

Las muertes registradas en el registro civil de defunción pueden ser por causas naturales, por muerte violenta o por presunción de muerte. El fallecimiento por causa natural es aquél que es certificado por un médico entre los dos primeros días de la muerte. En caso de que en el lugar del fallecimiento no se encuentre ningún médico, deben acudir a un inspector de policía con dos testigos que hayan presenciado el hecho y explicar por qué no se certificó la muerte en los dos días hábiles, para que de esta manera se pueda certificar el fallecimiento.

La segunda muerte que se certifica es la violenta, que no tiene término de registro, es certificada por orden judicial y la autoridad encargada ordena la defunción.

La presunción de muerte es cuando una persona desaparece y sus familiares asumen que ha muerto. El único documento que deben presentar para certificar este fallecimiento es una sentencia judicial, que se profiere 2 años después de la desaparición.

En el momento de diligenciar el registro civil de defunción es importante tener en cuenta algunas especificaciones:

- En la parte superior del registro civil de defunción se encuentra el indicativo serial, que es un número asignado para efecto de control administrativo, sirve para llevar un orden y de esta manera ubicar el archivo. Este serial no sirve como número de identificación.
- Por ley, las Registradurías, Notarías, Consulados, Corregimientos o Inspecciones de Policía autorizados por la Registraduría Nacional del Estado Civil, son los encargados de registrar la defunción de una persona.
- Cada Registraduría, Notaría, Corregimiento o Inspección de Policía trabaja con un código con el cual se identifican y que le fue asignado por la Registraduría Nacional del Estado Civil.
- Al momento de diligenciar el registro civil de defunción, se deben tener en cuenta que si se realiza una enmendadura o tachón se debe anotar en la casilla que dice espacio

para notas. En caso de que haya que corregir algún dato del registro civil de defunción se diligenciará uno nuevo y en esta casilla se hará la observación de que el nuevo serial reemplazará al anterior.

3.5 Técnicas de Anestesia Regional

A fin de un mejor entendimiento de las diferentes técnicas de anestesia regional se debe hacer una descripción de los planos quirúrgicos en el dorso.

Planos quirúrgicos del dorso:

- Piel
- Tejido celular subcutáneo.
- Fascia superficial
- Músculo
- Fascia profunda
- Apófisis espinosa
- Espacio epidural
- Ligamento amarillo
- Espacio peridural
- Duramadre
- Espacio sub-aracnoideo
- Piamadre
- Aracnoides
- Médula
- Líquido cefalorraquídeo.

Anestesia Regional Extradural:

Comprende Epidural y Peridural. El bloqueo epidural constituye en la actualidad una de las técnicas de analgesia regional que se utiliza con más frecuencia para: el control del dolor durante el trabajo de parto, realizar intervenciones quirúrgicas, sobre todo en abdomen y miembros inferiores, así como también para el tratamiento del dolor postoperatorios y crónicos

Bloqueo epidural caudal:

Consiste en la inyección intradérmica de un anestésico local en la región del agujero sacro o lumbar, para formar una pápula cutánea y luego inyectar un anestésico regional (Bupivacaina) para dejar un catéter.

Indicación: Bloqueo del dolor en trabajo de parto.

Bloqueo epidural lumbar:

Consiste en la administración de un anestésico local entre los espacios L2 y L4 entre la apófisis espinosa y el ligamento amarillo para luego administrar un anestésico regional en inyección única y continua.

Indicación: Analgesia del trabajo de parto.

Bloqueo Peridural:

Es la administración de un anestésico entre el ligamento amarillo y la duramadre para bloquear las fibras pre ganglionares simpáticas con supresión temporal de la sensibilidad.

Indicación: Procedimientos a nivel infra – abdominal y extremidades inferiores.

Anestesia Regional Intradural:

Comprende Raquídea y Espinal o Sub aracnoidea. La anestesia regional permite supresión de la sensibilidad neuromuscular mediante la administración de medicamentos anestésicos alrededor de los nervios que inervan el área para bloquear la conducción nerviosa, sin pérdida de conciencia.

Bloqueo regional o espinal:

Consiste en la administración de un anestésico entre L2 Y L4 en el espacio sub aracnoideo perforando la duramadre.

Indicación: Cesárea, procedimientos ginecobstétricos.

3.6 Métodos para la Inducción del Trabajo de Parto

La inducción del trabajo de parto es el uso de medicamentos u otros métodos para provocar (o inducir) el parto. El trabajo de parto se induce en más de un 20% de las mujeres embarazadas en Estados Unidos.

El trabajo de parto se induce por muchos motivos. Algunos medicamentos que se usan para la inducción también se pueden usar para acelerar el trabajo de parto si este progresa demasiado lento.

Entre los métodos utilizados para la inducción del trabajo de parto se encuentran la ruptura artificial de las membranas. (amniotomía) y el uso de fármacos entre ellos: oxitocina y prostaglandinas.

3.7 Fármacos comúnmente utilizados en obstetricia

Utero inhibidores

Son fármacos que se utilizan para Inhibir las contracciones uterinas en casos que lo ameriten. Actúan relajando el músculo liso uterino.

Fármacos bloqueadores de canales de calcio. En esta familia existen varios fármacos, sin embargo el más utilizado es el nifedipino. Administrado por vía oral, el nifedipino inicia su acción alrededor de los 20 minutos y alcanza su nivel máximo a las dos horas. Los bloqueadores de canales de calcio muestran una prolongación del embarazo, con disminución del síndrome de distress respiratorio y de los efectos adversos, comparado con fármacos beta estimulante como la terbutalina y el salbutamol.

Terbutalina: era el útero inhibidor utilizado con mayor frecuencia. Dentro de las indicaciones su uso se encuentran: Amenaza de parto pre término, sufrimiento fetal agudo. Hiperactividad Uterina. Procedimientos quirúrgicos en mujer gestante. Remisión de pacientes.

Contraindicaciones: Ruptura Prematura de Membranas (RPM), corioamnionitis, trabajo de parto prematuro con dilatación mayor de 4cm., poli hidramnios, toxemia gravídica, diabetes gestacional e iso inmunización Rh

Cuidados de Enfermería:

Monitorizar estrictamente la frecuencia cardíaca materna y fetal.
Contar el número de contracciones, las cuales deben disminuir progresivamente.

Inductores del trabajo de parto

Oxitocina	40-120mU/min, puede aumentarse hasta 200 mU/min: 20 u /500 pasar desde 60 a 300 ml/hora	Dosis máxima: 6 ampollas en 24 h (60 U)
Metilergonovina Methergina	0,2 mg IM, repetir en 20 minutos. Puede continuarse cada 4-6 horas	Máximo 5 ampollas (1 mg) en 24 horas Contraindicado en hipertensión, migrañas, coronariopatías.
Misoprostol (Prostaglandina sintética)	800-1000 ug/vía rectal	Utilizarlo como medicamento de segunda línea luego de la oxitocina

También son llamados Oxitócicos su acción es estimular el músculo liso uterino para originar contracciones y expulsar el producto de la gestación. Su fármaco prototipo es la oxitocina.

Oxitocina: Es el inductor del trabajo de parto más utilizado en salas de parto.
Dinoprostona: Pertenece al grupo de las prostaglandinas causan dilatación cervical antes de la inducción con oxitocina

Indicaciones: Embarazo prolongado, toxemia gravídica y diabetes gestacional, isoimmunización Rh, ruptura prematura de membranas, poli-hidramnios y óbito fetal.

Contraindicaciones: Desproporción Céfalo-pélvica, cesárea anterior, especialmente con un período intergenésico menor de tres años, sufrimiento fetal agudo, posiciones fetales anormales (Distocias de Posición). Prematurez, hiperactividad uterina, placenta previa, enfermedades cardíacas y pulmonares maternas o fetales.

Cuidados de Enfermería

Vigilancia estricta de signos vitales maternos y fetales, especialmente presión arterial materna, fetocardia y ruptura de membranas.

La paciente debe recibir una adecuada hidratación antes de iniciar la infusión de oxitocina, esto asegura una mayor probabilidad de producir unas contracciones adecuadas y dilatación del cuello uterino.

Cuantificación estricta de líquidos administrados y eliminados.

Las tabletas vaginales de prostaglandinas deben ser colocadas en contacto con el cuello uterino. Nunca aplicar al mismo tiempo que oxitocina, la cual sólo se inicia al alcanzar la dilatación deseada.

Se administra bajo orden y supervisión médica,

Examina fondo uterino cada 15 minutos para valorarla cantidad y calidad de las contracciones uterinas.

Cuando el útero se conserva en contracción tetánica poderosa esta hipertónico y la paciente se queja de dolor uterino intenso, hay exceso de dosis o velocidad de administración, las cuales deben, entonces reducirse al mínimo.

Cuando el útero continúa atónico (no contraído), quizá la dosis o velocidad de administración es insuficiente, llamar inmediatamente al médico.

También debe vigilar posibles efectos secundarios como son: Náuseas, vómito, tetánica uterina, hipersensibilidad, intoxicación hídrica y reacción anafiláctica.

En el caso de inducción debe vigilar bienestar fetal; mediante los movimientos fetales y frecuencia cardíaca fetal (FCF).

Valorar características de una contracción uterina y pérdida, vaginales.

Clasificación del choque hipovolémico						
Pérdida de volumen (%) y ml para una mujer entre 50-70Kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión Arterial sistólica (mm/Hg)	Grado del choque	Cristaloides a infundir en la primera hora
10-15% 500-1000 ml	Normal	Normal	60 - 90	> 90	Compensado	
16 - 25% 1000-1500 ml	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91 - 100	80 - 90	Leve	3000 - 4500 ml
26 - 35% 1500 - 2000 ml	Agitada	Palidez, frialdad, más sudoración	101 - 120	70 - 79	Moderado	4500 - 6000 ml
> 35% > 2000 ml	Letárgica o inconsciente	Palidez, frialdad, más sudoración y llenado capilar >3 segundos	> 120	< 70	Severo	> 6000 ml

Tratamiento farmacológico de la hemorragia postparto

Se define como hemorragia posparto una pérdida estimada de 1000 o más ml, o una pérdida menor asociada con signos de choque. La hemorragia postparto es la primera causa de muerte materna en el mundo, con una incidencia del 25% de las muertes maternas. En Colombia en el año 2008 fue la segunda causa de muerte, actualmente es la primera.

Todo el personal de la salud que atiende pacientes obstétricas debe estar familiarizado con los signos clínicos del choque.

En una situación de emergencia, como la hemorragia obstétrica, la vida corre peligro y es necesario que el equipo asistente esté suficientemente actualizado en las mejores técnicas y estrategias para salvar la vida, trabaje de manera coordinada y con lógica, y dirija los esfuerzos hacia objetivos concretos como son salvar a la madre y en lo posible al producto de la concepción y a disminuir la morbilidad resultante del proceso hemorrágico o de los mismas acciones de la reanimación.

La activación del código rojo puede ocurrir en el servicio de urgencias, en hospitalización o en las salas de cirugía, partos o recuperación y por lo tanto se debe definir un mecanismo rápido y eficiente para la activación del mismo que garantice que sea escuchado por el personal involucrado. Posterior a su activación se debe identificar la causa de sangrado y establecer diagnósticos diferenciales, así, en el primer trimestre descartar el aborto y sus complicaciones, la gestación ectópica, y la mola hidatidiforme; en el segundo y tercer trimestre identificar las causas placentarias como placenta previa, abrupcio de placenta y la posibilidad de ruptura uterina; y en el posparto utilice la nemotecnia de las 4 "T": tono (70% de los casos), trauma (20%), tejido (10%) y trombina (1%).

La atonía uterina, es decir la falta de contracción del útero después del parto, es la causa más frecuente de hemorragia durante el puerperio inmediato. Por este motivo los fármacos que se utilizan tienen como objetivo contraer el músculo liso uterino e impedir un sangrado continuo que puede llevar a la paciente al shock y a la muerte en cuestión de minutos.

Cuidados de Enfermería

Vigilar estrictamente los signos vitales maternos en busca de hipotensión severa.

3.8 Puerperio

Es el tiempo que sigue al parto y que dura aproximadamente 6 semanas. Durante el mismo regresan los cambios anatómicos fisiológicos producidos por la gestación y la mujer se ajusta a las responsabilidades nuevas o más amplias de la maternidad y de la vida de no gestante.

Atención del puerperio

Puerperio inmediato: Comprende las 2 primeras horas post parto. Durante este se producen la mayoría de las hemorragias por lo cual es preciso vigilar hestasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos

- Signos vitales maternos
- Globo de seguridad
- Sangrado genital
- Revisar las suturas vulvares o el sitio de la episiotomía para descartar la formación de hematomas

Si no se producen alteraciones en este periodo, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se le instruirá y apoyara sobre la lactancia materna a libre demanda, vacunación, puericultura, signos de alarma, consulta de puerperio y demás temática pertinente.

En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutive de la institución y si es necesario deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la intuición de referencia.

Puerperio mediato

Esta etapa comprende desde las primeras dos hasta las 48 horas post parto. Las siguientes acciones deben incluirse durante este periodo, además de las acciones descritas en el puerperio inmediato: -Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios

-Detectar temprana mente las complicaciones como hemorragia e infección puerperal, vigilando la presencia de taquicardia, fiebre, taquipnea, su involución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos

-Deambulación temprana

-Alimentación adecuada a la madre

Finalmente se incluye la consulta ambulatoria post parto que debería llevarse a cabo entre el 3er y 5to días post parto. El alta hospitalaria se debe dar a las 24 horas de un parto vaginal y de 48 después de una cesárea como mínimo

Signos de alarma de la madre para consulta en el posparto:

-Presencia de loquios con mal olor, sangrado abundantes o hemorragia

- Síntomas premonitorios: cefalea, visión borrosa, tinnitus, fosfenos, alteraciones visuales, convulsiones, epigastralgia
- Fiebre
- Sangrado genital abundante
- Dolor en hipogastrio, vómito, diarrea
- Un empeoramiento o la experiencia de nuevos dolores perianales o uterinos
- Dolores agudos (cefaleas, torácico o abdominal)
- Disuria (micción dolorosa, incompleta o dificultosa)
- Problemas con las mamas (enrojecimiento, dolor, calor)
- Dolor o hinchazón en las piernas
- Estado de ánimo que afecta a la relación con el recién nacido, con los demás o que no permite una actividad normal.

Informar sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, puericultura básica, alimentación balanceada adecuada para la madre, fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el autocuidado, la importancia de la actividad física progresiva para promover la recuperación del tono muscular de la mujer y de las actividades de la vida diaria.

Actividades en Puerperio Normal

- Motivar a la madre para que coloque al recién nacido a succionar y explicar le la importancia.
- Palpar el útero y darle masajes cada 15 minutos, hasta lograr que involucre para prevenir el sangrado excesivo.
- Control de signos vitales maternos.
- Vigilar las características de los loquios: olor, color, cantidad.
- Continuar la administración de Oxitocina según orden médica.
- Proporcionar alimento, a la madre, además una buena ingesta de líquidos para recuperar pérdida y prevenir estreñimiento.

Etapas De La Involución Uterina

TIEMPOS DESPUÉS DEL PARTO	ETAPAS DE LA INVOLUCIÓN UTERINA	LOQUIOS
1 a 2 horas	A La Mitad Entre El Ombligo Y La Sínfisis Púlica Sobre La Línea Media	Hemáticos
Doce horas	1 Cm Por Encima Del Ombligo O A Nivel Del Mismo	Hemáticos
3 días	3 Cm Por Debajo Del Ombligo (Sigue Disminuyendo 1cc / Día)	Serosos
Nueve Días	No Palpable Por Encima De La Sínfisis Púlica.	Traslucidos
5 y 6	No Palpable Por Encima	No Hay

Semana	De La Síntesis Pública	

Alivio del dolor.

- Promover la lactancia: Prevenir la mastitis aumentando la ingesta de líquidos, no consumo de alcohol, tabacos etc., cuidados en el pezón y las mamas.
- Realizar y enseñar la importancia de la curación en episiorrafia.
- Debemos vigilar la diuresis espontánea.
- Educación para la prevención de complicaciones tardías del puerperio y las relaciones con el recién nacido, para después de su egreso.

Actividades de enfermería en Puerperio Anormal

Hemorragia puerperal temprana: Suele ser el resultado de atonía uterina, desgarros genitales y formación de hematoma, es una hemorragia excesiva durante la hora siguiente al pos parto. Por esto la necesidad de mantener estrecho contacto con la paciente durante la primera hora del postparto, vigilar signos vitales y palpar útero cada 15 minutos e informar al médico sobre el problema. La hemorragia tardía por su parte puede ocurrir hasta 8 semanas postparto a causa de retención de tejido placentario, hematoma en vulva o vagina, infección en el sitio de implantación de la placenta.

En caso de presentarse hemorragia uterina post parto, ya sea temprana o tardía las actividades de enfermería que deben realizarse son:

- Hospitalización inmediata de la paciente.
- Preparar a la paciente para transfusión sanguínea y administración de oxitocina. Según necesidad.
- Administrar los antibióticos según orden médica.
- Preparar a la paciente si es necesario intervención quirúrgica.

Hematomas: Se pueden presentar en vulva y vagina, se debe valorar la localización, la calidad, grado de dolor y observar velocidad con que ocurre.

En caso de presentarse hematomas las actividades de enfermería que deben realizarse son:

- Administrar analgésicos prescritos.
- Preparar a la paciente para restitución de sangre cuando ocurra hipovolemia y anemia.
- Preparar para cuando se necesite tratamiento quirúrgico.

Sub involución: Retención de restos placentarios produce endometritis.

En caso de presentarse retención de restos placentarios y subsecuentemente endometritis las actividades de enfermería que deben realizarse son:

- Preparar para legrado.
- Curva térmica.
- Controlar signos vitales.
- Administración de tratamiento según orden médica.
- Permitir que la paciente hable sobre sus preocupaciones.
- Permitir que la paciente refiera sus sentimientos.
- Animarla para que hable con su pareja, sobre el tema.

También encontramos otro tipo de complicaciones como: Mastitis, endometritis, parametritis, peritonitis, infecciones urinarias.

3.9 VIH: Transmisión Madre – Hijo

La probabilidad de transmisión varía entre un 15% y un 40%, dependiendo de factores maternos tales como grado de inmunodeficiencia, carga viral, estado nutricional, etc. La transmisión prenatal durante los primeros trimestres de gestación aporta de 20% a 30% de los casos, la perinatal (pre-parto e intra-parto) el 45% a 65% y la posnatal (Relacionada con la lactancia materna leche materna exclusiva o combinada con formula láctea) el 15% a 25%.

Las estrategias para reducir la transmisión madre hijo del VIH incluye:

- Prevención primaria con población adolescente.
- Consejería y asesoría premarital y preconcepcional.
- Consejería y asesoría en planificación familiar para mujeres infectadas.
- Tratamiento anti-retroviral a la mujer durante la gestación, el trabajo de parto y profilaxis al neonato en el post-parto inmediato.
- Parto por cesárea electiva.
- Consejería nutricional para la sustitución de la leche materna.

Parto vía vaginal

Si la gestante ingresa a la institución y no es posible la cesárea. Se suministra goteo de Zidovudina y neviropina, como profilaxis. En la atención del parto por vía vaginal se evita la prolongación del trabajo de parto, la amniotomía, el uso de fórceps o espátulas y la episiotomía. El pinzamiento del cordón umbilical **siempre** es precoz.

En la atención al recién nacido:

- Evitar contacto del recién nacido con la sangre materna.
- Lavar con agua y jabón inmediatamente después del nacimiento para disminuir el contacto con secreciones cervico-vaginales, el líquido amniótico y la sangre de la madre.
- Despejar vías aéreas sin producir traumatismos.
- Aplicación de profilaxis con vitamina K y toma de muestras después del lavado.

Al recién nacido se le inicia el suministro de profilaxis anti-retroviral desde las 2 horas de nacido y antes de las 48 horas de la siguiente manera:

- Zidovudina jarabe 2 mg/kg vía oral cada 6 horas.
- Lamivudina jarabe 4 mg/kg vía oral diaria por 42 días.

Si el recién nacido no tolera la vía oral, se baja la dosis de Zidovudina a 1.5 mg/kg vía intravenosa, cada 6 horas hasta que haya tolerancia vía oral.

Desde el nacimiento el recién nacido **NO** recibe leche materna, que es sustituida por formula láctea.

Seguimiento al recién nacido expuesto

Se realiza mediante la determinación de la infección, seguimiento nutricional, control de crecimiento y desarrollo y esquema de vacunación.

Esquema de Inmunización

El recién nacido infectado con VIH recibe la vacuna pentavalente (DPT + Anti-hepatitis B + Anti-Haemophilus influenza tipo b) a los 2, 4 y 6 meses de vida. La dosis adicional de anti hepatitis B del recién nacido es aplicada en las primeras 8 horas de vida por la posibilidad de infección materna y transmisión vertical de hepatitis B.

Está contraindicada la inmunización con vacunas anti-poliomielítica oral en todo niño hijo o conviviente de paciente infectado con VIH. La vacuna a aplicar es la anti-polio inactivada, intramuscular o subcutánea, a los 2, 4, y 6 meses de vida; junto con la pentavalente. Esta vacuna es suministrada por el Ministerio de la Protección Social, se solicita al programa PAI, mediante el diligenciamiento de un formato diseñado para tal fin y el resumen de la historia clínica que especifique la condición de inmuno-supresión.

No se suministra dosis adicional de polio oral o inyectable al recién nacido, hasta tanto se establezca el estado de infección del mismo; no se debe aplicar BCG. Cuando la primera carga viral es indetectable se suministra si es mayor a 50 copias/mm³, es necesaria la evaluación del recuento de linfocitos para decidir su aplicación; de acuerdo si se clarifica como sida o no. En caso que se considere que el niño tiene sida, se difiere la aplicación hasta el restablecimiento de su función inmunológica.

El niño al cumplir 6 meses recibe la vacuna anti-sarampión y entre los 12-15 meses, la vacuna triple viral; si tiene recuento CD4 + menor a 500 células /mm³, la vacunación con anti-sarampión está contraindicada. No se aplica fiebre amarilla a los niños infectados con VIH.

Seguimiento nutricional

Desde la gestación, si es posible se debe explicar hacer la dilución del sucedáneo; es decir esta fórmula se prepara por partes iguales, el agua y la medida de la fórmula que incluye la lata. Además se insiste sobre el mantenimiento de un ambiente muy limpio

cuando se elaboren las mezclas, es importante que el lactante reciba la leche inmediatamente después de preparada. La leche de fórmula de reemplazo se inicia entre la media hora después del nacimiento y las 4 o 6 horas de vida, para prevenir la hipoglicemia y la pérdida de peso.

A partir del 6 mes de vida se inicia la alimentación complementaria, para su inicio se brinda consejería nutricional teniendo en cuenta el grado de desarrollo neuromuscular del niño o de la niña, sin condiciones de salud, las condiciones socio-económicas de la familia y las posibilidades alimentarias de la región.

Cuando las madres se encuentran en un deficiente estado socio-económico y nutricional, se gestiona su vinculación a un programa de recuperación nutricional desarrollado en el marco del Sistema General de Bienestar Familiar.

Seguimiento crecimiento y desarrollo

El lactante será valorado mensualmente, esta valoración es un requisito para continuar la provisión de fórmula láctea. Durante el control del primer mes y del sexto mes, se toman las muestras para carga viral y CD4. Es ideal continuar el seguimiento cada mes o dos meses después de cumplido los 6 meses, para verificar su evolución y estado nutricional.

3.10 Mortalidad perinatal y reporte epidemiológico

La mortalidad perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en la infancia. Estas muertes son consideradas indicadores universales tanto de condiciones de vida, como de la calidad y acceso a los servicios de salud.

Una muerte perinatal es el resultado final de la interacción de una serie de factores presentes en el proceso de gestación. El componente social se destaca entre ellos, específicamente en lo relacionado con el acceso económico, educativo, legal o familiar de la madre, así como la oportunidad y eficiencia de los servicios de salud.

Como muerte perinatal se considera todas las muertes ocurridas entre la vigesimosexta semana de gestación y el séptimo día de nacimiento.

Se reconocen las siguientes definiciones alrededor de la muerte fetal y neonatal:

Muerte fetal desconocida: aquella que ocurre en cualquier momento de la gestación y de imposible clasificación por edad gestacional.

Muerte fetal espontánea: la que ocurre antes de la vigésima semana de gestación.

Muerte fetal temprana: aquella que ocurre entre la vigésima y el vigesimoséptima semanas de gestación.

Muerte fetal tardía: la que ocurre después de la vigesimosexta semana de gestación.

Muerte neonatal temprana: la que ocurre dentro de los primeros siete días después del nacimiento.

Muerte neonatal tardía: aquella que ocurre entre el octavo y el vigesimosexta día después del nacimiento.

Muerte perinatal: agrupa la muerte fetal tardía y neonatal temprana; es decir, aquella que ocurrió entre la vigesimosexta semana de gestación hasta el séptimo día postparto.

En Colombia no se conoce la incidencia exacta de la mortalidad perinatal, porque no se registra en forma rutinaria la muerte fetal tardía. Sin embargo, el análisis de la mortalidad infantil permite un acercamiento a la gravedad del problema.

En 1996, la razón de mortalidad infantil fue de 28 por 1.000 nacidos vivos, de la cual 8,2 corresponde a mortalidad neonatal temprana, 10,8 a neonatal tardía y a mortalidad postnatal. A pesar del plan de reducción, en los últimos cinco años no se ha observado mejoría en los indicadores.

Según el Ministerio de Salud, las cinco primeras causas de mortalidad perinatal en el país son:

- Síndrome de dificultad respiratoria.
- Afecciones respiratorias.
- Hipoxia y asfixia al nacer.
- Trastornos digestivos.
- Complicaciones de la placenta y el cordón.

Según información de la Secretaría Distrital de Salud, la tasa de mortalidad perinatal en Bogotá ha permanecido relativamente estable en diez años, con tasas que pasaron de 17,52 a 14,23 por 1.000 nacidos vivos en 1989 y 1999 respectivamente.

Adicionalmente, de las cinco primeras causas de mortalidad perinatal registradas para la ciudad en 1999, cuatro son fácilmente prevenibles:

- Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, 16,8%.
- Feto o recién nacido afectado por otras anomalías morfológicas, 14,8%.
- Feto o recién nacido afectado por compresión del cordón umbilical, 6,6%.
- Hipoxia intrauterina no especificada, 5,1%.
- Hipoxia intrauterina notada por primera vez antes del inicio del trabajo de parto, 4,1%.

Muerte perinatal

Es aquella que ocurre en el periodo comprendido entre la vigesimoctava semana de gestación y los siete primeros días de vida, o muerte del feto que alcanza 1000 gramos de peso.

Fuentes de información

- Notaría, comunidad, servicios de hospitalización.
- Registros de información: registro de egreso hospitalario, epicrisis, certificados individuales de defunción y de muerte fetal, registro de partos y nacimientos e historia clínica materno perinatal.

Intervenciones

Individual

- A partir de la captación de la muerte perinatal, notificación inmediata e individual al responsable de la vigilancia epidemiológica institucional y notificación semanal al coordinador de epidemiología local.

- Análisis del caso de acuerdo con la metodología propuesta
- Se investigan las causas probables de la muerte, evaluando los riesgos existentes y las intervenciones efectuadas, clasificándolas en evitables y no evitables, proponiendo un plan de mejoramiento de acuerdo con la situación encontrada.

Institucional

- Designación de un grupo de trabajo en cada institución prestadora de servicios de salud IPS, para el análisis de casos en los primeros treinta días de ocurrido el evento.
- Presentación y discusión en los comités de vigilancia epidemiológica de los riesgos y problemas encontrados para proponer acciones conjuntas de mejoramiento.
- Desarrollo de estrategias específicas de mejoramiento identificadas en cada uno de los análisis individuales de caso, realizados.

Colectiva

- Discusión y análisis de los casos en el comité de vigilancia epidemiológica comunitario
- Covecom.
- Promoción del parto institucional.
- Búsqueda activa de gestantes no inscritas en programas de control prenatal.
- Educación para la promoción de estilos de vida saludables para la mujer en edad fértil en general y la gestante en particular.
- Las demás actividades que se desprendan del análisis de los casos.

Indicadores

- Proporción de muertes perinatales evitables.
- Distribución de muertes perinatales de acuerdo con el tipo de parto y persona que lo atendió.
- Peso porcentual de la mortalidad perinatal en la mortalidad infantil.

3.11 Referencia, contrareferencia y red de instituciones de apoyo.

La actual política de salud con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los procesos de descentralización de competencias y recursos, requieren el compromiso de las personas y las instituciones para definir estrategias acordes a las necesidades locales que permitan mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Es necesario entonces definir y establecer las relaciones y coordinación entre las diferentes instituciones dentro del concepto técnico-administrativo de la red de servicios, lo cual se logra en buena parte mediante el desarrollo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

El Sistema de Referencia y Contra referencia se desarrolla teniendo como marco normativo el contenido del Decreto 4747 de 2007.

La Red de prestación de servicios. Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Teniendo en cuenta que la normatividad vigente aplica para todas aquellas entidades que tengan a cargo el pago de servicios de salud prestados a una población, es competencia del Departamento del Valle del Cauca cumplir con los requisitos mínimos, para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, en razón al Sistema de Referencia y Contrarreferencia, para lo cual se requiere:

- ✓ Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.
- ✓ Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.
- ✓ Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad, del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- ✓ Diseño, organización y documentación del Sistema de referencia y contrarreferencia, que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red.

4. PROCESO DE APRENDIZAJE

APLICAR Estrictamente en el recién nacido los cuidados definidos por la norma técnica respectiva, identificando cualquier tipo de alteración en él, siendo registrado e informado a la persona responsable.

4.1 Atención para el cuidado del recién nacido

La atención del recién nacido comprende el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia a los recién nacidos y sus familias o acompañantes en el proceso fisiológico de la adaptación neonatal y su adecuada transición a la vida extrauterina.

El nacimiento debe darse en un entorno institucional. En algunos casos no es posible por dificultades de acceso o por usos y costumbres en el marco de población étnica; sin embargo, debe recomendarse el nacimiento en el entorno mencionado. En todo caso, cada niño o niña que nazca debe contar con el acceso a las intervenciones aquí descritas lo cual permitirá apoyar su proceso de adaptación a la vida extrauterina y minimizar la posibilidad de presentar complicaciones que tengan riesgo de muerte o de generar daños importantes para el resto de la vida.

Enfoque antenatal de riesgo:

Exigen la realización de una historia clínica dirigida a la identificación de factores de riesgo prenatales, perinatales y neonatales para el recién nacido.

Atención del recién nacido en sala de partos

Requiere la realización previa de la historia clínica con enfoque de riesgo antenatal. La adaptación neonatal inmediata está representada por el conjunto de modificaciones cardio hemodinámicas, respiratorias y de todo orden que sucede en procura de la adecuación del ser humano al entorno atmosférico al nacer. De su éxito depende fundamentalmente el adecuado y exitoso tránsito de la condición intrauterina a la vida en el ambiente exterior. Debe realizarse un manejo limpio del recién nacido y la manipulación del cordón umbilical debe hacerse con guantes estériles. Para un adecuado manejo térmico del recién nacido, la temperatura ambiente de la sala de parto/nacimientos debe estar entre 23 °C y 26°C como rango promedio. Las salas de adaptación neonatal deben disponer de un pendón o una pieza informativa sobre el manejo del recién nacido con depresión respiratoria o con necesidad de reanimación neonatal.

4.2 Adaptación neonatal

La Atención del Recién Nacido está representada en el conjunto de actividades, cuidados, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después de nacer, en procura del bienestar general del recién nacido

La secuencia de atención es:

Limpieza de las vías aéreas: en el momento en que el recién nacido asome la cabeza, se deben limpiar manualmente las secreciones primero de la boca y luego de las fosas nasales. Se debe evitar la realización de succión de las vías aéreas de forma rutinaria y se debe reservar este procedimiento solo para los casos de líquido amniótico con meconio espeso, sangre o pus con obstrucción de vía aérea o si el recién nacido se encuentra con depresión respiratoria por cualquiera de estas causas

Secado del recién nacido: una vez el recién nacido se encuentre fuera del canal del nacimiento, se debe proceder al secado completo.

Observación de la respiración o llanto y el tono muscular. La limpieza de las vías aéreas y el secado estimulan al recién nacido. Si el niño se encuentra en apnea, debe iniciarse la atención del recién nacido deprimido con ventilación con presión

positiva según el esquema de reanimación neonatal vigente de las guías de soporte vital avanzado neonatal.

Pinzamiento y corte del cordón umbilical

Presentación del recién nacido y contacto piel a piel con la madre.

Lactancia materna.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS solo se debe suspender la lactancia materna si la madre lactante se encuentra en tratamiento con medicamentos contra el cáncer o con sustancias radioactivas o si la madre vive con infección por VIH.

4.3 RUTA: VALORACIÓN INTEGRAL (DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA) PARA EL RECIÉN NACIDO		
Realizar los cuidados inmediatos del recién nacido	Fortalecer el vínculo entre la madre y su hijo.	Facilitar el vínculo entre la madre y su hijo a través del contacto piel a piel con consentimiento de la madre. Inmediatamente después del nacimiento.
	Hacer pinzamiento oportuno del cordón umbilical	- 1 y 2 min después del nacimiento si: hay interrupción de la palpación de las arterias umbilicales, percusión satisfactoria de la piel (pinzamiento habitual) - inmediatamente si: hay placenta previa o abrupto para interrumpir la pérdida de sangre del recién nacido (pinzamiento inmediato). - 30 seg y 1 min en recién nacido hijos de madres toxémicas o diabéticas para reducir el riesgo de poliglobina, isoinmunización materno fetal, miastenia gravis para reducir el paso de anticuerpos maternos (pinzamiento precoz). - posterior a los 2 minutos si hay prolapso y procidencia de cordón, parto en presentación de pelvis, ruptura prolongada de membranas (pinzamiento diferido).
	Realizar la adaptación neonatal inmediata	Secar al bebé, valoración de apgar, mantenerlo caliente, despejar vía aérea, verificar la respiración, evaluación del tono muscular, frecuencia cardíaca. Inmediatamente después del nacimiento. Escala de APGAR
	Valorar y clasificar el riesgo al nacer	Realizar examen físico breve del recién nacido, una vez se haya propiciado el contacto piel a piel si las condiciones de la madre y el recién nacido lo permiten. Se debe evaluar los siguientes antecedentes: • Enfermedades genéticas • Teratógenos biológicos • Agentes físicos, químicos y tóxicos • Otros teratógenos 50 primeros minutos después del nacimiento.

		De acuerdo al riesgo identificado, remitirse a indicaciones de Guías de Práctica Clínica
	Realizar hemoclasificación	Tomar muestra sanguínea del extremo placentario del cordón y procesar la muestra. Frecuencia de uso: Inmediatamente después del nacimiento
	Realizar profilaxis ocular	Para protegerlo de posibles infecciones Tecnología: yodopovidona al 2.5%; 1 gota en cada ojo Frecuencia de uso: Inmediatamente después del nacimiento, una vez se haya propiciado el contacto piel a piel.
	Aplicar vitamina K	Administrar 1 mg intramuscular de vitamina K al recién nacido para prevenir la enfermedad hemorrágica. Frecuencia de uso: Inmediatamente después del nacimiento
	Iniciar la lactancia materna en la primera hora de nacimiento	Facilitar la lactancia materna con consentimiento de la madre, el niño debe colocarse en contacto con la piel de su madre inmediatamente después del parto, durante al menos una hora, y debe alentarse a las madres, ofreciéndoles ayuda si es necesario. Frecuencia de uso: Primera hora después del nacimiento.
	Vacunar según esquema vigente	Vacuna BCG Vacuna contra hepatitis B Frecuencia de uso: en las primeras 12 horas después del nacimiento

4.4 Valoración APGAR.

Valoración del APGAR

Signos	Calificación		
	0	1	2
F recuencia cardíaca	Ausente	< 100	> 100
E sfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil	Llanto fuerte
T ono muscular	Flaccidez	Hipotonía	Tono normal
I rritabilidad refleja	Falta de respuesta	Muecas	Llanto
C olor de la piel	Palidez o cianosis	Acrocianosis	Rosado

Se debe valorar la vitalidad y reactividad del recién nacido con la escala de apgar al minuto y a los 5 minutos para describir de forma estandarizada la vitalidad.

Un APGAR de 7 o más en el primer minuto nos asegura una adaptación neonatal adecuada con el establecimiento y mantenimiento de la respiración y la estabilización de la temperatura. Nuevamente se determina el puntaje a los cinco minutos.

- Frecuencia cardiaca: Es el signo más importante. Cuando la frecuencia es inferior a 100 se considera anormal y en este caso, se recomienda dar un puntaje de 1. La presencia de bradicardia sugiere una asfixia grave y, por tanto, la urgencia de reanimación. Para valorar la frecuencia cardiaca suele hacerse uso del fonendoscopio, aunque también resulta práctico contabilizar las pulsaciones en el punto de unión del cordón umbilical con la piel.

- Esfuerzo respiratorio: Es el segundo signo de importancia y se evidencia por el llanto del niño. Cuando el llanto es débil, irregular e intelectual se le aplica calificación de 1; 2 para el llanto vigoroso y 0 a la ausencia del llanto.

- Tono muscular: Se valora según la reflexión y motilidad de las extremidades. Cuando la flexión es buena, es decir, hay resistencia a la extensión, se califica con 2. Un tono moderadamente bueno, con 1; y cuando el niño está completamente flácido, la calificación es de 0.

- Irritabilidad refleja: Pueden aplicarse dos tipos de estímulos para evaluar la respuesta: a) La punta de catéter empleado para la aspiración nasofaríngea se introduce ligeramente en las fosas nasales, después de haber despejado la faringe y dentro de los primeros sesenta segundos. Si se produce tos o estornudo, la puntuación es de 2. Si la respuesta es solamente de mueca o gesticulación, la puntuación es de 1. Cuando no reacciona, se le califica con 0. Si ha habido pinzamiento tardío del cordón umbilical, esta maniobra no se considera satisfactoria. Y en tal caso deberá efectuarse el segundo estímulo. b) Se provoca la respuesta del niño dando un golpe rápido y tangencial en la planta del pie, si el niño llora se asignan 2 puntos, si gesticula 1 y si no reacciona 0. (Esto último ya poco se hace).

- Color: Es el más evidente y sin embargo, el menos importante. Si el niño está completamente rosado, se califica con 2. Si el cuerpo está rosado pero las extremidades azules, se califica con un 1 punto. Si todo el cuerpo está azul o pálido, la calificación es de 0.

1. Puntaje e interpretación: A cada uno de los cinco signos se le da una puntuación que va del 0 al 2. Al finalizar la evaluación, se suman los puntos y el resultado va a denotar el estado del niño. Un niño en estado excelente o en buenas condiciones presenta una puntuación entre 7 y 10. El niño moderadamente deprimido entre 3 y 6 y el gravemente deprimido un puntaje menor de 3. Debe registrarse la puntuación subtotal y total.

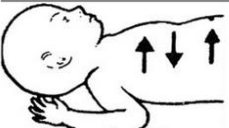
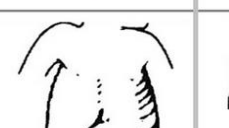
4.5 Escala de Silverman-Andreson:

Debe realizarse si el recién nacido tiene dificultad respiratoria a los 10 minutos de nacimiento.

En neonatología, la prueba de Silverman y Andersen es un examen que valora la dificultad respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios. Cada parámetro

es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad respiratoria. Contrario a la puntuación de APGAR, en la prueba de Silverman y Andersen, la puntuación más baja tiene mejor pronóstico que la puntuación más elevada.

PUNTAJE DE RETRACCIÓN DE SILVERMAN-ANDERSON

	Disociación Toracoabdominal	Retracciones Intercostales	Retracción Subxifoidea	Aleteo Nasal	Quejido Espiratorio
GRADO 0	 Sincronizado	 Sin Retracción	 Ninguno	 Ninguno	 Ninguno
GRADO 1	 En Inspiración	 Solo Visible	 Solo Visible	 Mínimo	 Solo por estetoscop.
GRADO 2	 Siempre Visible	 Marcado	 Marcado	 Marcado	 Audible al oído

Cada signo se califica con 0,1 o 2, pero a la inversa del método de Apgar, una puntuación de 0 indica buen estado respiratorio, mientras que un puntaje de 2 para cada signo o de 10 para el total indica que el niño padece una grave dificultad respiratoria.

PUNTAJE	DIFICULTAD RESPIRATORIA	PRONOSTICO
0	No dificultad respiratoria	Excelente
1 - 3	Ausente o leve	Satisfactorio
4 - 6	Moderada	Grave
7 - 10	Severa	Muy Grave

4.6 Identificación del recién nacido:

debe realizarse frente a la madre e iniciarse antes la separación de la madre y su recién nacido (por ejemplo marcando la manilla previamente con los datos disponibles.

4.7 Actividades adicionales

En el caso del recién nacido que evoluciona satisfactoriamente, luego de los primeros 60 minutos de vida, y dentro de los primeros 90 minutos de vida, se deben desarrollar las siguientes actividades dentro de los primeros 90 minutos de vida, se deben desarrollar las siguientes actividades dentro del campo visual de la madre:

-Profilaxis umbilical.

-Profilaxis ocular

-Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del recién nacido: se debe aplicar vitamina k

-Examen físico neonatal inicial: se trata de un examen breve, el cual busca evaluar la adecuada transición del recién nacido a la vida extrauterina, identificar el sexo, detectar tempranamente anomalías congénitas y ofrecer información inicial del estado del recién nacido a los padres. Durante la realización de este examen físico debe verificarse la permeabilidad esofágica y anal. así mismo debe medirse la temperatura, la cual debe estar entre 36,5 y 37.5° c. en caso de que se evidencie una anomalía congénita, se debe notificar por tratarse de evento de interés en salud pública.

-Toma de medidas antropométricas: se deben tomar medidas de peso, talla, perímetro cefálico y perímetro torácico a todo los recién nacido y se deben registrar e la historia clínica.

CLASIFICACIÓN	EDAD EN SEMANAS	PESO BAJO	PESO ADECUADO	PESO ALTO
Pretérmino	<37	<2200 g	2300 - 3300 g	>3300 g
Término	37 - 41	<2500 g	2500 - 3700 g	>3700 g
Postérmino	42 y más	<2500 g	2500 - 3800 g	>3800 g

- Toma de muestra de sangre de cordón: se tomará muestra de sangre de segmento aislado de cordón para el procesamiento de la hemoclasificación neonatal para el tamizaje de hipotiroidismo congénito con TSH neonatal y para la realización de otras pruebas de laboratorio según los antecedentes maternos identificados.

-Revisión de la placenta: en todos los casos, debe evaluarse la placenta tanto por su cara materna como por su cara fetal con el objeto de identificar lesiones o signos que puedan sugerir patología placentaria o fetal, por ejemplo, infartos quistes abscesos alumbramiento incompleto.

-Completar los datos de identificación del recién nacido: debe realizarse frente a la madre y debe hacerse iniciado antes de la separación del binomio madre e hijo. en la manilla de identificación del recién nacido se debe describir fecha y hora de nacimiento, nombre de la madre, número de historia clínica sexo, peso, talla y perímetro cefálico. adicional a los datos anteriormente mencionados, la manilla puede contener también el número de habitación asignado a la madre.

-Registro de los datos en la historia clínica: en la historia deben registrarse todos los detalles del nacimiento y de los procedimientos realizados al recién nacido. se debe identificar al recién nacido e indicar las actividades a realizar durante las siguientes horas de vida.

-Expedición del certificado de recién nacido vivo. la expedición del certificado de recién nacido vivo debe realizarse por parte del profesional que atiende el parto y sin este documento ningún niño puede salir de la institución en la que nació.

Además de los cuidados prestados en las primeras cuatro horas de vida se debe:

- Iniciar esquema de vacunación con aplicación de BCG, antihepatitis B, la vacunación se debe realizar siempre que no exista ninguna contraindicación; por ejemplo, se debe posponer la aplicación de BCG en caso de bajo peso.
- Brindar educación y orientación a la madre sobre
- Lactancia materna exclusiva
- Puericultura y detección de signos de alarma o complicaciones por las que debe consultar a una institución de salud
- Inscripción del recién nacido para la valoración de su crecimiento y desarrollo y esquema completo de vacunación
- Dar certificado del recién nacido vivo y orientación acerca del registro civil
- Fortalecer los vínculos afectivos entre madre, padre e hijo o hija
- Ofrecer servicios de planificación familiar
- Confirmar antes de dar de alta que se tomó la muestra de sangre para el tamizaje de hipotiroidismo congénito; si al momento de la salida se cuenta con el resultado de la prueba, éste debe ser verificado. Si es anormal, debe realizarse inmediatamente TSH y T4 por parte del laboratorio que hizo el tamizaje y, si se comprueba anormalidad, el recién nacido debe ser remitido al pediatra para valoración.
- En caso de ausencia de la serología de la madre o de los resultados de su serología reciente, es preciso verificar la toma de muestra para serología y hacer seguimiento del resultado
- Dar de alta y citar a control a las 72 horas siguientes al nacimiento.

Cálculo de la edad gestacional

Cálculo de la edad gestacional

- Lactante prematuro: Producto que nació antes de las 37 SG
- Lactante maduro: (a término). Neonato nacido entre la semanas 37-41 SG
- Lactante post-maturo: Producto que nació después de 42 semanas de gestación.

Clasificación del neonato según peso y edad gestacional:

La prueba de Capurro permite hacer una estimación rápida y muy cercana a la realidad de la edad gestacional del niño. Tiene la ventaja que utiliza muy pocos parámetros, además su concordancia con la edad calculada con base en la fecha de la última menstruación.

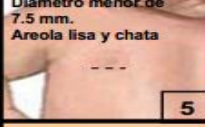
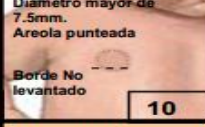
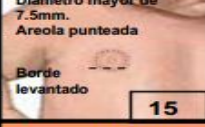
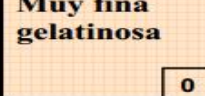
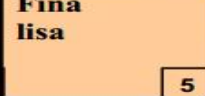
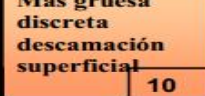
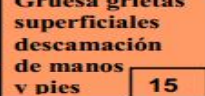
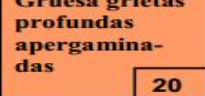
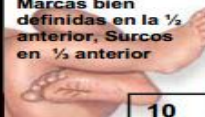
La prueba consta de cinco parámetros somáticos y dos neurológicos a los cuales se da valores diferentes de acuerdo con la importancia de cada uno.

SISTEMA DE PUNTUACIONES					
Forma de la oreja (Pabellón)	Aplanada, sin incurvación (0 pts)	Borde sup. parcialmente incurvado (8 pts)	Todo el borde superior incurvado (16 pts)	Pabellón totalmente incurvado (24 pts)	
Tamaño de la glándula mamaria	No palpable (0 pts)	Palpable menor de 5mm (5 pts)	Palpable entre 5 y 10 mm (10 pts)	Palpable mayor de 10mm (15 pts)	
Formación del pezón	Apenas visible sin areola (0 pts)	Diámetro menor de 7.5 mm, areola lisa y chata (5 pts)	Diámetro mayor de 7.5 mm, areola punteada, borde no levantado (10 pts)	Diámetro mayor de 7.5 mm, areola punteada, borde levantado (15 pts)	
Textura de la piel	Muy fina, gelatinosa (0 pts)	Fina, lisa (5 pts)	Más gruesa, discreta, descamación superficial (10 pts)	Gruesa, grietas superficiales, descamación de manos y pies (15 pts)	Gruesa, grietas profundas aperturadas (20 pts)
Pliegues plantares	Sin pliegues (0 pts)	Marcas mal definidas en la mitad anterior (5 pts)	Marcas bien definidas en la mitad anterior surcos en mitad anterior (10 pts)	surcos en mitad anterior (15 pts)	surcos en más de la mitad anterior (20 pts)

La valoración puede determinar cinco intervalos básicos para la edad gestacional:

- Postmaduro: 42 semanas o más.
- A término: entre 37 y 41 semanas.
- Prematuro leve: entre 35 y 36 semanas.
- Prematuro moderado: entre 32 y 34 semanas.
- Prematuro extremo: menos de 32 semanas.

A cada parámetro fisiológico se le asocia una puntuación de acuerdo con la siguiente tabla:

Forma de la OREJA (Pabellón)	 Aplanada, sin incurvación 0	 Borde superior parcialmente incurvado 8	 Todo el borde superior incurvado 16	 Pabellón totalmente incurvado 24	_____
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	 No palpable 0	 Palpable menor de 5 mm. 5	 Palpable entre 5 y 10 mm. 10	 Palpable mayor de 10 mm. 15	_____
Formación del PEZON	 Apenas visible sin areola 0	 Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada 10	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada 15	_____
TEXTURA de la PIEL	 Muy fina gelatinosa 0	 Fina lisa 5	 Mas gruesa discreta descamación superficial 10	 Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15	 Gruesa grietas profundas apergamina-das 20
PLIEGUES PLANTARES	 Sin pliegues 0	 Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	 Marcas bien definidas en la 1/2 anterior, Surcos en 1/2 anterior 10	 Surcos en la mitad anterior 15	 Surcos en mas de la mitad anterior 20

A continuación se suman las puntuaciones obtenidas (a esta suma la llamaremos *P*) y se aplica la siguiente fórmula para obtener la edad gestacional estimada (que llamaremos *E*):

$$E = \frac{204 + P}{7}$$

PUNTAJES	EDAD	GESTACIONAL
0 - 0	29	Semanas
5 - 5	30	Semanas
10 - 16	31	Semanas
18 - 23	32	Semanas
24 - 30	33	Semanas
31 - 36	34	Semanas
38 - 44	35	Semanas
45 - 51	36	Semanas

PUNTAJES	EDAD	GESTACIONAL
53 - 58	37	Semanas
59 - 65	38	Semanas
66 - 71	39	Semanas
73 - 79	40	Semanas
84 - 86	41	Semanas
89 - 89	42	Semanas
94 - 94	43	Semanas

El test de Ballard es una técnica clínica comúnmente usada para el cálculo indirecto de la edad gestacional de un recién nacido.

Score	-1	0	1	2	3	4	5
Posture							
Square window (wrist)	 > 90°	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
Arm recoil		 180°	 140-180°	 110-140°	 90-110°	 < 90°	
Popliteal angle	 180°	 160°	 140°	 120°	 100°	 90°	 < 90°
Scarf sign							
Heel to ear							

Skin	Sticky, friable, transparent	Gelatinous, red, translucent	Smooth, pink; visible veins	Superficial peeling and/or rash; few veins	Cracking, pale areas; rare veins	Parchment, deep cracking; no vessels	Leathery, cracked, wrinkled	
Lanugo	None	Sparse	Abundant	Thinning	Bald areas	Mostly bald	Maturity Rating	
Plantar surface	Heel-toe 40–50 mm: –1 < 40 mm: –2	> 50 mm, no crease	Faint red marks	Anterior transverse crease only	Creases anterior 2/3	Creases over entire sole	Score	Weeks
							–10	20
Breast	Imperceptible	Barely perceptible	Flat areola, no bud	Stippled areola, 1–2 mm bud	Raised areola, 3–4 mm bud	Full areola, 5–10 mm bud	–5	22
							0	24
							5	26
							10	28
Eye / Ear	Lids fused loosely: –1 tightly: –2	Lids open; pinna flat; stays folded	Slightly curved pinna; soft; slow recoil	Well curved pinna; soft but ready recoil	Formed and firm, instant recoil	Thick cartilage, ear stiff	15	30
							20	32
							25	34
Genitals (male)	Scrotum flat, smooth	Scrotum empty, faint rugae	Testes in upper canal, rare rugae	Testes descending, few rugae	Testes down, good rugae	Testes pendulous, deep rugae	30	36
							35	38
Genitals (female)	Clitoris prominent, labia flat	Clitoris prominent, small labia minora	Clitoris prominent, enlarging minora	Majora and minora equally prominent	Majora large, minora small	Majora cover clitoris and minora	40	40
							45	42
							50	44

Examen Físico del Recién Nacido

Se hace en las primeras 24 horas o inmediatamente luego de calificar el Apgar y el Capurro y si hay SDR el Silverman. Una vez descartada alguna complicación que requiera manejo inmediato se inicia el examen.

Piel:

- Palidez: Por Anemia crónica materna, sangrado cordón umbilical, etc.
- Cianosis Generalizada: Por patología cardiovascular, respiratoria, neurológica.
- Ictericia:
 - o Fisiológica 2 a 8 días:
 - o Patológica antes de 2 días o si se prolonga más de 8 días: si se presenta antes los 2 días se considera la posibilidad de eritroblastosis fetal (incompatibilidad del Rh), ABO. (Más leve).
- Manchas Mongólicas: Mayor frecuencia raza negra y orientales, son manchas oscuras en región sacra y glúteos.
- Vénix Caseoso: Cubierta grasosa de la piel.
- Lanugo: Vello fino
- Turgencia de la Piel: Muy delgada en prematuros. Arrugada en pos maduros.

Cabeza

- Observar forma, simetría y apariencia general: Turricefalia, braquicefalia, dolicocefalia, etc.
- P.C. (Perímetro cefálico) niño a término: 35 + 2
- Perímetro cefálico mayor al normal: Hidrocefalia. Hidranencefalía.
- Perímetro cefálico menor al normal: Microcefalia (toxoplasmosis, rubéola, infección in vitro).
- Fontanela anterior: + 3 cm. (Se cierra + 18-24 meses). Mayor a 3 cm Osteogenesis imperfecta, Hipotiroidismo.
- Fontanela menor a 3 cm, o cerrada: en craneosinostosis.
- Fontanela abombada: signo de Hipertensión endocraneana
- Fontanela Posterior: + 1 cm, se cierra 4 a 9 meses.
- Caput succedáneo en sitio de la presentación (supera suturas) causado por leve distocia, cede a + 48 horas.
- Transiluminación en niño con sospecha de enfermedad neurológica mayor 1,5 ó 2 en prematuros. Si mayor hidrocefalia, anencefalia.
- Céfalohematoma: Hemorragia subperiosteal, por tanto no se extiende más allá de las suturas (20% fracturas). Se puede confundir con meningocele o encefalocele en región occipital.

Cara

Se observa apariencia general, simetría, forma e implantación de cabello, forma de ojos, nariz, boca, mandíbula.

Ojos

- Ver aspecto, función, secreciones.
- Hendidura palpebral: inclinada: Síndrome de Down
- Epicanto: Síndrome de Down
- Hemorragia sub-conjuntival: Partos distócicos
- Ictericia.
- Cataratas: Rubéola
- Revisar reflejos foto motor y de acomodación.
- Pupila dilatada o estrabismo: Retinoblastoma, Corioretinitis (toxoplasmosis congénita)

Nariz

- Descartar obstrucción por secreciones o por atresia de coanas.
- Hipertelorismo: Aumento distancia entre ojos (s. Down).

Oído

- Ver tamaño, forma y posición. Implantación normal al prolongar una línea horizontal desde ángulo externo del ojo.

- Alteración en forma e implantación, se asocia con anomalías renales.
- Ver permeabilidad del CAE (conducto auditivo externo).
- Ver reacción a sonidos.

Boca

- Ver coloración de labios: Palidez o cianosis.
- Macroglosia: Síndrome de Down, hipotiroidismo
- Labio Leporino, Paladar hendido

Cuello

- Simetría, movilidad.
- Corto: fusión vértebras: Síndrome Klippel-Feil
- Tortícolis
- Tiroides ectópico ó quiste conducto tirogloso

Tórax

- Ver forma, simetría, movimiento P.T = P.C
- Pezones simétricos, de tamaño normal (5 – 7 mm)
- Movimiento respiratorio simétricos frecuencia: 40 – 60 por mínimo. Descartar tirajes. u otros signos de dificultad respiratoria, auscultación cardiopulmonar

Corazón y vasos

- Descartar cianosis o signos de dificultad respiratoria. Descartar soplos, (Coartación aortica, persistencia de conducto arterioso, CIA, CIV) taqui o bradicardia (frecuencia cardiaca normal: 120 – 160); Simetría de pulsos braquiales y femorales (débiles o ausentes por coartación aortica).

Abdomen

- Excavado inicialmente, luego globuloso por gases. Diastasis de rectos. Hernias umbilicales, epigastrica, onfaloceles, gastroquisis.
- En cordón umbilical usualmente, hay 2 arterias y una vena. La ausencia de una arteria se asocia con anomalías renales o intestinales. El cordón se caerá a los 7 - 10 días, descartar infección.
- Distensión y vómito al iniciar alimentos: obstrucción ó atresia intestinal
- Hepatoesplenomegalia: hemolisis (isoimmunización) o infección (torsch)

Ano – recto

- Deposición primera 36 horas, sino revisar ano (ano imperforado), fístulas.

Espalda

- Espina bífida – Meningocele.- Mielomeningocele.

Genitales

- Escroto usualmente hiperpigmentado. Testículos deben estar en él. Si no criptorquidia. Escroto aumentado de tamaño: hidrocele (líquido en escroto) ó hernia inguinoescrotal.

- Pene: Hipospadias, epispadias
- En niñas: Himen imperforado. Sangrado primeros días (+ 7 – 10 días), escaso es normal, genitales ambiguos requiere estudio.
- La micción deberá darse en primeras 36 horas, la mayoría 24 horas.

Extremidades

- Ver simetría, movilidad (de solo un miembro: Parto traumático). Pie Chapin (equino varo); amelias; (desarrollo incompleto de extremidades) dedos supernumerarios, dedos fusionados (sindactilia), etc., descartar luxación de cadera.

Evaluación Neurológica del Recién Nacido

- Desde el inicio del examen ya se han venido evaluando parámetros neurológicos (fontanelas, perímetro cefálico, céfalo hematomas, signos de sepsis).

Tono muscular:

Test de retirada: se le estiran las extremidades y luego se sueltan retornando a la flexión manualmente. En Hipertonía: movimiento en bloque al intentar extensión de miembros. Flexión marcada de MMSS y extensión marcada de MISS: Hipoxia; hemorragia intracraneal:

Lesiones del plexo-braquial: lesión del plexo braquial (por parto distócico) con imposibilidad para flexión del brazo afectado.

Reflejos del desarrollo: Son de inmadurez (primitivos) no necesitan función cerebral: El Moro, Búsqueda prensión palmar y plantar, y marcha automática desaparecen entre los 3 y 4 meses de vida. El reflejo de succión pierde importancia hacia los 6 meses cuando predomina la deglución y el Babinsky se extiende a los 2 años.

Reflejos de búsqueda: El niño gira la cabeza y abre la boca, hacia donde se estimule esta.

Reflejo de succión: Se puede encontrar colocando un dedo en la boca del recién nacido y observando el vigor de los movimientos y cantidad de succión. Refleja de modo indirecto también el estado neurológico del niño.

Reflejo de moro: Se puede investigar tomando las manos del recién nacido separando de la mesa de examen su cuerpo y el cuello, no su cabeza y si se suelta rápidamente respondiendo con abducción de brazos a nivel del hombro, extensión del codo, extensión de los dedos de manos, seguido de abducción de brazos. En ocasiones se extienden las extremidades inferiores y todos estos movimientos seguidos e llanto vigoroso. Este reflejo se puede hacer también con estímulos sonoros. Debe notarse cualquier anomalía en los movimientos, temblores, lenta respuesta o respuesta asimétrica que puede ser dada por hemiparesia, lesión del plexo braquial o fractura de humero o clavícula.

Reflejo de prensión: Al estimular la palma con un dedo el niño responderá con flexión de los dedos y sujeción del que se ofrece, será tan fuerte que un niño a término podrá ser levantado de la cama.

La presión plantar es semejante, se aplica un estímulo a la planta del pie próximamente a los dedos y hay flexión de los mismos alrededor del estímulo.

Reflejo tónico del cuello: Al girarse pasivamente la cabeza hacia uno y otro lado, se extiende la extremidad superior del mismo hacia donde se ha girado la cabeza. Al mismo tiempo se flexiona la extremidad superior opuesta: las extremidades inferiores pueden también realizar algún movimiento, pero menos preciso. Por la posición que adopta el niño se conoce como el reflejo del "espadachín"

Reflejo de la marcha automática: Siguiendo el anterior e inclinándolo hacia delante flexiona sus piernas, si la planta del pie toca la mesa, responderá extendiendo sus piernas, luego el tronco y la cabeza.

Reflejo de Babinsky: Presente desde el nacimiento y es debido a la mielinización incompleta de las fibras nerviosas. Al estimular planta de pies, se produce extensión de los dedos. **Reflejos tendinosos profundos:** Se exploran con un dedo o con un martillo de percusión, el recién nacido debe estar reflejado. Se encuentran el bicipital, supinador largo, aductor, rotuliano y aquileo. El niño que llora se encontrará excesivamente activo el clonus sostenido del tobillo.

Función sensitiva: La valoración de la respuesta al dolor exige que este despierto y relativamente tranquilo, es más lenta y menos bien localizada en el niño pequeño.

Pares craneales: Su exploración se efectúa de la misma manera que en el lactante, por lo general no se explora el olfatorio

4.8 Reanimación neonatal

Basado en las últimas guías de AHA y adaptado por la Asociación Colombiana de Neonatología



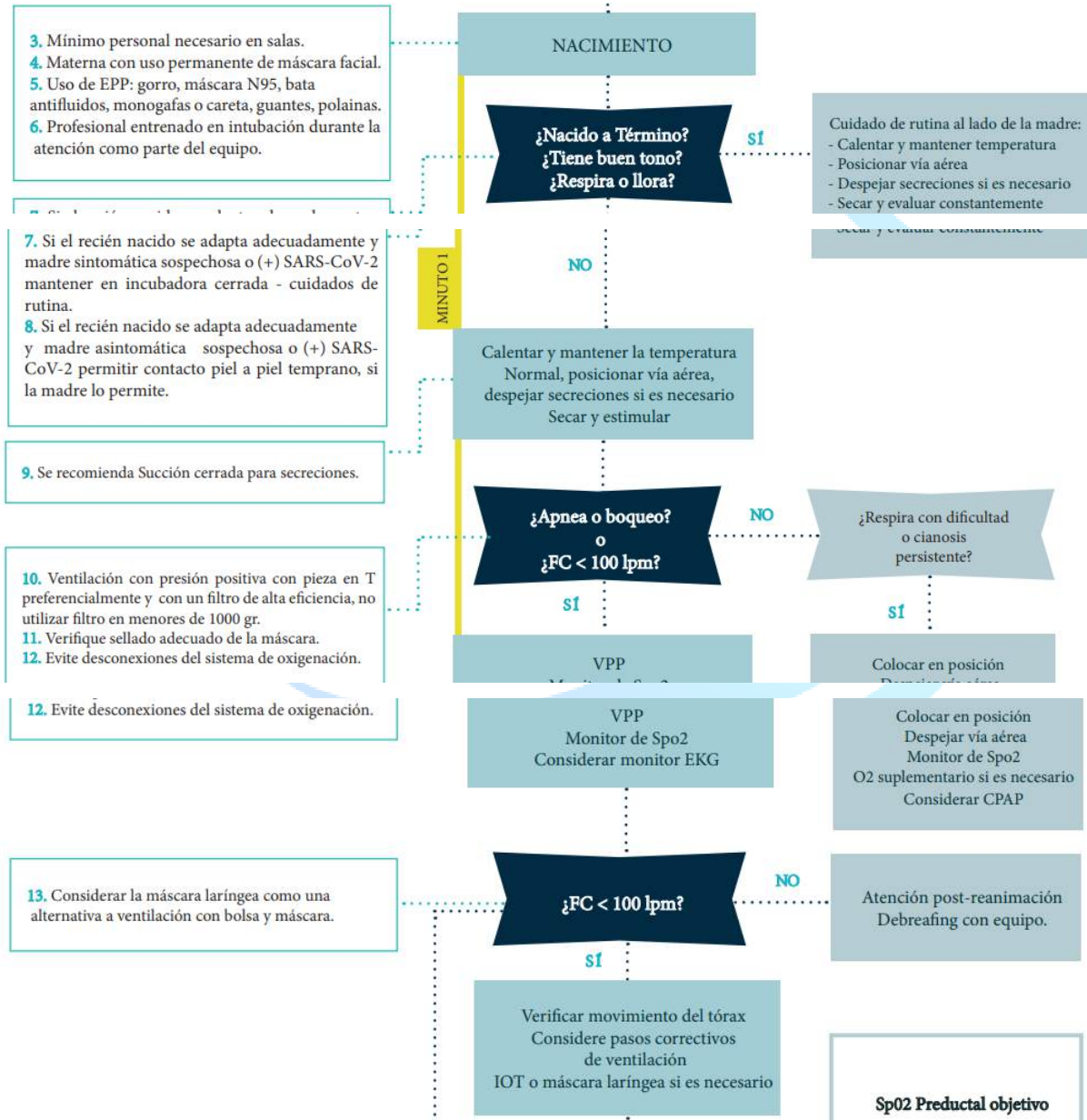
FLUJOGRAMA DE REANIMACIÓN NEONATAL ADAPTADO PANDEMIA COVID-19

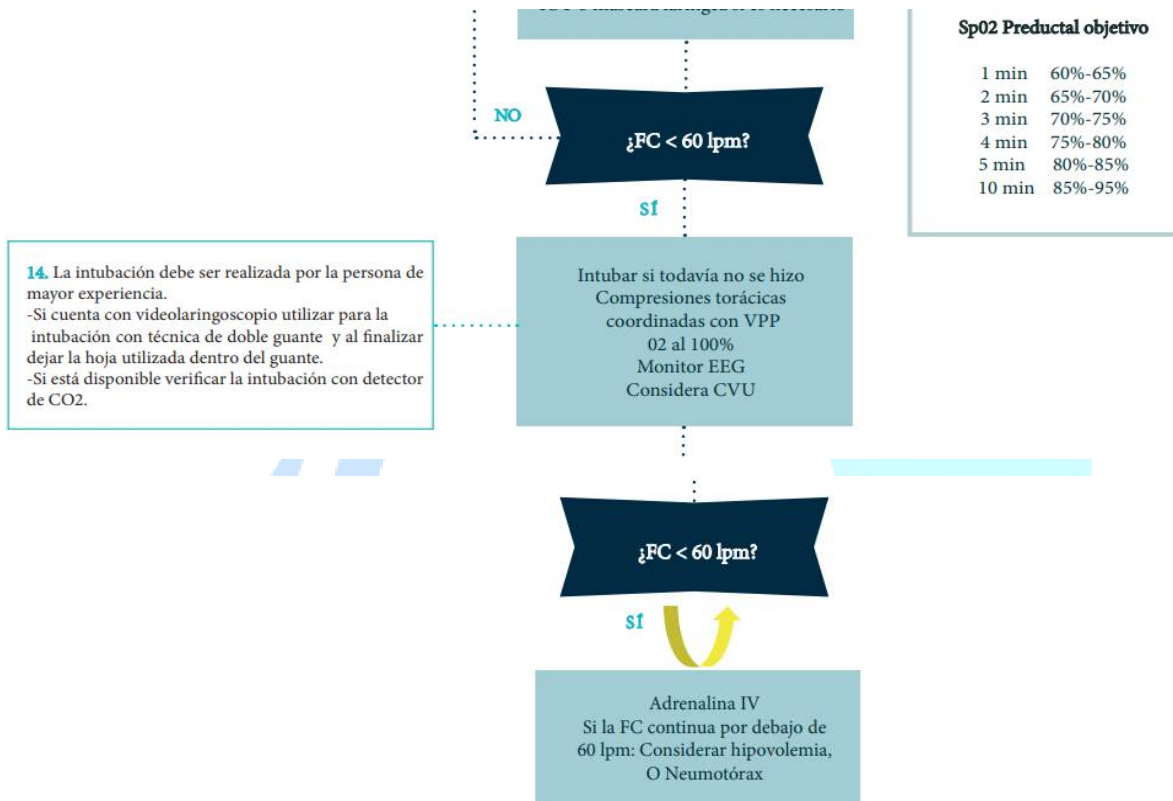
Revisado por ASCON el 04 de agosto de 2020

MADRES CON SOSPECHA O CONFIRMADAS PARA COVID-19

1. Realizar triage a madre si es sospechosa y hacer prueba RT-PCR.
2. Hospitalización/aislamiento materno si (+) o sospechosa, y:
 - * Madre sintomática respiratoria moderada-severa.
 - * Materna con patología de base de riesgo, no compensada.
 - * Amenaza de parto pretérmino.

ASESORAMIENTO PRENATAL
EXPOSICIÓN INFORMATIVA
PARA EL EQUIPO DE
REANIMACIÓN Y
VERIFICACIÓN DEL EQUIPO





4.9 Exámenes de Laboratorio

TSH neonatal:

Prueba de tamizaje que se realiza para determinar hipotiroidismo congénito. La muestra se toma de cordón umbilical o del talón del recién nacido, y se ubican las gotas de sangre en el respectivo Tamizaje Neonatal.

Bilirrubina

Tipo de prueba sanguínea que determina los niveles de bilirrubina del RN en sangre.
Resultados normales:

- Bilirrubina total en niños: 0,1- 1,0mg/dl.
- Bilirrubina total en el RN: 1- 12mg/dl.
- Bilirrubina indirecta: 0,2- 0,8mg/dl.
- Bilirrubina directa: 0,1- 0,3mg/dl.

Preparación del paciente

- Explicar el procedimiento al paciente o familiar.
- Alistar el equipo para la toma de la muestra.
- Lavado estricto de manos.

- Equipo
- Volante de laboratorio debidamente firmado por el médico.
- Tubo de tapón rojo.
- Guantes
- Solución antiséptica
- Lanceta o aguja para punción, guardián.

Procedimiento

- Se recogen de 3- 5 ml de sangre venosa en tubo indicado.
- En lactantes, la sangre se recoge a través de una punción en el talón.
- Proteger la muestra de la luz brillante. La exposición prolongada (más de 1 hora) a la luz reduce el contenido de bilirrubina.
- Mencionar en la orden de laboratorio cualquier fármaco que pudiera alterar los resultados.

Actividades de enfermería

- Aplicar la técnica indicada para la toma de la muestra.
- Cumplir con el protocolo que maneja cada institución para tal procedimiento.
- Aplicar presión en el sitio de punción.
- Evaluar la zona de punción en busca de hemorragia, infección, hematoma.
- Estar pendiente de los respectivos resultados.

Hemoclasificación

Prueba de laboratorio que permite detectar los antígenos ABO y Rh.

Equipo

- Orden médica (volante de laboratorio)
- Laminas para aplicar las muestras.
- Lanceta para la punción, guardián.
- Tubo de tapón rojo si se toma la muestra en tubo.
- Solución antiséptica.
- Guantes limpios.

Procedimiento

- Recoger de 2- 5 ml de s
- Sangre venosa aproximadamente en tubo tapón rojo.
- Si no se utiliza tubo se punciona el talón del RN o se toma de la región umbilical y se aplica sobre la lámina para tal fin.
- Se debe evitar la hemólisis de la muestra.
- Marcar debidamente la muestra y enviarla al laboratorio.

Actividades de enfermería

- Aplicar la técnica indicada para la toma de la muestra.
- Cumplir con el protocolo que maneja cada institución para tal procedimiento.

- Aplicar presión en el sitio de punción.
- Evaluar la zona de punción en busca de hemorragia, infección, hematoma.

Glicemia

Prueba de laboratorio en sangre que determina la glucosa sérica, es útil para el diagnóstico de numerosas enfermedades metabólicas en el niño.

Resultados Normales:

- Sangre del cordón: 45- 96mg/dl.
- Lactantes prematuros: 20- 60mg/dl.
- Recién nacidos: 30- 60mg/dl
- Lactantes: 40- 90mg/dl.
- Niños < 2 años: 60- 100mg/dl.
- Niños > 2 años: 70 - 105mg/dl.

Preparación del paciente

- Explicar el procedimiento familiar, aclarar la finalidad de la muestra. Verificar el la HC la orden médica.
- En los niños es contraproducente realizar ayuno. Solo bajo criterio médico.
- Preparar el equipo antes de dirigirse al lavado estricto de manos.

Equipo

- Tubo pediátrico de tapón rojo o glucómetro.
- Volante de laboratorio.
- Equipo de venopunción (aguja o lanceta), guardián.
- Guantes limpios.
- Solución antiséptica.
- Caneca para los desechos.

Procedimiento

- Marcar debidamente el tubo para la muestra.
- Recoger de 2- 5 ml de sangre venosa en tubo de tapón rojo pediátrico.
- Si es con glucómetro se pincha uno de los dedos del niño y se aplica una gota de sangre en las tiras del glucómetro, en 20 segundos sale el resultado.

Actividades de enfermería

- Aplicar presión en la zona de punción.
- Observar la zona de punción por si presentase alteraciones.
- Registrar en las notas de enfermería el respectivo resultado.
- Reportar de inmediato al médico valores anormales.
- Asegurar de que el reciba el alimento después de la muestra si fue expuesto a ayuno, para prevenir la hipoglicemia.
- Aplicar una adecuada técnica según protocolo de la institución.

Calcio

- Prueba de laboratorio en sangre que determina la función paratiroidea y el metabolismo del calcio mediante análisis respecto a la cantidad total de calcio en sangre en el niño.

Resultados Normales:

- Sangre del cordón umbilical: 9.0- 11.5mg/dl.
- Recién nacidos: 9, 0- 11.5mg/dl
- Niños: 8.8- 10.8mg/dl.

Preparación del paciente

- Explicar el procedimiento al o familiar del niño.
- Indicar que la prueba no requiere ayuno.
- Verificar en la HCL la orden de la muestra.
- Realizar el lavado estricto de manos.

Equipo

- Orden médica (volante de laboratorio).
- Laminas para aplicar las muestras, si se toma del cordón umbilical.
- Lanceta para la punción, guardián.
- Tubo de tapón rojo si se toma la muestra en tubo.
- Solución antiséptica.
- Guantes limpios.

Procedimiento

- Se aplica la técnica dependiendo la forma en que se toma la muestra si es sangre del cordón umbilical o de punción en el talo o punción en vena periférica.
- Se recogen de 2 – 5 ml de sangre venosa.
- Se debe anotar en el volante de laboratorio si el niño está tomando algún medicamento que alter los resultados de la muestra.
- Marcar debidamente la muestra y enviarla al laboratorio.

Actividades de enfermería

- Aplicar una adecuada técnica según protocolo de la institución.
- Aplicar presión en la zona de punción.
- Observar la zona de punción por si presentase alteraciones.
- Estar pendiente de los resultados, reportando de inmediato las alteraciones.
-

Gases Arteriales

Paraclínicos que evalúa la función pulmonar, respuesta al tratamiento ventilatorio y la necesidad de cambios en este para proteger al paciente pediátrico.

Indicación

- Paciente con hipoxemia, hipercapnia.
- Toxicidad por oxígeno.
- Alteraciones sistémicas que están comprometiendo la vida del niño.

Preparación del paciente

- Verificar en la historia clínica la orden del paraclínico.
- Alistar el equipo para el procedimiento.
- Tener presente las políticas de la institución para la toma.
- Lavado estricto de manos.
- Preparación psicológica al paciente y familiar.

Equipo

- Orden del Paraclínicos.
- Jeringa de insulina y de 1 ml.
- Heparina.
- Soluciones antisépticas.
- Guantes estériles.

Procedimiento

- La gasometría se efectúa 20 o 30 min después de cualquier cambio en las variables del ventilador, así como ante cualquier deterioro clínico del paciente o, al menos cada 4 a 6 horas durante la fase aguda de la enfermedad.
- El procedimiento a aplicar depende el criterio médico. Si la toma es por catéter umbilical, central, punción en arterias dístales, cordón umbilical.

PH	Niños	7.35- 7.45	RN 2 meses a 2 años:	7.32- 7.49. 7.34- 7.46.
PCO2	Niños	35- 45 mm/hg	Niños < 2 años	26- 41 mm/hg
PO2	Niños	80- 100mm/hg	RN	60- 70 mm7hg
HCO3	Niños	21 – 28 meq /Ll	RN y lactantes	16 – 24meq/L

Complicaciones

- Infección en el sitio de punción
- Hematoma.
- Hemorragia.
- Resultados alterados.
- Coagulación de la muestra.

Actividades de enfermería

- Previa revisión del protocolo para toma de muestras en el área de pediatría.
- Verificar en la HC la orden médica para la toma del examen.
- Revisar que el equipo se encuentre completo antes de dirigirse al procedimiento.
- Lavado estricto de manos.
- Explicar el procedimiento al familiar si está presente.
- Realizar el procedimiento aplicando la técnica indicada.
- Evaluar la zona de punción.
- Llevar la muestra de inmediato al laboratorio.

- Realizar los respectivos registros de enfermería.
- Estar pendiente de los reportes del paraclínico.

4.10 Decisión del egreso hospitalario

Se debe dar salida al recién nacido sano y sin riesgos después de 2 horas post parto siempre y cuando tenga los criterios para el alta. en el caso de un nacimiento por cesárea o de un niño con riesgos, la salida debe darse luego de 48 horas si cumple con los criterios para el egreso. Este tiempo es necesario para poder hacer un examen físico post natal adecuado, buscar anomalías congénitas, realzar los tamizajes neonatales, reforzar la lactancia materna, verificar orina y deposición adecuadas y poder controlar o reducir los riesgos de complicaciones, entre otras cosas. Esta decisión será tomada por profesional de medicina o por médico especialista en pediatría según el cumplimiento de los criterios para el egreso hospitalario.

Los criterios para el egreso hospitalario del recién nacido son:

- Recién nacido con examen clínico normal y evolución normal
- Recién nacido con control de los riesgos de complicaciones
- Adecuada succión y deglución del recién nacido
- Adecuada técnica de amamantamiento que sea revisado por profesional de medicina y/o enfermería.
- Evidencia de mínimo una micción y una deposición del recién nacido. En caso de no haber realizado micción ni deposición debe ser valorado por profesional de medicina o especialista en pediatría para determinar la conducta a seguir,
- Tener normalidad en los signos vitales y contar con el registro y la revisión del resultado del pulso oximetría pre ductal y post ductal, así como de la tensión arterial en las cuatro extremidades.
- Registrar el resultado de los tamizajes que se hayan realizado
- Conocimiento del resultado de la hemo clasificación del recién nacido. SI la madre es Rh negativo, debe aplicarse gammaglobulina anti D a la madre, si es el caso. Conocimiento del resultado de la prueba materna de VIH, sífilis, toxoplasma, hepatitis b y del tamizaje del estreptococo del grupo B
- Recién nacido que haya recibido las dos vacunas al nacimiento BCG Y HEPATITISB
- Descartar factores de riesgo familiar y social: maltrato, abuso de drogas, abandono y pobre red de apoyo. en caso de identificarse alguno de estos factores debe solicitarse valoración por trabajo social.
- Salida del recién nacido y madre en el mismo momento si es posible. en caso en el que la madre quede hospitalizada y el recién nacido pueda quedarse en alojamiento conjunto con la madre, debe ser evaluado a diario por profesional de medicina o médico especialista en pediatría.
- Tener cita control asignada en los siguientes 3-5 días para la madre y el recién nacido por el equipo medico
- Procurar dar los egresos hospitalarios en horas de la mañana

4.11 Ruta integral de atención en salud población materno perinatal

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD POBLACION MATERNO PERINATAL

Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud del recién nacido	Orientar y acompañar la práctica de la lactancia materna antes del egreso de la atención del parto	Se deberá dar educación a la madre y sus acompañantes acerca de la lactancia materna, esto deberá incluir los beneficios, técnica de amamantamiento adecuada y cómo prevenir complicaciones. Aplicar lista de chequeo. Tecnología: Consejería en lactancia materna Grupos de apoyo antes del egreso. Visita domiciliaria Información Educación y comunicación para la salud Frecuencia de uso: Antes del egreso hospitalario y en el primer control del recién nacido. entre el egreso y el primer control de recién nacido
	Educar a padres y cuidadores en los cuidados del recién nacido en el hogar	Brindar educación a padres y cuidadores en: Características fisiológicas del recién nacido (temperatura, sueño; color de la piel, respiración, deposición entre otras) Lactancia Materna Aseo del muñón umbilical u ombligo Prácticas de sueño seguro Fortalecimiento de los vínculos afectivos entre madre, padre e hijo o hija. Detección de signos de alarma o complicaciones en el bebé.
Promover el ejercicio del derecho a la salud	Educar a padres y cuidadores en deberes y derechos en salud	Brindar información y fomentar: El registro civil de nacimiento La afiliación al SGSSS. La inscripción del recién nacido para el seguimiento del proceso de crecimiento y desarrollo.
	Orientar a padres y cuidadores frente al reconocimiento de los servicios de salud y los atributos de la calidad de la	Brindar información frente a la red prestadora de servicios de salud (prestador primario y servicio de urgencias), líneas de atención a emergencias en salud, la continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad a la atención en salud del recién nacido.

	atención para el recién nacido	
	Educar a padres y cuidadores en los mecanismos de exigibilidad del derecho a la salud	Brindar información frente a los mecanismos existentes para la exigibilidad del derecho a la salud (oficinas de atención al usuario, peticiones, quejas y reclamos, derechos de petición, acción de tutela, acción popular)

4.12 Patologías más frecuentes del Recién Nacido

S.D.R.R.N. Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido

Conjunto de enfermedades que tienen en común signos y síntomas de dificultad respiratoria en el Recién nacido. Se pueden presentar las siguientes enfermedades: Taquipnea Transitoria (T.T), Aspiración de Líquido Amniótico Claro (A.L.A.C), Aspiración de Líquido Amniótico Meconiano (A.L.A.M), Enfermedad de Membrana Hialina (E.M.H).

Signos y síntomas

Niño cianótico, aleteo nasal, tirajes, taquipnea, bradipnea, apnea, además puede haber hipotermia, hipoglicemia, sobre infección, ictericia.

Diagnóstico:

Se debe tener en cuenta factores de riesgo, CH, glicemia, RX de tórax, Bilirrubinas.

Tratamiento

- Dependiendo de la causa
- TT: Aspiración, oxígeno, observación, resolución en 24 horas
- ALAC: Aspiración, visualizar cuerdas bucales, determinar paso meconio a vías aéreas.
- Lavado gástrico (evitar bronco aspiración)
- Oxígeno
- Si hay signos de sobre infección suministrar antibióticos.
- EMH: Aspiración, oxígeno de acuerdo a la dificultad respiratoria, surfactante vía intratraqueal.

Actividades de Enfermería

- Mantener el sistema de oxígeno terapia según prescripción médica.
- Valorar signos de dificultad respiratoria y reportar de inmediato.
- Verificar el tratamiento adecuado asegurando el horario establecido.
- Valorar estado neurológico.
- Realizar los cuidados pertinentes a sondas, catéteres, tubo endotraqueal.
- Mantener el estado hídrico y nutricional del paciente.
- Toma de para clínicos y verificación de reportes, cumpliendo guías de manejo.

Taquipnea Transitoria (T.T)

Factores de riesgo: Niños que nacen por cesárea, partos en avalancha

Causa: líquido pulmonar no es expulsado por qué no pasa por el canal del parto o su paso es rápido.

Aspiración de Líquido Amniótico Claro (A.L.A.C)

Factores de riesgo: Analgesia y anestesia peridural

Causas: RN alcanza a aspirar líquido amniótico, debido a que sus reflejos están disminuidos por los medicamentos utilizados en la madre.

Aspiración de Líquido Amniótico Meconiado (A.L.A.M)

Factores de riesgo: Sufrimiento fetal agudo (SFA), RN pos termino.

Causas: aspiración líquido meconiado, por disminución de sus reflejos, se puede presentar atrapamiento de aire y neumotórax.

Enfermedad de Membrana Hialina (E.M.H)

Factores de riesgo: Recién nacido pre término, hipoxia y asfixia

Causas: Ausencia de producción de surfactante (proteína que reduce la tensión superficial de los líquidos pulmonares permitiendo el intercambio gaseoso), en el prematuro y lesión de neumocitos tipo II, en el RN a término quien sufre hipoxia.

Ictericia

Coloración amarillenta de piel secundaria a la acumulación de bilirrubinas en piel y escleras. Incidencia: 5% menor 2.500 gr, 25% mayor 2.500 Mg. Kernicterus 2%.

Fisiopatología

La Ictericia fisiológica y la mayor susceptibilidad a Ictericia patológica, se atribuyen a la inmadurez enzimática hepática (prot. Y Z y glucoroinil tranferasa). La acumulación de bilirrubina en SNC, (en núcleos basales y corteza) se debe a la inmadurez de la barrera hematoencefálica en los primeros siete días de vida.

Formas clínicas.

- Precoz: Inicio antes de las 48 horas de vida. Siempre patológica debe investigarse su causa.
- Fisiológica: Inicio entre las 48 y 72 horas de vida y disminuye hacia los 8 días. Nivel de bilirrubina no mayor de 12 mg. %
- Prolongada: Inicia el ascenso e las cifras de bilirrubina después de los 8 días. Prolongación de una Ictericia precoz más de 8 días.

Debe tenerse en cuenta en la evaluación de la ictericia, además de los niveles séricos de bilirrubina los cuales deben corresponder con la ictericia clínica: Edad de inicio de la ictericia Edad de vida. Edad gestacional. Peso. Antecedentes de ictericia. Antecedentes

previos del niño. Hipoglicemia, hipoxia, S.D.R, etc. Esplenomegalia. Diagnostico patológico: isoinmunización, infección, etc.
Grado clínico de la ictericia.

Grados clínicos

- Ictericia I: Tinte amarillo discreto en piel, no compromete ni plantas, ni palmas, puede haber coloración amarilla leve en escleras y mucosas.
- Ictericia II: Tinte amarillo mucho más intenso, las palmas y plantas se encuentran rosadas pero al hacer presión sobre estas se observan amarillas, las escleras y las mucosas se ven más amarillas.
- Ictericia III: Tinte amarillo en escleras, piel y mucosas muy intenso, plantas se observan mucho más amarillas.

Debe existir correlación del grado clínico con los niveles séricos de bilirrubina:

- Grado I: Bilirrubinas totales no mayor de 10 mg x %
- Grado II: Bilirrubinas totales no mayores de 15 mg x %
- Grado III: Bilirrubinas totales mayores de 15 mg x %

Tratamiento:

- Fototerapia: Luz azul, blanca o solar disminuye 1 a 2 gr. X 10 horas de exposición. Su mecanismo de acción es la isomerización de Bilirrubinas lo que las hace hidrosolubles facilitando su eliminación. Tiene como efectos adversos: deshidratación y lesión retiniana
- Farmacológico: se utiliza fenobarbital, este aumenta la actividad enzimática hepática, acelerando la eliminación de Bilirrubinas. Inicia su acción 2 a 3 días de administración. No es efectivo en menores de 32 semanas. La dosis es de 3 –5 mg/kg cada 12 horas.
- Exanguinotranifusión: Se hace tempranamente si la elevación de las Bilirrubinas es muy rápida o diferida (días siguientes) si el manejo médico no funcionó. La ET temprana, usualmente se hace en isoinmunización Rh.

Actividades de enfermería en Síndrome Ictérico

- La ictericia obliga a una vigilancia continua y a estudio clínico y de laboratorio para poder establecer: Causa del problema y tratamiento a aplicar.
- Se debe realizar una exploración física periódica en busca de: Palidez de mucosas, hepatomegalia, esplenomegalia.
- Estar alerta en el estado de conducta (letargo), calidad de succión, vomito, diuresis y deposición.
- Aplicar las actividades de enfermería según tratamiento a seguir: fototerapia o exanguinotranifusión.
- Vigilancia y registro de los líquidos y frecuencia de las deposiciones con sus características.

- Toma de bilirrubina cada 12 horas ya que el cambio de coloración de la piel no es confiable.
- Toma de medidas antropométricas en cada recibo de turno.
- Vigilar los signos de deshidratación: piel seca, llanto sin lágrimas, saliva filante, fontanelas deprimidas.
- Estar alerta de los resultados de los para-clínicos tomados.
- Realizar los respectivos registros de enfermería.

Ictericia Precoz

Siempre es patológica y debe investigarse su causa.

Isoinmunización RH y ABO (de grupo) (grave)

Hipoxia con o sin S.D.R

Hipoglicemia

Drogas (oxitocina)

Trauma Obstétrico: Céfalohematomas, por fórceps o espátulas

Infecciones prenatales: Sífilis, toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, menos frecuente herpes, paludismo.

Ictericia Fisiológica

Algunas isoinmunización principalmente iso ABO y algunos casos de infecciones prenatales inician dentro del rango de la ictericia fisiológica, pero la intensidad de la ictericia es mayor y tienen otras evidencias que la diferencian: esplenomegalia, anemia, antecedentes ictericos en otros niños, etc.

Ictericia Prolongada

Toda ictericia clínica importante que se prolonga más de una semana es patología y debe observarse o investigarse. Las causas más frecuentes son:

Prolongación de una ictericia precoz por isoinmunización de grupo o RH.

Prolongación de una ictericia precoz por infección prenatal.

Ictericia por leche materna

Grandes traumas (céfalohematomas)

Otros menos frecuentes:

Ictericia por cuadros congénitos de obstrucción intestinal (atresia duodenal)

Hipotiroidismo

Estenosis hipertrófica del píloro

Alteraciones Metabólicas

Conjunto de enfermedades caracterizadas por el aumento o disminución de alguno electrolitos o sustancias específicas como la glucosa en sangre.

Hipoglicemia: Disminución de los niveles de glucosa por debajo de 40 mg en RN a término, y para RN pretérmino 30 mg.

Hiperglicemia: Aumento de los niveles de glucosa en sangre por encima de los 126 mg/dl

Hipocalcemia: Disminución de los niveles de calcio en sangre por debajo de los 8 mg/dl

Hipercalcemia: Aumento de los niveles de calcio en sangre por encima de 8 mg/dl

Hipotermia: Disminución de la temperatura corporal normal del RN (36.5, 37 grados centígrados de acuerdo a la edad y peso del RN)

Factores de riesgo

Hipoglicemia: Niños de bajo peso, prematuro, hijo de madre diabética, hipoxia

Hiperglicemia: Niño en estado de sepsis, diabetes transicional,

Hipocalcemia: Bajo peso, prematuros, hipoxia, dificultad respiratoria, madre diabética

Hipotermia: Técnica inadecuada de atención

Signos y síntomas

Hiporexia

Hipotonía

Hipotermia

Cianosis

Convulsiones

Signos de dificultad respiratoria

Ictericia.

Diagnóstico:

Medición de electrolitos, glicemia, calcio, sodio, potasio, magnesio.

Tratamiento

Hipoglicemia: DSS o DAD 5-10%, glucagón IM, corticoides.

Hiperglicemia: Controlar infusión de dextrosa

Hipocalcemia: Gluconato de calcio

Hipotermia: Control de la temperatura de acuerdo a la edad y peso del niño.

Actividades de enfermería en alteraciones metabólicas

Proporcionar una vigilancia estrecha en busca de sintomatología de: temblores, apnea, cianosis, crisis convulsiva, reportar de inmediato.

Proporcionar las soluciones según indicación médica y teniendo presente las pérdidas.

Mantener la permeabilidad de la vía parenteral.

Control estricto de los líquidos administrados y eliminados.

Peso 3 veces por turno.

Vigilar signos de DHT, infección, vómitos.

Toma de para-clínicos según indicación y cuidados específicos para cada procedimiento.

Estar pendiente de los reportes de la toma de los laboratorios.

Realizar lectura minuciosa de la

Proporcionar comodidad al pediátrico.

Realizar actividades de enfermería específicas para el cuidado de la piel.

Realizar las respectivas notas de enfermería.

Cardiopatías Congénitas

Conjunto de enfermedades que tienen en común alteración estructural en el corazón y/o grandes vasos.

Cambios anatómicos fetales: La sangre oxigenada proveniente de la madre, entra por la vena umbilical y desemboca en la vena cava inferior del feto y por las arterias umbilicales sale la sangre sin oxígeno, hacia la madre. Por las presiones mayores en el lado derecho del corazón, la sangre pasa de la AD a la AI por el agujero oval y de la arteria pulmonar a la arteria aorta por el conducto arterioso, sin circular por el pulmón como en el adulto, pues el feto no tiene funcionando sus pulmones. Con la 1º respiración y el pinzamiento del cordón, las presiones caen en el lado derecho y aumentan en el izquierdo. Se inicia la circulación pulmonar y por esto se cierra el agujero oval, y el conducto arterioso.

Causas de cardiopatías Congénitas:

Enfermedades vírales: cualquier virus que afecte a una madre gestante entre la semana 4 a la 12. El más frecuente es la rubéola.

Radiaciones

Hijos de padres con malformaciones cardíacas

Síndrome de Down

Tipos

CIA: Comunicación interauricular. No se cierra el agujero oval al nacimiento.

CIV: Comunicación interventricular. No se forma completamente el tabique interventricular.

Ductus persistente: Continúa permeable el conducto arterioso

Tetralogía de Fallot: es una cardiopatía congénita caracterizada por cuatro malformaciones que dan lugar a la mezcla de sangre venosa con la sangre arterial con efectos cianotizantes (niños azules). Las cuatro malformaciones son: estenosis válvula pulmonar, hipertrofia ventricular derecha, comunicación interventricular y cabalgamiento de la aorta sobre el tabique interventricular.

Signos y síntomas

Puede ser asintomático

Cianosis peri-bucal, con llanto o succión, además aleteo nasal, tirajes intercostales, taquipnea, apnea, bradipnea. Dependiendo de la severidad de la patología.

En niños más grandes, infecciones a repetición, talla baja.
Se puede encontrar dolor precordial tipo picada u opresivo, soplos.

Tratamiento

Quirúrgico, reparación del defecto, siempre y cuando en el momento del diagnóstico, no exista hipertensión pulmonar.

Complicaciones:

Hipertensión pulmonar, I.C.C

Actividades de enfermería en pacientes con patología cardíaca congénita

Manejo pre – operatorio

Valoración clínica de la función cardíaca en cuanto a: Fatiga al alimentarlo-Edema-Disnea-Cianosis-diaforesis-taquipnea-Frecuencia de infecciones.

Evaluar los antecedentes familiares: defectos congénitos previos, duración del embarazo, ingesta de medicamentos, exposición a tóxicos, radiaciones etc.

Examen físico: coloración de la piel, evaluación del tórax: calidad del trabajo respiratorio.

Auscultación: identificar los ruidos cardíacos.

Toma de la presión arterial (sistólica, diastólica, media) para las cuatro extremidades.

Toma y registro de saturación de oxígeno en las cuatro extremidades.

Toma de gasometría arterial periférica: toma en forma simultánea en sitios diferente teniendo en cuenta criterio médico.

Preparación psicológica para él y familiares.

Acompañamiento y asistencia a la toma de medios diagnósticos.

Preparar para la realización de la intervención quirúrgica.

Registros detallados de enfermería de todos los detalles encontrados antes, durante la cirugía.

Trans- Posoperatorio

Vigilancia estricta de sitios de incisión quirúrgica y catéteres, asegurando que se está dando un manejo de asepsia en todas las líneas IV.

Administración de medicamentos en forma prescrita.

Informar sobre aumento de Tº y cambios en los resultados de laboratorios.

Cambiar catéteres IV y vendajes de la herida de acuerdo a las políticas de cada institución.

Vigilancia estricta de todos los signos vitales y saturación de oxígeno cada 15 min durante las primeras horas post-operatorio.

Retirar secreciones.

Valorar el estado respiratorio y sus ruidos.

Realizar cambios de posición cada 2 horas.

Vigilar el estado hidra-electrolítico y verificar que las soluciones prescritas sean las que se le están administrando.
Valorar el grado de conciencia y buscar signos de inquietud, irritabilidad.
Mantener permeable la vía aérea.
Valorar estados de dolor y efecto al tratamiento farmacológico.
Designar horas de descanso utilizando técnicas de distracción y relajación del paciente pediátrico.
Valorar el estado nutricional y proporcionar la nutrición adecuada al niño.
Valorar la disposición para aprender y los sistemas de apoyo que debe incluir la familia.
Enseñar y reforzar el proceso de la enfermedad respecto a:
Proporcionar información por escrito.
Signos y síntomas.
Régimen de actividad del niño.
Restricciones dietéticas.
Insistir en la necesidad de vigilancia médica de por vida y sobre el efecto en el crecimiento y desarrollo del niño.

Sepsis Neonatal

Es una infección, por lo general bacteriana, que ocurre en un bebé de menos de 90 días desde su nacimiento. La sepsis de aparición temprana se ve en la primera semana de vida, mientras que la sepsis de aparición tardía ocurre entre los días 7 y 90. La sepsis neonatal se produce en 0,5 a 8.0 de cada 1000 nacimientos vivos y es la causa más común de mortalidad neonatal en los países en desarrollo representando entre 30-50% del total de muertes neonatales cada año. El riesgo es mayor en los varones (2:1) y en los recién nacidos con anomalías congénitas.

La sepsis neonatal puede ser categorizada en temprana o de inicio tardío. Ochenta y cinco por ciento de los recién nacidos con infección de aparición temprana se presenta en un plazo de 24 horas, 5% lo presenta entre 24-48 horas, y un pequeño porcentaje de pacientes lo presentarán entre las primeras 48 horas y 6 días de vida. La instalación de una sepsis neonatal es más rápida en los recién nacidos prematuros.

La sepsis de aparición temprana se asocia con la adquisición de microorganismos de la madre, la infección transplacentaria o una infección ascendente desde el cuello uterino pueden ser causada por microorganismos que colonizan en el tracto genitourinario de la madre, por el paso a través del canal del parto. Los microorganismos más frecuentemente asociados con la infección de aparición temprana incluyen *Estreptococos* del grupo B, *Estreptococos* *cola*, *cola* influenza, y la *Listeria monocytogenes*.⁴

La sepsis de aparición tardía se produce entre los 7-90 días de vida y se adquiere desde el medio ambiente donde el bebé recibe sus cuidados neonatales. Los organismos que han estado implicados en la sepsis de aparición tardía incluyen los *estafilococos* coagulasa negativos, influenza, *Enco*, *Enco*, *Pseudomonas*, *Enterobacteria*, *Cándida*, *Estreptococos* grupo B, *Serratia*, *Serratia*, y anaerobios. La infección puede originarse de la piel del bebé, las vías respiratorias, conjuntiva,

tracto gastrointestinal y el muñón umbilical. Los vectores de dicha colonización pueden incluir catéteres urinarios o vasculares y otras vías o por contacto con los cuidadores del recién nacido.

Signos y síntomas

Palidez, cianosis, ictericia, letargia, hiporexia

Signos neurológicos: Hiporreflexia, hiperreflexia, convulsiones, irritabilidad

Respiratorios: Respiración irregular, taquipnea, apnea, disnea

Cardiovasculares: Taquicardia, bradicardia, hipotensión, piel fría y con hipoperfusión

Abdomen: diarrea, estreñimiento, distensión abdominal

Diagnóstico:

La práctica actual en los recién nacidos de menos de 30 días es realizar un completo tramitase, incluyendo hemograma con diferencial, el hemocultivo, análisis de orina, urocultivo y estudios del líquido cefalorraquídeo (LCR) incluyendo cultivo, y hospitalizar al recién nacido con tratamiento empírico para una infección bacteriana grave, al menos por 48 horas hasta que se demuestra que los cultivos sean negativos para crecimiento bacteriano.

Tratamiento

Antibiótico de acuerdo al Hemocultivo y los resultados del antibiograma

Líquidos endovenosos (LEV)

Alimentación parenteral

Regular electrolitos, calcio y glicemia

Oxigenoterapia

Incubadora

Actividades de enfermería

Control de líquidos estrictos.

Uso de normas de bioseguridad.

Administración de medicamentos según orden médica.

Toma de laboratorios.

Manejo de curva térmica.

4.13 Manejo de Incubadora

Son aparatos que sirven como acceso al RN hasta su estabilización, debido a sus características térmicas específicas, su patología, proveen al RN de la Ti adecuado y la humedad del ambiente que el necesita.

El objetivo de su uso es: mantener al paciente pediátrico en condiciones adecuadas de aislamiento:

- Temperatura.
- Humedad.
- Oxigenación.
- Facilitar la observación.

Sistemas de manejo

- Cubierta transparente: tiene dos ventanillas a cada lado, las cuales están provistas de mangas de material plástico con bandas elásticas que facilitan su apertura y cierre. Por una de ellas siempre se debe retirar el material limpio y por el otro el material sucio. Las incubadoras se deben ubicar de manera que las ventanillas de ambos accesos sean de fácil acceso, las ventanillas deben permanecer cerradas. La plataforma metálica que sostiene la colchoneta puede accionarse para colocar al paciente en posición de Fuller.
- Sistemas de humedad: consta de un depósito de agua y un regulador de humedad, el agua debe ser estéril. Diariamente debe reponerse el agua consumida. El descenso del nivel adecuado, generalmente señalado en forma visible, trae como consecuencia no solamente el descenso de la saturación de humedad, sino la temperatura del paciente pediátrico.
- Circulación del aire: Existe el sistema de purificación de filtros de aire para la purificación del aire que penetra. El aire se humidifica pasando por encima del depósito de agua y fluye al interior de la cámara plástica a ligera presión. El filtro debe cambiarse periódicamente y registrar la fecha. Las incubadoras están provistas de un dispositivo para conectar la fuente de oxígeno. Las modernas permiten altas concentraciones de oxígeno y disponen de dispositivos que indican tales concentraciones.

Temperatura:

Regida por un regulador y por señales de alarma.

Lubricación:

Periódica de acuerdo a las instrucciones del fabricante.

Limpieza de la Incubadora:

- Técnica de limpieza diaria de las incubadoras en uso: La limpieza exterior de la incubadora mientras está ocupada por el recién nacido debe realizarse con productos que no se absorban en el interior y puedan provocar daño al niño. El momento indicado para efectuar la limpieza de las incubadoras en la UCI es una práctica que depende fundamentalmente del sentido común antes que de la evidencia teórica. Si la incubadora se observa sucia por dentro, se debe cambiar, siempre que no provoque daño al recién nacido.

- Equipo: Apósitos descartables no estériles. Dispensador con solución enzimática, diluida por personal adiestrado de acuerdo con las instrucciones del fabricante. Reemplazo diario de la solución enzimática.

Procedimiento:

- Coloque un dispensador por área de incubadoras.
- Se debe tener en cada unidad de paciente – incubadora – dos apósitos no estériles por turno.
- Embeba el apósito con la solución enzimática y repase la incubadora por fuera, dos veces en el turno y cada vez que se observe visiblemente sucia.
- Si es necesario limpiar la incubadora por dentro, se realizará de la misma forma.
- No es necesario enjuagar posteriormente. (Siempre que se haya usado una solución enzimática).

Limpieza y desinfección de las cunas en internación conjunta e incubadoras sin el recién nacido:

- La cuna en internación conjunta y las incubadoras, incluyendo el halo, deben limpiarse entre la llegada de cada recién nacido. No es necesario tener un sector especial para la limpieza de las cunas. Sin embargo, las incubadoras requieren ser desarmadas totalmente.
- Tiempo para la limpieza y la desinfección de la cuna e incubador: Una vez que la paciente se fue de alta el personal de enfermería retiró la ropa de cama, se procederá a la limpieza y desinfección de la cuna y/o incubadora.
- Lugar para la limpieza y la desinfección de la cuna e incubadora: la limpieza de la cuna se realizará en la habitación o sala, al costado de la cama, o en el sector exclusivo para ello.

Equipo:

- Solución enzimática y bomba dispensadora, solución de clorado de acuerdo con la dilución establecida en este manual. Vaporizador con solución de cloro.
- Solución de amonio cuaternario a partir de la segunda generación, si no se utiliza enzimático y cloro.
- Guantes de uso doméstico.
- Apósitos, algodón o rejillas exclusivas.
- Procedimiento para la limpieza de la cuna:
- Si se realiza esta tarea en la unidad cama, cuna de internación conjunta, siempre debe limpiar primero la cuna, luego la cama y después el resto de la habitación.
- Retire el colchón de la cuna, No la apoye en el piso.
- Sumerja la rejilla en el balde que contiene la solución detergente.
- Limpie primero la parte interna de la cuna, luego los bordes, los laterales externos, las patas y, por último, las ruedas.
- Enjuague con agua limpia, repitiendo el mismo orden: en primer lugar, la parte interna de la cuna, luego los bordes, los laterales externos, las patas y, finalmente, las ruedas.

- Desinfecte la cuna, sólo la parte interna, los bordes, los laterales externos, con una rejilla limpia embebida en la solución clorada del vaporizador.
- No enjuague posteriormente.
- Si utiliza el amonio cuaternario, realice los mismos pasos, pero no repase con clorados.
- Mientras se seca la cuna, lave el colchón.
- Limpie con agua y detergente y con la rejilla de lavado.
- Enjuague con agua limpia.
- Desinfecte con la rejilla limpia y la solución clorada del dispensador.
- Si utiliza amonio cuaternario, no use el clorado.
- Mientras el colchón se seca, colóquelo en sentido vertical a la cuna (parado).
- Sólo una vez que el colchón esté seco, colóquelo en la posición correcta en la cuna.
- Procedimiento para la limpieza de la incubadora:
- Lea las instrucciones del fabricante y asegúrese de que los elementos para la limpieza son los recomendados.
- Verifique las partes desarmables de la incubadora.
- Desarme totalmente la incubadora.
- Coloque los elementos desarmables tales como gomas, piso desmontable si lo tuviera, etc., en un recipiente limpio, sin otros elementos para limpieza como equipo respiratorio, mamaderas, etc.
- Retire el colchón. No lo apoye en el piso.
- Sumerja la rejilla en el balde que contiene la solución con detergente.
- Limpie primero la parte interna, luego los bordes, los laterales externos, las patas y por último las ruedas.
- Enjuague con agua limpia, repitiendo el mismo orden: primeramente, la parte interna, luego los bordes, los laterales externos, las patas y finalmente las ruedas.
- Desinfecte la parte interna y externa, los bordes y los laterales externos, con una rejilla limpia embebida en la solución clorada del vaporizador.
- No enjuague posteriormente.
- Si utiliza amonio cuaternario, realice los mismos pasos, pero no repase con clorados.
- Mientras se seca la incubadora, lave el colchón.
- Limpie con agua y detergente y con la rejilla de lavado.
- Enjuague con agua limpia.
- Desinfecte con la rejilla limpia y la solución clorada del dispensador.
- Si utiliza amonio cuaternario, no use el clorado.
- Limpie los elementos desmontables de la misma forma.
- Enjuague con agua limpia.
- Desinfecte con la rejilla limpia y la solución clorada del dispensador.
- Seque con una compresa limpia y seca todos los elementos.
- Si utiliza amonio cuaternario, no use el clorado.
- Enchufe la incubadora por lo menos seis (6) horas para que se termine de secar.
- Coloque la sábana sólo cuando la incubadora esté totalmente seca.
- Precauciones

- Familiarizarse con el equipo a manipular con previa revisión de protocolo para el adecuado manejo de enfermería.
 - Debe conectarse media hora antes de su utilización.
 - Lavado estricto de manos antes y después de la manipulación.
 - Comprobar el adecuado funcionamiento de la incubadora antes de introducir al RN.
 - Realizar diariamente una limpieza de mantenimiento.
 - Realizar la limpieza terminal en cada egreso.
 - Mantener al a una Ti de 36 a 37 pc, para esto la incubadora debe estar a 30 – 32 pc y ajustar el O2.
 - Reportar daños del equipo para el respectivo mantenimiento.
 - Evitar contaminación auditiva para el RN.
 - Solo personal autorizado debe manipular la incubadora y RN.
 - No introducir elementos ajenos a esta.
- Problemas notificados
 - Muerte y traumatismos por falla del termostato.
 - Sobrecalentamiento: DHT, quemaduras, incendios, choque eléctrico.
 - Control inadecuado de oxígeno: RN fibroplasia retro lenticular, formación de tejido fibroso detrás del cristalino produciendo ceguera.
 - Contaminación auditiva por niveles excesivos de ruido.

4.14 Fototerapia

Tratamiento de la hiperbilirrubinemia e ictericia en el RN, consiste en exponer la piel desnuda del niño a una luz fluorescente. La luz descompone la bilirrubina por foto oxidación acelerando su excreción.

Objetivos

- Prevenir la hiperbilirrubinemia los primeros días de vida.
- Prevenir reacciones por la exanguinotransfusión (rebote).

Generalidades

- Equipo de fototerapia: que está constituido por un bastidor de lámina o de madera que contiene las lámparas de luz.
- Tipos de luz: Blanca-Azul-Verde.
- La distancia de las lámparas del paciente pediátrico no debe ser mayor o menor a: 45 – 55 cm
- Se debe contar con protección ocular mediante el protector específico para tal fin.

Procedimiento

- Proteger los ojos.

- Aplicar la luz en forma continua, con vigilancia de la Ti, equilibrio de líquidos e intensidad de la ictericia.
- Cuando hay incompatibilidad sanguínea moderada: bilirrubina indirecta que este debajo 10 mg/%.
- Luz blanca la más utilizada.
- Luz azul: en los últimos 10 a 15 años se está difundiendo, pero se han reportado trastornos en la personal que manipula neonatos con esta luz: visión, equilibrio, trastornos de la personalidad.
- Luz verde: en los últimos años se utiliza más en Italia produce mayor eliminación de la bilirrubina por la orina.

Efectos de la Fototerapia

Algunos de estos se han apreciado solo en animales de experimentación; varios de los observados en los humanos están en discusión a saber.

- Menor respuesta inmunitaria.
- Ruptura cromosómica.
- Aumento de agua en las evacuaciones.
- Los que se aceptan por pérdidas insensibles:
- DHT, hiperemia, niño bronceado.
- Daño de retina, eritrodermia (enrojecimiento anómalo de la piel).

Precauciones

- Seguimiento estrecho de la ictericia.
- Obtener los estudios de laboratorio cada 6- 12 o 24 horas según criterio médico.
- Toma y registro de las constantes vitales cada 3 horas.
- Ubicar al neonato desnudo bajo la unidad de fototerapia verificando los cm adecuados, voltear al niño frecuentemente para maximizar los efectos de la fototerapia.
- Verificar la adecuada colocación del (BILI_ MASK).
- Comunicar al médico: Ti menor a 36.5, aumento de la ictericia, letargo.
- Verificar la limpieza de los genitales.
- Realizar curva Ti.
- Vigilancia constante: observación de la tonicidad, llanto, apetito, vómito.
- Realizar las respectivas notas de enfermería.

4.15 Cateterismo Umbilical

Técnica quirúrgica que se lleva a cabo en la región umbilical del RN.

Indicaciones

- Acceso venoso o arterial.
- Infusión de líquidos.
- Determinaciones de gasometrías.

- Exanguinotransfusión.
- Medir la presión arterial o venosa.

Preparación del paciente

- Informar a los padres del procedimiento a realizar obteniendo el consentimiento.
- Si es para exanguinotransfusión alistar el equipo para tal procedimiento.
- Pedir equipo para cateterizarían umbilical.

Equipo

- Equipo de ven disección.
- Catéteres K- 731 y K – 732 (para vena y arteria respectivamente).
- Llave de tres vías.
- Sutura de seda traumática de 00.
- Equipo de asepsia y soluciones antisépticas.
- Solución salina normal, heparina.
- Sangre a transfundir.
- Monitores de control de S.V.
- Equipo de RX.

Procedimiento

- Se asegura quirúrgicamente la región umbilical.
- Se secciona el muñón umbilical a 1 cm de distancia o menos de la pared abdominal.
- Se identifican los vasos sanguíneos.
- Se introducen los catéteres una vez que se ha eliminado el coagulo con movimientos giratorios.
- Se deja permeabilizados los vasos con SSN heparinizada (0.1 mil en 50 de SSN).
- Se realiza la sutura de forma circular para fijar el catéter y se cubre el extremo con apósito adhesivo estéril.

Complicaciones

- Infección por no aplicación de técnica aséptica en el procedimiento quirúrgico y manipulación del catéter.
- Embolia gaseosa.
- Estenosis de vasos sanguíneos de los miembros inferiores.
- Obstrucción del catéter.

Actividades de enfermería

- Tener presente que el material del procedimiento debe ser totalmente estéril.
- Extremar las medidas de asepsia y antisepsia durante el procedimiento.
- Lavado de manos estricto antes y después de la manipulación del catéter.
- Uso de guantes estériles en cada manipulación del catéter.

- Proteger la conexión y llave de tres vías con apósitos estériles.
- Vigilar signos de infección (rubor, calor, inflamación, flebitis). En caso de esta sintomatología informar de inmediato para su retiro.
- Evitar el reflujo de sangre por el catéter.
- Vigilar el calor y los pulsos de los MMI, palidez.
- Evitar la entrada de aire en la toma de gasometrías.
- Mantener la permeabilidad del catéter.

4.16 Exanguinotransfusión

La exanguinotransfusión es el recambio de un volumen sanguíneo determinado, por plaquetas globulares o sangre total en pequeñas fracciones, bajo estricta técnica estéril y monitoreo de los signos vitales. Es una técnica que se utiliza principalmente para mantener la bilirrubina sérica por debajo de los niveles de neurotoxicidad

Una exanguinotransfusión puede ser necesaria para tratar las siguientes afecciones:

- Policitemia neonatal
- Enfermedad hemolítica del recién nacido inducida por Rh
- Alteraciones severas de la química corporal
- Ictericia severa del recién nacido que no responde a la fototerapia con luces azules o virilices
- Crisis drepanocítica severa
- Casos de malaria con parasitaria superior al 10%
- Efectos tóxicos de ciertos medicamentos

Preparación del paciente

- La sangre del donador debe ser de extracción reciente (menos de 72 horas).
- Es un procedimiento de urgencia y los trámites administrativos deben realizarse a la mayor brevedad posible.
- Es necesario confirmar que el equipo está completo y que la sangre que se va a administrar sea la adecuada en cuanto a: Grupo RH. Fecha de extracción. Cantidad suficiente.
- En tanto no se inicie la exanguinotransfusión se aplicará fototerapia, la cual se continuará después del procedimiento.
- El niño debe someterse a un ayuno de por lo menos tres horas.
- Practicar la venopunción para mantener la hidratación con la infusión y el goteo ordenado por el médico.
- Inmovilizar al niño y realizar la respectiva limpieza de la piel.

Equipo

- Bata, guantes, mascarilla y gorro estéril, sistemas de sujeción para el niño, cinta métrica, gráfica y foco de luz. Equipo de monitorización cardiaca, respiratoria y

de presión arterial. Suero fisiológico de 500 cc con 5 cc de heparina 1%. Copas milimetradas.

- Mesa de preparación quirúrgica con equipo de cateterización umbilical para vena y arteria; jeringuillas y suero fisiológico; gasas y compresas secas y con antiséptico; paños estériles y caja de curas.
- Bomba de exanguinotransfusión: consta de una bomba rotora en la que se entrecruzan dos sistemas de vías especiales. El giro de la bomba permite el movimiento en sentido contrario del contenido de las luces. El rotor tiene varias velocidades que podemos ajustar.
- Microgotero, llaves de 3 vías y alargaderas.
- Calentador a 37 °C y serpentín.
- Sangre total cruzada con la sangre del paciente y tubos para extracción de analíticas y muestras

Procedimiento

- Inmovilización de las extremidades superiores e inferiores.
- Aseo quirúrgico del cirujano y primer ayudante.
- Hacer el lavado quirúrgico del área umbilical.
- Se coloca campos estériles sobre la zona.
- Efectuar cateterismo de la arteria y vena umbilical introduciendo los catéteres no más de 5 cm.
- La conexión de los catéteres se realiza a la llave de tres vías y una jeringa, para ir extrayendo la sangre de la arteria umbilical, conforme el goteo se que se introduce en la vena umbilical.
- Se extrae 20 ml de sangre del niño. Posteriormente el goteo se regula a 120 gotas x min de entrada por la vena y 120 gotas de salida por la arteria.
- Por cada 100 ml de sangre recambiada se administra 1 ml de Gluconato de Ca al 10%.
- Al terminar el procedimiento se realiza una sutura circular corrediza con seda a traumática (00), y posterior extraer los catéteres al mismo tiempo que se aprieta para cerrar el ombligo. La punta de los catéteres debe ser enviada para cultivo.

Complicaciones

- Las complicaciones pueden ser: Vasculares. Metabólicas.
- Alteraciones en la coagulación.
- Infección.
- Embolia gaseosa o por coagulo.
- Sobrecarga o paro cardiaco.
- Trombocitopenia.
- Bacteriemia, hepatitis, SIDA, destrucción de los eritrocitos por manipulación, hipotermia, perforación.

Actividades de enfermería

- Asistir durante todo el procedimiento, cumpliendo con la técnica estéril estricta.
- Vigilancia constante de los signos vitales, haciendo énfasis en Tº, FC, FR y condiciones generales.
- Terminado el procedimiento el niño debe desplazarse a UCI. Se vigilan SV cada 15 min durante la primera hora y cada 30 min durante las siguientes 3 horas. Si el niño no presenta ninguna alteración se debe reanudar la alimentación por vía oral a las 4 horas.
- Realizar el control de bilirrubina.
- Vigilancia estrecha de signos de complicaciones: trombosis, sobrecarga, hipertermia y desarrollo de una bacteremia.

4.17 Oxigenoterapia

Es el transporte y entrega de oxígeno a los tejidos por medio de cuatro fases sucesivas:

- Ventilación alveolar (atmósfera – alveolo).
- Intercambio de gases (alveolo capilar).
- Transporte de oxígeno por la sangre.
- Difusión desde los capilares a las células.

Esta entrega de oxígeno desde la atmósfera se hace a través de las vías respiratorias: nariz, faringe, laringe, árbol traqueo bronquial, por diferentes métodos de administración.

Indicación

- En situaciones clínicas caracterizadas por hipoxemia, con el fin de conservar o proporcionar la oxigenación hasta que la causa que origina la dificultad haya sido solucionada.

Sistemas de Bajo Flujo

- Cánula nasal: Sistema compuesto de un tubo de plástico suave y flexible, con dos salidas que se introduce en las fosas nasales. Es quizá el método más común que libera el oxígeno y puede proporcionar del 24 – 44 % con un caudal de 1 a 3 Litros x min.
- Mascarilla simple: Dispositivo de plástico que se ubica sobre la nariz y boca del paciente pediátrico. Posee unos orificios laterales que permiten la entrada libre de aire ambiental y la exhalación de dióxido de carbono, posee un orificio en el centro por donde penetra el oxígeno ordenado. Proporciona del 40 – 60 % de oxígeno de 5 a 8 litros x min.

Sistemas de Alto Flujo

- Cámara cefálica o Hood: Dispositivo de plástico que se utiliza para impedir la disminución en la concentración de oxígeno que ocurre al abrir las ventanillas de la incubadora. Proporciona un % de oxígeno de 100%.

- Ventury, Mascara que posee un dispositivo llamado Ventury, que combina el aire ambiente con el oxígeno, controlado su concentración. Proporciona diferentes porcentajes de oxígeno dependiendo el tamaño del orificio del chorro y el tamaño de las entradas de aire, así:
 - 24% - 3litros 26% - 3 litros. 28% - 6 litros.
 - 30% - 5- 6litros.
 - 35% - 9- litros.
 - 40% -12 litros.
 - 50%- 15 litros.
- Ventilador: Maquina que se encarga de suplir las necesidades respiratorias del paciente pediátrico, técnica de apoyo artificial de la respiración. Existen tres tipos diferentes de ventilación: Controlada, Asistida., Espontánea.
 - Controlada: El paciente es ventilado de acuerdo a las variables de control preestablecidas por el operario. En ausencia de un esfuerzo inspiratorio del paciente el ventilador proporciona la respiración controlada.
 - Asistida: Se inicia cuando el esfuerzo inspiratorio del paciente es igual al nivel de sensibilidad determinado por el operador del ventilador.
 - Espontánea: Se basa en la demanda del flujo y el volumen. Están determinados por el esfuerzo inspiratorio del paciente pediátrico.

Actividades de enfermería

- Seguir los principios generales de todo procedimiento.
- Realizar la limpieza de las fosas nasales antes de instalar el oxígeno.
- Revisar la permeabilidad de las vías respiratorias.
- Vigilar que el flujo de oxígeno sea el indicado y se esté administre por el sistema correcto.
- Control y registro de los Signos Vitales.
- Toma y registro de saturación de oxígeno.
- Tener presente hay que aplicar las actividades según el sistema que tenga el paciente.
- Tener la precaución a la hora de realizar la higiene los recipientes utilizados para humedecer el oxígeno, porque pueden convertirse en un medio de cultivo para gérmenes.
- Reportar de inmediato cualquier anomalía observada en el neonato.

En los métodos complejos de oxigenoterapia como los ventiladores mecánicos utilizados en la unidad de terapia intensiva requieren, para su manejo y para la atención del niño, cursos especializados al personal de enfermería.

5. PROCESO DE APRENDIZAJE OFRECER ORIENTACION A LOS CUIDADOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA, CUIDADOS Y MANEJO EN CASA DEL RECIEN NACIDO DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO CON LA NORMA TECNICA, PROTOCOLOS Y GUÍAS DE MANEJO

5.1 Instituciones Amigas de la Mujer y La Infancia (IAMI):

Uno de los problemas de salud pública más comprometedores para nuestra niñez es la introducción temprana de alimentos y la lactancia artificial que conllevan a estados carenciales, enfermedades digestivas y la tendencia a padecer alergias infantiles. La lactancia materna, es la medida nutricional más efectiva por sí sola que se haya identificado contra la morbilidad infantil ante enfermedades como la desnutrición proteico calórica, infecciones respiratorias y la enfermedad diarreica del lactante. Lo que la constituye en un elemento valioso tanto para la familia como para la sociedad.

La historia de la IAMI se inicia en Colombia en el año de 1991 con el Plan Nacional de Lactancia Materna, formulado en respuesta a los compromisos adquiridos por el país en la Cumbre Mundial de la Infancia. Constituye la estrategia eje del plan con el propósito de recuperar los beneficios de la práctica de la lactancia materna y disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad infantil, derivadas del consumo inadecuado de fórmulas infantiles y del inicio precoz de alimentos complementarios.

Objetivo

- Promover la lactancia materna como herramienta fundamental en la protección de la mujer y la infancia.

Importancia

La Leche Materna es la mejor alimentación para el RN y el niño en su primer año de vida. Debe ser exclusiva durante los primeros seis meses de vida y constituye parte importante de la alimentación durante todo el primer año.

La OMS recomienda amamantar hasta los dos años o más años de vida, especialmente en países en vía de desarrollo. El amamantamiento reduce la morbilidad infantil, disminuye las enfermedades infecciosas, especialmente las diarreas e infecciones respiratorias, aporta una óptima nutrición al niño favoreciendo su adecuado desarrollo, beneficia la salud materna, contribuye con la relación psicoafectiva entre la madre y el niño, colabora con el espaciamiento de los embarazos y constituye un ahorro valioso de recursos económicos, tanto para las familias como para la sociedad.

La lactancia materna es un proceso natural en el que la glándula mamaria de la mujer produce leche materna el cual, es el único alimento capaz de adaptarse perfectamente a la fisiología del recién nacido.

El acto de amamantar se constituye en una experiencia placentera tanto para la madre como para el niño.

La leche materna constituye, por sí sola, el mejor alimento y la mejor bebida que puede darse en forma exclusiva a un niño o niña hasta los seis meses de vida y con otros alimentos hasta los dos años.

Anatomía y fisiología de la glándula mamaria

En la mujer la glándula mamaria se encuentra en la estructura anatómica denominada mama, compuesta de alvéolos formados por ácidos y esto a su vez por

las células acinares. Cada célula alveolar se comporta como una unidad de secreción, produciendo leche completa, sintetizando y transportando desde el plasma sanguíneo las proteínas, grasas, carbohidratos, sales minerales, anticuerpos y agua que son los principales constituyentes de la leche.

Fisiología de la lactancia

Secreción de la leche

Proceso mediante el cual las células epiteliales de los alvéolos de la glándula mamaria sintetizan los constituyentes de la leche y los entregan a los conductos lactíferos. En la mujer la secreción láctea abundante se inicia tres a cuatro días después del parto.

Para que la producción de la leche sea posible es necesario el desarrollo de la glándula mamaria a través de cuatro etapas:

Mamo génesis o desarrollo embrionario.

Lactogénesis: Es el inicio de la producción de leche, la hormona prolactina producida en la hipófisis es necesaria para el establecimiento de la lactancia.

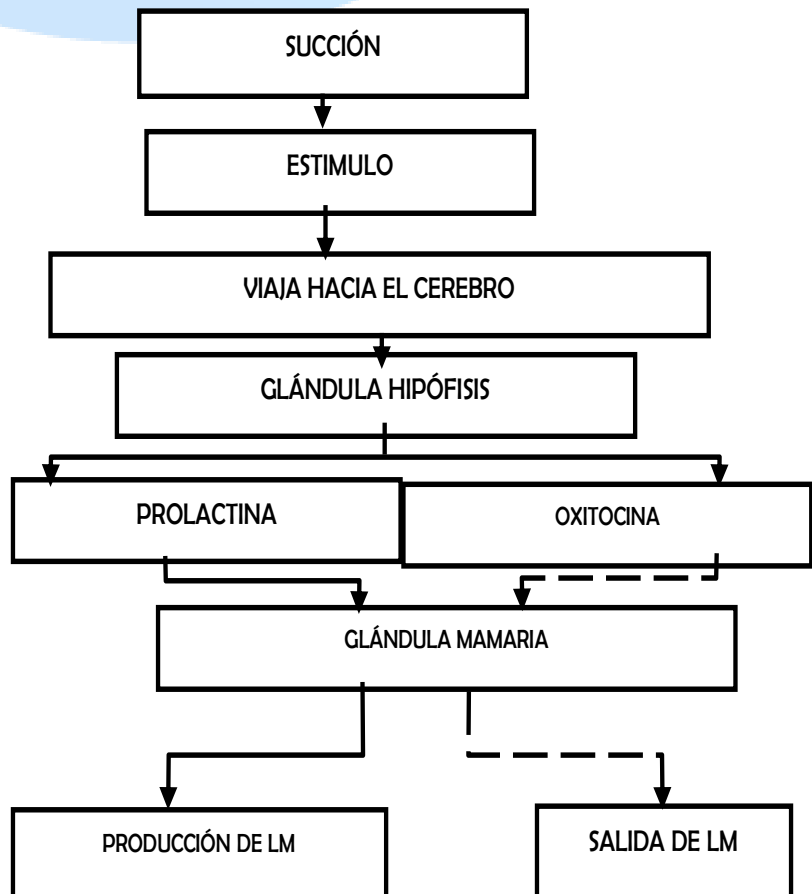
Galactopoyesis: mantenimiento de la secreción una vez establecida. La prolactina es la hormona Mamo génesis más importante en la mujer. El cortisol, la insulina y la hormona del crecimiento son también necesarios para el mantenimiento de la secreción láctea.

Eyección: salida de la leche materna.

Evacuación de la leche

La secreción láctea fluye desde los alvéolos al sistema de conductos mayores por la compresión de los alvéolos que produce la contracción de fibras mioepiteliales gracias a la oxitocina hormona liberada por la hipófisis. El estrés puede inhibir el reflejo lácteo en la mujer. La descarga de oxitocina como consecuencia de la succión del pezón también produce contracción de la fibra muscular uterina y es un proceso fisiológico que colabora con la involución uterina en el puerperio.

Amamantamiento



El reflejo eyecto-lácteo desencadenado por la succión determina que la leche fluya de los alvéolos mamarios hasta los conductos mayores y senos lactíferos desde dónde puede ser removida por el lactante. El amamantamiento requiere de la completa introducción del pezón y de la areola en la boca del niño, de tal forma, que la punta del pezón alcance el paladar blando.

Amenorrea

A mayor duración de la lactancia exclusiva mayor duración del período de amenorrea, aunque esta asociación decrece en períodos más largos de lactancia.

Tipos de leche

La leche materna ofrece al niño el alimento ideal durante los primeros meses de vida. Los elementos que la constituyen y la proporción en que éstos se encuentran, aportan al lactante los elementos nutricionales e inmunológicos para un crecimiento óptimo.

Calostro: Líquido viscoso y amarillento y espeso que se segrega a partir del cuarto o quinto mes de embarazo. Contiene anticuerpos que protegen al niño de las infecciones y es laxante natural que favorece las deposiciones del RN o meconio. Tiene una duración de dos a tres días después del parto, hasta la aparición de la leche de transición

El volumen de calostro durante los tres primeros días post parto es de 2 a 20ml por mamada siendo suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del RN.

Leche de transición: Es la que se produce entre el cuarto y decimoquinto día post parto el volumen es de aproximadamente 600 a 700ml al día. La composición de la leche va cambiando con el transcurso de los días de las características del calostro a las características de la leche madura.

Leche madura: En ella se encuentran sustancias alimenticias que necesita el niño perfectamente adaptadas a las características de su aparato digestivo. La leche materna en comparación con la leche de otros mamíferos es rica en lactosa y pobre en proteínas y minerales. Las proteínas de la leche humana son altas en proteínas del suero como la alfa lactoalbúmina, lactoferrina e inmunoglobulina A estas dos últimas protege al niño contra las infecciones gastrointestinales. La leche humana contiene una proporción mayor de grasas comparadas con las proteínas, y con relación a la leche de vaca contiene mayor proporción de ácidos insaturados con relación a los saturados lo que va a favorecer la digestión, las vitaminas se encuentran en una menor proporción, pero en las cantidades adecuadas para el niño. Los minerales también se encuentran en una menor proporción como el hierro, pero el encontrado en la leche humana tiene una alta digestibilidad y junto con las reservas del lactante puede evitar una deficiencia de este mineral durante el cuarto hasta el sexto mes.

Leche Pretérmino: Las madres que tienen un parto Pretérmino producen durante uno o más meses leche con una composición mayor de proteínas, grasas y calorías y menor de lactosa que la leche madura, por lo tanto, es apropiada para el niño

inmaduro que tiene requerimientos elevados de proteínas y menor capacidad de lactosa. La lactoferrina y la Ir A son más abundantes en ella. La leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio y fósforo por lo que estos niños deben ser suplementados con estos elementos.

Ventajas de la lactancia materna

En el niño:

- Protege contra las alergias.
- Contiene todos los nutrientes.
- Ganancia de peso adecuada para el niño.
- Vínculo de seguridad y amor entre madre e hijo.
- Disminuye la incidencia de caries dental
- Los niños alimentados con leche materna, presentan coeficientes inteligentes más altos.
- Previene la malnutrición.
- Disminuye la incidencia de diarrea y de enfermedades respiratorias.
- La lactancia materna previene la anemia en el niño, por ser el hierro de alta biodisponibilidad y por tener otros factores como cobre y folatos.
- Interviene en la maduración del tubo digestivo a través de elementos como inmunoglobulinas A, el tipo de proteínas, los lactobacillus bífidus y el factor de crecimiento epidérmico.
- Favorece la maduración del sistema nervioso central.
- Disponibilidad inmediata y temperatura ideal.

En la madre:

- La lactancia total retarda los periodos menstruales y de ovulación lo que disminuye las posibilidades de un nuevo embarazo, sin embargo, no es un método seguro de planificación.
- La lactancia minutos después del parto ayuda a impedir hemorragia ya que produce contracción del útero. A su vez contribuye a que el útero recupere su tamaño normal.
- Amamantar al niño reduce la probabilidad de cáncer de seno, ovárico y uterino.
- La lactancia materna ahorra tiempo, esfuerzo y dinero en comparación con la lactancia artificial.
- Fomenta el vínculo de unión entre madre e hijo.
- En la familia.

- Es más económica.
- Esta siempre lista.
- Esta siempre a la temperatura ideal.
- Favorece la alimentación nocturna
- Favorece el vínculo padre-madre-hijo.

Técnicas de amamantamiento

La técnica correcta es la base para una lactancia exitosa. Para amamantar la madre debe colocarse cómoda ya sea sentada con su espalda apoyada en un respaldo o decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre homólogo de la mama que está amamantando.

La cabeza del niño debe apoyarse en la parte interna del codo y quedar orientada al eje de su cuerpo. Debe tomar al niño por la región glútea de tal manera que la madre con sólo desplazar el brazo pueda acercar o alejar al niño de la mama. Con la otra mano, la madre debe tomar su mama con el dedo pulgar colocado en la parte superior y los otros cuatro dedos en la parte inferior formando una C por detrás de la areola y en esta forma llevar el pezón a estimular el labio inferior del niño, de tal forma, que el niño abra la boca. En este momento la madre debe atraer el niño hacia la mama, no la mama al niño, los dedos de su mano no deben sobrepasar, para introducir el pezón y la areola en su boca. Cuando la madre ofrece la mama al niño, los dedos de su mano no deben sobrepasar la región de la areola, ni tampoco deben ser colocados en forma de tijera. El pezón y la areola deben quedar completamente introducidos en la boca del niño, de tal manera que la nariz y el mentón de éste quede en íntimo contacto con la piel de la mama. El niño puede respirar normalmente debido a la conformación anatómica de la nariz.

En ciertas situaciones, como amamantamiento de gemelos, mamas muy grandes, grietas del pezón, niños hipertónicos, niños hipotónicos, es útil colocar al niño sentado frente a la madre. Para esto, la madre sostiene la cabeza del niño entre el dedo pulgar y el dedo medio de la mano del mismo lado del que ofrecerá la mama, su antebrazo sostiene la espalda del RN quien se encuentra sentado frente a ella con sus piernas entre el brazo y el tronco de la madre, la mano contraria ofrece la mama. Esta posición resulta más cómoda sentando al niño sobre un cojín. Una modificación de esta posición es la del "caballito" en la que el niño se sienta montado sobre la pierna de la madre con su cuerpo enfrentándola. En caso de reflejo de eyección excesivo de leche es la madre acostada de espalda con el niño recostado en posición ventral sobre ella.

Si bien el ideal es permitir al niño determinar la duración de la mamada, en ocasiones puede ser necesario interrumpirla. Para retirar al niño de la mama, no se le debe traccionar, porque puede producir dolor y lesionar el pezón. Para hacerlo la madre debe introducir su dedo índice o meñique por la comisura labial de la boca del niño hasta las encías, presionando subvente la encía inferior de tal manera que el dedo reemplace por un momento el pezón al ser retirado.

Amamantar empleando la técnica correcta no produce dolor. Es conveniente que el niño vacíe totalmente la mama antes de ofrecerle la otra, de forma que reciba la leche de final de mamada que tiene mayor contenido de grasa. Se recomienda amamantar por libre demanda hasta que llegue a establecer su propio ritmo.

Para el cuidado de las mamas, lo más importante es utilizar la técnica correcta de amamantamiento. No es necesario limpiar los pezones antes o después de la mamada, ni aplicar cremas ni lociones. Basta con lavar las mamas con agua sin usar

jabón una vez al día. Después de la mamada es conveniente cubrir el pezón y la areola con algunas gotas de leche materna que se dejan secar al aire.

Técnica de extracción manual de leche.

Escoger un lugar tranquilo y estar relajada.

Lavado de manos.

Masaje circular de la mama, seguido de otro desde arriba hacia la areola estimulada suavemente la areola y los pezones para desencadenar el reflejo de eyección antes de comenzar de extraer la leche.

Extraer la leche hacia un envase limpio de plástico o de vidrio.

Colocar el pulgar por arriba y el índice por debajo en el borde externo de la areola, mantenerlos fijos y no deslizarlos sobre la piel.

Compresión rítmica hacia las costillas con los dedos abiertos juntándolos luego hacia el pezón, con la frecuencia del niño al mamar. Al principio aparecerán gotas y luego saldrán chorros de leche.

Evite sostener el pecho con la palma

Rotación de la posición de los dedos alrededor de la areola para vaciar todas las áreas.

Alternar la mama cuando disminuya el flujo de leche y repetir el masaje y el ciclo varias veces.

Conservación de la leche.

La leche materna no contiene preservativos, por lo tanto, debe tomarse cuidado para su manipulación.

Conserve la leche en un recipiente plástico con tapa rosca.

Use un recipiente distinto y limpio cada vez que se extraiga la leche.

Inmediatamente después de extraer la leche, cierre y marque con una etiqueta el recipiente.

Tabla de tiempos de conservación de la leche materna

Temperatura Ambiente	4 horas
Refrigerador (No en la puerta)	12 horas
Congelador	3 meses

Fuente: Salud Capital http://www.saludcapital.gov.co/Documents/sem_lactancia.pdf

Complicaciones y contraindicaciones de la lactancia.

En la madre:

Dolor al amamantar, se trata con una correcta técnica de lactancia.

Grietas en el pezón, se trata con una correcta técnica de lactancia.

Congestión mamaria, es la retención de leche producida por el vaciamiento infrecuente o insuficiente de las mamas, se debe extraer leche.

Micosis mamaria, es una infección del pezón y la areola producida por la candida albicans, en casos severos, puede llegar a comprometer conductos mamarios se trata con antimicóticos locales (nistatina) tanto en la madre como en el niño.

Retención de leche, produce nódulos mamarios, se recomienda masaje y calor y usar distintas posiciones para amamantar.

Mastitis, proceso infeccioso del intersticio que rodea al lóbulo mamario, se trata médicamente.

Pezones invertidos.

Mamas supernumerarias, se puede presentar tejido mamario en las axilas, se trata médicamente.

Reflejo de eyección inhibido por inseguridad, tensión y dolor puede tratarse con una adecuada técnica de lactancia.

Reflejo de eyección excesivo, se debe amamantar al niño en posición ventral y extracción de leche.

En el niño

Disfunción motora oral, presentan problemas en la succión debido a hipertonía (niño con posición de extensión), hipotonía (niño con flexión disminuida), prematuridad.

Malformaciones físicas como dificultades respiratorias, labio leporino, paladar hendido, malformaciones en esófago que producen vómitos y diarrea post-prandial.

Incompatibilidad Rh, si la madre tiene Rh negativo y el padre y el niño Rh positivo, el calostro materno posee anticuerpos que pueden perjudicar al niño. Para evitar esta posibilidad se recomienda sacar el calostro y hervirlo antes de dárselo al niño. Tras la subida de leche los anticuerpos desaparecen y ya no existe peligro alguno.

Razones que se aducen más frecuentemente para no amamantar:

Integración de la mujer en el mundo del trabajo.

Progreso de la tecnología en la industria láctea.

Por estética.

Por temor.

Por ignorancia, creen que van a enfermar al bebé.

Por descuido.

Mitos.

Inconvenientes en el uso del biberón

Los productos lácteos, a diferencia de la leche materna, no incorporan anticuerpos.

Exige a los padres estar siempre alerta para proteger al niño de gérmenes causantes de indigestión o diarrea.

Suprimir la propia producción láctea produce en la madre malestar en los pechos durante algún tiempo.

Una dosis exagerada de leche puede producir sobrealimentación.

Contar con un equipo de lactancia y mantenerlo en perfectas condiciones exige una permanente dedicación de lavado y esterilización.
Deforma paladar y dientes, entre otras.

Diez pasos para una lactancia feliz

Disponer de una política por escrito relativa a lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.

Capacitar a todo el personal de salud de modo que estén en condiciones de poner en práctica esta política.

Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrecen la lactancia natural y la forma de ponerlo en práctica.

Ayudar a las madres e iniciar la lactancia durante media hora siguiente al parto.

Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si ha de separarse de sus hijos.

Dar a los RN sólo leche materna, sin otro alimento o bebida a no ser que esté médicamente indicado.

Facilitar la cohabitación de las madres y los niños las 24 horas al día.

Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.

No dar chupetes de entretención a los niños alimentados al pecho.

Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital o clínica.

Decreto 1397 de 1992

Por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones.

El código tiene por objeto proteger y fomentar la lactancia materna, mediante la reglamentación de una distribución y comercialización adecuadas de los sucedáneos de la leche materna.

El código se aplica a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, cuando estén comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplear para sustituir parcial o totalmente a la leche materna. Los sucedáneos de la leche materna incluyen los siguientes alimentos y bebidas:

Fórmulas infantiles

Otros productos lácteos

Cereales (en papillas)

Jugos

Mezclas de verduras y jugos para bebés

Leches de seguimiento.

El código se aplica además a los biberones y tetinas.

Publicidad:

El código no permite ninguna publicidad destinada al público de los productos arriba mencionados.

Muestras:

No permiten muestras a las madres y a sus familiares ni a los agentes de salud.

Sistema de atención de salud:

No se permite ninguna promoción de los productos en los servicios de salud, es decir ninguna exposición de productos, afiches, ni distribución de materiales promocionales. No se permite el uso de personal de las compañías fabricantes de dichos productos en los servicios de salud.

Agentes de salud:

Los fabricantes no pueden dar regalos ni muestras a los agentes de salud. La información que distribuyan a los agentes de salud sobre productos debe ceñirse a datos científicos y objetivos.

Suministros:

No se permite la distribución gratuita de suministros de sucedáneos de la leche materna a los hospitales y clínicas.

Información:

El material informativo y educativo debe explicar los beneficios de la lactancia materna, los riesgos para la salud vinculados al uso del biberón y los costos del uso de las fórmulas infantiles.

Etiquetas:

Las etiquetas de los productos deben decir claramente que la lactancia materna es superior, explicar la necesidad de consultar a un agente de salud antes de usar un sucedáneo y deben contener una advertencia sobre los riesgos de su uso para la salud.

Productos:

Los productos que no son apropiados para lactantes, como la leche condensada azucarada, no se deben promover para bebés. Todos los productos deben ser de buena calidad, de acuerdo con las normas del codex alimentarius, y deben adecuarse al clima y a las condiciones de almacenamiento donde del país donde se usan.

5.2 Puericultura

Recomendaciones básicas del recién nacido: (20 días)

- La leche materna es el mejor y único alimento que el bebe debe recibir durante los primeros seis meses de vida.
- Cuando el bebe recibe leche materna, crece sano porque se estimula el crecimiento de los huesos y los músculos, de la boca y de la cara; también puede oír a su madre y sentir sus caricias, sus palabras y sus cantos, ayudándolo a un buen desarrollo. El bebe necesita sentirse querido y protegido.
- Durante los dos primeros meses de vida, el bebe tratara de seguirla con la mirada. Como es frecuente que él bebe devuelva pequeñas cantidades de alimento después de la toma de leche, conviene mantenerlo recostado sobre el pecho de la madre con la cabeza del bebe descansando con el hombro, para que expulse los gases.
- La higiene oral debe promoverse desde el nacimiento del bebe para que mantenga la boca limpia, aun si no tiene dientes. Se recomienda limpiar las encías y la lengua del bebe con una gasa húmeda después de cada comida.
- En los primeros días de vida el bebe pierde peso, pero a partir de la segunda semana comienza a recuperarlo nuevamente.
- Bañarlo todos los días.
- El ombligo requiere un higiene especial hasta su total cicatrización (aproximadamente los primeros diez días de vida).
- Acuéstelo en su cuna sin almohada. El niño nunca debe dormir boca abajo.
- Tanto la ropa de la cuna como la de su bebe debe ser de fibras naturales como algodón, que no produce excesivo calor.
- Conviene que la habitación de su hijo se aseada y bien ventilada.
- Acuda a su consulta de crecimiento y desarrollo.

Alojamiento conjunto

El alojamiento conjunto, también llamado habitación compartida, consiste en brindar la atención médica, enfermería y del personal de trabajo social a la madre y al recién nacido de manera tal que se favorezca su contacto temprano piel a piel, desde el momento del nacimiento y durante todo el tiempo que permanecen en el hospital, con motivo del parto.

Para ello, madre e hijo son alojados conjuntamente, con objeto de fortalecer la relación afectiva entre ellos y de lograr que el niño inicie con la alimentación al seno materno y se continúe a libre demanda; asimismo, esto permite brindar a la madre información práctica acerca de la alimentación y cuidados de su hijo.

Es necesario que el personal médico y de enfermería se encuentre bien informado con respecto a los procedimientos que deben llevarse a cabo para la atención de la madre y el niño en el alojamiento conjunto. Se inician desde la orientación e información en el control prenatal, continúan en el momento del trabajo de parto y se tornan indispensables en el puerperio inmediato, en el cual el personal participa activamente ayudando y orientando a la madre en el cuidado de su hijo.

El contacto precoz y las manifestaciones afectivas y de seguridad entre la madre y su hijo son esenciales para el desarrollo futuro de ambos. Por otra parte, el inicio temprano de la lactancia y la enseñanza directa sobre la técnica de

amamantamiento, así como de los aspectos primordiales en el cuidado del niño, son asimilados más profunda y claramente por la madre en estos momentos.

Objetivos

1. Favorecer el contacto inmediato y la relación afectiva madre hijo desde el momento del nacimiento y evitar la separación en el puerperio inmediato.
2. Fomentar la alimentación al seno materno desde el momento del parto, evitando malas prácticas de alimentación que lleven a malnutrición y evitar el uso de sucedáneos de la leche

5.3 Atención para el seguimiento al recién nacido.

El control del recién nacido comprende el conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de los recién nacidos que ya han sido egresados del hospital y su familiar o acompañantes.

Con el objetivo de establecer si la niña o el niño recién nacidos presenta una adecuada adaptación para la vida extrauterina, si no se presentan signos que puedan sugerir una patología neonatal, si presenta un adecuado estado nutricional, si no se presentan signos de infección y si no se presentan problemas con la alimentación.

La consulta de control del recién nacido debe tener una duración mínima de 30 minutos y ese tiempo deber ser independiente del tiempo de consulta para el control del puerperio.

Esta consulta se debe realizar una sola vez y se permitira derivar a otras consultas si fuesen necesarias.

Incluye las siguientes actividades:

-Anamnesis: se debe verificar la lactancia materna y sus dificultades, indagar por inici de otros alimentos e interrogar los habitos de miccion y deposicion. Se debe realizar la lectura de los tamizajes realizados (TSH y cardiopatia congenita, auditivo y de otros errores innatos del metabolismo), verificar que se hayan tomado y se esten procesando o que ya este programado para su realizacion antes del mes de edad. En todo caso se debe recomendar a los padres estar atentos a recoger los resultados pendientes y presentarlos en la siguiente consulta de control. Debe indagarse por posibles preocupaciones de los padres en torno al cuidado o la salud de los niños.

-Examen fisico completo. vigilar el adecuado desempeño cardiorespiratori, se debe tomar la ssturacion de oxigeno a nivel preductal (en mano derecha) y posductal (en los pies) para tamixaje de cardiopatia ocngenita compleja, vigilar adecuadas condiciones de actividad, reactividad, perfusion, fuerza, color, temperatura, tono y fuerza. Debe realizarse un examen fisico completo con especial atencion a la prograsion de peso, al examen caridovascular, a la identificacion de ictericia, cianosis o paliez, a la vigilancia de signos de infeccion umbilical y a otros signos que sugieran una condicion de riesgo.

- Evaluar conductas y cuidados maternos del recién nacido y dar las indicaciones pertinentes.
- Se debe clasificar al recién nacido como niño de mayor o menor riesgo para la salud, la supervivencia y el desarrollo de acuerdo a los criterios establecidos en la RUTA PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE LA PRIMERA INFANCIA, y explicar a los padres la importancia de esta diferenciación del riesgo.
- Se deben dar recomendaciones para continuar el adecuado cuidado del recién nacido en casa, signos de alarma para la consulta a urgencias, asignar cita de control para la valoración integral en salud según lo dispuesto en el lineamiento de atención integral en salud.
- Se debe promover el registro civil en caso de que aun no haya sido registrado y verificar la afiliación al sistema de salud
- Se debe asignar cita para la consulta de nutrición y/o enfermería para la valoración de la lactancia materna

6. PROCESO DE APRENDIZAJE OFRECER ORIENTACIÓN A LA MADRE O CUIDADOR SOBRE EL CUIDADO Y MANEJO DE SU HIJO MENOR DE DIEZ AÑOS, DE ACUERDO CON LAS PARTICULARIDADES Y NECESIDADES CON RESPECTO A LOS DERECHOS HUMANOS Y EL NIÑO.

6.1 Comportamiento Humano

Concepto de teoría:

Una teoría es un cuerpo de afirmaciones relacionadas con datos de información obtenida mediante la investigación. Los científicos utilizan teorías para organizar sus datos o darles sentido. En consecuencia, las teorías son importantes porque ayudan a que los científicos interpreten y predigan la conducta.



Teorías del desarrollo humano

Teorías Biológicas

Dentro de la controversia herencia-medio, este tipo de teorías dan claramente más importancia a la herencia como responsable de los cambios que se experimentan en las distintas etapas del desarrollo. Estas teorías contemplan la conducta humana desde una perspectiva evolucionista a partir de los estudios de Charles Darwin. Dentro de las teorías biológicas se distinguen dos tipos:

Teoría de la maduración: Consideran que el desarrollo está dirigido desde el propio individuo, desde su propio proceso de maduración, de tal manera que el individuo va a desarrollar sus capacidades según el momento del desarrollo en el que se encuentre. El psicólogo más destacado dentro de estas teorías fue el norteamericano Arnold Gessel, el cual afirmaba que la capacidad para aprender nuevas habilidades no aparecía antes de que su proceso madurativo lo permitiera (Gessel, Ilg y Ames, 1940). En la actualidad, estas teorías reciben como crítica no dar la suficiente importancia al ambiente y al aprendizaje.

Teorías etológicas: Trasladas las teorías evolucionistas de distintas especies animales al estudio del desarrollo y de la conducta humana. Los pioneros de estas teorías fueron los etólogos Konrad Lorenz y Niko Tinbergen, que al igual que otros investigadores, defendían que los cambios en las conductas de los individuos en las distintas etapas del desarrollo van dirigidos en todo momento a su propia supervivencia y a la de su familia.

Teorías psicodinámicas

Estas teorías surgen de las reflexiones del psicoanalista vienés Sigmund Freud sobre la motivación humana y su estrecha vinculación con el desarrollo sexual. Interpretan el desarrollo humano teniendo en cuenta en todo momento las demandas sociales que nos rodean, enfrentadas con los instintos humanos más básicos. De esta forma, tratan de explicar los distintos cambios en la conducta a lo largo del desarrollo, observando las primeras experiencias sexuales y emocionales del individuo. Son dos: Teoría psicosexual de Freud: Para Sigmund Freud, la conducta humana, desde la más temprana infancia, está motivada por la búsqueda del placer, impulsada por la fuerza vital a la que denomina libido, y la cual se encuentra en continuo conflicto con las demandas sociales (Freud, 1955). La teoría psicosexual distingue varias etapas en el desarrollo, teniendo en cuenta el desarrollo psicológico del individuo y las soluciones a los conflictos que caracterizan cada momento de su vida.

Teoría psicosocial de Erikson: Describe el desarrollo emocional del individuo partiendo de la teoría psicoanalítica de Freud. Al igual que la anterior teoría, interpreta que la personalidad se desarrolla a través de la resolución progresiva de los conflictos entre las necesidades individuales y las demandas sociales. Erikson distingue ocho etapas psicosociales del desarrollo con sus respectivos conflictos, y describe las consecuencias de la resolución y no resolución de éstos (Erikson, 1982).

Teorías del aprendizaje

Estas teorías dan la mayor importancia al medio en la controversia entre lo heredado y lo adquirido. Mientras las anteriores teorías se basaban principalmente en la importancia de la propia persona en su desarrollo, en este caso se acentúa el papel que juega en el desarrollo el ambiente, es decir, todo lo externo que rodea al individuo.

Teoría del Condicionamiento: El condicionamiento clásico y el condicionamiento operante explican en estas teorías los cambios que se producen durante el desarrollo, y suponen que el entorno controla la conducta. Los psicólogos conductistas John B. Watson y B. F. Skinner son sus principales representantes, basándose en los trabajos del fisiólogo ruso Iván Pavlov.

Teoría del Aprendizaje Social (Bandura): Considera que el aprendizaje se produce fundamentalmente por imitación, pero admite que existen mecanismos cognitivos implicados en la transmisión de información e interpretación de situaciones, y por tanto un control cognitivo de la conducta (Bandura y Walters, 1974).

Teorías cognitivas

Estas teorías se centran fundamentalmente en el funcionamiento y el desarrollo de la mente, y explican los distintos aspectos del desarrollo en términos cognitivos. Son tres:

Teoría constructivista de Piaget: Esta teoría divide el desarrollo del niño en etapas o estadios en los que éste va construyendo de forma activa su conocimiento y adaptándose al medio a través de la asimilación (incorporación del medio al organismo) y la acomodación (modificación del organismo por el medio). Piaget destaca la importancia de la creación de conductas y conocimientos no presentes en el sujeto en determinados momentos del desarrollo, en captar el sentido de la experiencia con objetos, en la resolución de problemas y en la influencia del medio social. Asimismo afirma que todo cambio evolutivo puede explicarse por factores externos o internos al organismo, pero presta mayor atención a los internos. Para explicar el desarrollo, Piaget se basa en presupuestos biológicos, observando una continuidad entre los procesos biológicos de adaptación al medio y el desarrollo propio- mente psicológico (ver por ejemplo Piaget, 1965)

Teorías de la cognición social: Incluyen las propuestas de Piaget respecto al importante papel de la persona en su propio desarrollo, y la importancia de la cognición en el desarrollo social y de la personalidad. Se centran en la comprensión de los pensamientos, las emociones y el comportamiento, tanto ajeno como propio. Dentro de estas teorías destacan la teoría de Selman de las relaciones entre compañeros (Yeates y Selman, 1989) y la teoría del desarrollo moral de Kohlberg (Kohlberg, 1969)

Teorías del procesamiento de la información: Basándose en la forma en la que procesan la información los ordenadores, estas teorías afirman que el ser humano maneja igualmente información en forma de símbolos que codifica, combina, almacena y devuelve al medio decodificados. Para los seguidores de estas teorías, el pensamiento y la conducta se construyen sobre una serie de procesos separados que manipulan y transforman representaciones codificadas (Kuhn, 1998)

Teorías humanistas

Estas teorías, desarrolladas entre 1950-1960 por Maslow y Rogers entre otros autores, abogan por la capacidad de la persona para dirigir su propia vida, enfatizando el papel de factores internos de la personalidad como son los sentimientos, los valores y las metas. Pretenden propiciar un desarrollo positivo y que cada persona conozca el significado de su existencia.

- Teoría de la Autorrealización (Maslow): Desde esta teoría existe una jerarquía de necesidades que motivan el comportamiento humano. Una vez satisfechas las necesidades básicas, la persona ha de esforzarse por alcanzar las superiores, hasta llegar a la autorrealización. Sin embargo, nadie alcanza la autorrealización plena ya que la persona sana se encuentra en constante crecimiento (Maslow, 1976).

Teorías culturales y contextuales

Estas teorías tienen en cuenta la influencia del momento histórico y cultural sobre los cambios en el desarrollo de los individuos de una sociedad, al limitar y orientar en muchos casos su conducta y sus estrategias de adaptación:

- Teoría socio-histórica de Vygotsky: Esta teoría pone el énfasis en la actividad y la interacción social como mediadores del desarrollo, y comprende el desarrollo cognitivo como un proceso de adquisición de la cultura (Cole, 1985; citado en Hoffman y colaboradores, 1995). Según el propio Vygotsky, el desarrollo humano no puede ser comprendido sin considerar la forma en que los cambios históricos y sociales afectan al comportamiento (Vygotsky, 1978).
- Teoría ecológica de Bronfenbrenner: La teoría ecológica se centra en el estudio de los niños en sus ambientes naturales (la escuela, el barrio, la casa donde viven, etc.), argumentando que los estudios de laboratorio no contemplan la situación real en la que se desarrollan sus conductas. Bronfenbrenner divide el ambiente que rodea al niño en diferentes sistemas (desde el más próximo al más remoto), e incluye en cada uno tanto el espacio físico como las personas que se encuentran en él, las cuales van a determinar las relaciones y los comportamientos (Bronfenbrenner, 1979)

6.2 Papel del Adulto en el Juego Infantil y la estimulación.

El papel del adulto en el juego infantil del niño debe ser en todo momento de estimulación y orientación, según edad y desarrollo del niño. Los adultos se deben desempeñar como facilitadores del juego, elogiando y retroalimentando las actividades del niño, pero sin interrumpirlas o ignorarlas. Se debe tratar de buscar un balance entre juegos libres o sea aquellos que el niño escoja por su propia cuenta, y juegos orientados que son aquellos escogidos por los padres o cuidadores y en lo que ellos participan; generalmente estos tienen un fin más didáctico y creativo, si se selecciona, en forma adecuada y si son aceptados por los niños. Nunca se debe utilizar el juego como pretexto o engaño para que el niño coma o cumpla otra actividad. Tampoco se debe interrumpir el juego para que el niño reciba alimento; cuando este se invita a comer después del juego lo hará con más apetito.

El juego del niño también debe ser disfrutado por el adulto, sin que se convierta para él en una carga pesada y tediosa. No se debe utilizar el juego como un recurso para que el niño deje de llorar o no interrumpa las actividades de los adultos (conversar, ver televisión). Si se comprende la importancia del juego en el niño, se entenderá que para esta actividad es necesario invertir tiempo y no facilitarlo cuando el adulto le sobre unos minutos. Para que el niño disfrute del juego solo se le debe suministrar un juguete a la vez.

6.3 Los Juguetes

Para el niño, juguete es cualquier objeto que él emplea para jugar. Así, el niño alimentado al pecho juega con el pezón de la madre, con las caricias que esta le brinda; luego jugará con sus manos, con sus pies, con el sonido que produce un objeto al tirarlo, el coger un aro y pasarlo a la otra mano, el gatear, arrastrar o empujar cosas, jugar a las escondidas.

Posteriormente para el niño juguete serán aquellos objetos que le permitan cargar y descargar, apilar, armar, desarmar, golpear, trozar, rayar. Después descubrir casitas, jugar con muñecas, imitar el papel de los adultos, ayudar a los padres en los oficios de

la casa... en fin, sus innumerables cosas y situaciones que para el niño, en sus diferentes edades, son juguetes.

Es claro que juguete no son únicamente los objetos fabricados para tal fin, ni mucho menos los artefactos sofisticados y muy costosos que la sociedad de consumo en lo que se vive actualmente quiere imponer a través de la publicidad, aprovechando la vulnerabilidad del niño a la propaganda.

Es necesario aclarar en primer lugar que no existen juegos específicos para determinada edad y que un juguete adecuado para una edad en particular es aquel que está de acuerdo con los intereses del niño y con su capacidad de manipularlo.

Si se quiere que los niños disfruten la vida en su totalidad, tanto en la infancia como en la vida adulta, es necesario satisfacer sus necesidades. Una de tales necesidades básicas es, sin lugar a dudas el juego.

Características del juego

- Es placentero, el niño lo disfruta y le produce bienestar, tranquilidad.
- Es activo. Se participa directamente en él. Para el niño es la actividad misma.
- No tiene un fin determinado, es decir, a diferencia de los juegos de los adultos, en el niño no busca conseguir unas reglas, o un ganador, al menos en los primeros años.
- Se inicia y termina en forma libre y espontánea.
- Es repetitivo.
- Es un medio para expresar sentimientos: por el juego los niños manifiestan sin vivencias hogareñas y judiciales.
- Es didáctico: Le enseña algo nuevo, le ayuda a descubrir no solo el mundo que lo rodea sino sus propias habilidades.

6.4 Pautas de Crianza

Algunas sugerencias dirigidas a los padres sobre pautas de crianza:

- Establezca reglas claras, aplique siempre las mismas reglas y cúmplalas, junto con todos los de la casa y con quienes los cuidan.
- Cuando su hijo cometa una falta, explíquele lo que está mal. Escuche los motivos y las razones del niño antes de reprenderlo.
- Cuente hasta diez antes de corregirlo, piense cual es la forma más inteligente de hacerlo.
- No corrija al niño por algo que paso mucho tiempo antes, especial si es muy pequeño, por que el no sabrá el motivo del castigo.
- No corrija al niño dos veces por la misma falta, si un padre o en el colegio ya lo corrigieron, sólo debe reflexionar con él.
- No le diga al niño que es lento y bruto, no lo humille ni lo grite, no lo amenace con abandonarlo o regalarlo, pues le crea sentimientos de inseguridad.
- El castigo físico, lo gritos, la palmada, el correazo, el pellizco y los insultos NO forman ni generan respeto, solo dan miedo.

- La mejor manera de corregir es escuchar, explicar razones, ser justo y dar buen ejemplo.
- Los niños son personas igual que usted y tienen el mismo derecho.

6.5 Fundamentos De Nutrición

En todas las etapas de la vida desde la concepción hasta la vejez el ser humano necesita alimentarse, sin embargo esta alimentación no es únicamente para llenar el estomago, es para nutrir nuestro cuerpo, permitiendo un adecuado desarrollo físico y fisiológico.

Por tal razón es importante conocer el valor nutricional de los alimentos, sus intercambios y los diferentes beneficios que se pueden obtener en el pronóstico de las enfermedades teniendo una alimentación adecuada a las necesidades de cada persona, a sus costumbres y hábitos, ya que de estos últimos depende en gran medida el consumo de alimentos por parte de un individuo.

De lo anterior surge la importancia de tener las bases teóricas y prácticas para una alimentación balanceada, que permita realizar una orientación adecuada a la persona que lo necesite, ya que de una correcta recomendación nutricional depende el adecuado estado de salud y nutrición de los individuos y sus familias.

El objetivo es conocer las bases que aseguren una adecuada nutrición en los diferentes grupos de edad, permitiendo un buen estado de salud y nutrición.

Conceptos Básicos

Alimentación: Serie de actividades que el hombre debe realizar permanentemente para proveer al cuerpo de sustancias nutritivas necesarias para el desarrollo de sus funciones fisiológicas. Estas actividades son: producción, almacenamiento, distribución, adquisición y consumo.

Nutrición: Conjunto de procesos fisiológicos y bioquímicos por medio de los cuales el organismo vivo recibe y utiliza los materiales nutritivos necesarios para el mantenimiento de sus funciones, crecimiento y renovación de sus componentes. Los procesos de la nutrición son: ingestión, digestión, absorción, metabolismo y excreción.

Alimento: Todo producto natural o artificial, sencillo o complejo que contenga uno o varios nutrientes que el organismo debe ingerir para satisfacer las necesidades fisiológicas.

Nutriente: Todo elemento o compuesto químico que en calidad de tal es o puede ser absorbido por el organismo para cumplir efectivamente dentro del cuerpo humano función de nutrición. Los nutrientes se clasifican en dos grandes grupos: macronutrientes que incluye las proteínas, los carbohidratos y las grasas y los micronutrientes que incluye las vitaminas y los minerales.

Macronutrientes

Carbohidratos: Son compuestos orgánicos constituidos por carbono, hidrógeno y oxígeno. Varían desde azúcares simples hasta moléculas más complejas. Los

carbohidratos se clasifican en: Monosacáridos; son los glúcidos más sencillos, que no se hidrolizan, es decir, que no se descomponen para dar otros compuestos, conteniendo de tres a seis átomos de carbono, los principales monosacáridos son: glucosa, fructosa y galactosa. Disacáridos: se descomponen en dos monosacáridos, los más comunes son: sacarosa, maltosa y lactosa, y los polisacáridos: tienen más de dos monosacáridos. Los de interés nutricional son: almidón, dextrina, glicógeno y celulosa. La función principal de los carbohidratos es la de proporcionar energía al cuerpo.

Lípidos: El término lípido incluye un grupo heterogéneo de compuestos que abarcan las grasas y aceites usuales, ceras y compuestos relacionados que se encuentran en los alimentos y el cuerpo del hombre. Tienen las propiedades comunes de: ser insolubles en agua, solubles en compuestos orgánicos como éter y cloroformo y capaces de ser utilizados por organismos vivos. Las funciones de los lípidos en nuestro organismo son: Mantener la temperatura corporal, proteger los órganos internos, ayudar a la absorción de vitaminas y proporcionar energía.

Proteínas: La base de la estructura de las proteínas son los aminoácidos, los aminoácidos se clasifican en esenciales y no esenciales.

Los aminoácidos esenciales son los que el cuerpo no es capaz de sintetizar en cantidades adecuadas y por eso es necesario consumirlos de los alimentos.

Los aminoácidos no esenciales son los que el cuerpo es capaz de sintetizar en cantidad adecuada para las necesidades del organismo.

Las funciones de las proteínas son: ayudan a la construcción de tejidos corporales, ayudan a la formación de enzimas, hormonas, anticuerpos y ayudan al transporte de sustancias.

Micronutrientes

Vitaminas:

Son compuestos orgánicos esenciales para reacciones metabólicas específicas. Las vitaminas se clasifican en dos grupos hidrosolubles (son solubles en agua) y liposolubles (son solubles en lípidos).

Vitaminas Liposolubles

VITAMINA	FUNCIÓN	DEFICIENCIA	TOXICIDAD	FUENTE
Vitamina A Retinol	Ayuda a la visión, al desarrollo óseo y en la reproducción normal.	Ceguera nocturna, xeroftalmia, infecciones, alteraciones cutáneas.	Nauseas, vómito, fatiga, debilidad, cefalea, anorexia y color amarillento en la piel.	Hígado, huevo, vegetales y frutas de color rojo y amarillo intenso, vegetales de hojas verdes.
Vitamina D	Promueve la absorción del calcio y fósforo, ayuda a la	Raquitismo en niños y osteomalacia	Calcificación de tejidos blandos, cálculos renales.	Mantequilla, yema de huevo, hígado, exposición al sol.

Calciferol	formación y mantenimiento de huesos y dientes.	en adultos		
Vitamina E Tocoferol	Antioxidante, protege las membranas celulares	Mala absorción y anormalidades en el transporte de lípidos	No se conoce	Aceites, aguacate, yema de huevo.
Vitamina K	Coagulación de la sangre.	Hemorragias	Daño hepático y renal.	Vegetales de hojas verdes.

Vitaminas Hidrosolubles

VITAMINA	FUNCIÓN	DEFICIENCIA	FUENTE
Vitamina C Ácido Ascórbico	Ayuda a la absorción del hierro, participa en la cicatrización de heridas, en las fracturas, previene las hemorragias gingivales, reduce el riesgo de infecciones.	Escorbuto: no hay cicatrización de heridas, caída de los dientes, resequeza en ojos y boca.	Frutas y verduras frescas. Guayaba, mango, papaya, brócoli.
Vitamina B 1 Tiamina	Ayuda en el metabolismo de grasas, proteínas y carbohidratos.	Beri: Seco: alteraciones neurológicas Húmedo: edema	Carne de cerdo magra, yema de huevo, cereales integrales
Riboflavina Niacina Piridoxina Ácido Fólico Cobalamina Ácido Pantoténico Biotina	Ayudan al funcionamiento del sistema nervioso, al metabolismo de los macronutrientes	Anemia, alteraciones neurológicas, debilidad muscular, anorexia, dermatitis, diarrea, alteraciones gastrointestinales.	Hígado, vegetales de hojas verdes, carne magra, levadura, leche.

Minerales

Los minerales tienen muchas funciones importantes como constituyentes de compuestos esenciales. Ayudan a regular el equilibrio hídrico, facilitan el transporte de compuestos, conservan la actividad muscular y nerviosa, son constituyentes estructurales de los tejidos corporales y ayudan al crecimiento.

Calcio: Es el elemento mineral más abundante en el cuerpo. Sus funciones son: estructura y conservación de huesos y dientes, ayuda a la transmisión de impulsos nerviosos y regula el ritmo cardíaco, ayuda a la contracción muscular. Las principales fuentes de calcio son: leche y sus derivados, vegetales de hojas verdes, pescado.

Fósforo: tiene muchas funciones además de su papel estructural en los dientes y huesos, es un componente importante de la membrana celular y en la obtención de energía. Las fuentes de fósforo son: carne, pescado, aves, huevo, leche y sus derivados.

Sodio: ayuda al equilibrio y distribución de agua, ayuda a la transmisión de impulsos nerviosos y a la contracción muscular. Las fuentes de sodio son: sal, alimentos industrializados o procesados.

Hierro: ayuda al transporte de oxígeno y nutrientes, es constituyente esencial de la sangre (hemoglobina). Las fuentes de hierro son: hígado, carnes magras, vísceras rojas, rellena.

Clasificación de Alimentos

La nueva clasificación de alimentos de acuerdo a las guías alimentarias para la población colombiana propone siete grupos de alimentos, representados en un tren, los cuales serán explicados a continuación.

Grupo	Alimentos	Nutrientes
1	Cereales, Derivados de cereal Tubérculos, plátanos	Carbohidratos
2	Verduras, hortalizas leguminosas verdes	Vitaminas Minerales
3	Frutas	Vitaminas Minerales
4	Carnes, Vísceras, Huevos Leguminosas secas.	Proteínas Hierro
5	Leche y derivados	Proteínas Calcio, Fósforo
6	Grasas y aceites	Grasas
7	Azúcares y dulces	Energía Carbohidratos

Recomendaciones de las a las guías alimentarias para la población colombiana

Consuma diariamente alimentos de cada de los siete grupos.

Aumenta el consumo diario de frutas y de hortalizas y verduras.

Es necesario controlar el consumo excesivo de sal, dulces y grasa de origen animal, para prevenir enfermedades.

Para prevenir enfermedades infecciosas, lávese las manos antes de preparar las comidas, hierva el agua y ponga en práctica cuidados higiénicos en el manejo de los alimentos.

Aliméntese bien y controle su peso con frecuencia para proteger la salud.

Hacer deporte por lo menos tres veces a la semana ayuda a mantener la mente, el corazón y el cuerpo sanos

Comparta la alimentación en familia, parta fortalecer hábitos, valores.

Alimentación del Lactante

0 –6 meses	6 meses	7 meses	8 meses	9 – 11 meses	12 meses	18 meses
Leche materna	Leche materna Verduras, granos verdes, frutas no ácidas	Leche materna cereales, derivados de cereal, tubérculos, plátanos	Leche materna carnes, granos secos yema de huevo	Leche materna queso yogurt kumis	Frutas ácidas, huevo completo, leche de vaca se inicia la alimentación familiar leche materna	Fresas, pescados, embutidos, enlatados leche materna

Para que el lactante pueda crecer y desarrollarse completamente sano, es necesario conocer cuál debe ser la alimentación más apropiada para su edad con el fin de evitar alergias e intolerancias alimentarias.

La leche materna debe ser el único alimento que debe recibir hasta los seis meses de edad, ya su aparato digestivo no contiene las enzimas necesarias para digerir alimentos diferentes a la leche materna, durante los primeros seis meses se completa la maduración de su sistema digestivo y estará listo para consumir nuevos alimentos.

Cuando cumple los seis meses se debe iniciar la alimentación complementaria, la cual consiste en incluir alimentos diferentes a la leche materna para complementar su valor nutricional. A continuación se muestra el esquema de la alimentación complementaria.

Alimentación complementaria

Recomendaciones para la alimentación complementaria

No ofrecer alimentos antes de los seis meses.

Al iniciar la alimentación complementaria se debe dar un alimento nuevo por día para conocer las alergias e intolerancias.

No utiliza azúcar, sal ni condimentos en las preparaciones.

La alimentación complementaria se inicia con jugos, papillas, compotas, purés y sopas licuadas, sin embargo el objetivo de esta es ir acostumbrando al niño a la alimentación familiar por lo tanto es importante ir cambiando las preparaciones a algunas un poco más sólida, como partir los alimentos en trozos pequeños, desmechados para finalmente ofrecer porciones en trozos más grandes.

Es importante dejar que coja los alimentos esto hará que coma con mayor agrado.

Al iniciar la alimentación familiar se recomienda sentar al niño con toda la familia y dejarlo comer solo.

Si se observa algún síntoma de alergia o intolerancia es conveniente retirar el alimento.

Ofrecer todos los alimentos disponibles de los siete grupos de acuerdo al esquema, ya que esto permite crear hábitos de alimentación adecuados, esto quiere decir que es importante que la madre no ofrezca solo los alimentos que a ella le gusten, sino los que el niño necesita.

Al principio el lactante puede rechazar un alimento, esto es normal ya que él viene acostumbrado a consumir únicamente leche materna.

No utilizar teteros, ya que estos pueden generar infecciones, desestimulan la lactancia materna, no ayuda a la fijación mandibular y puede generar caries y malformaciones dentales.

Inconvenientes del uso del biberón

Exige a los padres estar siempre para proteger al niño de gérmenes causantes de indigestión o diarrea.

Suprime la secreción láctea, lo cual puede producir molestias en la madre por algún tiempo.

Una dosis exagerada de leche puede producir sobrealimentación

Deforma el paladar y los dientes

Mayor gasto económico

No fomenta el vínculo afectivo.

Preparación de fórmulas lácteas

Las preparaciones en polvo lácteas (PPL) no son productos estériles y pueden estar contaminados con organismos patógenos capaces de provocar graves enfermedades.

La preparación y la manipulación correctas reducen el riesgo de enfermedad.

Cuando esté disponible, en el caso de los niños más vulnerables debe utilizarse preparación líquida para lactantes lista para usar y comercialmente estéril.

La PPL no es un producto estéril y puede suponer un riesgo para los lactantes, particularmente si se prepara y manipula indebidamente. La PPL reconstituida ofrece un entorno idóneo para la proliferación de organismos patógenos. Aunque estén

presentes en las preparaciones en polvo en concentraciones muy bajas, la preparación y manipulación inapropiadas de PPL reconstituidas ofrecen las condiciones ideales para la multiplicación de organismos patógenos, lo que aumenta en gran medida el riesgo de infección. Sin embargo, el riesgo de enfermedad puede reducirse si la PPL se prepara en condiciones higiénicas y se manipula correctamente.

Las recomendaciones que figuran a continuación describen las mejores prácticas para la preparación, el almacenamiento y la manipulación de PPL en el hogar con el fin de reducir el riesgo de infección por *E. sakazakii*. Esas recomendaciones también son apropiadas para reducir el riesgo de infección por *Salmonella*. Se recomienda que los profesionales de la salud se aseguren de que los padres y cuidadores sean instruidos en la preparación, el almacenamiento y la manipulación de PPL en condiciones higiénicas.

Limpieza y esterilización del material de preparación y administración. Es sumamente importante que todo el material empleado para alimentar a los lactantes y para preparar las tomas haya sido concienzudamente limpiado y esterilizado antes de usarlo.

1. Siempre se lavarán las manos debidamente con agua y jabón antes de limpiar y esterilizar todo el material empleado en la preparación de las tomas.
2. Limpieza: se lavará concienzudamente todo el material de preparación y administración en agua jabonosa caliente. Cuando se utilicen biberones, se utilizarán cepillos especiales limpios para frotar el interior y el exterior de los biberones y tetinas a fin de eliminar los restos de la toma anterior.
3. Después de lavar el material, se enjuagará debidamente con agua limpia.
4. Esterilización: si se utiliza un esterilizador comercial (esterilizador a vapor eléctrico o de microondas, o esterilizador químico), se seguirán las instrucciones del fabricante. Si se esteriliza el material por ebullición:
 - a. Se llenará un recipiente grande con agua y se sumergirá por completo todo el material lavado, velando porque no queden burbujas de aire atrapadas en el interior.
 - b. Se cubrirá el recipiente con una tapadera y se dejará hervir fuertemente el contenido, cuidando de que el agua no llegue a evaporarse por completo.
 - c. Se mantendrá el recipiente cubierto hasta que se necesite usar el material.
5. Se lavarán las manos concienzudamente con agua y jabón antes de extraer el material del esterilizador o el recipiente en el que ha hervido. Se recomienda utilizar unas pinzas de cocina esterilizadas para manipular el material de preparación y administración esterilizado.
6. Para evitar la contaminación, lo más indicado es extraer el material justo antes de utilizarlo. Si el material se extrae y no se utiliza de inmediato, habrá que cubrirlo y guardarlo en un lugar limpio. Los biberones pueden ensamblarse por completo para impedir la contaminación del interior de la botella y el interior y el exterior de la tetina.

Preparación de las tomas a partir de PPL

Es preferible preparar la PPL de nuevo para cada toma y administrarla de inmediato, dado que la PPL reconstituida es el medio ideal para la multiplicación de bacterias nocivas. Los pasos que se indican a continuación describen la forma más higiénica de preparar tomas individuales de PPL en biberones o tazas para administrarlas inmediatamente.

1. Se lavará y desinfectará la superficie sobre la que vaya a prepararse el alimento.
2. Se lavarán las manos con agua y jabón y se secarán con un paño limpio o un paño desechable.
3. Se hervirá un volumen suficiente de agua limpia. Si se utiliza un hervidor automático, se esperará hasta que éste se desconecte; en otro caso, se esperará hasta que el agua hierva con fuerza. Nota: el agua embotellada no es estéril y debe hervirse antes de usarla. Nunca se utilizarán hornos microondas para la preparación de PPL pues el calentamiento no es uniforme y pueden producirse "bolsas calientes" capaces de quemar la boca del bebé.
4. Teniendo cuidado de evitar quemaduras, se verterá la cantidad apropiada de agua hervida, que se habrá enfriado hasta no menos de 70 °C, en una taza o un biberón limpios y esterilizados. Para llegar a esa temperatura, se dejará enfriar el agua un máximo de 30 minutos después de la ebullición.
5. Se medirá la cantidad exacta de polvo con arreglo a las instrucciones del envase y se añadirá al agua. Usar más o menos cantidad de polvo de la indicada puede hacer enfermar al lactante.
 - a. Si se utilizan biberones: se ensamblarán las piezas limpias y esterilizadas del biberón según las instrucciones del fabricante. Se agitará o moverá suavemente hasta que los ingredientes se hayan mezclado debidamente, cuidando de evitar las quemaduras.
 - b. Si se utilizan tazas: mezclar los ingredientes por completo, removiendo con una cuchara limpia y esterilizada, cuidando de evitar las quemaduras.
6. Inmediatamente después de la preparación, se enfriarán rápidamente las tomas hasta la temperatura apropiada para la administración sumergiendo la taza o el biberón bajo el chorro del grifo o en un recipiente con agua fría o con hielo. Habrá que asegurarse de que el nivel del agua queda por debajo de la parte superior de la taza o de la tapadera del biberón.
7. Se secará el exterior del biberón o la taza con un paño limpio o un paño desechable.
8. Como se habrá utilizado agua muy caliente para preparar la toma, es indispensable comprobar la temperatura de administración para no quemar la boca del bebé. En caso necesario, se seguirá enfriando siguiendo las instrucciones del paso 6.
9. Se desechará todo preparado que no se haya utilizado en un plazo de dos horas.

Preparación de tomas con antelación

Lo ideal es preparar el alimento a partir de PPL cada vez que se prepare una toma y administrar ésta inmediatamente, dado que la PPL reconstituida ofrece las condiciones idóneas para la proliferación de bacterias nocivas. Por motivos prácticos, no obstante, hay ocasiones en que es preciso preparar tomas con antelación. A continuación se indica la forma más segura de preparar y conservar las tomas para su utilización posterior. Si no se dispone de refrigeración, las tomas se prepararán de nuevo cada vez y se administrarán inmediatamente, en lugar de prepararlas por adelantado.

1. Se seguirán los pasos 1 a 7 de la sección 3.1.2. Si se utilizan tazas, se preparará un lote de PPL reconstituida en una jarra o recipiente limpio y estéril de capacidad no superior a un litro, con tapadera. La PPL reconstituida puede refrigerarse y distribuirse en las tazas según se necesite.
2. Las tomas enfriadas se introducirán en el frigorífico. La temperatura de éste no superará los 5 °C.
3. Las tomas pueden almacenarse en el frigorífico durante un máximo de 24 horas.

Calentamiento de tomas almacenadas

1. Sólo se extraerán las tomas del frigorífico inmediatamente antes de utilizarlas.
2. Las tomas se calentarán durante un máximo de 15 minutos. Para asegurarse de que el contenido se calienta de manera uniforme, se agitará de vez en cuando el recipiente tapado.
3. Nunca se utilizará el microondas para recalentar una toma, ya que el calentamiento no es uniforme y pueden crearse "bolsas calientes" capaces de quemar la boca del bebé.
4. Se comprobará la temperatura de la toma para evitar quemaduras al bebé.
5. Se desechará todo alimento recalentado que no haya sido consumido en un plazo de dos horas.

Transporte de tomas

Habida cuenta del potencial de proliferación de bacterias nocivas durante el transporte, las tomas deberán enfriarse en primer lugar a una temperatura máxima de 5 °C en el frigorífico y luego transportarlas.

1. Se preparará la toma y se introducirá en el frigorífico tal y como se explica en la sección 3.1.3.
2. Habrá que asegurarse de que la toma esté fría antes del transporte.
3. Sólo se extraerán las tomas del refrigerador inmediatamente antes de transportarlas.
4. Las tomas se transportarán en una bolsa de conservación en frío, con paquetes de hielo.
5. Las tomas transportadas en una bolsa de conservación en frío se utilizarán en un plazo de dos horas, ya que esas bolsas no siempre mantienen los alimentos a la temperatura apropiada.
6. Se recalentará la toma en el destino según lo indicado

7. Si se llega al destino en menos de dos horas, las tomas transportadas en una bolsa de conservación en frío pueden introducirse en un frigorífico y conservarse en él durante un máximo de 24 horas desde que fueron preparadas.

8. Si se va a pasar todo el día fuera de casa, pueden transportarse las PPL medidas individualmente, cada una en un recipiente limpio y esterilizado; en el destino, se añadirá agua a no menos de 70 °C para reconstituir la PPL, utilizando material lavado y esterilizado para la preparación y la administración.

Alimentación en el Preescolar y el Escolar

Preescolar (2 – 6 años)

El crecimiento y desarrollo de un niño depende más de una nutrición adecuada que de cualquier otro factor, es por esta razón que la alimentación debe ser completa, equilibrada, suficiente y adecuada, ayudando a la formación de hábitos alimentarios adecuados.

En esta etapa la velocidad de crecimiento disminuye ocasionando una disminución en el apetito del niño, lo que origina con frecuencia una preocupación por parte de los padres, ya que a los niños les interesa más el mundo que los rodea que su alimentación, por esta razón es importante que en los momentos que el niño toma su alimentación sean momentos placenteros, sin cargas de tensión ni mal humor; por el contrario el niño se debe acompañar y rodear de cariño, no forzarlo a comer.

Recomendaciones nutricionales

Es mejor ofrecer porciones pequeñas y varias comidas al día que tres comidas grandes, esto permite que el niño pida más si le gusta la preparación

No ofrezca alimentos de consistencia muy dura, tenga en cuenta el desarrollo dental de los niños.

Varíe y ofrezca diariamente alimentos diferentes de cada grupo, esto evita la monotonía y mejora el consumo de alimentos por parte del niño.

No ofrezca agua con las comidas, esto le reduce su capacidad para consumir otros alimentos

Cuando ofrezca un nuevo alimento, ofrézcalo lo más atractivo posible, utilice la preparación, colores y texturas que más le guste al niño.

No de dulces, chocolates y gaseosas antes de las comidas, esto llena al niño y evita que consuma alimentos saludables y nutritivos.

Involucrar al niño en la preparación de los alimentos ayuda a que ellos los consuman con mayor facilidad.

Enseñar hábitos de higiene.

No obligue al niño a comer, esto genera mayor rechazo hacia los alimentos.

Escolares (7 – 12 años)

El crecimiento durante los años escolares es lento pero constante y es paralelo a un incremento continuo en la ingestión de alimentos. En esta edad es importante reforzar hábitos y conductas alimentarias adecuadas, ya que en muchas ocasiones el niño tendrá que escoger sus alimentos fuera de casa. Los hábitos alimentarios y de actividad física inadecuados hacen que enfermedades como la obesidad y la aterosclerosis tengan su origen en esta edad, de aquí la importancia de estimular una alimentación y actividad física adecuadas.

Recomendaciones nutricionales

Se debe ofrecer alimentos de todos los grupos para evitar deficiencias nutricionales
Evitar el consumo exagerado de dulces y golosinas, ya que estos disminuyen el apetito y pueden ayudar a la formación de caries
Prepara los alimentos con pocos condimentos y poca grasa
Estimular la realización de alguna actividad física
Involucrar a los niños en la preparación de alimentos es importante para fomentar un adecuado consumo de estos.
Es importante utilizar el camuflaje de alimentos para ofrecer alimentos de todos los grupos.
Realizar control de talla y peso para detectar deficiencias en talla y peso a tiempo.
Loncheras

En la edad preescolar y escolar las loncheras, son un complemento importante de calorías y nutrientes en la alimentación, por tal razón debe aportar todos los nutrientes de una comida completa y balanceada, por lo anterior siempre hay que tomarse el tiempo suficiente para planear loncheras saludables para los niños, a continuación se dan algunos ejemplos de loncheras:

Lonchera 1: Sándwich de pollo

Jugo de mora

Flan

Lonchera 2: Vaso de leche

Galletas de avena

Manzana

Lonchera 3: Queso con bocadillo

Jugo de mango

Ponquecito

Lonchera 4: Huevo duro

Jugo de guayaba

Pan con mermelada

Lonchera 5: Yogurt

Torta de zanahoria

Chocolatina

Alteraciones Nutricionales en la Edad Preescolar y Escolar

Obesidad: la obesidad en los niños suele presentarse por hábitos familiares inadecuados, por la idea errónea del niño gordo es un niño "sano", o por inactividad física. Para su tratamiento se deben modificar los hábitos alimentarios inadecuados y promover la actividad física.

Peso y talla baja: esta alteración se presenta por una inadecuada ingesta de energía y nutrientes que conlleva a un mal desarrollo físico. Para corregir este problema se debe dar una dieta adecuada en calorías y nutrientes para la edad.

Anemia ferropénica: en nuestra población se debe a un bajo consumo de alimentos ricos en hierro tales como las vísceras o las carnes, este problema se corrige aumentando la ingesta de fuentes de hierro acompañados del consumo de vitamina C.

Caries dental: la caries dental es producida por el excesivo consumo de golosinas y una inadecuada higiene oral. Para su prevención es importante evitar el excesivo consumo de dulces, visitar periódicamente al odontólogo y cepillarse los dientes después de cada comida.

Manipulación y preparación de alimentos

Reglas de la preparación de los alimentos según la OMS

La O.M.S., Organización Mundial de la Salud, ha resumido en 10 puntos las normas básicas de higiene y manipulación de los alimentos, a fin de preservar la salud. Como veremos, uno de los puntos de mayor incidencia es el control de las temperaturas ya que este parámetro, junto con el tiempo (binomio tiempo/temperatura) es básico a la hora de manipular correctamente los alimentos.

1. Elegir alimentos tratados con fines higiénicos. Hay algunos alimentos que no necesitan tratamientos específicos para su consumo, como son las frutas y verduras, pero hay otros cuyo consumo sólo es seguro cuando han sido tratados con sistemas específicos. Así por ejemplo, la leche hay que adquirirla pasteurizada y no cruda. Las aves también son tratadas para que su consumo resulte más seguro desde el punto de vista sanitario.
2. Cocinar bien los alimentos. La temperatura mínima de seguridad es de 70 °C en toda la masa del alimento.
3. Consumir lo antes posible los alimentos cocinados. Cuando los alimentos pierden temperatura, los microorganismos empiezan a proliferar. Cuanto mayor es la espera, mayor es el riesgo de contaminación.
4. Guardar adecuadamente los alimentos cocinados, evitando que éstos estén más de dos horas entre las llamadas temperaturas de riesgo, entre 70 y 5 °C.
5. Recalentar adecuadamente los alimentos cocinados. La totalidad del alimento debe llegar a los 70 °C, como medida de protección frente a los posibles microorganismos que puedan haber proliferado en el mismo.
6. Evitar el contacto entre alimentos crudos y cocinados. Un alimento puede contaminar a otro provocando una contaminación cruzada.

7. Lavarse las manos a menudo. Antes y después de entrar en contacto con los alimentos, así como al cambiar de tarea, ir al servicio, sonarse o después de cualquier actitud que pueda ser contaminante.
8. Mantener limpias las diferentes superficies en la cocina. Esta tarea, a ser posible, debe realizarse con detergentes clorados (lejías).
9. Mantener los alimentos fuera del alcance de animales, tanto domésticos como insectos o roedores. La mejor manera de proteger los alimentos es mantenerlos aislados del suelo, bien guardados en recipientes cerrados.
10. Utilizar agua potable y clorada para la limpieza y cocción de los diferentes alimentos. Una causa importante de contaminación puede ser la insalubridad del agua utilizada.

Todas estas medidas, que en cierto modo pueden parecer muy obvias, son imprescindibles a la hora de manipular los diferentes alimentos. La limpieza de la cocina, de los alimentos, del manipulador, el respeto de las temperaturas tanto frías como calientes, así como la correcta conservación de los productos, son los tres pilares básicos para evitar toxiinfecciones alimentarias.

Factores que influyen en la ingestión de alimentos

- Ambiente familiar: los miembros de la familia son modelos a seguir por el niño, por tal razón él consume lo que observa que ellos comen
- Influencia de los compañeros: los compañeros de colegio ó jardín pueden ejercer un refuerzo positivo o negativo en el consumo de alimentos por parte de los niños, por esta razón es importante reforzar buenos hábitos en casa.
- Enfermedades: las enfermedades reducen el apetito del niño, pero esto es normal, cuando el proceso infeccioso pase el niño recuperara su apetito.
- Factores psicológicos: el estado de ánimo de un niño influye su consumo de alimentos, es importante detectar la causa que afecta al niño para así poder mejorar su consumo de alimentos.
- Medios de comunicación: los medios de comunicación pueden influir positiva o negativamente en la escogencia de alimentos por parte de los niños por las promociones y propagandas que realicen, es importante que los padres sepan manejar esta información para poder guiar a sus hijos a una escogencia adecuada de alimentos.

6.6 Crecimiento y Desarrollo

El 90% del desarrollo físico y psíquico, ocurre durante los primeros años de vida; esto quiere decir, que el ser humano sólo tiene una oportunidad de desarrollarse y ésta debe protegerse hasta donde sea posible.

Las enfermedades perinatales, las infecciones respiratorias agudas, las diarreas, las enfermedades inmunoprevenibles, los accidentes y la desnutrición, son la causa de más de 50.000 muertes en Colombia. Éstas y otras enfermedades y problemas como la

carencia afectiva, el retardo mental, las enfermedades bucales, las alergias y trastornos visuales y auditivos, impiden el bienestar de los niños y de las niñas y dificultan su desarrollo. Las mencionadas situaciones se pueden prevenir y controlar a través de la vigilancia y el acompañamiento adecuado del proceso de crecimiento y desarrollo.

Concepto de crecimiento

Es un proceso que se inicia desde el momento de la concepción del ser humano y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Consiste en un aumento progresivo de la masa corporal dado tanto por el incremento en el número de células como en su tamaño; es inseparable del desarrollo y por lo tanto ambos están afectados por factores genéticos y ambientales.

Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico (esta de gran importancia en los dos primeros años de vida postnatal), perímetro, torácico, envergadura y segmento inferior.

El crecimiento del niño es reflejo del estado nutricional, la evaluación del crecimiento se realiza a través de las mediciones periódicas de peso, talla y circunferencia cefálica que son los parámetros corporales más representativos para conocer como está creciendo el niño.

Los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, los adultos de 18 a 64 años y gestantes adultas son un instrumento para la clasificación antropométrica, monitoreo, investigación académica, científica y vigilancia nutricional, dirigidas a conocer y mejorar el estado nutricional de la población en general.

Los presentes indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte no se emplean para la clasificación antropométrica del estado nutricional de individuos con patologías o condiciones específicas que alteren sus parámetros antropométricos, los cuales se deberán valorar de acuerdo con el criterio clínico correspondiente en cada caso.

Definiciones:

1. Antropometría: rama de la ciencia que se ocupa de las mediciones comparativas del cuerpo humano, sus diferentes partes y sus proporciones.
2. Circunferencia de la cintura: es la medición del perímetro medio del abdomen en su parte más estrecha o más angosta. Es una metodología sencilla y eficaz para determinar la presencia de obesidad abdominal.
3. Crecimiento: es el incremento progresivo de la estatura y masa corporal dado por el aumento en el número y tamaño de las células.

4. Desarrollo: abarca la maduración en los aspectos físicos, cognitivos, lingüísticos, socioafectivos y comportamentales como la adquisición de habilidades en la motricidad fina y gruesa.

5. Desnutrición: por debajo de la línea de puntuación -2 desviaciones estándar de puntuación Z en los indicadores peso para la edad, peso para la longitud/talla, longitud/talla para la edad o IMC para la edad.

6. Desnutrición aguda moderada: peso para la talla o longitud menor a -2 y mayor o igual a -3 Desviaciones Estándar.

7. Desnutrición aguda severa: peso para la talla o longitud menor a -3 Desviaciones Estándar.

8. Desviación estándar - DE: medida que expresa la dispersión de una serie de valores o puntuaciones con relación a la media aritmética.

9. Edad gestacional: es el parámetro usado durante la gestación para describir el avance de la gestación a lo largo del tiempo y se mide en semanas, desde la semana 1 hasta la semana 42. Los niños y niñas nacidos antes de la semana 37 se consideran prematuros y los nacidos después de la semana 42 se consideran posmaduros.

10. Estado nutricional: es el resultado de la relación entre la ingesta de energía y nutrientes y el gasto causado por los requerimientos nutricionales según la edad, sexo, estado fisiológico y actividad física.

11. Gestación: la gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el feto crece y se desarrolla dentro del útero de la madre.

12. Gestantes adultas: mujeres mayores de 18 años de edad y en periodo de gestación.

13. Grupo de edad menores de 5 años: niñas y niños desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses, 29 días y 23 horas, también de 0 a 59 meses cumplidos. No incluye a los niños y niñas de 5 años o 60 meses cumplidos.

Grupo de edad de 5 a 17 años: niñas, niños y adolescentes desde los 5 años cumplidos hasta los 17 años, 11 meses, 29 días y 23 horas, también de 60 a 215 meses cumplidos. No incluye a los individuos con 18 años o 216 meses cumplidos.

15. Grupo de edad de 18 a 64 años: adultos desde los 18 años cumplidos hasta los 64 años, 11 meses, 29 días y 23 horas. No incluye a adultos mayores con 65 o más años cumplidos.

16. Grupo de edad menores de 18 años: niñas, niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 17 años, 11 meses, 29 días y 23 horas, también de 0 a 215 meses cumplidos. No incluye a los individuos con 18 años o 216 meses cumplidos.

17. Indicador antropométrico: es un índice estadístico que surge de la combinación de dos variables o parámetros que se utiliza para medir o evaluar cuantitativamente el crecimiento y el estado nutricional, toma como base medidas corporales y se obtiene mediante la comparación, contra valores de referencia para la edad y sexo o contra mediciones realizadas en el mismo sujeto en diferentes períodos.

18. IMC para la Edad - IMC/E: Índice de Masa Corporal es un indicador que correlaciona de acuerdo con la edad, el peso corporal total en relación a la talla. Se obtiene al dividir el peso expresado en kilogramos entre la talla expresada en metros al cuadrado.

19. Mediana: corresponde al valor medio de una serie de valores ordenados.
20. Obesidad infantil: peso para la longitud/talla o IMC para la edad por encima de la línea de puntuación +3 desviaciones estándar en menores de 5 años y por encima de la línea de puntuación +2 desviaciones estándar en el grupo de 5 a 17 años de edad.
21. Patrón de referencia: estándar utilizado para la valoración antropométrica mediante la comparación de los datos obtenidos, contra la referencia teórica o ideal.
22. Perímetro del brazo: es la medición del perímetro del brazo en el punto medio entre los puntos acromial y radial o entre los puntos acromial y olecranon. Es una medida útil como predictor del riesgo de muerte por desnutrición en niñas y niños de 6 a 59 meses de edad.
23. Peso bajo para la edad: peso para la edad por debajo de -2 desviaciones estándar. También denominado desnutrición global, indica bajo peso para una edad específica, considerando el patrón de referencia.
24. Peso para la edad - P/E: indicador antropométrico que relaciona el peso con la edad sin considerar la talla.
25. Peso para la longitud/talla - P/T: un indicador de crecimiento que relaciona el peso con longitud o con la talla. Da cuenta del estado nutricional actual del individuo.
26. Puntos de corte: son los límites o intervalos que definen las categorías utilizadas para la interpretación del estado nutricional, al comparar un parámetro o índice antropométrico contra un patrón de referencia.
27. Puntuación Z (Z Score): es la diferencia entre el valor individual y el valor medio de la población de referencia, para la misma edad o talla, dividido entre la desviación estándar de la población de referencia, es decir, identifica cuán lejos de la mediana (de la población de referencia) se encuentra el valor individual obtenido.
28. Retraso en talla: también denominado como talla baja para la edad, que corresponde a un déficit en la talla con relación a la edad. El indicador T/E se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar.
29. Riesgo de desnutrición: clasificación antropométrica entre las líneas de puntuación $Z \geq -2$ y < -1 desviaciones estándar del indicador peso para la longitud/talla, IMC para la edad o del indicador longitud/talla para la edad.
30. Riesgo de sobrepeso: clasificación antropométrica entre las líneas de puntuación $Z > +1$ y $\leq +2$ desviaciones estándar del indicador peso para la longitud/talla o del indicador IMC para la edad en menores de 5 años.
31. Sobrepeso infantil: peso para la longitud/talla o IMC para la edad entre las líneas de puntuación $Z > +2$ y $\leq +3$ desviaciones estándar en menores de cinco años y $> +1$ y $\leq +2$ desviaciones estándar del indicador IMC/E en el grupo de edad de 5 a 17 años.
32. Talla para la Edad - T/E: un indicador de crecimiento que relaciona la talla o longitud con la edad. Da cuenta del estado nutricional histórico o acumulativo.

El peso

Es la medida más sensible para detectar rápidamente cambios en el estado nutricional del niño y por lo tanto prevenir alteraciones en la talla. El peso se altera fácilmente por procesos agudos de enfermedad, situaciones afectivas adversas de corta duración y

deficiente consumo de alimentos en cantidad y calidad durante cortos periodos de tiempo.

Recomendaciones para medición del peso:

- Evite que el niño u otra persona se apoyen en el peso o balanza
- Durante la medición no de objetos al niño para tranquilizarlo, si este se encuentra muy intranquilo es preferible no pesarlo.
- El ambiente debe ser tranquilo, sin ruido, ni circulación de personas que distraigan al niño y al medidor.
- No utilizar el peso indirecto (pesar la madre y luego esta con el niño) este peso no es confiable.
- El equipo siempre debe estar ubicado en un sitio firme y fijo, libre de corrientes de aire, cuando no se está usando debe estar en equilibrio cero, sin colocarle objetos sobre esta superficie o que hagan contacto con sus partes.
- Debe ser calibrado como mínimo cada seis meses, cuando ha permanecido en un sitio fijo.

Longitud y talla

La longitud mide el largo total del esqueleto y se utiliza en niños menores de 2 años, la talla o estructura se utiliza para mayores de 2 años que pueden permanecer de pie de forma estable.

Estas medidas son indicadores de la longitud ósea, la talla (o la longitud) es el parámetro de crecimiento más estable debido a que los niveles alcanzados no se pierden y se requieren periodos largos y frecuentes de enfermedad; derivación afectiva y/o de alimentación deficiente en cantidad y calidad para que el crecimiento en talla se retrase. Por lo tanto la alteración en este parámetro es un indicador de desnutrición crónica.

Recomendaciones para la medición de la talla:

- Para longitud: Se recomienda el infantómetro de madera, con cinta métrica, pieza móvil para marcarla y una anchura suficiente para que el niño se acueste cómodamente. Debe tenerse cuidado al ejercer presión con la pieza móvil para no alterar la medida. La cinta no debe estar colocada en el centro sino al lado para facilitar la lectura.
- Para talar: Debe usarse un tallímetro de madera con plataforma y escuadra móvil. El metro debe ser metálico y estar colocado al lado para facilitar la lectura sin necesidad de bajar al niño.

Circunferencia Cefálica

Es el mayor perímetro medido en la cabeza. Para su medición se tienen en cuenta las siguientes referencias anatómicas: en la parte anterior de la cabeza se ubican la gabela

y los rebordes orbitarios superiores del hueso frontal; en la región posterior se busca la protuberancia máxima a nivel del hueso occipital.

El evaluador pasa la cinta métrica por las referencias anatómicas recomendadas, teniendo presente que la cinta no quede sobre las orejas; la cinta debe estar perpendicular a los planos frontal y sagital de la cabeza. El sujeto no debe tener adornos en su cabeza, ni peinados muy elaborados. Se recomienda, para reducir el error que pueda introducir en esta medición el pelo y las partes blandas, ajustar bien la cinta haciendo presión antes de realizar la lectura

Concepto de desarrollo

El desarrollo está inserto en la cultura del ser humano; es un proceso que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y social.

Para la evaluación del desarrollo se han diseñado varios instrumentos, entre los cuales el más usado en Colombia es la Escala Abreviada de Desarrollo.

La escala abreviada del desarrollo, es un instrumento o herramienta para la medición de los siguientes parámetros del crecimiento y desarrollo del niño(a): Motricidad Gruesa- Motricidad Fina- Audición- Lenguaje- Persona Social.

La estructura general de la escala se presenta en la Figura 1.

Motor Grueso	Motor Fino- adaptativo	Audición Lenguaje	Personal Social
RANGO 1	0 días a 1 mes 0 días		
RANGO 2	1 mes y 1 día a 3 meses y 0 días		
RANGO 3	3 meses y 1 día a 6 meses y 0 días		
RANGO 4	6 meses y 1 día a 9 meses y 0 días		
RANGO 5	9 meses y 1 día a 12 meses y 0 días		
RANGO 6	12 meses y 1 día a 18 meses y 0 días		
RANGO 7	18 meses y 1 día a 24 meses y 0 días		
RANGO 8	2 a 3 años (24 meses y 1 día a 36 meses y 0 días)		
RANGO 9	3 a 4 años (36 meses y 1 día a 48 meses y 0 días)		
RANGO 10	4 a 5 años (48 meses y 1 día a 60 meses y 0 días)		
RANGO 11	5 a 6 años (60 meses y 1 día a 72 meses y 0 días)		
RANGO 12	6 a 7 años (72 meses y 1 día a 84 meses y 0 días)		

Figura 1. Estructura general de la Escala Abreviada de Desarrollo - 3

6.7 Escala abreviada del desarrollo -3 (ULTIMA VERSION)

El niño, ser humano e irrepitible en crecimiento y desarrollo, capaz de generar y captar sentimientos, avanza en su proceso de adaptación al mundo, según su potencial genético, su fuerza interior y el ambiente que lo rodea. No obstante su individualidad comparte características con sus congéneres de similar periodo evolutivo, lo que le facilita el acompañamiento por parte del adulto y por supuesto, un apoyo más efectivo en su proceso de crecimiento y desarrollo.

Se busca promover la salud y prevenir la enfermedad para que los niños tengan cada vez mas autoestima y sean sanos, autónomos, creativos, solidarios y felices. Pretende ofrecer orientaciones generales que faciliten al equipo de salud en acompañamiento efectivo a los niños y

a sus padres en el proceso de crecimiento y desarrollo hacia la adultez, teniendo en cuenta el escenario social en el que vive, con las potencialidades y limitaciones propias de cada comunidad, cada familia y cada niño. La escala abreviada del desarrollo, es un instrumento o herramienta para la medición de los siguientes parámetros del crecimiento y desarrollo del niño(a):

- Motricidad Gruesa
- Motricidad Fina
- Audición
- Lenguaje
- Persona Social.

Generalmente, se comienza valorando al niño o a la niña en el área de Motricidad Gruesa, seguida del área de: Motricidad Finoadaptativa, Audición Lenguaje y Personal Social. Los ítems de cada área están ordenados de menor a mayor dificultad.

Aplicación de la escala abreviada de desarrollo:

La calificación de la prueba es sumamente sencilla, se trata fundamentalmente de registrar para cada uno de los ítems si la acción en cuestión ha sido observada o no.

- Si el repertorio la acción evaluada ha sido efectivamente observada, o la madre reporta su ocurrencia en los ítems que pueden ser calificados con esta información, codifique 1 en el espacio en blanco correspondiente, exactamente frente al ítem evaluado.
- Si la acción no se observa, o la madre reporta que el niño no presenta la conducta correspondiente, codifique 0.

Este procedimiento deberá seguirse para todos y cada uno de los ítems, ningún ítem de los evaluados podrá quedar en blanco, ya que esto impedirá el adecuado seguimiento del niño con relación a las evaluaciones posteriores.

PUNTOS CLAVE

- Existen dos modalidades de aplicación de los ítems de la EAD - 3
 - Observación directa: Se investiga el ítem examinando la conducta del niño o niña. La mayoría de los ítems de la escala corresponden a esta modalidad.
 - Preguntas dirigidas: Se investiga el ítem interrogando al cuidador(a).
- Cada ítem de la EAD - 3 se evalúa de manera individual, siguiendo un formato muy simple con sólo dos respuestas posibles:
 - La conducta exhibida cumple el criterio de calificación
 - La conducta exhibida no cumple el criterio de calificación
- Algunos ítems de observación pueden requerir
 - Que se le muestre al niño cómo se realiza la actividad.
 - En caso de que no la realice correctamente, se debe repetir la explicación, teniendo en cuenta, la instrucción dada en la condición de observación del ítem, consignada en el Instructivo de Aplicación, para asegurarse que no se pueda realizar, a pesar de que se haya entendido correctamente la instrucción.
 - Que se contabilice el tiempo que el niño o niña dura realizando la actividad.
- Al finalizar toda la aplicación de la EAD - 3, con base en los resultados obtenidos en cada una de las cuatro áreas de la escala, el desarrollo del niño o niña por cada área puede ser clasificado como:
 - Desarrollo esperado para la edad (verde)
 - Riesgo de problemas de desarrollo (amarillo)
 - Sospecha de problemas de desarrollo (rojo)

El punto de iniciación se refiere al ítem a partir del cual debe empezarse la evaluación.

La administración de cada una de las áreas de la EAD - 3 (ESCALA ABREVIADA

DE DESARROLLO - 3) debe comenzarse en el primer ítem correspondiente al rango de edad en el cual se ubica el niño o niña (edad cumplida en meses y días o edad corregida para el momento de la evaluación). De este modo,

las primeras tareas evalúan aspectos que niños o niñas más pequeños a él o ella están adquiriendo y las actividades siguientes valoran aspectos progresivamente más complejos. El PI se refiere al cumplimiento de dos ítems consecutivos al iniciar la administración en el rango correspondiente a la edad del niño o niña.

Cuando esto no sucede, y el niño o niña no cumple uno de los dos primeros ítems del rango de edad en el que empieza la valoración, deberán observarse los ítems anteriores en orden inverso, hasta que el niño o niña cumpla dos ítems en orden sucesivo.

El punto de corte indica el último ítem que debe ser registrado.

El PC indica el último ítem que se aplicó durante la administración de la EAD – 3. Corresponde al momento de suspender la evaluación cuando el niño o niña no cumple dos ítems consecutivos en cada una de las áreas contempladas en la presente escala

Los criterios anteriores de iniciación y suspensión deben aplicarse para todas y cada una de las áreas de la Escala. El cumplimiento de este requisito es de fundamental importancia para poder analizar el desempeño del niño en comparación con su grupo de referencia.

Haga la sumatoria de todos los círculos marcados con 1. Registre este valor en la parte inferior de la hoja de respuestas frente a: Número de ítems correctos. Paso 2. teniendo en cuenta los ítems anteriores al PI de la evaluación del niño o niña que no se han aplicado pues se presume que, debido al nivel de desarrollo del niño o niña, resultan sencillos. Este valor corresponde a los puntos posibles antes del PI y deben consignarse en la parte inferior de la hoja de respuestas frente a: Total acumulado al inicio.

Paso 3. sumatoria del total de ítems cumplidos y los puntos posibles antes del PI. Registre este valor en la parte inferior de la hoja de respuestas frente a: Total (PD).

HOJA DE RESPUESTAS DE LA ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO EAD - 3

Tipo de identificación		MS	RC	TI	Número de identificación										
Código entidad administradora					Sexo	M	F	Edad	Años	Meses	Días				
Tipo de usuario		Contributivo		Subsidiado	Vinculado		Particular	Desplazado		Otro					
Pertenencia étnica		Indígena		Rom, Gitano	Raizal		Palenquero	Negro, Mulato, Afrocolombiano					Otro		
Pertenencia a grupo poblacional diferencial		Discapacitado		Diagnóstico:			Desplazado	Migrante		Institucionalizado					
				A cargo del ICBF		Victima de violencia armada		Otro grupo poblacional							
Primer apellido del usuario					Segundo apellido del usuario										
Primer nombre del usuario					Segundo nombre del usuario										
Código departamento residencia habitual				Código de municipio residencia habitual				Zona de residencia habitual		Urbana	Rural				

MOTRICIDAD GRUESA			DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA				
Rango de edad	Nº Ítem	Enunciado	1	0	1	0	1	0	1	0
1	1	Realiza reflejo de búsqueda y reflejo de succión.	1	0	1	0	1	0	1	0
	2	El reflejo de moro está presente y es simétrico.	1	0	1	0	1	0	1	0
	3	Mueve sus extremidades.	1	0	1	0	1	0	1	0
2	4	Sostiene la cabeza al levantarlo de los brazos.	1	0	1	0	1	0	1	0
	5	Levanta la cabeza y pecho en prono.	1	0	1	0	1	0	1	0
	6	Gira la cabeza desde la línea media.	1	0	1	0	1	0	1	0
3	7	Control de cabeza sentado con apoyo.	1	0	1	0	1	0	1	0
	8	Se voltea.	1	0	1	0	1	0	1	0
	9	Se mantiene sentado momentáneamente.	1	0	1	0	1	0	1	0
4	10	Se mantiene sentado sin apoyo.	1	0	1	0	1	0	1	0
	11	Adopta la posición de sentado.	1	0	1	0	1	0	1	0
	12	Se arrastra en posición prono.	1	0	1	0	1	0	1	0
5	13	Gatea con desplazamiento cruzado (alternando rodillas y manos).	1	0	1	0	1	0	1	0
	14	Adopta posición bípeda y se sostiene de pie con apoyo.	1	0	1	0	1	0	1	0
	15	Se sostiene de pie sin apoyo.	1	0	1	0	1	0	1	0
6	16	Se pone de pie sin ayuda.	1	0	1	0	1	0	1	0
	17	Da pasos solo(a).	1	0	1	0	1	0	1	0
	18	Camina con desplazamiento cruzado sin ayuda (alternando manos y pies).	1	0	1	0	1	0	1	0

HOJA DE RESPUESTAS DE LA ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO EAD - 3

		MOTRICIDAD GRUESA				
Rango de edad	Nº Ítem	Enunciado	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA
			1 0	1 0	1 0	1 0
7	19	Corre.	1 0	1 0	1 0	1 0
	20	Lanza la pelota.	1 0	1 0	1 0	1 0
	21	Patea la pelota.	1 0	1 0	1 0	1 0
8	22	Salta con los pies juntos.	1 0	1 0	1 0	1 0
	23	Se empina en ambos pies.	1 0	1 0	1 0	1 0
	24	Sube dos escalones sin apoyo.	1 0	1 0	1 0	1 0
9	25	Camina en puntas de pies.	1 0	1 0	1 0	1 0
	26	Se para en un solo pie.	1 0	1 0	1 0	1 0
	27	Baja dos escalones con apoyo mínimo, alternando los pies.	1 0	1 0	1 0	1 0
10	28	Camina sobre una línea recta sin apoyo visual.	1 0	1 0	1 0	1 0
	29	Salta en tres o más ocasiones en un pie.	1 0	1 0	1 0	1 0
	30	Hace rebotar y agarra la pelota.	1 0	1 0	1 0	1 0
11	31	Hace "caballitos" (alternando los pies).	1 0	1 0	1 0	1 0
	32	Salta de lado a lado de una línea con los pies juntos.	1 0	1 0	1 0	1 0
	33	Salta desplazándose con ambos pies.	1 0	1 0	1 0	1 0
12	34	Mantiene el equilibrio en la punta de los pies con los ojos cerrados.	1 0	1 0	1 0	1 0
	35	Realiza saltos alternados en secuencia.	1 0	1 0	1 0	1 0
	36	Realiza alguna actividad de integración motora.	1 0	1 0	1 0	1 0
Total acumulado al inicio						
Número de ítems correctos						
Total (PD)						

DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

Versión 22

HOJA DE RESPUESTAS DE LA ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO EAD - 3

Tipo de identificación		MS	RC	TI	Número de identificación									
Código entidad administradora					Sexo		M	F	Edad		Años		Meses	Días
Tipo de usuario		Contributivo		Subsidiado		Vinculado		Particular		Desplazado		Otro		
Pertenencia étnica		Indígena		Rom, Gitano		Raizal		Palenquero		Negro, Mulato, Afrocolombiano		Otro		
Pertenencia a grupo poblacional diferencial		Discapacitado		Diagnóstico:		Desplazado		Migrante		Institucionalizado				
				A cargo del ICBF		Victima de violencia armada				Otro grupo poblacional				
Primer apellido del usuario									Segundo apellido del usuario					
Primer nombre del usuario									Segundo nombre del usuario					
Código departamento residencia habitual				Código de municipio residencia habitual				Zona de residencia habitual		Urbana		Rural		

MOTRICIDAD FINOADAPTATIVA			DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA
Rango de edad	N° Ítem	Enunciado	1	0	1	0
1	1	Reflejo de prensión palmar.	1	0	1	0
	2	Reacciona ante luz y sonidos.	1	0	1	0
	3	Sigue movimiento horizontal.	1	0	1	0
2	4	Abre y mira sus manos.	1	0	1	0
	5	Sostiene objeto en la mano.	1	0	1	0
	6	Se lleva un objeto a la boca.	1	0	1	0
3	7	Agarra objetos voluntariamente.	1	0	1	0
	8	Retiene un objeto cuando se lo intentan quitar.	1	0	1	0
	9	Pasa objeto de una mano a otra.	1	0	1	0
4	10	Sostiene un objeto en cada mano.	1	0	1	0
	11	Deja caer los objetos intencionalmente.	1	0	1	0
	12	Agarra con pulgar e índice (pinza).	1	0	1	0
5	13	Agarra tercer objeto sin soltar otros.	1	0	1	0
	14	Saca objetos del contenedor.	1	0	1	0
	15	Busca objetos escondidos.	1	0	1	0
6	16	Hace torre de tres cubos.	1	0	1	0
	17	Pasa hojas de un libro.	1	0	1	0
	18	Agarra una cuchara y se la lleva a la boca.	1	0	1	0

HOJA DE RESPUESTAS DE LA ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO EAD - 3

		MOTRICIDAD FINOADAPTATIVA				
Rango de edad	Nº Ítem	Enunciado	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA
			1 0	1 0	1 0	1 0
7	19	Garabatea espontáneamente.	1 0	1 0	1 0	1 0
	20	Quita la tapa del contenedor o frasco de muestra de orina.	1 0	1 0	1 0	1 0
	21	Hace torre de cinco cubos.	1 0	1 0	1 0	1 0
8	22	Ensarta cuentas perforadas con pinza.	1 0	1 0	1 0	1 0
	23	Rasga papel con pinza de ambas manos.	1 0	1 0	1 0	1 0
	24	Copia línea horizontal y vertical.	1 0	1 0	1 0	1 0
9	25	Hace una bola de papel con sus dedos.	1 0	1 0	1 0	1 0
	26	Copia círculo.	1 0	1 0	1 0	1 0
	27	Figura humana rudimentaria.	1 0	1 0	1 0	1 0
10	28	Imita el dibujo de una escalera.	1 0	1 0	1 0	1 0
	29	Corta papel con las tijeras.	1 0	1 0	1 0	1 0
	30	Figura humana 2.	1 0	1 0	1 0	1 0
11	31	Dibuja el lugar en el que vive.	1 0	1 0	1 0	1 0
	32	Modelo de cubos "escalera".	1 0	1 0	1 0	1 0
	33	Copia de un triángulo.	1 0	1 0	1 0	1 0
12	34	Copia de una figura de puntos.	1 0	1 0	1 0	1 0
	35	Puede hacer una figura plegada.	1 0	1 0	1 0	1 0
	36	Ensarta cordón cruzado (cómo amarrarse los zapatos).	1 0	1 0	1 0	1 0
Total acumulado al inicio						
Número de ítems correctos						
Total (PD)						

DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

Versión 22

HOJA DE RESPUESTAS DE LA ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO EAD - 3

Tipo de identificación		MS	RC	TI	Número de identificación											
Código entidad administradora					Sexo	M	F	Edad	Años		Meses	Días				
Tipo de usuario		Contributivo		Subsidiado		Vinculado		Particular		Desplazado		Otro				
Pertenencia étnica		Indígena		Rom, Gitano		Raizal		Palenquero		Negro, Mulato, Afrocolombiano		Otro				
Pertenencia a grupo poblacional diferencial		Discapacitado		Diagnóstico:				Desplazado		Migrante		Institucionalizado				
				A cargo del ICBF		Victima de violencia armada				Otro grupo poblacional						
Primer apellido del usuario								Segundo apellido del usuario								
Primer nombre del usuario								Segundo nombre del usuario								
Código departamento residencia habitual								Código de municipio residencia habitual								
								Zona de residencia habitual				Urbana		Rural		
AUDICIÓN LENGUAJE																
Rango de edad	Nº ítem	Enunciado							1	0	1	0	1	0	1	0
1	1	Se sobresalta con un ruido.							1	0	1	0	1	0	1	0
	2	Contempla momentáneamente a una persona.							1	0	1	0	1	0	1	0
	3	Llora para expresar necesidades.							1	0	1	0	1	0	1	0
2	4	Se tranquiliza con la voz humana.							1	0	1	0	1	0	1	0
	5	Produce sonidos guturales indiferenciados.							1	0	1	0	1	0	1	0
	6	Busca el sonido con la mirada.							1	0	1	0	1	0	1	0
3	7	Busca diferentes sonidos con la mirada.							1	0	1	0	1	0	1	0
	8	Pone atención a la conversación.							1	0	1	0	1	0	1	0
	9	Produce cuatro o más sonidos diferentes.							1	0	1	0	1	0	1	0
4	10	Pronuncia tres o más sílabas.							1	0	1	0	1	0	1	0
	11	Reacciona cuando se le llama por su nombre.							1	0	1	0	1	0	1	0
	12	Reacciona a tres palabras familiares.							1	0	1	0	1	0	1	0
5	13	Reacciona a la palabra no.							1	0	1	0	1	0	1	0
	14	Llama al cuidador.							1	0	1	0	1	0	1	0
	15	Responde a una instrucción sencilla.							1	0	1	0	1	0	1	0
6	16	Aproximación a una palabra con intención comunicativa.							1	0	1	0	1	0	1	0
	17	Reconoce al menos 6 objetos o imágenes.							1	0	1	0	1	0	1	0
	18	Sigue instrucciones de dos pasos.							1	0	1	0	1	0	1	0

HOJA DE RESPUESTAS DE LA ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO EAD - 3

		AUDICIÓN LENGUAJE				
Rango de edad	Nº ítem	Enunciado	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA
			1 0	1 0	1 0	1 0
7	19	Nombra cinco objetos de una imagen.	☐	☐	☐	☐
	20	Utiliza más de 20 palabras.	☐	☐	☐	☐
	21	Usa frase de dos palabras.	☐	☐	☐	☐
8	22	Dice su nombre completo.	☐	☐	☐	☐
	23	Dice frases de 3 palabras.	☐	☐	☐	☐
	24	Reconoce cualidades de los objetos.	☐	☐	☐	☐
9	25	Define por su uso cinco objetos.	☐	☐	☐	☐
	26	Hace comparativos.	☐	☐	☐	☐
	27	Describe el dibujo.	☐	☐	☐	☐
10	28	Reconoce 5 colores.	☐	☐	☐	☐
	29	Responde tres preguntas sobre un relato.	☐	☐	☐	☐
	30	Elabora un relato a partir de una imagen.	☐	☐	☐	☐
11	31	Expresa opiniones.	☐	☐	☐	☐
	32	Repite palabras con pronunciación correcta.	☐	☐	☐	☐
	33	Absurdos visuales.	☐	☐	☐	☐
12	34	Identifica palabras que inician con sonidos parecidos.	☐	☐	☐	☐
	35	Conoce: ayer, hoy y mañana.	☐	☐	☐	☐
	36	Ordena una historia y la relata.	☐	☐	☐	☐
Total acumulado al inicio			☐	☐	☐	☐
Número de ítems correctos			☐	☐	☐	☐
Total (PD)			☐	☐	☐	☐

DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008
Versión 22

HOJA DE RESPUESTAS DE LA ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO EAD - 3

Tipo de identificación		MS	RC	TI	Número de identificación									
Código entidad administradora					Sexo	M	F	Edad	Años	Meses	Días			
Tipo de usuario		Contributivo		Subsidiado	Vinculado		Particular	Desplazado	Otro					
Pertenencia étnica		Indígena		Rom, Gitano	Raizal		Palenquero	Negro, Mulato, Afrocolombiano					Otro	
Pertenencia a grupo poblacional diferencial		Discapacitado		Diagnóstico:			Desplazado	Migrante	Institucionalizado					
				A cargo del ICBF		Víctima de violencia armada		Otro grupo poblacional						
Primer apellido del usuario				Segundo apellido del usuario										
Primer nombre del usuario				Segundo nombre del usuario										
Código departamento residencia habitual				Código de municipio residencia habitual				Zona de residencia habitual		Urbana	Rural			

PERSONAL SOCIAL			DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA
Rango de edad	Nº ítem	Enunciado	1	0	1	0
1	1	Se tranquiliza cuando se toma entre los brazos.	1	0	1	0
	2	Responde a las caricias.	1	0	1	0
	3	El bebé ya está registrado.	1	0	1	0
2	4	Reconoce la voz del cuidador principal.	1	0	1	0
	5	Sonrisa social.	1	0	1	0
	6	Responde a una conversación.	1	0	1	0
3	7	Coge las manos del examinador.	1	0	1	0
	8	Ríe a carcajadas.	1	0	1	0
	9	Busca la continuación del juego.	1	0	1	0
4	10	Reacciona con desconfianza ante el extraño(a).	1	0	1	0
	11	Busca apoyo del cuidador.	1	0	1	0
	12	Reacciona a su imagen en el espejo.	1	0	1	0
5	13	Participa en juegos.	1	0	1	0
	14	Muestra interés o intención en alimentarse solo.	1	0	1	0
	15	Explora el entorno.	1	0	1	0
6	16	Seguimiento de rutinas.	1	0	1	0
	17	Ayuda a desvestirse.	1	0	1	0
	18	Señala 5 partes de su cuerpo.	1	0	1	0

Una vez obtenidas las PD, es necesario hallar las PT (puntuación típica) que les corresponden. Las PT de la EAD – 3 están expresadas en una escala t (Media de 50 y desviación estándar de 10).

Paso 1. Identifique el rango de edad en el que se encuentra el niño o niña, de acuerdo a la edad cumplida en meses y días o edad corregida para el momento de la evaluación, según corresponda.

Paso 2. Transcriba las PD por área (MG para Motricidad Gruesa; MF para Motricidad Finoadaptativa; AL para Audición Lenguaje y PS para Personal Social)

Paso 3. Inicialmente debe elegir la página correspondiente al área de desarrollo que desea transformar. En la fila superior de cada tabla aparecen los rangos de edad y en la primera columna de la izquierda, el valor de las PD. Frente a esta columna aparecen las PT correspondientes a cada una de las PD para cada uno de los rangos de edad. Usted debe encontrar en la columna de la izquierda la PD que recibió el niño o niña y deslizar el dedo hacia la derecha por esa fila hasta localizar la columna correspondiente al rango de edad en el que se encuentra el niño o niña (edad cumplida en meses y días o edad corregida para el momento de la evaluación), allí aparece la PT a la que equivale la PD obtenida.

Paso 4. Haga una X en el espacio en el que corresponde a la PT por área en la gráfica que se encuentra a la derecha, los colores de la gráfica indican el nivel de desarrollo del niño o niñas así: a. Desarrollo esperado para la edad (verde) b. Riesgo de problema en

el desarrollo (amarillo) c. Sospecha de problema en el desarrollo (rojo)

HOJA DE REGISTRO DE PUNTUACIÓN DE LA ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO EAD - 3

[illegible]

HOJA DE REGISTRO DE PUNTUACIÓN DE LA ESCALA ABREVIADA DE DESARROLLO EAD - 3

Rango	Área	PD	PT	0	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	100																																
7	MG			Red																																Yellow																Green																															
	MF			Red																																Yellow																Green																															
	AL			Red																																Yellow																Green																															
	PS			Red																																Yellow																Green																															
8	MG			Red																																Yellow																Green																															
	MF			Red																																Yellow																Green																															
	AL			Red																																Yellow																Green																															
	PS			Red																																Yellow																Green																															
9	MG			Red																																Yellow																Green																															
	MF			Red																																Yellow																Green																															
	AL			Red																																Yellow																Green																															
	PS			Red																																Yellow																Green																															
10	MG			Red																																Yellow																Green																															
	MF			Red																																Yellow																Green																															
	AL			Red																																Yellow																Green																															
	PS			Red																																Yellow																Green																															
11	MG			Red																																Yellow																Green																															
	MF			Red																																Yellow																Green																															
	AL			Red																																Yellow																Green																															
	PS			Red																																Yellow																Green																															
12	MG			Red																																Yellow																Green																															
	MF			Red																																Yellow																Green																															
	AL			Red																																Yellow																Green																															
	PS			Red																																Yellow																Green																															

6.8 RUTA VALORACIÓN INTEGRAL (DETECCIÓN TEMPRANA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA) PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 29 DÍAS A 5 AÑOS, 11 MESES, 29 DÍAS		
Valorar integralmente el estado de salud de niñas y niños de 29 días a 5 años, 11 meses y 29 días	Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	Realizar el seguimiento al proceso de crecimiento y desarrollo
		¿Presenta retraso o desviaciones en el desarrollo?
		¿Presenta alteraciones en el crecimiento?
		¿Presenta alteraciones nutricionales?
		¿Se identifica intersexualidad?
		¿Se identifica riesgos para enfermedades prevalentes de la infancia?
		¿Se identifica factores de riesgo de transmisión materno infantil de VIH y Sífilis, Hepatitis B y C?
	Valorar las prácticas alimentarias	Valorar las prácticas de consumo de alimentos (tipo de alimento, cantidad, calidad, inocuidad y frecuencia).
		Valorar la técnica de la lactancia materna y la alimentación complementaria.
		¿Se identifica factores de riesgo para enfermedades transmitidas por alimentos?
	Fortificación casera con micronutrientes	Fortificación casera con micronutrientes en polvo a partir de los 6 meses hasta los 5 años de edad.
	Suplementación con micronutrientes	Suplementar con hierro, vitamina A, Zinc.
	Desparasitación intestinal	Realizar desparasitación intestinal .
	Valorar la salud bucal	Valorar las estructuras dento-maxilo-faciales y su funcionalidad
		Valorar los hábitos y prácticas de cuidado bucal.
Aplicar flúor de forma tópica		

		Aplicar sellantes
		Realizar profilaxis y remoción de placa bacteriana.
		¿Presenta factores de riesgo o alteraciones que afectan la salud bucal?
	Valorar la salud auditiva y comunicativa	Valorar el estado del oído, audición y comunicación
		¿Presenta factores de riesgo o alteraciones de la salud auditiva y comunicativa?
	Valorar la salud visual	Evaluación y valoración de la función visual y de las estructuras oculares.
		¿Presenta factores de riesgo o alteraciones de la salud visual?
	Valorar la salud mental	Valorar las áreas de ajuste psicosocial (familiar, escolar, social, cognitivo, emocional)
		Valorar los sucesos vitales y su influencia en la salud
		¿Presenta factores de riesgo para trastornos del comportamiento, problemas y trastornos mentales?
		Identificar factores de riesgo para problemas y trastornos mentales.
		Derivación a tramo de problemas y alteraciones mentales
	Valorar la salud sexual	¿Presenta factores de riesgo para conducta suicida?
		¿Presenta factores de riesgo para cualquier tipo de violencia?
		Evaluar la salud sexual y reproductiva
		¿Presenta factores de riesgo que afectan su salud sexual y reproductiva ?
	Vacunar según esquema vigente	Administrar biológicos de acuerdo al esquema vigente en el país.
	Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral	Caracterizar la estructura y dinámica familiar
		¿Se identifican factores de riesgo o alteraciones de la dinámica y estructura familiar, que repercutan en el estado de salud?
	Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y	Caracterizar y promover redes de apoyo social y comunitarias para el cuidado y desarrollo de niños y niñas
		Caracterizar el contexto social e identificar factores de vulnerabilidad

comunitarias

¿Se identifican factores de riesgo del contexto social, que repercutan en el estado de salud?



Educación para la salud niñas y niños sus familias y cuidadores	Promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud	Educación en pautas de cuidado y crianza positivas
		Educación para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable.
		Promover prácticas que favorezcan el sueño seguro de las niñas y niños menores de un año
		Promover hábitos de higiene corporal
		Educación para la protección de los efectos nocivos del cambio climático (Protección solar, consumo de líquidos, disminución de exposición a rayos UV)
		Promover hábitos y prácticas de cuidado bucal
		Educación para mantener la salud auditiva y comunicativa
		Educación para mantener la salud y ergonomía visual y postural
		Promover actividades y estrategias que fortalezcan las capacidades cognitivas.
		Educación en la importancia del juego, la recreación y el ocio y sus beneficios en el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial.
		Promover la práctica regular del juego y la recreación grupal, como mecanismo de socialización y comunicación.
		Promover la actividad física y el deporte, acorde a la condición física, psicológica y social.
		Promover pautas de higiene del sueño

6.9 Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo y organizaciones internacionales que busca lograr coberturas universales de vacunación con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles.

El PAI tiene dos ejes de acción fundamentales:

- La vacunación para lograr coberturas útiles en todos los biológicos.
- La vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles.

Objetivo:

Disminuir la morbilidad y mortalidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles.

Metas del PAI

- Mantener la certificación de erradicación del virus de la polio.
- Erradicar el sarampión.
- Eliminar la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita.

- Eliminar el tétanos neonatal de los municipios en alto, mediano y bajo riesgo.
- Controlar las demás patologías objeto de intervención dentro del Programa.

Compromisos mundiales asumidos por Colombia

- Consolidar la certificación de "erradicación de Poliomieltitis".
- Erradicar el Sarampión en el año 2000.
- Eliminar la Rubéola y el Sind de Rubéola Congénita (SRC).
- Eliminar el tétanos neonatal
- Controlar la Hepatitis B.
- Controlar las otras enfermedades inmunoprevenibles como Tosferina, Difteria, tuberculosis y Parotiditis.

Esquema de Vacunación para Colombia

 REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN 			
EDAD	VACUNA		ENFERMEDAD QUE PREVIENE
Recién nacido	Tuberculosis (BCG)		Meningitis tuberculosa
	Hepatitis B		Hepatitis B
A los 2 meses	PENTAVA-LENTE	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Difteria - Tos ferina - Tétanos
		<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
		Hepatitis B	Hepatitis B
	Polio		Poliomielitis
	Rotavirus		Diarrea por Rotavirus
	Neumococo		Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia
A los 4 meses	PENTAVA-LENTE	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Difteria - Tos ferina - Tétanos
		<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
		Hepatitis B	Hepatitis B
	Polio		Poliomielitis
	Rotavirus		Diarrea por Rotavirus
	Neumococo		Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia
A los 6 meses	PENTAVA-LENTE	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Difteria - Tos ferina - Tétanos
		<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib)	Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
		Hepatitis B	Hepatitis B
	Polio		Poliomielitis
	Influenza estacional		Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
	Influenza estacional*		Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
A los 12 meses	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)		Sarampión - Rubeola - Paperas
	Varicela		Varicela
	Neumococo		Neumonía, otitis, meningitis y bacteremia
	Hepatitis A		Hepatitis A
A los 18 meses	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)		Difteria - Tos ferina - Tétanos
	Polio		Poliomielitis
	Fiebre amarilla (FA)		Fiebre amarilla

EDAD	VACUNA	DOSIS	ENFERMEDAD QUE PREVIENE
A los 5 años	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Segundo refuerzo	Difteria - Tos ferina - Tétanos
	Polio	Segundo refuerzo	Poliomielitis
	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)	Refuerzo	Sarampión - Rubeola - Paperas
Niñas escolarizadas de cuarto grado de básica primaria y no escolarizadas que hayan cumplido 9 años	Virus del Papiloma Humano (VPH)	Primera: Fecha elegida Segunda: 6 meses después de la primera dosis Tercera: 60 meses después de la primera dosis	Cáncer de cuello uterino
Mujeres en edad fértil (MEF) entre los 10 y 49 años	Toxoide tetánico y diftérico del adulto (Td)**	5 dosis: Td1: dosis inicial Td2: al mes de Td1 Td3: a los 6 meses de Td2 Td4: al año de la Td3 Td5: al año de la Td4 Refuerzo: cada diez años	Difteria - Tétanos - Tétanos neonatal
Gestantes	Influenza estacional	Una dosis a partir de la semana 14 de gestación	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
	Tdap (Tétanos - Difteria - Tos ferina Acelular)	Dosis única a partir de la semana 26 de gestación en cada embarazo	Tétanos neonatal - Difteria - Tos ferina al recién nacido

* Aplicar una dosis de refuerzo de influenza estacional entre los 12 y 23 meses de edad.

** De acuerdo al antecedente vacunal

NIÑOS Y NIÑAS CON ESQUEMA TARDÍO DE VACUNACIÓN

Entre 12 a 23 meses sin antecedente vacunal:

- 1 dosis de BCG si pertenece a población indígena o rural dispersa.
 - 3 dosis de Polio con intervalo de 4 semanas.
 - 1 dosis de pentavalente.
- Se completa con:
- 2 dosis de DPT con intervalo de 4 semanas.
 - 2 dosis de Hepatitis B con intervalo de 4 semanas.
 - 1 dosis de triple viral.
 - 1 dosis de fiebre amarilla
 - 1 dosis de hepatitis A
 - 2 dosis de neumococo con un intervalo de 2 meses.
 - 1 dosis de varicela (si nació a partir del 1ro de julio de 2014)

Niños con esquema de vacunación incompleto:

Revisar, continuar y completar el esquema según sea el caso.

Entre 2 a 5 años sin antecedente vacunal:

- 1 dosis de BCG si pertenece a población indígena o rural dispersa.
- 3 dosis de Polio con intervalo de 4 semanas.
- 3 dosis de DPT con intervalo de 4 semanas. Completar esquema con los 2 refuerzos respectivos con DPT o Td pediátrico según sea el caso.
- 3 dosis de Hepatitis B con intervalo de 4 semanas.
- 1 dosis de SRP y el refuerzo a los 5 años de edad (mínimo un año entre dosis y refuerzo).
- 1 dosis de fiebre amarilla.
- 1 dosis de hepatitis A (si nació a partir del 1ro de enero del 2012)
- 1 dosis de neumococo.
- 1 dosis de varicela (si nació a partir del 1ro de julio del 2014).

Niños con esquema de vacunación incompleto:

Revisar, continuar y completar el esquema según sea el caso.

Actualizado a Enero 2016

DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

Versión 22

ENFERMEDAD	VACUNA	DOSIS	No. DE DOSIS	EDAD	INTERVALO	VIA Y SITIO DE APLICACION	REFUERZOS
Tuberculosis	Antituberculosa BCG	0.05 a 0.1 ml. según casa productora	1	Menores de un año	No tiene	Intradérmica región supra escapular izquierda	No tiene
Poliomielitis	Antipoliomielítica VOP	2 gotas		2,4,6 meses	Cuatro semanas	Oral	18 meses y 5 años
Hepatitis tipo B	Antihepatitis B	1 ml.	3	Recién nacido 2 y 6 meses	Mínimo 4 semanas	Intramuscular región antero lateral del muslo	No tiene
Difteria, Tosferina y Tétanos	DPT	0.5 a 1 ml. según casa productora	3	2, 4 y 6 meses	Mínimo 4 semanas	Intramuscular profunda glúteo o muslo	18 meses y 5 años
Sarampión, rubéola, paperas y rubéola congénita	Triple Viral (SRP)	0.5 ml.	1	Un Año	No tiene	Subcutánea brazo	10 años, MEF en Post-parto y Post-aborto
Tétanos neonatal y difteria	Toxoide tetánico/dif térico TT o Td	0.5 ml.	5	MEF (10 A 49 años)	1a. dosis Inicial. 2a. dosis a las 4 semanas de la 1a. 3a. dosis a los 6 meses de la 2a.	Intramuscular brazo/glúteo	Una al Embarazo

DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

Versión 22

4a. dosis al año de la 3a. 5a. dosis al año de la 4a.								
Neumonías y Meningitis por Haemophilus Influenzae tipo B	Contra Haemophilus Influenzae Tipo B Hib	0.5 ml.	3	2, 4 y 6 meses	Mínimo 4 semanas	Intramuscular glúteo	No requiere	
Fiebre Amarilla	Antiamarílica	0.5 ml.	1	18 meses. Viajeros de zonas endémicas.	Dosis Única	Subcutánea brazo	18 meses	Cada 10 años
Varicela	Contra la varicela	0.7 ml	1	12 meses	Dosis Unica	Deltoides	NA	

Nota: Desde octubre de 2008 se estableció en Bogotá la administración del Neumococo a los 2, 4 y 12 meses de forma gratuita.

Carnet de Vacunación

Tiene por objeto el proveer a la persona vacunada, a los padres de familia y al personal de salud de un instrumento con la información específica sobre vacunas recibidas, fechas de aplicación, fechas para el cumplimiento de las próximas citas y como mecanismo para certificar el estado vacunal en colegios, guarderías, aeropuertos, entre otros, con el fin de cumplir con las normas establecidas y garantizar el cubrimiento del 100% de la población objeto del plan de vacunación del país. Es un documento muy importante para el usuario, su uso es obligatorio y por lo tanto debe orientarse para que sea guardado y presentado en cada visita a las instituciones de salud. El carné permite el registro de las vacunas aplicadas según el esquema de vacunación establecido para el grupo determinado, además de los lotes de cada vacuna y la persona que realizó la vacunación.

[illegible]

Nombre: _____

Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación			Laboratorio	Número de lote	Ips vacunadora	Fecha próxima cita			Nombre del Vacunador
			Día	Mes	Año				Día	Mes	Año	
Recién nacido	Tuberculosis B.C.G	Única										
	Hepatitis B	Recién Nacido										
2 Meses	Polio (Oral - IM)	1ra										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenzae Tipo b y Difteria - Tosferina - Tetano (DPT)	1ra										
	Rotavirus	1ra										
	Neumococo	1ra										
	Polio (Oral - IM)	2da										
4 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenzae Tipo b y Difteria - Tosferina - Tetano (DPT)	2da										
	Rotavirus	2da										
	Neumococo	2da										
	Polio (Oral - IM)	3ra										
6 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenzae Tipo b y Difteria - Tosferina - Tetano (DPT)	3ra										
	Influenza	1ra										
7 Meses	Influenza	2da										
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ra										
	Fiebre Amarilla	1ra										
	Neumococo	Refuerzo										
	Influenza	Anual										
	Hepatitis A	ÚNICA										
18 Meses	Difteria - Tosferina Tetano (DPT)	1er Refuerzo										
	Polio (Oral - IM)	1er Refuerzo										
5 Años	Polio (Oral - IM)	2do Refuerzo										
	Difteria - Tosferina Tetano (DPT)	2do Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo										
Vacunas complementarias y otras dosis												

Vacuna BCG (Antituberculosa)

Pertenece al grupo de las vacunas vivas, derivada de una cepa de *Mycobacterium bovis*, la cual fue atenuada por Calmette y Guérin en el Instituto Pasteur en Lille, Francia; siendo aplicada por primera vez en humanos en 1921.

Hay varias vacunas disponibles actualmente, todas ellas derivadas de la cepa original; las cuales tienen características diferentes en cuanto a crecimiento en cultivo y capacidad para generar respuesta ante la tuberculina. Estas diferencias pueden deberse a cambios genéticos resultantes en el tiempo y a las diferentes técnicas de producción. Se presenta en forma liofilizada. Una vez reconstituida deberá ser aplicada dentro de las primeras 6 – 8 horas. La aplicación de la BCG produce además generalmente la aparición de una cicatriz permanente en el sitio de la aplicación.

La eficacia reportada de la vacuna, varía ampliamente dependiendo de los métodos y rutas de administración, así como de las características demográficas de la población vacunada. La efectividad de la vacuna para las formas graves (TBC miliar y meníngea) en niños varía entre el 60 y el 80%; y la efectividad global de la BCG es cercana al 50% para tuberculosis pulmonar.

Dada la incidencia de la enfermedad en nuestro país, se indica la aplicación de la vacuna de forma ideal al momento del nacimiento (en dosis única) ó a cualquier edad, sin necesidad de aplicar prueba de tuberculina previa.

Vacuna contra la Poliomieltis

Se encuentran disponibles dos vacunas de poliomieltis: una para administración oral – VOP (tipo Sabin) y otra para administración parenteral – VPI (tipo Salk).

Como resultado de la vacunación de polio se ha logrado control de esta enfermedad alrededor del mundo. En 1988 la organización mundial de la salud planteó como meta la erradicación de polio para el año 2000. El último caso de poliomieltis salvaje en el hemisferio occidental ocurrió en Agosto de 1991 en Perú, siendo el último reportado en Colombia en Mayo del mismo año. En Septiembre de 1994 la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomieltis confirmó la erradicación de la poliomieltis de las Américas.

La vacuna oral de poliovirus (VOP o tipo Sabin) es una vacuna preparada con tres cepas de virus vivos atenuados de polio, causantes de la enfermedad. Cada dosis contiene poliovirus tipo 1, 2 y 3 en una proporción, respectivamente, y contiene trazos de neomicina B (7 microgramos), estreptomina o polimixina. Se presenta en frascos goteros de 10 a 25 dosis. Tiene la capacidad de provocar una respuesta inmunitaria en el intestino donde se produce principalmente la multiplicación del

virus salvaje de poliomielitis, simulando el proceso natural de la infección. Estimula la producción de anticuerpos secretorios Ig A y circulantes Ig G.

La vacuna se administra oralmente, infectando la mucosa del tracto gastrointestinal permitiendo que los virus vacunales se excreten por las heces durante varias semanas; el virus pasa también a los ganglios linfáticos y a la circulación sanguínea en la mayoría de los vacunados. Lo anterior determina que la inmunización se pueda obtener de tres formas: Inducción de producción de anticuerpos séricos, inducción de respuesta inmune local – producción de Ig A en mucosa intestinal y por inmunidad de rebaño, que es la posibilidad de que un niño no vacunado adquiera protección contra la enfermedad al entrar en contacto con el virus vacunal excretado al ambiente por niños que han sido vacunados. No obstante, los tres poliovirus muestran diferencias en su inmunogenicidad y en la estabilidad de su atenuación siendo el tipo 3 más termolábil por lo que induce anticuerpos de menor duración.

En términos de contraindicaciones se tiene que:

En personas inmunocomprometidas no vacunadas se contraindica el uso de la vacuna de polio oral, así mismo se contraindica en pacientes sanos convivientes con pacientes inmunocomprometidos. En estos casos se indica el uso exclusivo de la vacuna de virus inactivado.

Niños con diarrea leve o moderada deben recibir la vacuna sin que sea necesario repetir la dosis; niños con diarrea severa o vómito deben recibir la vacuna pero ante el riesgo de que esta se elimine sin que se produzca la respuesta inmunitaria, no se registra la dosis administrada y se da nueva cita para repetir la dosis hasta asegurar la protección adecuada.

Indicaciones para aplicación de vacuna inactivada de Polio:

Niños menores de un año con compromiso inmunológico severo, no relacionado con VIH o convivientes con: Patologías congénitas como hipogammaglobulinemia o agammaglobulinemia. Neoplasias como enfermedad de Hodgkin, Leucemia, Cáncer. Tratamiento con agentes alquilantes, antimetabolitos, radiación o grandes dosis de corticoesteroides.

Niños menores de un año con infección VIH o convivientes de personas viviendo con VIH o SIDA. Recuerde que el paciente con SIDA es el paciente VIH positivo que presenta síntomas debidos a la inmunodeficiencia generada por la infección retroviral.

Niños menores de un año con condiciones que causan déficit inmune como esplenectomía, asplenia o falla renal.

Composición y Vía de Aplicación de la Vacuna Pentavalente

Colombia utiliza desde 2001 la vacuna pentavalente la cual incluye las vacunas contra

Difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y contra Haemophilus influenzae tipo b.

Esta vacuna está constituida por un frasco que contiene DPT celular y Hepatitis B (Tritanrix-HB) cuya presentación es en forma líquida y se utiliza como diluyente del frasco con la vacuna contra Haemophilus tipo B (Hiberix) cuya presentación es polvo liofilizado.

Una vez reconstituida la vacuna se aplica en el tercio medio cara lateral externa del muslo por vía intramuscular profunda. La vacuna pentavalente requiere tres dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad.

La aplicación de las tres dosis de la vacuna protege al niño de las siguientes enfermedades:

Difteria

Tétanos

Tosferina

Hepatitis B

Infecciones causadas por la bacteria Haemophilus Influenzae tipo B (meningitis, neumonía y otitis)

La vacuna pentavalente puede producir los mismos efectos secundarios que las vacunas en presentación individual utilizadas con el esquema de vacunación anterior es decir:

Dolor y enrojecimiento en el sitio de aplicación, fiebre, irritabilidad.

Malestar general

Estos efectos son normales sin embargo en raras ocasiones se puede presentar convulsiones o llanto incontrolable por más de cuatro horas, estos efectos requieren valoración médica si ocurren.

Vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis (Triple Viral)

Es una vacuna liofilizada, con virus vivos atenuados de sarampión, rubéola y parotiditis, obtenidos en cultivos de células de embrión de pollo, a la que se agregan azúcares hipertónicos y gelatina como estabilizadores, contiene además antibióticos como la neomicina o kanamicina. Se presenta en frascos de una o diez dosis.

La vacuna de sarampión, rubéola y parotiditis – SRP - tiene una eficacia del 95% contra el sarampión y parotiditis y 98% para la rubéola aplicada a los 12 meses de edad, por lo que se espera un alto grado de inmunización en la población vacunada. Anteriormente solo se utilizaba la vacuna antisarampionosa, pero a partir de 1995 se incorporó al esquema regular la SRP, dando inicio al Plan de Control de la Rubéola

Congénita y de la Parotiditis y manteniendo así el plan de erradicación del Sarampión.

Se calcula que aproximadamente un 5% de los pacientes vacunados no desarrollan anticuerpos contra sarampión, de allí que se prefiera la aplicación de una segunda dosis a los 5 años.

Vacuna contra el Rotavirus

Vacuna monovalente de virus vivos atenuados humanos, que semeja la infección natural, sin causar la enfermedad, asegurando una respuesta inmune protectora. Está indicada para la inmunización activa de lactantes contra gastroenteritis causada por rotavirus. Se ha demostrado protección cruzada contra el serotipo g1 y los serotipos no g1. La vacuna confiere protección de más del 70% de nuevos episodios de diarrea y de cerca del 100% de cuadros de diarrea grave, producidos por el rotavirus es una vacuna liofilizada para uso oral, exclusivamente.

Cadena de Frío

Se entiende por Cadena de Frío el conjunto de normas, actividades y procedimientos que aseguran la correcta conservación de los inmunobiológicos durante su transporte, manejo y distribución, desde el laboratorio que las produce hasta que son aplicadas a la población. El correcto funcionamiento de la cadena de frío puede marcar la diferencia entre vacunar a la población con vacunas efectivas o completamente inútiles, esta diferencia como puede verse significa miles de vidas.

Refrigerador – Nevera

Para el funcionamiento eficiente del refrigerador debe asegurarse la instalación en un ambiente fresco y bien ventilado, a la sombra y alejado de toda fuente de calor, separada de la pared a 15 centímetros de distancia y sobre una base debidamente nivelada.

Control de la Temperatura: Mantener en el espacio central de la nevera un termómetro específico para red de frío. Verificar diariamente, mañana y tarde, la temperatura y registrarla en el formulario respectivo

Mantenimiento del Refrigerador / nevera: La limpieza y aseo de la refrigeradora se debe efectuar cada mes.

Importancia de la cadena de frío en el transporte del biológico

- Se debe tener en cuenta: Laboratorio Productor-Aeropuerto-Almacén Central-Centro de Salud-Vacunadores-Usuarios
- Talento Humano
- Recurso Técnico

- Recurso Financiero

Equipos

- Cámara Frigorífico
- Congeladores
- Refrigeradores de pared de hielo
- Refrigerador nevera caja térmica

Norma Técnica Administrativa y Operativa de la Cadena de Frio

- Ubicación
- Limpieza
- Mantenimiento Preventivo del Refrigerador
- Flujo de aire

Control de la Temperatura

- Es fundamental en la conservación los inmunológicos deben comprobarse a mañana y tarde que la temperatura sea entre 2º C y Tº C.
- Análisis de temperaturas registradas
- Al terminar cada mes, se recomienda efectuar un análisis de las temperaturas registradas, esto permite determinar el tiempo y las condiciones de Tº a lo que han estado expuestas los inmunológico

7. PROCESO DE APRENDIZAJE BRINDAR AL NIÑO LOS CUIDADOS PARA CADA PATOLOGÍA DE MANEJO EN CASA Y SUS NECESIDADES ESPECIALES TOMANDO EN CUENTA SUS CONDICIONES PARTICULARES, PROTOCOLOS INSTITUCIONALES, IDENTIFICANDO CUALQUIER ALTERACIÓN EN EL, SIENDO REGISTRADO E INFORMADO.

3.12 Estrategia Institucional Amigos de la Familia Gestante y de la Infancia IAFI

Se define como el proceso que permite inducir un modelo de atención frente a las acciones de promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, prevención y atención de la enfermedad dirigidas a las mujeres gestantes, madres de niños y/o niñas lactantes, los niños hasta los cinco (5) años de edad y sus respectivas familias y/o cuidadores, desarrollados por las instituciones de salud que contribuya a largo plazo en la disminución de la morbilidad más frecuente de la población.

Objetivos

- Promover amigabilidad, oportunidad, calidad, calidez, integralidad y efectividad en las acciones dirigidas al abordaje de las problemáticas prioritarias en salud pública para la población materna infantil.
- Inducir un modelo de atención con altos estándares de calidad para la atención de familias, mujeres gestantes, lactantes y los niños.
- Favorecer el desarrollo de los programas vinculados a la IAFI como mecanismo para contribuir al mejoramiento de la situación de salud y nutrición de la población materna infantil.
- Contribuir a la articulación de los programas dirigidos a la población materna infantil para fortalecer la atención integral de esta población e incidir en la disminución de su morbilidad más frecuente.
- Lograr la optimización de las intervenciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud, dirigidas a las familias gestantes y de la infancia, que contribuyan en el largo plazo a la disminución de su morbilidad y mortalidad

Finalidad

- Promover en las instituciones prestadoras de servicios un modelo de atención materno e infantil en entornos amigables con calidad y calidez.

Población

- Mujeres y familias gestantes, madres lactantes, niños y niñas hasta de cinco (5) años y sus familias y/o cuidadores.

EJES, descritos en el marco de la estrategia

- Amigabilidad de la institución prestadora y su personal:
- La integralidad como enfoque.
- La calidad como estrategia.
- La calidez como principio orientador.

Componente en la gestante

- Control prenatal.
- Norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo.
- Suministro de micronutrientes.
- Salud sexual y reproductiva.
- Infecciones de transmisión sexual.

Componente de la infancia

- Control de crecimiento y desarrollo.
- Lactancia materna.
- Vacunación.
- ERA – EDA – Dolor de oído y garganta, fiebre.
- Anemia - Desnutrición – Buen trato.
- Enfermedades infectocontagiosas

Componentes

Proceso de evaluación

- Diligenciar instrumento de semaforización que evalúa el cumplimiento de las estrategias.
- Si el ejercicio no tiene más de 90% de cumplimiento, hacer plan de mejoramiento.
- Envío de solicitud de visita por parte del gerente, anexando formulario de (datos básicos de la institución).
- Coordinación de visita de evaluadores externos.
- Ejecución de la visita: reunión previa con el gerente, todo el equipo de trabajo y diligenciamiento de formularios de evaluación.
- Análisis de resultado de la visita en comité distrital de IAFI, SDS, OPS UNICEF.
- Acreditación

Estrategia IAFI de bienestar

- Busca la optimización de las intervenciones con el fin de contribuir con la captación temprana y canalización efectiva a los servicios de salud y a largo plazo a la disminución de la enfermedad y mortalidad.

3.13 Atención Integral A Las Enfermedades Prevalentes En La Infancia (AIEPI)

Durante los primeros años de la década de los 90, OMS y UNICEF trabajaron en conjunto para diseñar una estrategia que integre todas las intervenciones de prevención, tratamiento y de promoción de la salud que puedan contribuir a reducir la mortalidad y morbilidad en la niñez y a fomentar mejores condiciones para la salud y el desarrollo de los niños y niñas durante los primeros cinco años de edad: AIEP.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia que combate las principales causas de muerte en la niñez, a través de la prevención y del tratamiento mejorando las habilidades del personal de salud, los sistemas de salud y las prácticas de la familia y la comunidad.

La estrategia de AIEPI- es la intervención de mayor impacto que permite mejorar las condiciones de salud de los niños menores de 5 años, en particular, y reducir la carga de enfermedad general en la población; su diseño incluye acciones de detección precoz y tratamiento apropiado así como intervenciones de prevención y de promoción de la salud. Integra la evaluación sistemática y atención de los problemas de salud que afectan al niño, con medidas preventivas y de promoción de la salud que contribuyen a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población respecto al cuidado del niño en el hogar

Esta estrategia permite al personal de salud: identificar, evaluar, clasificar y tratar la mayoría de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños menores de cinco años; efectuándose una evaluación más completa de su estado de salud. La estrategia AIEPI contempla una secuencia ordenada de pasos que permiten al personal de salud evaluar, clasificar y tratar diferentes problemas de salud que el niño puede

presentar y que habitualmente no son detectados, al focalizar la atención solo en el motivo de consulta expresado por los padres. Incorpora elementos de los programas de control de enfermedades diarreicas, e infecciones respiratorias agudas, así como los programas de control de malaria, nutrición, vacunación, promoción del buen trato, hábitos de higiene y evaluación del desarrollo entre otros.

La estrategia beneficia también al niño que acude al control de crecimiento y desarrollo, ya sea el motivo por morbilidad o atención del niño sano, se pretende que en primer lugar se busque activamente signos que podrían agravarse rápidamente si no son detectados oportunamente y además sistematizar la evaluación de aspectos preventivos promocionales para brindar una atención más completa de la que actualmente se ofrece.

Misión

- Orientar el diagnóstico y toma de decisiones con relación a los problemas que afectan la salud del niño, así como orientar los cuidados que deben recibir en el hogar, incluyendo prevención de las enfermedades a través de la promoción de los factores protectores como son: vacunación, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y una adecuada alimentación complementaria, pretendiendo reducir los factores de riesgo de estas enfermedades y sus complicaciones.

Visión

- Motivar la participación de la comunidad en el cuidado y protección de la salud del niño a través de la educación para la salud que permita mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres y/o cuidadores con relación de la atención del niño en el hogar.

Componentes

La estrategia Atención Integrada a la Enfermedades Prevalentes de la Infancia se operacionaliza a través de tres componentes:

- **Mejoramiento del Desempeño del Personal de Salud**, para brindar una atención de calidad menores de cinco años y sus familias.
- **Mejoramiento de los sistemas y servicios de salud**, se propone mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para garantizar la adecuada prestación de servicios integrales a la niñez.
- **Mejoramiento de las Prácticas Familiares y Comunitarias** incluye las intervenciones que se hacen desde el servicio de salud, cuando se atiende a la madre y al niño, para mejorar los conocimientos y las prácticas para el cuidado y atención de las madres las niñas y niños en el hogar. Con la incorporación de este componente se pretende abrir las puertas de los servicios de salud para

extender las acciones a la comunidad, en relación con la prevención y control de las enfermedades, y a la promoción de hábitos de vida saludables que beneficien al niño y sus familias.

Objetivos

- Reducir la mortalidad por enfermedades prevalentes en los niños menores de 5 años, específicamente las muertes producidas por EDA, ERA, DNT, malaria e inmunoprevenibles.
- Reducir la morbilidad por estas enfermedades.
- Garantizar una adecuada calidad en la atención de los niños menores de 5 años en los servicios de salud como en el hogar.
- Fortalece aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la niñez en la atención de los servicios de salud y en la dinámica familiar, comunitaria y local.
- Apoya los esfuerzos dirigidos a fortalecer el desarrollo local para la atención de la salud mejorando las actitudes, habilidades y destrezas en la familia, la comunidad y los sectores para el cuidado de los menores de 5 años y la protección del ambiente.

Características

La Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) está basada en un enfoque que considera que el acceso a una buena atención para el niño es un derecho, que se caracteriza por las siguientes condiciones:

- Aborda los principales problemas de salud del niño: El enfoque está dirigido a evaluar en forma sistemática en la atención de todos los niños, las causas más importantes de mortalidad, morbilidad, los antecedentes de vacunación, los problemas de alimentación, lactancia materna, desarrollo, afecto entre otros.
- Asegura la identificación precoz, de todos los niños gravemente enfermos, con enfoque de riesgo.
- Responde a la demanda actual de atención de la población: 3 de cada 4 niños que acuden diariamente a hospitales, centros de salud y proveedores de atención de salud, tienen una de las cinco enfermedades a cuyo control está dirigida la estrategia.
- Promueve la aplicación de acciones de promoción y de prevención como condición necesaria para propiciar salud integral a la niñez, posicionando a la familia y a la comunidad como actores principales en el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños y niñas.
- Es eficaz en función del costo y su disminución. El Banco Mundial clasificó AIEPI entre las 10 intervenciones más eficaces en función del costo para los países de ingresos bajos y medianos.

- Mejora la equidad. La estrategia AIEPI asegura una atención de calidad en el primer nivel de atención a través de la incorporación de medidas preventivas y curativas sencillas que protegen al niño de la muerte por neumonía, diarrea, sarampión, malaria y desnutrición, disminuyendo de esta manera la inequidad en la atención de salud.
- Refuerza el concepto de integralidad. Modifica la atención del niño, ya que su abordaje se hace desde su condición de salud y no solo por la enfermedad que pueda presentar.
- Fortalece la capacidad de planificación y resolución del primer nivel de atención, poniendo a disposición del personal de salud y de los agentes comunitarios de salud, las herramientas para la resolución adecuada de los problemas más frecuentes que afectan la salud del niño, y son motivo de consulta.
- Fortalece la participación de la comunidad en el cuidado, protección y promoción de la salud del niño. La educación para la salud, la comunicación y la información permiten conocer, intercambiar y/o mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres, maestros y otras personas encargadas de su atención en el hogar y en la comunidad.
- Posee ámbitos de aplicación en el servicio de salud y en la comunidad. Enfatiza en el servicio de salud el manejo de casos y en la comunidad la promoción, prevención y factores protectores

Principios:

Integralidad: Entender y atender al niño como un ser con cuerpo, mente, espíritu y sentimientos, que depende de la familia, la sociedad y la comunidad para desarrollarse. Evaluar la integralidad del niño, para no pasar por alto problemas o enfermedades que deben ser atendidos en conjunto.

Coordinación Intersectorial

Empleo,

Alimentación

Vivienda proceso de salud enfermedad

Infraestructura sanitaria

Cultura educación

Transporte

Infraestructura Social acceso a servicios de salud

Poder adquisitivo

- Trabajo en Equipo: Permite explorar diferentes formas de intervención de cada uno de los sectores presentes en la localidad para trabajar juntos en el desarrollo de espacios de protección de la salud en los que la interdisciplinariedad de paso a la construcción colectiva.
- Participación Social: Favorece la creación de espacios organizados de participación activa, es el conjunto de decisiones tomadas consciente e

intencionalmente a partir o como resultado de un proceso enseñanza – aprendizaje. Busca fortalecer o cambiar comportamientos en pro de la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

Proceso de atención integrada

- Entrevista y comunicación
- Evaluación
- Clasificación (código de colores)
- Identificación del tratamiento.
- Proporcionar tratamiento, medicamentos, alimentación y control.
- Evaluar alimentación, conserjería.
- Atención de seguimiento

Instrumentos necesarios

- Cuadro de procedimientos
- Tarjeta para la madre

Libro de curso clínico

Rejillas nutricionales

Escala abreviada desarrollo.

Carne salud infantil

Rota-folios educativos.

Cuadro de procedimientos

Tratamiento a la madre durante el embarazo.

Tratamiento al recién nacido.

Tratamiento al lactante menor de 2 meses.

Tratamiento del niño entre dos meses y 5 años.

Las intervenciones de la estrategia AIEPI en el hogar son:

Educar a la madre y otros responsables del cuidado, del niño o niña.

Enseñar los signos generales de peligro para la búsqueda oportuna de atención.

Manejo precoz de los casos.

Búsqueda apropiada de atención

Brindar atención de seguimiento para controlar la evolución del niño o niña a partir del tratamiento indicado, o de las recomendaciones para su cuidado.

Componente Comunitario AIEPI

Esta estrategia parte de la premisa de que las familias y las comunidades tienen la responsabilidad de proveer atención a sus niños, y en la mayoría de casos ellos no

han sido efectivamente involucrados o consultados en el desarrollo e implementación de programas dirigidos a la salud, la nutrición, el crecimiento y el desarrollo de la niñez. Considerando que el éxito en

la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil requiere de la participación activa de las comunidades, y del trabajo conjunto con los trabajadores de salud y de las familias con el apoyo de su comunidad, entonces estas necesitan ser fortalecidas con conocimientos y habilidades relacionadas con la salud y el desarrollo del niño.

El componente comunitario y familiar del AIEPI busca iniciar, reforzar y sostener las prácticas familiares que son importantes para la supervivencia infantil,

Crecimiento y desarrollo dentro del marco de desarrollo comunitario. Con este fin las comunidades necesitan ser movilizadas y motivadas.

La vida de los niños es patrimonio común de la sociedad y, por tanto, debe ser protegida por todas y todos, más si las causas del problema son manejables en la familia y la comunidad. El componente comunitario propone que las familias incorporen prácticas saludables para el desarrollo seguro del niño protegiendo su crecimiento sano, previniendo para que no se enfermen, dando cuidados adecuados en el hogar cuando están enfermos, detectando oportunamente signos que manifiestan que requieren tratamiento inmediato para buscar ayuda.

En consecuencia el componente comunitario de la estrategia AIEPI pretende promover 18 comportamientos esenciales para el desarrollo físico y mental (lactancia materna, alimentación complementaria, micronutrientes, desarrollo mental y social), para la prevención de enfermedades (vacunación, higiene, protección contra malaria, VIH/SIDA), para asegurar la atención adecuada en el hogar (alimentación durante enfermedades, tratamiento en el hogar, accidentes, abuso, participación del hombre), y búsqueda de ayuda fuera del hogar (identificación de enfermedades, uso de servicios adecuados, referencia y uso de medicamentos

Prácticas en AIEPI Comunitario

Práctica 1: Fomentar la lactancia materna exclusiva: A los niños hay que alimentarlos con leche materna hasta los seis meses de edad.

Práctica 2: Alimentación complementaria después de los seis meses de edad: A partir de los seis meses a los niños hay que darles, además de la leche materna, alimentos frescos de calidad y en cantidad suficiente de acuerdo con su edad.

Práctica 3: Consumo de micronutrientes: Los micronutrientes, sobre todo Vitamina A, Hierro y Zinc, se encuentran en cierto tipo de alimentos que se les deben dar a los niños o dárselos como suplemento, es decir, además de sus alimentos.

Práctica 4: Afecto, cariño y estimulación temprana: Hay que darles mucho cariño y ayudarlos a progresar, atender sus necesidades, conversar y jugar con ellos.

Práctica 5: Hay que vacunar a todos los niños: Hay que llevarlos al establecimiento de salud para que reciban todas las vacunas según el esquema establecido para la edad.

Práctica 6: Saneamiento básico: A los niños hay que darles un ambiente limpio, sin heces y sin basura. Agua apta para el consumo y estimular la práctica del lavado de manos.

Práctica 7: Prevención de malaria y dengue: En zonas de malaria y dengue hay que protegerse de zancudos y mosquitos con ropa adecuada y mosquiteros tratados con insecticida, a la hora de dormir.

Práctica 8: Prevención contra el VIH SIDA: Los padres deben tener comportamientos adecuados para evitar la infección por VIH/SIDA. Las personas afectadas, en especial los niños y las madres gestantes, deben recibir atención, cuidados y orientación

Práctica 9: Llevar a los niños al odontólogo desde los primeros meses de edad: Visite al odontólogo cada seis meses como mínimo, o menos, si el odontólogo lo cree necesario.

Práctica 10: Proteger a los niños que tienen contacto con personas con tuberculosis: "Proteja a los niños que tienen contacto con personas enfermas de tuberculosis que viven con ellos o los visitan frecuentemente; asegúrese que sean llevados a la institución de salud para ser evaluados. Si se descarta la enfermedad, a los niños menores de cinco años, se les debe suministrar el medicamento preventivo".

Práctica 11: Alimentación del niño enfermo en el hogar: Cuando el niño está enfermo debe recibir la alimentación de siempre y más líquidos, y en especial leche materna.

Práctica 12: Tratamiento en casa del niño enfermo: El niño debe recibir los cuidados y el tratamiento apropiado en casa durante su enfermedad.

Práctica 13: Buen trato y cuidado permanente de los niños: Se debe evitar el maltrato y el descuido de los niños y, tomar las medidas necesarias si esto ocurre.

Práctica 14: Participación del hombre en el cuidado del niño y de la mujer gestante: El hombre debe participar activamente, al igual que la mujer, en el cuidado de la salud de los niños y, en las decisiones sobre la salud de la familia.

Práctica 15: Prevención de accidentes en el hogar: A los niños hay que darles una casa segura y protegerlos de lesiones y accidentes.

Práctica 16: Identificar signos de peligro: Hay que saber reconocer las señales de peligro de la enfermedad para buscar la atención del personal de salud.

Práctica 17: Seguir las recomendaciones del personal de salud: Hay que seguir los consejos del personal de salud acerca del tratamiento, el seguimiento o la referencia a otro servicio.

Práctica 18: Atención a la mujer gestante: La mujer embarazada tiene que recibir controles, vacuna antitetánica y orientación alimentaria. Debe también recibir apoyo de su familia y de la comunidad al momento del parto, después del parto y durante la lactancia.

Problemas de Garganta

Cuando la madre o el cuidador lleven al niño al centro asistencial debemos evaluar el dolor de garganta teniendo en cuenta las respuestas indicadas a continuación:

¿Puede beber el niño?

Se debe observar y palpar:

Palpe los ganglios del cuello, que están en la parte delantera del cuello para ver si están abultados y sensibles.

Ver si hay exudado en la garganta

Enseñar a la madre o cuidador los cuidados en casa:

Indique a la madre remedios suavizantes para mantener húmeda la garganta.

Ofrecer líquido a tolerancia.

Puede aliviar el dolor dándole bebidas calientes y dulces.

Como tratar la fiebre.

Tratar el dolor también con acetaminofén según orden médica.

Enseñar a la madre como administrar los antibióticos recordando la importancia de cumplir el tratamiento aun sintiendo el niño mejoría.

PROBLEMA DE GARGANTA			
PREGUNTE:		OBSERVE Y PALPE	
Puede beber el niño		Palpe los ganglios en la parte delantera del cuello. Vea si hay exudado en la garganta.	
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD:			
SIGNOS	No puede beber	Ganglios del cuello sensible y abultado. Exudado blanco en la garganta.	Secreción y exudado nasal. Garganta roja. Dolor o ardor de garganta.
CLASIFIQUE COMO:	Absceso De Garganta	Infección De Garganta (Estreptocócica)	Faringitis Viral.
TRATAMIENTO	Refiéralo al hospital Dele penicilina Trate la fiebre Trate el dolor	Darle un antibiótico Tratar la fiebre Tratar el dolor	Indicaciones sobre el cuidado en la casa. Dar un medicamento suave para suavizar el dolor de garganta Tratar el dolor Tratar la fiebre Ofrecer líquidos Decirle a la madre que regrese si empeora.

Problemas De Oído

Una madre puede llevar a su hijo al centro de salud porque tiene dolor de oído o porque está supurando. Si el trabajador de la salud tiene un otoscopio y sabe usarlo, puede valorarlo.

Evalué – Pregunte

¿Tiene el niño dolor de oído?
¿Le está supurando el oído?
¿Desde cuándo?

Observe y palpe

Observe si está supurando el oído, o tiene el tímpano rojo.
Palpe detrás de la oreja para ver si tiene inflamación sensible.

Recordemos:

El dolor de oído puede significar que hay infección.
El oído supurante es signo de infección, incluso si el niño ya no tiene dolor.
También se observa si hay cuerpos extraños.
En los lactantes la inflamación puede estar sobre la oreja.

Enseñar a la madre a cuidar el niño en la casa:

Niño con oído supurante.
No dejar nada en el oído
No poner aceite ni ningún otro liquido en el oído.
No dejar que el niño nade o se introduzca agua al oído.
La madre debe mantener el oído seco, hasta que deje de salir material purulento, esto puede de uno a dos semanas.
Aplicar a la madre el uso de las mechas.
Calmar la fiebre.
Tratar el dolor.
Enseñar a la madre como administrar el medicamento.

PROBLEMA DE OIDOS	
PREGUNTE	OBSERVE y PAPEL
¿Tiene el niño dolor de oído? ¿Le esta supurando el oído? ¿Desde cuándo?	Observe si le esta supurando el oído, o tiene el tímpano inflamado. Papel detrás de la oreja para ver si tiene inflamación sensible.

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD.			
SIGNOS	Inflamación sensible detrás de la oreja.	Esta supurando el oído hace menos de 2 semanas.	Oído supurando hace mas de 2 semanas o menos

		Dolor de oído. Tímpano rojo.	
CLASIFIQUESE COMO	Mastoiditis	Infección Aguda Del Oído	Infección Crónica Del Oído
TRATAMIENTOS	Refiéralo con urgencias al hospital. Dar primeras dosis de antibiótico. Trátele la fiebre. Trate el dolor.	Dale antibiótico oral Seque el oído con mecha Haga otra evaluación en 5 días Trate la fiebre si hay Trate el dolor.	Seque el oído con mecha. Trátele la fiebre si hay. Trate el dolor.

Enfermedad Respiratoria Aguda

La ERA es la segunda causa de mortalidad infantil y comprende un conjunto de afecciones del aparato respiratorio causadas por virus, bacterias, hongos y otros agentes infecciosos que después de un período de evolución no mayor a quince días, originan varios síntomas y signos como por ejemplo: tos, rinorrea, odinofagia, disfonía, otalgia, dificultad respiratoria y respiración ruidosa; los cuales pueden o no estar acompañados de fiebre.

El medio ambiente, el hospedero y el agente infeccioso son los tres componentes que interaccionan y condicionan la aparición de los síntomas y signos de la ERA.

Factores Ambientales:

La contaminación ambiental y la existencia de sustancias irritantes en el aire aumentan hasta diez veces la posibilidad de desarrollar uno o varios episodios de ERA. Entre estos tenemos:

Humo de Cigarrillo.

Humo de Madera o Desechos Orgánicos.

Exposición a Irritantes Industriales o Domésticos (gas de cocina, lanas, pelusas, aserrín, etc.).

Hacinamiento.

Malas condiciones higiénicas.

Factores del Hospedero

Bajo peso al nacer y menores de dos meses.

Vacunación Incompleta.

Falta de Lactancia Materna.

Malnutrición.

Deficiencia de Vitamina A.

Alta prevalencia de adultos asintomáticos portadores de bacterias patógenas.

Factores del Agente Infeccioso:

El 90% de los casos de ERA del tracto respiratorio superior en los niños son causados por virus, los cuales originan cuadros clínicos de baja severidad, aunque también pueden conducir a lesiones importantes de las vías inferiores. También es importante considerar que las infecciones virales abren las puertas a la sobre infección bacteriana. Los virus respiratorios más comunes son el Sincicial Respiratorio, Adenovirus, Influenza, Para-influenza, Rinovirus, Citomegalovirus, Sarampión y Varicela.

Las bacterias ocupan un importante papel en la producción de infecciones respiratorias, especialmente en países como Colombia en donde las condiciones de la población infantil no son óptimas para desarrollar un sistema inmune competente. Esta situación no debe ser argumento para que ante todo niño con ERA se plantee la necesidad de iniciar una terapia con antibacterianos, sino que por el contrario se impone el conocimiento de la epidemiología, los síntomas y los signos de las diferentes entidades que conforman este síndrome. Entre las bacterias más frecuentes tenemos el *Streptococcus pneumoniae*, el *Haemophilus influenzae* y el *Staphylococcus aureus*.

Entre las patologías incluidas en la ERA, la neumonía cobra entre un 30% y 70% de defunciones, por lo tanto es la entidad que debe lograr un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz, con el objetivo de disminuir la gran mortalidad que origina.

La clasificación de la ERA utilizada en el programa AIEPI está basada en la severidad, dirigida al diagnóstico precoz, a la atención inmediata, metódica e integral. El nivel de atención de los niños con ERA debe ser:

Enfermedad Grave y Neumonía Grave → Médico – Hospital.

Neumonía, Otitis y Amigdalitis → Auxiliar de Enfermería, Enfermera o Médico.

No Neumonía (Resfriado Común) → Madre o Cuidador.

Actividades de enfermería

Enseñar a la madre o cuidador a cuidar el niño en la casa.

La atención en la casa es muy importante para el niño con ERA, una buena atención en la casa significa que la madre:

Aumente la lactancia

Alimentar al niño para evitar que pierda peso

Aumentar el líquido para evitar que se deshidrate.
Aliviar la tos y el dolor de garganta.
Vigilar los signos que indique que el niño se está poniendo más enfermo y deba llevarlo de vuelta al hospital (respira con dificultad, la respiración se vuelve rápida, no puede beber, la salud del niño empeora).
Enseñar a la madre como administrar el medicamento.
Si no sabe leer, dibuje una imagen sencilla.
Explicarle que debe darle el antibiótico por 7 días.
Terminar el tratamiento incluso si el niño parece sentirse mejor.
Asegurarse que la madre entienda todas las instrucciones, pidiendo que repita las instrucciones.

Para un lactante

Mantener abrigado al lactante
Continuar la lactancia
Limpiar la nariz si interfiere con la alimentación.
Un lactante pequeño empeora con mucha rapidez, se le indica a la mama que lo lleve al hospital rápidamente si presenta (respiración con dificultad, respira rápidamente, es difícil alimentarlo, salud empeora).

Prevención de rinofaringitis viral o problemas de oído y garganta

Ponga todas las vacunas.
Evite contacto con fumadores.
Tape la boca y la nariz del niño al salir de un lugar cerrado al aire libre.
Si vive en zonas no pavimentadas, rocíe permanentemente para evitar el polvo.
No cocine con leña, no haga quemas esto genera contaminación, si barre no lo haga cerca del niño o niña.
No utilice almohadas, cobijas o prendas de material que boten plumas o motas, pueden ser aspiradas.
No de alimentos en biberón; use vaso o cuchara y nunca lo alimente acostado.

Fiebre

La fiebre es la segunda causa más frecuente de consulta en Atención Primaria después del dolor. Se trata de un signo que puede ser manifestación de muy distintas patologías.
En individuos sanos la temperatura media axilar es de $36,8 \pm 0,5^{\circ}\text{C}$. La temperatura rectal es $0,6^{\circ}\text{C}$ mayor que la axilar. La temperatura basal varía según un ritmo circadiano, con valores mínimos durante la madrugada y máximos por la tarde (entre las 16 y las 18 horas). La fiebre corresponde a valores de temperatura corporal a partir de los 38°C como respuesta fisiológica del organismo a diversas

agresiones (infecciones, inflamaciones, tumores, etc.). la febrícula es la temperatura corporal entre 37 y 37,9°C.

Generalmente la fiebre se acompaña de otros síntomas como por ejemplo astenia, adinamia, taquicardia (la frecuencia cardíaca aumenta 10 latidos por grado de temperatura elevado), taquipnea, cefalea.

Los sitios más utilizados para medir la temperatura son las cavidades bucal y rectal, y los pliegues axilares o inguinales. Siempre que sea posible, la temperatura debe medirse en la boca y el recto, porque la medición en la axila es menos exacta. El termómetro debe dejarse en estos sitios por un tiempo mayor a dos minutos. En la axila la temperatura normal es de 36,5 grados, en la boca 37 y en el recto 37,5.

El personal de enfermería debe realizar la medición periódica de la temperatura y dibujar una Curva Térmica, la cual puede ser relevante para llegar a un diagnóstico adecuado. Según la forma de esta curva térmica, la fiebre puede ser clasificada en:

Fiebre Continua: Es aquella que no tiene una variación diaria mayor a un grado, sin que la temperatura llegue nunca a su nivel normal.

Fiebre Remitente: Las variaciones de la temperatura son mayores a un grado, pero tampoco se llega a un nivel normal.

Fiebre Intermittente: Es aquella en que la temperatura desciende hasta lo normal, pero vuelve rápidamente a subir a los niveles previos.

Fiebre Recurrente: Caracterizada por episodios febriles que alternan con períodos de temperatura normal que pueden extenderse por días o semanas.

Se resalta que no todas las causas de fiebre son infecciosas; este síntoma puede ser originado por tumores malignos, enfermedades del colágeno como el lupus, hemorragias, politraumatismos severos, trauma craneoencefálico severo y deshidratación severa.

A la hora de evaluar la causa de fiebre se debe tener en cuenta el tiempo de evolución de este síntoma y la procedencia del paciente: si la fiebre ha estado presente por más de siete días, el paciente debe ser estudiado, preferiblemente intra-hospitalariamente, para descartar enfermedades neoplásicas o crónicas; por otra parte, si el paciente vive o ha estado en áreas geográficas endémicas de algunas enfermedades tropicales como la malaria, el dengue, la fiebre amarilla; o zonas epidémicas de sarampión, debe ser sometido a pruebas diagnósticas para descartar estas patologías.

Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

En la última década del siglo XX las Enfermedades Diarreicas Agudas continúan siendo uno de los problemas de salud pública más serios en los países en desarrollo, en los que constituyen una de las causas principales de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años, causando aproximadamente 3.2 millones de muertes al año por esta causa. En promedio, los niños padecen 3.3 episodios de diarrea al año, pero en algunas áreas esta cifra es superior a los nueve episodios anuales. Dentro de este grupo de edad los niños menores de dos años son los que sufren mayor morbilidad y mortalidad. Se estima que aproximadamente 80-90% de las muertes por diarrea ocurre en estos niños

El Cólera ataca proporcionalmente más a la población de niños mayores, jóvenes y adultos con tasas de ataque muy altas. Sin embargo, con el tratamiento apropiado la mortalidad por Cólera es baja.

Se estima que del total de muertes que ocurren por diarrea en todo el mundo, más del 90% ocurren en menores de 5 años y son causadas por diarreas diferentes al Cólera.

En Colombia, a pesar de los logros alcanzados en la última década, las Enfermedades Diarreicas Agudas continúan ocupando los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población menor de cinco años, especialmente en los municipios con menor grado de desarrollo.

La diarrea es un síndrome clínico de etiología diversa, que se acompaña de la expulsión frecuente de heces de menor consistencia de lo normal. Es causada principalmente por agentes infecciosos como bacterias, virus y parásitos, pero también puede ser producida por ingestión de fármacos o toxinas, alteraciones en la función intestinal, intolerancia a algunos alimentos, reinstauración de nutrición enteral después de un ayuno prolongado.

Factores Protectores

Lactancia materna exclusiva durante un mínimo de 6 meses.

Alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses

Inmunizaciones.

Infecciones asintomáticas

La mayoría de las infecciones entéricas son sintomáticas. La proporción de las asintomáticas se incrementa después de los 2 años de edad, por el desarrollo de la inmunidad activa que evita que algunas infecciones intestinales se manifiesten clínicamente. Los sujetos con infecciones asintomáticas, las cuales pueden durar

varios días o semanas, eliminan en sus heces fecales virus, bacterias o quistes de protozoos. Las personas con este tipo de infecciones juegan un papel importante en la diseminación de muchos patógenos entéricos, principalmente porque no saben que están infectadas, no toman precauciones higiénicas especiales y se movilizan de un sitio a otro como normalmente lo hacen, ya que no se sienten enfermas.

Por mecanismo las diarreas pueden ser:

Diarrea osmótica: Presencia de solutos no absorbido, laxantes.

Diarrea secretora: Virus, bacterias, parásitos, trastornos asociados a VIH.

Diarrea motora: Diabetes mellitus, hipertiroidismo, síndrome de intestino inestable.

Diarrea exudativa: Infecciones bacterianas (salmonella, clostridium), Entamoeba, enfermedad de Crohn, enterocolitis, proctocolitis.

Etiología

Infecciosas:

Bacterias: E. coli, salmonella, síguela, vibrio cholerae, streptococcus aureus

Protozoos: giardia lamblia, entamoeba histolitica

Virus: Rotavirus, adenovirus

Hongos: cándida albicans

No infecciosa: cuando la diarrea no está asociada a la presencia de microorganismos patógenos: Enfermedad inflamatoria del intestino de etiología variable (por ejemplo, autoinmune), alteraciones de la motricidad por afecciones sistémicas como la diabetes, alimentos hiperosmolares, intolerancia a alimentos, etc.

Signos y síntomas

Aumento de la frecuencia de las deposiciones

Disminución en la consistencia de las heces, con o sin presencia de moco, sangre o pus. Relacionado con la etiología, se pueden dar algunos cambios característicos en el aspecto de las heces, como por ejemplo, aspecto de agua de arroz en la diarrea por cólera.

Dolor abdominal tipo cólico

Distensión abdominal

Nausea o vómito

Fiebre

Cefalea

Malestar general, asociado a mialgias y artralgias

Irritación perianal

Expulsión de parásitos

Diagnóstico:

Básicamente clínico, con excepción de aquellos cuadros que generan la necesidad de establecer el agente causal por razones epidemiológicas, o por evolución tórpida, que hace necesario el manejo medicamentoso específico.

En los niños reviste gran importancia la evaluación de su hidratación (que se expresa en términos del grado de DHT), dado que la mayoría de las muertes se asocia precisamente es a la pérdida profusa de líquidos y electrolitos, con alteración de la homeostasis y los parámetros vitales. Entre los signos de DHT están:

Fontanela deprimida en los lactantes

Enoftalmos

Mucosa oral seca

Llanto sin lágrimas

Ánimo irritable o alteración de la conciencia, que puede ir desde somnolencia leve hasta el coma.

Pliegue cutáneo prolongado

Taquicardia

Llenado capilar retardado

Tratamiento

Lo más importante: restablecer el estado de hidratación con el uso de sales de rehidratación oral (SRO) o líquidos endovenosos (LEV)

Uso de tratamiento específico según el agente causante: antibióticos en las diarreas bacterianas, imidazoles en las de origen protozario, antimicóticos para las diarreas micóticas. Las diarreas virales no poseen tratamiento específico.

Desnutrición (DNT)

Es un estado patológico inespecífico y potencialmente reversible que se origina de una deficiente utilización por parte de las células del organismo de cantidades adecuadas de nutrientes esenciales con manifestaciones clínicas diversas, y de intensidad variable de acuerdo con factores individuales y ecológicos ya que reviste diversos grados de intensidad

En los niños la desnutrición se caracteriza por retardo en el crecimiento, peso y estatura bajos, aspecto débil, anemia, raquitismo, retardo en la dentición, piel delgada, cabello fino, uñas quebradizas; en los casos severos la piel se mancha y se descama, se presenta hepatomegalia, abdomen distendido, edema generalizado, entre otras.

Niños y Niñas menores de cinco años con desnutrición aguda

"La falta de accesibilidad al agua potable comparado con los pacientes que tenían agua potable en el domicilio se asoció a 3.6 veces más probabilidad de desnutrición grave OR 4.6 (IC 95% 1.16-19.46) $p=0.010$ ".

"Pacientes que tenga hermanos menores de 5 años además de él, incrementa el riesgo en 1,6 veces más para desnutrición comparada con los pacientes que no tenían hermanos menores de 5 años OR 2,60 (IC 95% 1.20 - 5,66) $p=0.0078$. Está asociado con la competencia por lo alimentos, disminución del cuidado materno y mayor riesgo de infecciones, probablemente por hacinamiento".

"Los niños de 12 meses a 23 meses tienen una probabilidad de 5,73 veces más de padecer desnutrición grave comparada con los otros grupos de edad, con un OR de 6,73 (IC 1,93 a 25,79) ".

"En caso de niño el peso bajo al nacimiento (menor a 2500 gramos) el riesgo de desnutrición es de 1,53 más veces en relación a los niños que tuvieron un peso adecuado al nacimiento (mayor de 2500 gramos), con un OR de 2,53 (IC 95% 0,87 - 7,45) por lo cual esta variable incrementa el riesgo".

"Los niños que inician tardíamente alimentación complementaria tienen 24,6 veces más riesgo de padecer desnutrición aguda grave. La combinación de una lactancia materna limitada o una ablactación tardía (mayor a 6 meses) y la alimentación complementaria inadecuada aumenta el riesgo de sufrir desnutrición, por lo que los niños y niñas de este grupo de edad están privados de una dieta con energía y proteínas adecuadas para la edad y presentan mayor riesgo de exposición a bacterias y como consecuencia contraen frecuentemente infecciones digestivas y respiratorias teniendo más riesgo de muerte. Por tanto un inicio tardío (más de 6 meses de edad) de la alimentación complementaria o una mala alimentación constituyen factores de riesgo para desnutrición grave".

"Los niños alimentados de forma inadecuada tienen más riesgo de llegar a desnutrición aguda grave en relación a los niños que tienen una alimentación adecuada para su edad, OR de 4,85 (IC 1,85 - 18,62)".

"Otro aspecto importante es la relación que existe entre los pacientes con desnutrición grave y el nivel educativo de la madre, siendo las madres con bajo nivel educativo las que tiene falta de conocimientos sobre salud reproductiva, nutrición y desarrollo infantil lo cual incide negativamente en la nutrición de los hijos".

"Las enfermedades diarreicas agudas son frecuentes en los desnutridos y está demostrada la existencia de la interacción entre desnutrición, infección y disminución de la inmunidad. también se encontró asociación entre las infecciones respiratorias agudas la cual constituye un factor de mal pronóstico ya que la duración de la infección y la mortalidad, es mucho mayor en los desnutridos".

Consecuencias de la desnutrición aguda, mayor riesgo de muerte por desnutrición, mayores prevalencias de retraso en talla.

Clases de desnutrición:

Primaria: cuando se consume poca cantidad de alimento y de mala calidad.

Secundaria: cuando hay dificultad o alteración en la digestión, en la absorción, por falta de apetito, dieta inadecuada o enfermedad.

Mixta: cuando se combinan las anteriores.

La desnutrición se manifiesta en el niño de diversas formas:

Es más pequeño de lo que le corresponde para su edad.

Pesa poco para su altura.

Pesa menos de lo que le corresponde para su edad.

Cada una de estas manifestaciones está relacionada con un tipo específico de carencias. La altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado, mientras que el peso es un indicador de carencias agudas. De ahí las distintas categorías de desnutrición.

Desnutrición crónica: Un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento. Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida.

Desnutrición aguda moderada: Un niño con desnutrición aguda moderada pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura. Se mide también por el perímetro del brazo, que está por debajo del estándar de referencia. Requiere un tratamiento inmediato para prevenir que empeore.

Desnutrición aguda grave o severa: Es la forma de desnutrición más grave. El niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura. Se mide también por el perímetro del brazo. Altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. El riesgo de muerte para un niño con desnutrición aguda grave es 9 veces superior que para un niño en condiciones normales. Requiere atención médica urgente.

Factores de riesgo	Características
Socio-económicos	Consumo limitado por el bajo nivel de ingresos Limitación en la disponibilidad de los alimentos Escasa escolaridad de los padres Aislamiento social, alto crecimiento demográfico Estructura de edades de la población
Ambientales	Falta en el suministro de agua potable, servicios higiénicos inadecuados, alcantarillado insuficiente y falta de eliminación de desechos sólidos y líquidos.

Biológicos	Antecedente de prematurez, Enfermedades crónicas. Defectos congénitos (labio leporino, paladar hendido) Defectos genéticos (síndrome de Down, fenilcetonuria) Infecciones gastrointestinales frecuentes que se acompañan de una reducción del apetito, del consumo de alimentos y de la absorción de nutrientes Cirugía gastrointestinal, traumatismo, diálisis renal Problemas dentarios Disminución de la capacidad física para comprar alimentos o preparar una comida.
Nutricionales	Abandono de la lactancia materna antes de los seis (6) meses de edad Ablactación antes del segundo mes o después del sexto mes de edad Inclusión temprana e inadecuada de sucedáneos de la leche materna y otros alimentos Hábitos alimentarios: creencias y costumbres alimentarias inadecuadas Trastornos de la alimentación caracterizado por el rechazo a comer, anorexia, bulimia Alergias alimentarias reales o imaginarias Ignorancia sobre una buena nutrición o la preparación adecuada de alimentos
Psicosociales y comportamentales	Las perturbaciones emocionales, donde se observan casi todos los tipos de trastornos psicológicos, incluidos la ansiedad, la culpa, la frustración, la depresión y los sentimientos de rechazo y vulnerabilidad. Trastornos mentales Alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas
Otros	Medicamentos que afectan la ingestión de alimentos, la absorción, utilización o eliminación de nutrientes (quimioterapia, esteroides catabólicos, estrógenos, etc.)

Como objetivo en el manejo de la desnutrición se busca lograr una mejoría del estado nutricional, aumentando el aporte calórico proteico del individuo, mediante tratamiento con dieta y educación para disminuir el riesgo de desnutrición y sus complicaciones.

Factores de riesgo

La mayor parte de las alteraciones del estado nutricional no están condicionadas a una sola causa, sino que presentan una combinación de condiciones necesarias y propicias que influyen en el estado de la población: factores sociales, económicos, culturales, nutricionales, entre otros, que influyen en la disponibilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos.

Características de la atención:

Todos los pacientes que presentan desnutrición proteico-calórica, deben recibir manejo nutricional por Nutricionista-Dietista.

Se realiza una valoración nutricional completa, se hace el diagnóstico pertinente, prescripción del tratamiento, entrega y explicación de la dieta, como se describe a continuación y con el tiempo suficiente para desarrollarlo en forma completa e individualizada.

Recomendaciones en DNT

En la atención de la población infantil es necesario tener en cuenta los factores protectores para aliviar o disminuir el riesgo de desnutrición.

El personal de enfermería debe educar, recalcar y fortalecer conocimientos respecto a la importancia de:

La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y con alimentación complementaria hasta los 2 años de edad.

Alimentación complementaria adecuada.

El compartir la alimentación en familia permite el fortalecimiento del afecto: es importante informar a la población de la importancia de compartir en familia por lo menos una comida al día.

El fácil acceso a los alimentos.

Ingreso económico estable.

Buena salud oral.

Manejo adecuado de los niveles de estrés.

Higiene y conservación adecuada de los alimentos.

Estilos de vida saludables.

Educar a los cuidadores del niño la importancia de asistencia a control de crecimiento y desarrollo.

Realizar una evaluación nutricional a la madre teniendo en cuenta: antecedentes maternos, edad, peso, talla, antecedentes de lactancia materna, antecedentes de enfermedades previas.

Vigilancia estrecha de trastornos alimentarios (anorexia- bulimia).

Anemia

Actividades de enfermería en anemia:

Realizar un examen minucioso en busca de sintomatología de:

Palidez, cansancio, decaimiento, somnolencia, irritabilidad, anorexia.

Realizar los respectivos registros de enfermería encontrados en el examen minucioso y reportar las alteraciones.

Realizar una anamnesis completa a los cuidadores en busca de antecedentes: embarazo, neonatal, antecedentes anemia previa, ingesta de medicamentos, sustancias químicas.

Toma de muestras sanguíneas según indicación.

Estar pendiente de los reportes.

Si la anemia es ferropénica, se debe verificar una nutrición alta en hierro.

Proporcionar un ambiente agradable durante la alimentación.

Proporcionar periodos de descanso y sueño.

Verificar las características de materia fecal y vómitos si los presenta reportar de inmediato.

Aplicar técnica aséptica durante la manipulación del alimento para prevención de infecciones.

Cumplir con el tratamiento farmacológico según indicación.

Aplicar las actividades de enfermería según procedimiento a realizar

Educar a los padres respecto a nutrientes altos en hierro y la importancia de controles periódicos de laboratorios.

3.14 Ruta integral de atención en salud: para alteraciones nutricionales dnt en menores 5 años

Para mas información sobre las intervenciones individuales, ingresa a:

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social . (2016). RIAS para población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales y la RIA de atención a la desnutrición aguda. Política integral de Atención en salud; Recuperado de : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/rias-nutricional.zip>



Rutas integrales de Atención (RIA) 1



Canalización efectiva desde otros sectores o desde el PIC de menores con malnutrición para su valoración y tratamiento

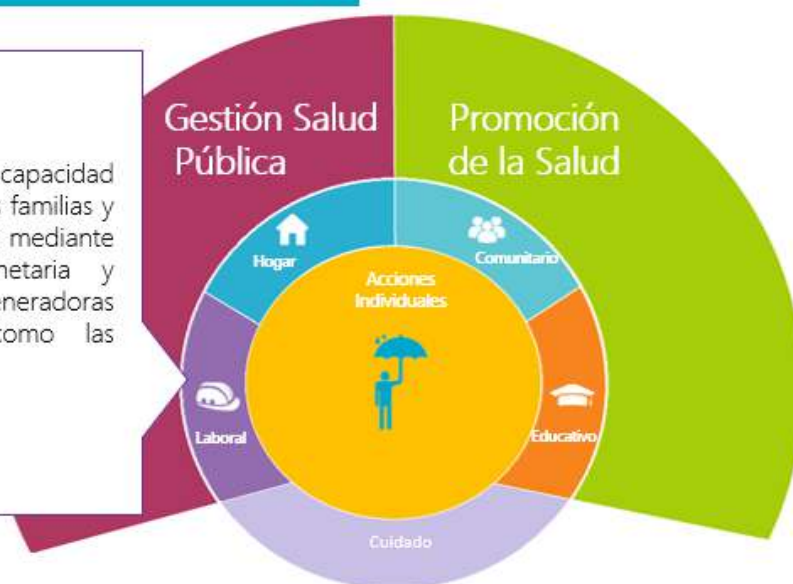
- Realizar Jornadas extramurales de atención integral en salud con énfasis en nutrición y seguridad alimentaria en coordinación con el prestador primario y de acuerdo a las condiciones del territorio. (zonas rurales dispersas)
- Educación y comunicación con énfasis en seguridad alimentaria y nutricional para mejorar las conductas alimentarias relacionadas con la malnutrición por déficit
- Promoción de alimentación saludable de acuerdo a la edad en temas de lactancia materna, alimentación complementaria, alimentación escolar, hábitos alimentarios saludables.
- Brindar complementación alimentaria a familias y comunidades vulnerables para mejorar el acceso a una alimentación saludable.
- Programas para la producción de alimentos de pancoger (auto-consumo) para mejorar la disponibilidad y el consumo de alimentos en las familias y comunidades.
- Fortalecer los medios de vida y mejorar el acceso a los alimentos mediante la implementación de proyectos productivos.
- Soluciones tecnológicas apropiadas de acuerdo al territorio para el acceso a agua segura para el consumo.



- Vinculación del componente educativo en nutrición desde los programas intersectoriales en seguridad alimentaria desarrollando los temas de promoción de alimentación saludable de acuerdo a la edad, lactancia materna, alimentación complementaria, alimentación escolar y promoción de hábitos alimentarios saludables.
- Promoción de alimentación saludable durante el curso de vida: Promoción de alimentación saludable de acuerdo a la edad en temas de lactancia materna, alimentación complementaria, alimentación escolar y promoción de hábitos alimentarios saludables.

Rutas integrales de Atención (RIA) 1


Mejorar la capacidad adquisitiva de las familias y las comunidades mediante la ayuda monetaria y actividades generadoras de ingresos como las microempresas.



RIAS: PARA ALTERACIONES NUTRICIONALES DNT EN MENORES 5 AÑOS

1	Canalización efectiva y oportuna de menores de 5 con años con signos de malnutrición desde el PIC o desde otros sectores.	Identificación de niños y niñas entre 6 y 59 meses con Perímetro de la circunferencia media del brazo menor a 11.5cm y/o, DNT Aguda y/o Signos clínicos de DNT.
2	Consulta espontanea	Crecimiento y desarrollo, urgencias, Pediatría, atenciones de PyP, medicina general y/o hospitalización
3	Jornadas de atención extramurales	Tamizajes de peso y talla orientados a identificar en la comunidad niños y niñas con DNT Aguda
4	Evaluación clínica y clasificación nutricional	1. Evaluación antropométrica completa indicadores de peso para la talla, talla para la edad, peso para la edad e IMC para la edad 2. Evaluación clínica completa
◇	Se confirma la DNT Aguda	Si- Definición Plan de Manejo para el tratamiento de la DNT No - Atención y seguimiento en la ruta de promoción y

		mantenimiento de la salud.
5	Definir Plan de Manejo	El profesional que realiza la valoración clínica y clasificación nutricional e identifica un niño o niña con DNT Aguda, deberá notificar el caso al SIVIGILA y definir de acuerdo a la condición clínica y fisiológica del menor con DNT Aguda el plan de manejo el cual puede ser atención nutricional ambulatoria o referencia para estabilización y manejo en un mayor nivel de complejidad.
◇	Requiere referencia a mayor nivel de complejidad	Evaluar si el niño o niña con DNT cumple con criterios de remisión a mayor nivel de complejidad? Si- Remisión al 2 o mayor nivel de complejidad No - Atención ambulatoria para la recuperación nutricional. Criterios de Remisión a la valoración inicial: Menor de 6 meses de edad, o menor entre 6 y 59 meses de edad con menos de 4kg de peso, presencia de complicaciones medicas, prueba de apetito negativa. Criterios de remisión del manejo ambulatorio al manejo hospitalario, desarrollo de complicaciones como: diarrea, vómito, disminución del apetito, edema que no disminuye o aumenta, deterioro del estado general, no hay ganancia de peso.
6	Atención nutricional ambulatoria	Criterios de selección: - Edad mayor a 6 meses - Peso mayor a 4 kg - Prueba de apetito positiva - Ausencia de complicaciones medicas. Recibirán el tratamiento nutricional en su casa bajo la modalidad de atención nutricional ambulatoria junto con el seguimiento y acompañamiento
◇	Recupera su estado nutricional	Si- Atención y seguimiento en la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud. No- Replantear plan de manejo. Reevaluar si requiere referencia a un mayor nivel de complejidad.
7	Atención y seguimiento en la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud:	Una vez el niño o niña menor de 5 años se recupera, deberá continuar en control y seguimiento mediante las atenciones descritas en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud . Además de vinculación a un programa de complementación alimentaria y a programas de SAN.
8	Referencia con protocolos de manejo durante el transporte.	Cuando un menor de 5 años con DNT Aguda debe ser remitido a un hospital de nivel II o mayor complejidad ubicado a dos horas o más del lugar de la detección del caso, se debe brindar un manejo inicial para prevenir o controlar la hipoglicemia, la hipotermia, la

		deshidratación y el choque.
9	Valoración por pediatría.	Menor de 5 años con desnutrición Aguda moderada o severa que presenta complicaciones medicas asociadas y/ó tiene prueba de apetito negativa, y/ó es menor de 6 meses ó es mayor de 6 meses y pesa menos de 4 kilogramos y/ó presenta PCMB >11.5cm.
◇	Requiere manejo intrahospitalario	Si- Estabilización medica y nutricional No- atención nutricional ambulatoria. Menor de 6 meses de edad, o menor entre 6 y 59 meses de edad con menos de 4kg de peso, presencia de complicaciones medicas, prueba de apetito negativa. <u>Criterios de referencia del manejo ambulatorio al manejo hospitalario</u> , desarrollo de complicaciones como: diarrea, vómito, disminución del apetito, edema que no disminuye o aumenta, deterioro del estado general, no hay ganancia de peso.
10	Estabilización medica y nutricional	Fase de estabilización se previenen y corrigen los desequilibrios de líquidos y electrolitos, la hipoglicemia y la hipotermia; se inicia el tratamiento de la infección, la anemia grave y las deficiencias de micronutrientes y, se hace el inicio cauteloso de la alimentación. Fase de transición: se recupera el apetito, se resuelve el edema, mejora la infección y es posible aumentar la cantidad de nutrientes para lograr la ganancia de peso compensatoria. En ese momento se hace el paso de la fórmula terapéutica F-75 a la fórmula terapéutica – LC. Fase de rehabilitación El niño o niña come con avidez y tiene ganancia rápida de peso en el inicio de la recuperación nutricional. Verificarse el cumplimiento de los criterios de egreso del manejo intrahospitalario y seguir el tratamiento en el hogar, con control médico y nutricional
◇	Cumple criterios de egreso	Si- Continúa el manejo ambulatorio de la DNT Aguda a cargo del prestador primario. No- Explorar la presencia de otras patologías y deficiencias y continua el manejo hospitalario. Criterio de egreso: menores de 6 meses: Relactancia exitosa; ganancia de peso exitosa: mínimo 20gr/día con lactancia materna exclusiva durante 5 días; Niño o niña clínicamente bien y alerta; Peso / Talla -2 Desv. Std. Menores entre 6 y 59 meses: Edema en resolución, retorno del apetito (por lo menos 75% del Alimento Terapéutico Listo Para el

		Consumo FTLC, complicaciones medicas resueltas o controladas, niño o niña clínicamente bien y alerta; ganancia de peso por 2 días consecutivos.
11	Explore la presencia de otras deficiencias, infecciones o patologías no tratadas	Realizar los exámenes e interconsultas necesarias. Continuar el manejo de estabilización medica y nutricional.



3.15 Resolución número 2465 del 14 de junio de 2016

Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones

Para la clasificación antropométrica del estado nutricional se deben utilizar los siguientes indicadores diferenciados por sexo y edad.

Grupo de edad	Indicador
Menores de 5 años	Peso para la talla
	Talla para la edad
	Perímetro cefálico
	Índice de masa corporal para la edad
	Peso para la edad
De 5 a 17 años	Talla para la edad
	Índice de masa corporal para la edad

Para evaluar el estado nutricional de los niñas, niños y adolescentes, se debe analizar de forma conjunta los indicadores propuestos además de otros factores como son el estado de salud, los antecedentes de alimentación y los controles anteriores de peso y talla, por lo cual es fundamental el seguimiento periódico.

Niños y niñas menores de 5 años de edad (de 0 a 59 meses)

En el grupo de niños y niñas de 0 a 4 años 11 meses y 29 días de edad, se utilizarán los siguientes indicadores antropométricos a nivel individual: Peso para la Talla - P/T, Talla para la Edad - T/E y Perímetro Cefálico para la Edad - PC/E, para determinar la evolución del crecimiento y parte del desarrollo de los niños y niñas.

Las niñas y niños menores de 5 años identificados con desnutrición aguda moderada o severa mediante el indicador Peso para la Talla - P/T deben ser atendidos conforme a lo establecido en la ruta específica y el lineamiento para la atención integrada de la desnutrición aguda

La talla baja para la edad, conforme al indicador Talla para la Edad - T/E, se presenta con mayor frecuencia en hogares con inseguridad alimentaria, bajo acceso a servicios de salud, agua y saneamiento básico.

El retraso en talla es más severo si se inicia a edades tempranas, asociado a bajo peso materno, peso y talla bajos al nacer, prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria, y enfermedades infecciosas recurrentes, entre otros.

La medición del Perímetro Cefálico para la Edad - PC/E indica el crecimiento del encéfalo y la evolución de los huesos del cráneo. Se emplea como parte de la detección de posibles alteraciones neurológicas o del desarrollo en los niños y niñas;

la medición es menos útil para determinar el estado nutricional o vigilar la respuesta a las intervenciones de nutrición. En la evaluación del perímetro cefálico, el criterio más importante es integrar el desarrollo psicomotor del niño o niña con su evolución, por lo cual es relevante su seguimiento. El perímetro cefálico se debe tomar rutinariamente hasta los tres años de edad.

Para realizar los análisis de prevalencias de malnutrición a nivel poblacional en el referido grupo de edad, adicional a los indicadores antropométricos ya mencionados, se utilizarán el IMC para la Edad - IMC/E y el Peso para la Edad - P/E. El cálculo del IMC para la Edad - IMC/E en niños y niñas se recomienda únicamente en los análisis poblacionales para identificar el riesgo de sobrepeso y el exceso de peso (sobrepeso u obesidad).

Perímetro del brazo. Es una medida complementaria a los indicadores antropométricos descritos, está indicada en todos los niños y niñas desde los 6 hasta los 59 meses de edad y esta asociada a riesgo de muerte por desnutrición. Si el niño o niña tiene menos de 11,5 centímetros en el perímetro del brazo, debe recibir las atenciones descritas en la ruta específica y el lineamiento de atención integrada a la desnutrición aguda.

Niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años de edad. En el grupo de niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años de edad, se deben utilizar tanto a nivel individual como poblacional los indicadores IMC para la Edad - IMC/E y Talla para la Edad - T/E.

Cuadro No. 2. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte.

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE.)	Clasificación antropométrica	Tipo de Uso
Peso para la Talla (P/T)	$> +3$	Obesidad	Individual y Poblacional
	$> +2$ a $\leq +3$	Sobrepeso	
	$> +1$ a $\leq +2$	Riesgo de Sobrepeso	
	≥ -1 a $\leq +1$	Peso Adecuado para la Talla	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Desnutrición Aguda	
	< -2 a ≥ -3	Desnutrición Aguda Moderada*	
	< -3	Desnutrición Aguda Severa*	
Talla para la Edad (T/E)	≥ -1	Talla Adecuada para la Edad.	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Talla Baja	
	< -2	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla	
Perímetro Cefálico para la Edad (PC/E)	$> +2$	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	
	≥ -2 a ≤ 2	Normal	
	< -2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	
IMC para la Edad (IMC/E)	$> +3$	Obesidad	Poblacional
	$> +2$ a $\leq +3$	Sobrepeso	
	$> +1$ a $\leq +2$	Riesgo de Sobrepeso	
	$\leq +1$	No Aplica (Verificar con P/T)	
Peso para la Edad (P/E)	$> +1$	No Aplica (Verificar con IMC/E)	
	≥ -1 a $\leq +1$	Peso Adecuado para la Edad	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Desnutrición Global.	
	< -2	Desnutrición Global	

Orientaciones para la interpretación y uso de los indicadores antropométricos.

Las líneas de puntuación Z de las curvas de crecimiento están enumeradas

Cuadro No. 3. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años, según el indicador y punto de corte.

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE.)	Clasificación Antropométrica	Tipo de Uso
Talla para la Edad (T/E)	≥ -1	Talla Adecuada para la Edad.	Individual y Poblacional
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Retraso en Talla.	
	< -2	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla.	
IMC para la Edad (IMC/E)*	$> +2$	Obesidad	
	$> +1$ a $\leq +2$	Sobrepeso	
	≥ -1 a $\leq +1$	IMC Adecuado para la Edad	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Delgadez	
	< -2	Delgadez	

positivamente (+1, +2, +3) o negativamente (-1, -2, -3). En general, un punto marcado que está lejos de la mediana a cualquier dirección (por ejemplo, cerca de la línea de puntuación Z +2 o -2) puede representar un problema, sin embargo deben considerarse otros factores, como el propio patrón o tendencia individual de crecimiento y las condiciones de salud del niño. La mediana de cada indicador de acuerdo con la referencia OMS 2006 - 2007 aparece representada por una línea más gruesa de color verde y se identifica por el número cero (0). Las líneas de color amarillo situadas sobre la mediana y por debajo de la mediana respectivamente corresponden a +1 y -1 DE. Las líneas punteadas de color rojo corresponden a +2 y -2 DE, y las líneas continuas también de color rojo corresponden a +3 y -3 DE.

Gráficas de los patrones de crecimiento OMS para niños y niñas y adolescentes menores de 18 años.



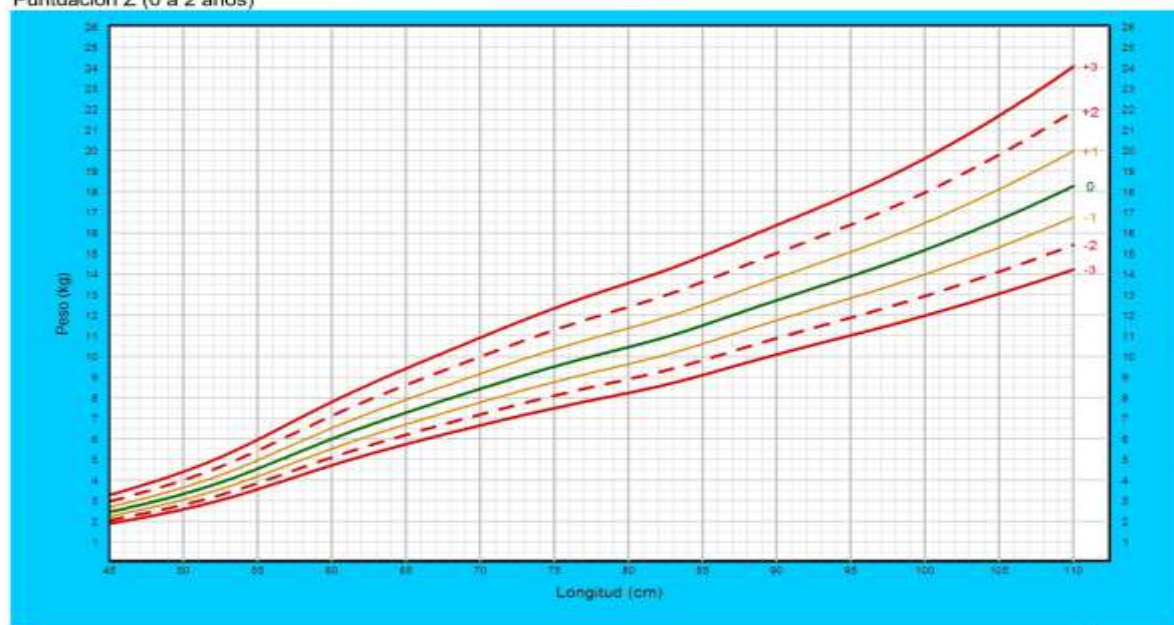
Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."

3. GRAFICAS DE LOS PATRONES DE CRECIMIENTO OMS PARA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES MENORES DE 18 AÑOS.



Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



Organización Mundial de la Salud

DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

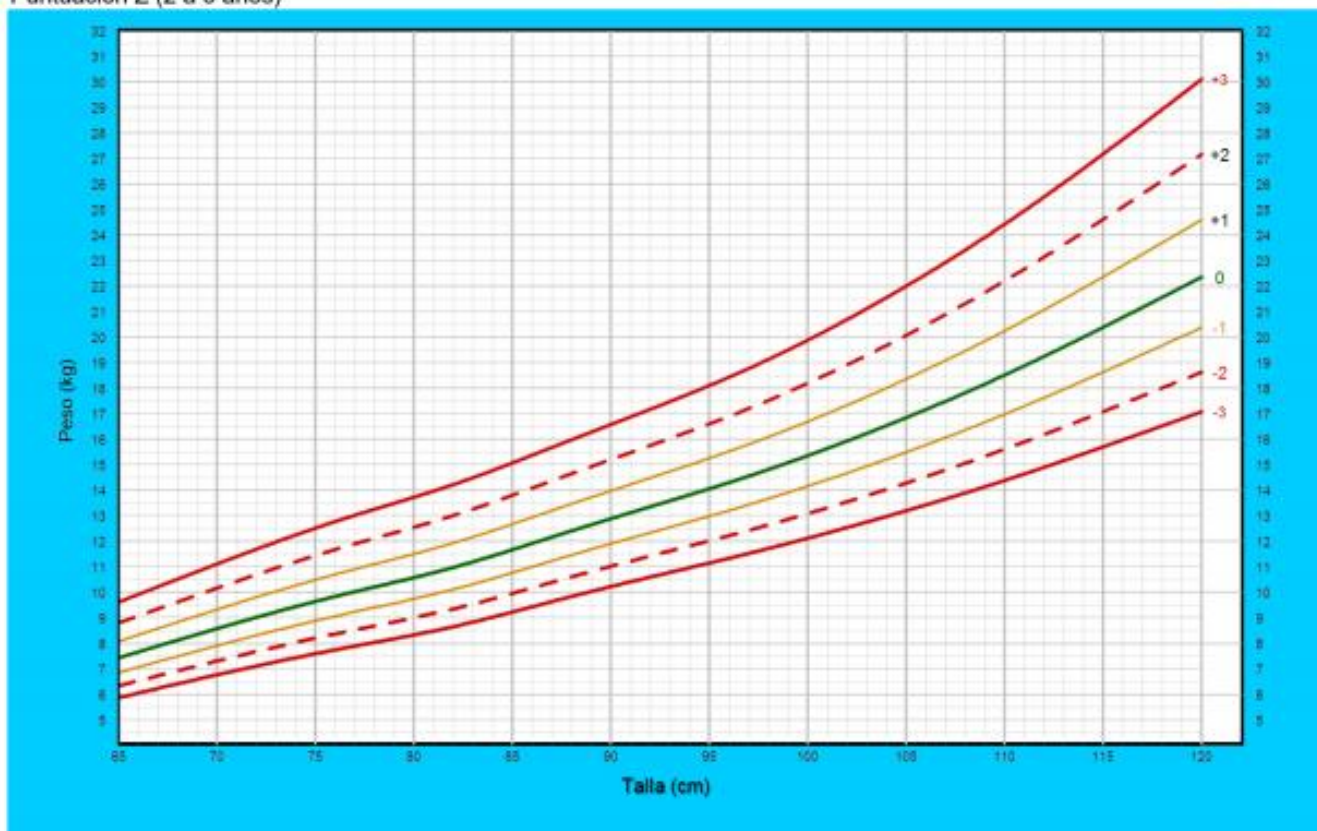
ACA-DA-008

Versión 22



Peso para la Talla Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

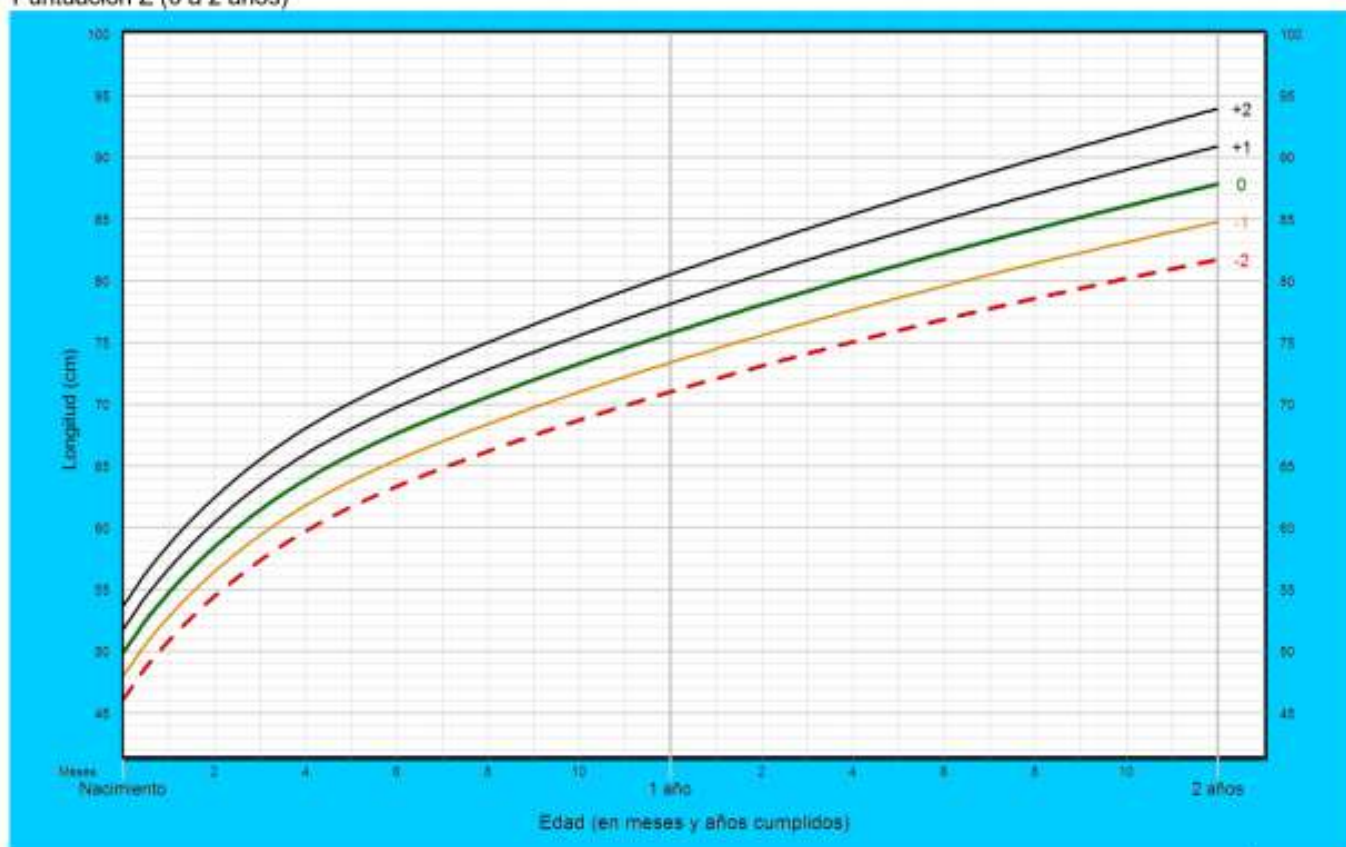


Organización
Mundial de la Salud



Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



Organización
Mundial de la Salud

DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

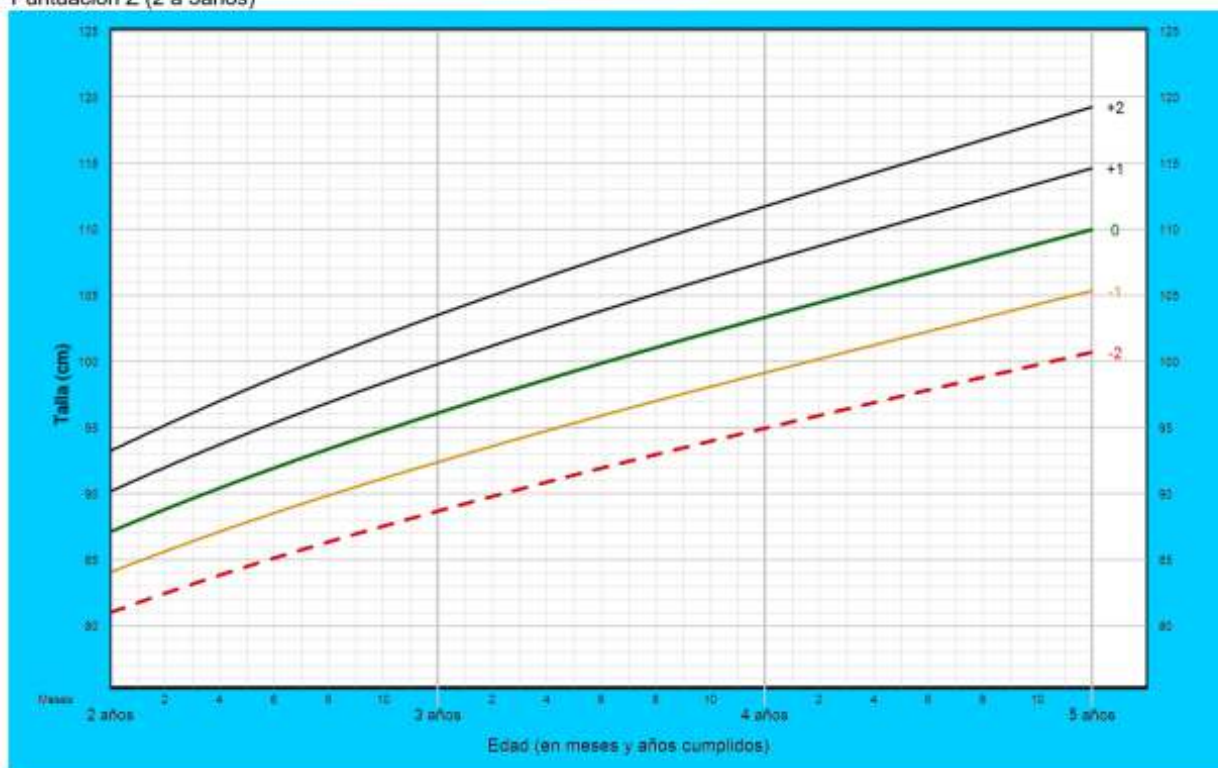
Versión 22

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS  Organización Mundial de la Salud

DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

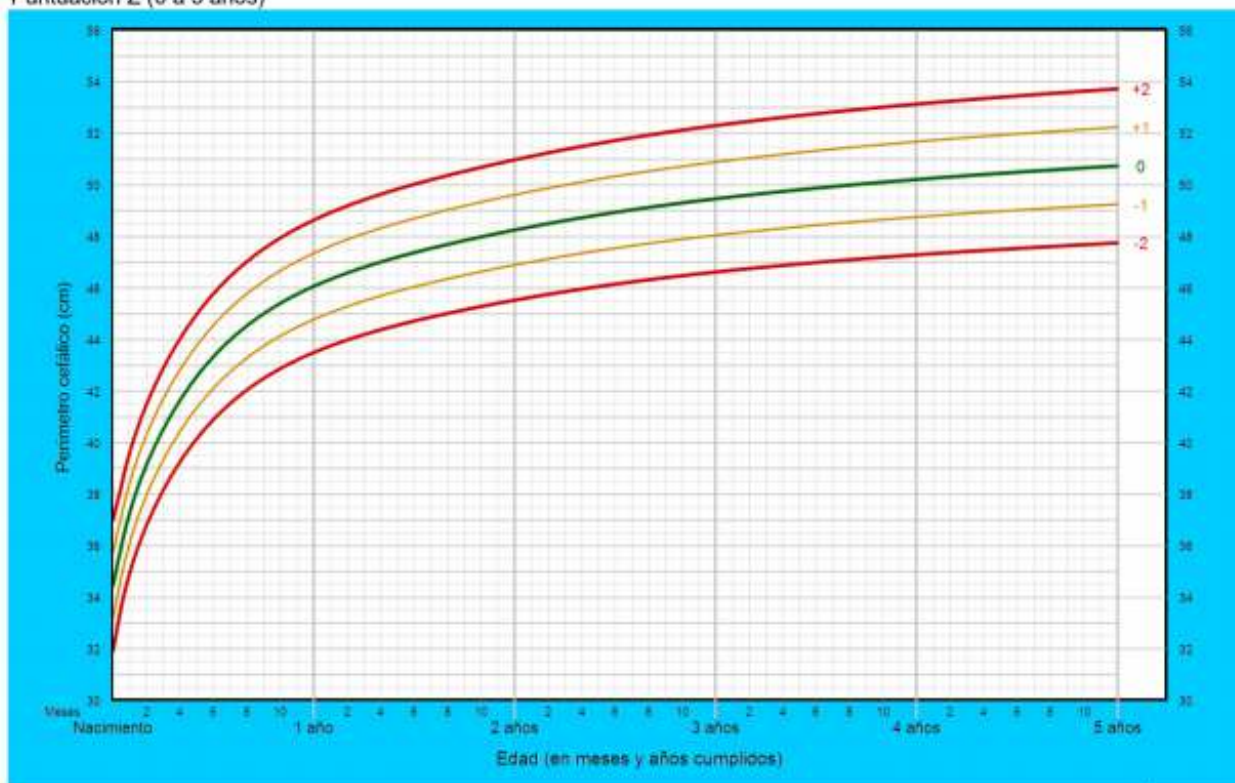
Versión 22

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



Perímetro Cefálico Niños

Puntuación Z (0 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

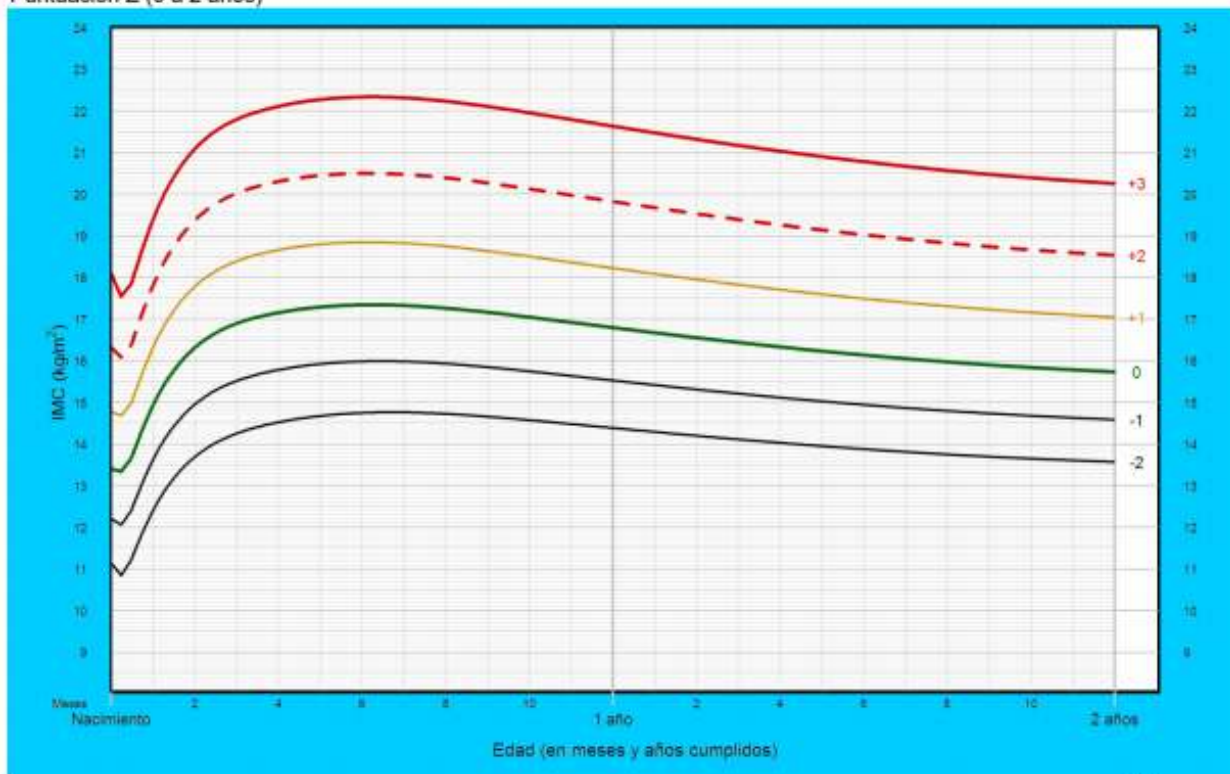
Versión 22

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

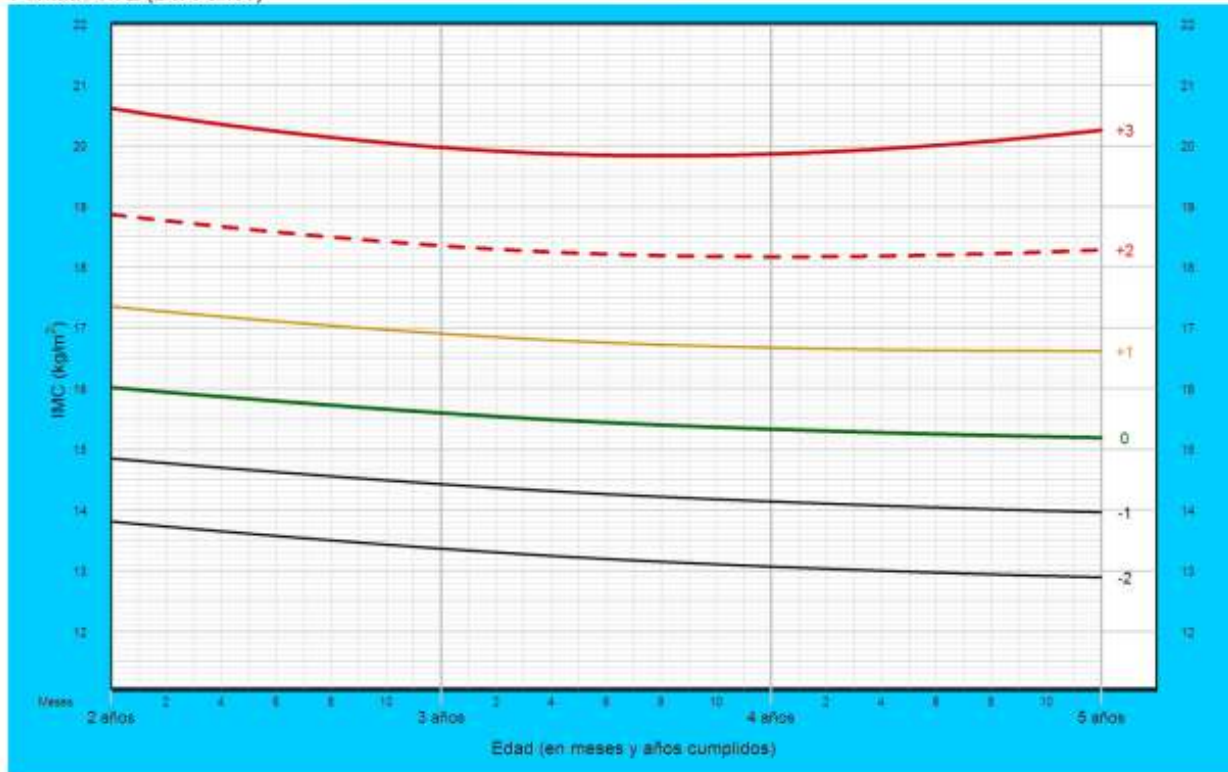
Versión 22

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



Organización
Mundial de la Salud

DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

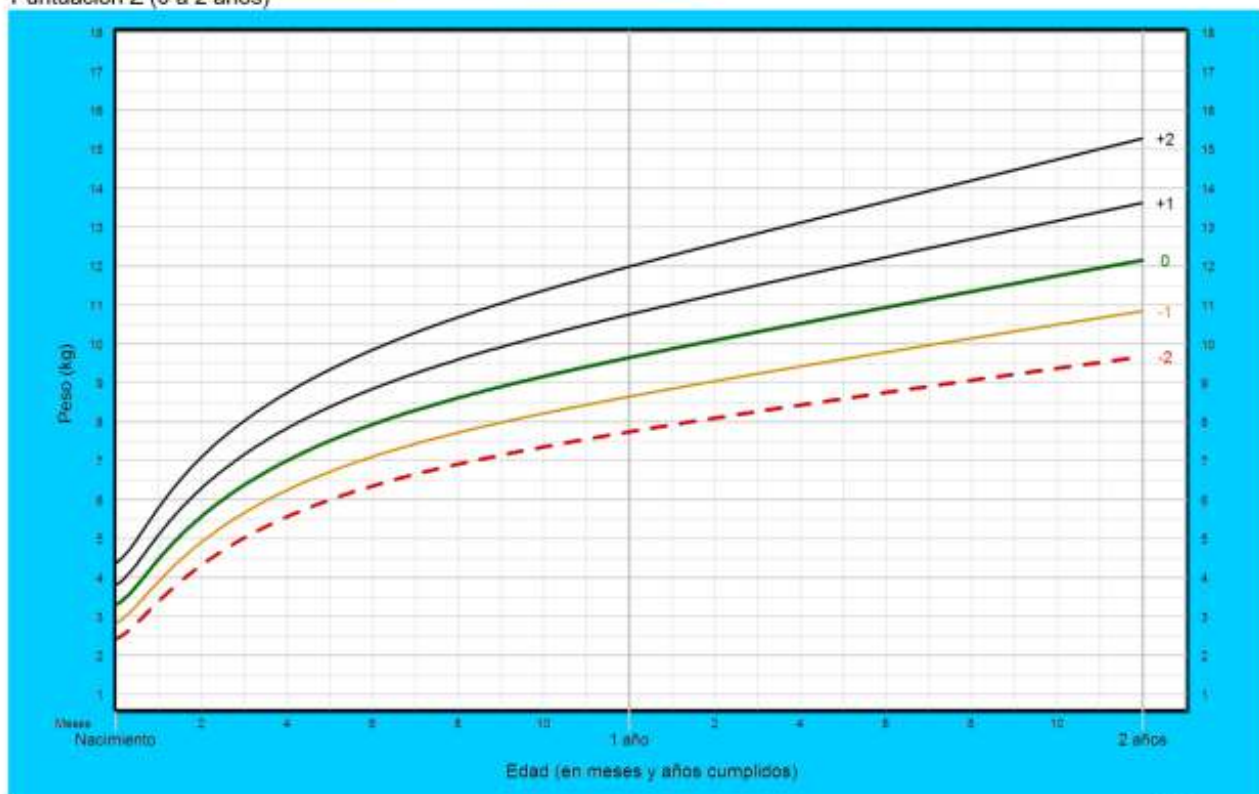
Versión 22

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (0 a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

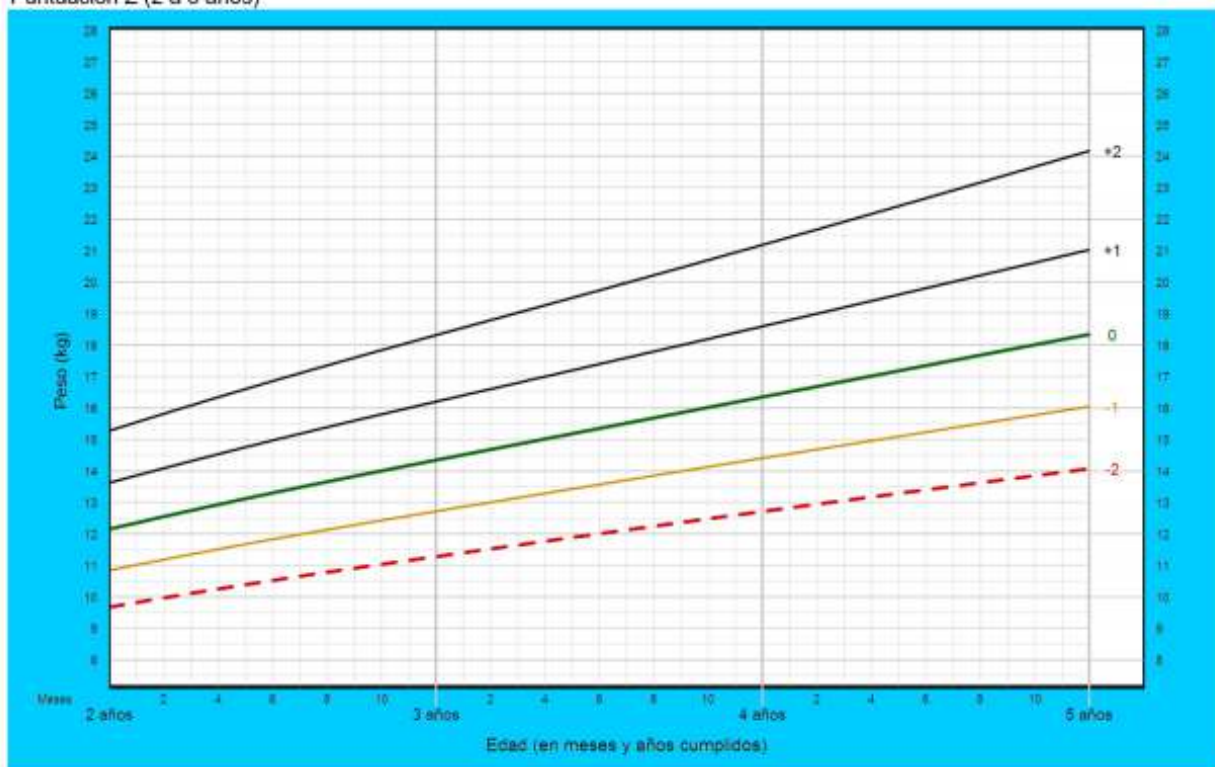
Versión 22

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



Peso para la Edad Niños

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS  Organización Mundial de la Salud

DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

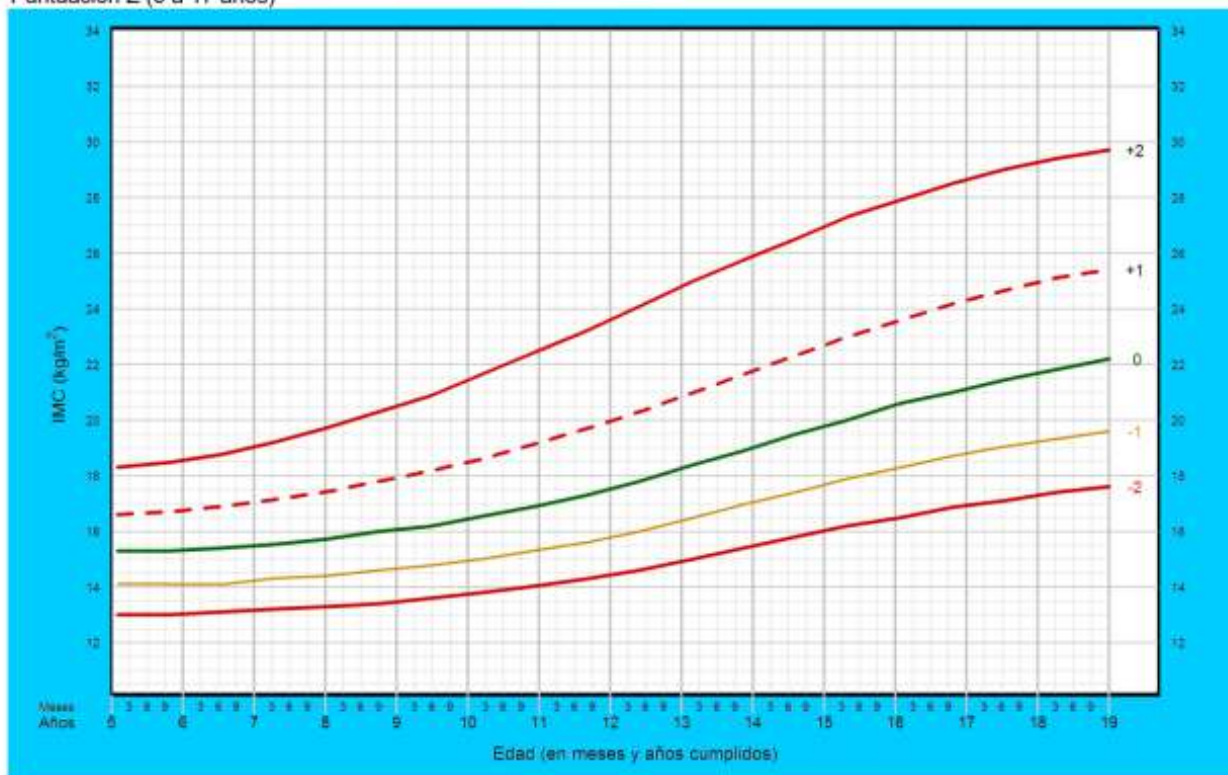
Versión 22

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



IMC para la Edad Niños

Puntuación Z (5 a 17 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

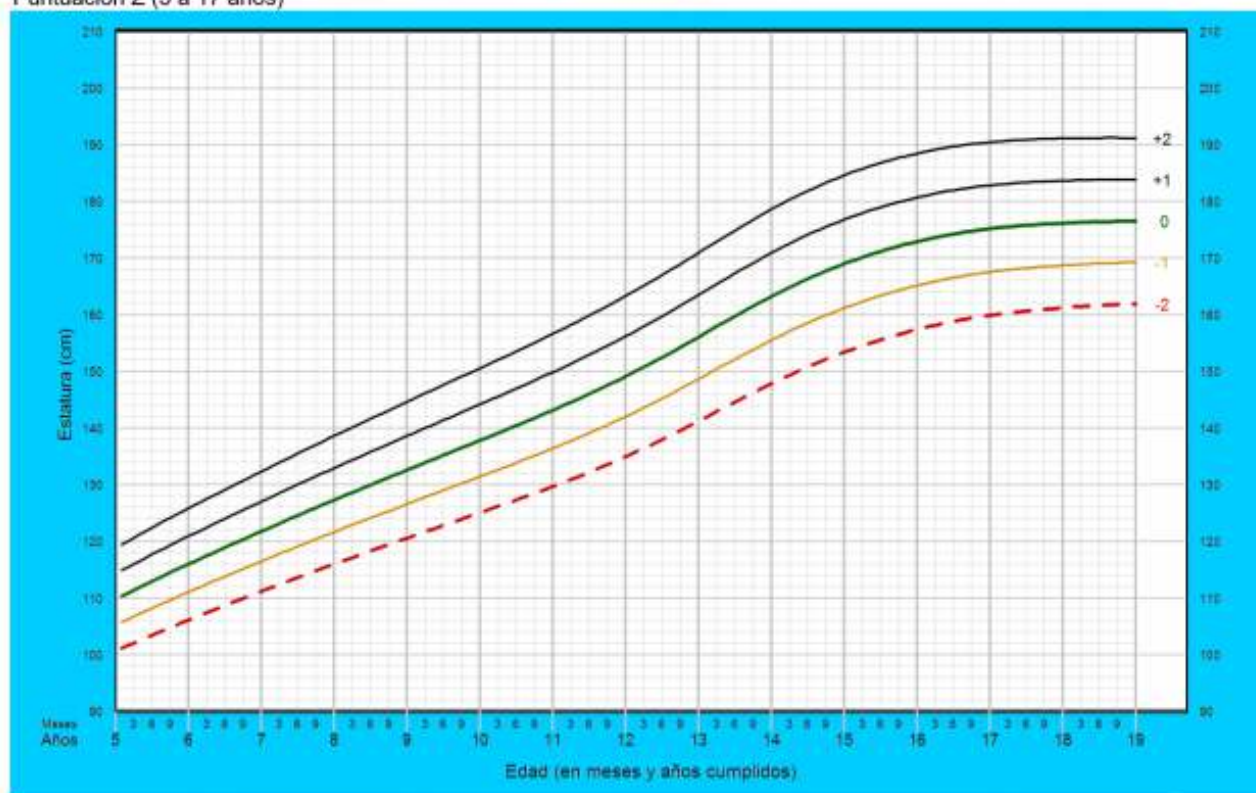
Versión 22

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



Talla para la Edad Niños

Puntuación Z (5 a 17 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



Organización
Mundial de la Salud

DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

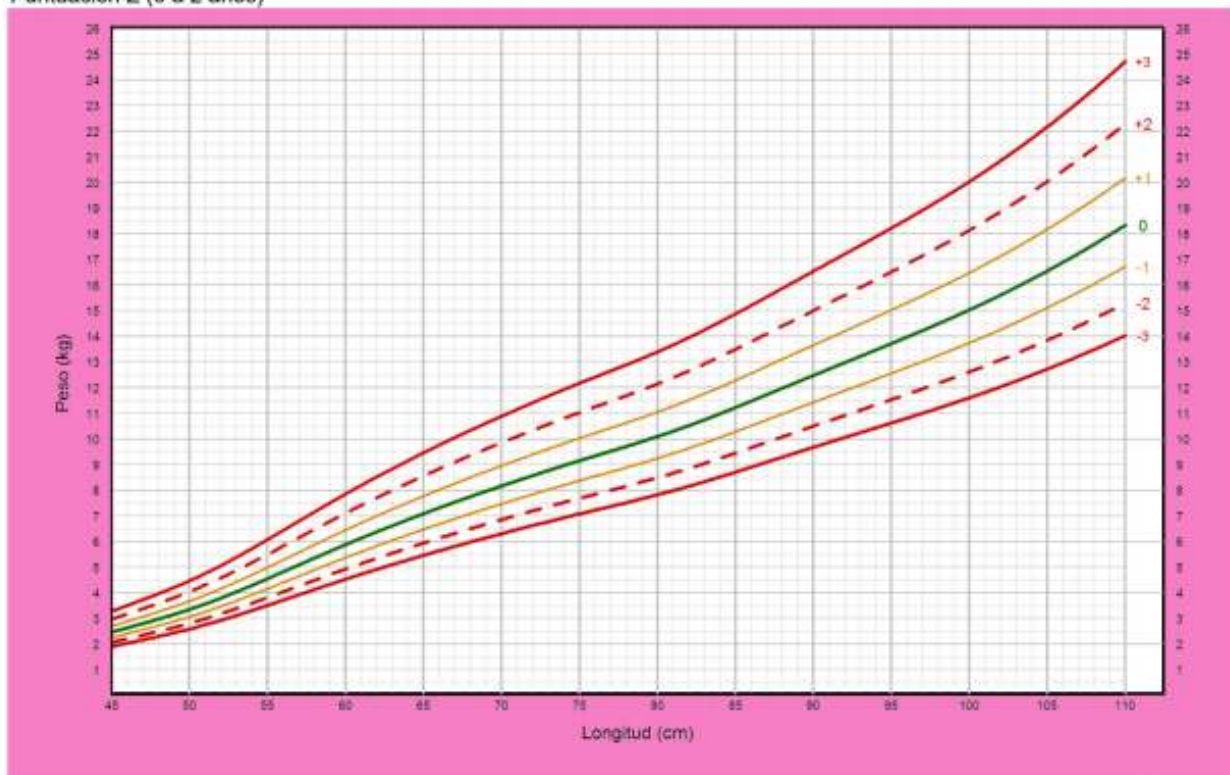
Versión 22

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



Organización
Mundial de la Salud



DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

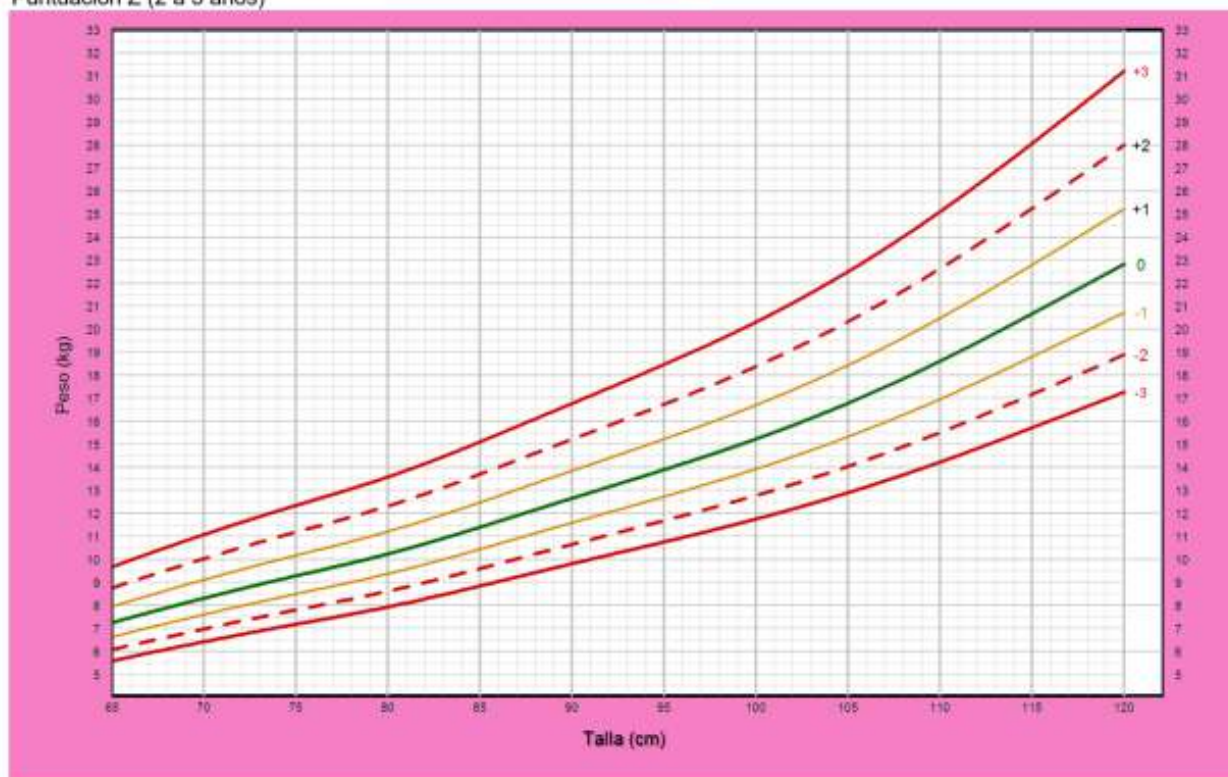
Versión 22

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



Peso para la Talla Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



Organización
Mundial de la Salud

DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

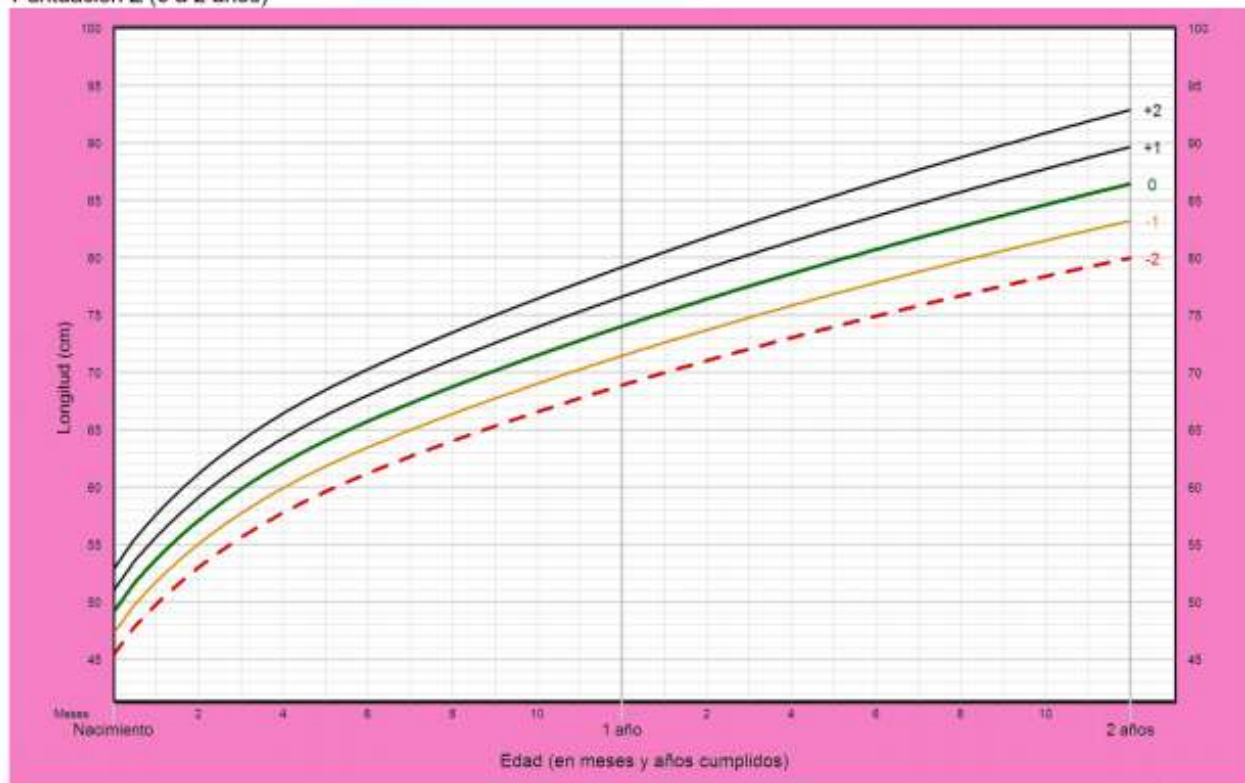
Versión 22

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

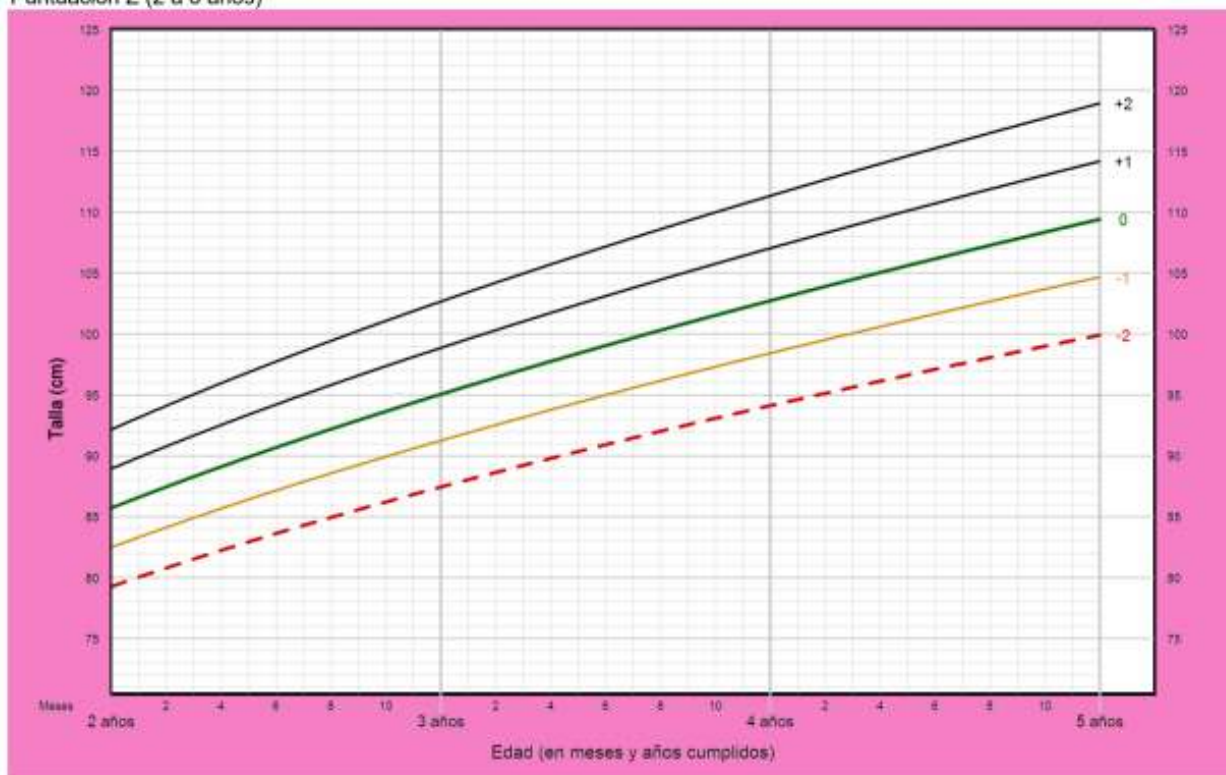
Versión 22

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

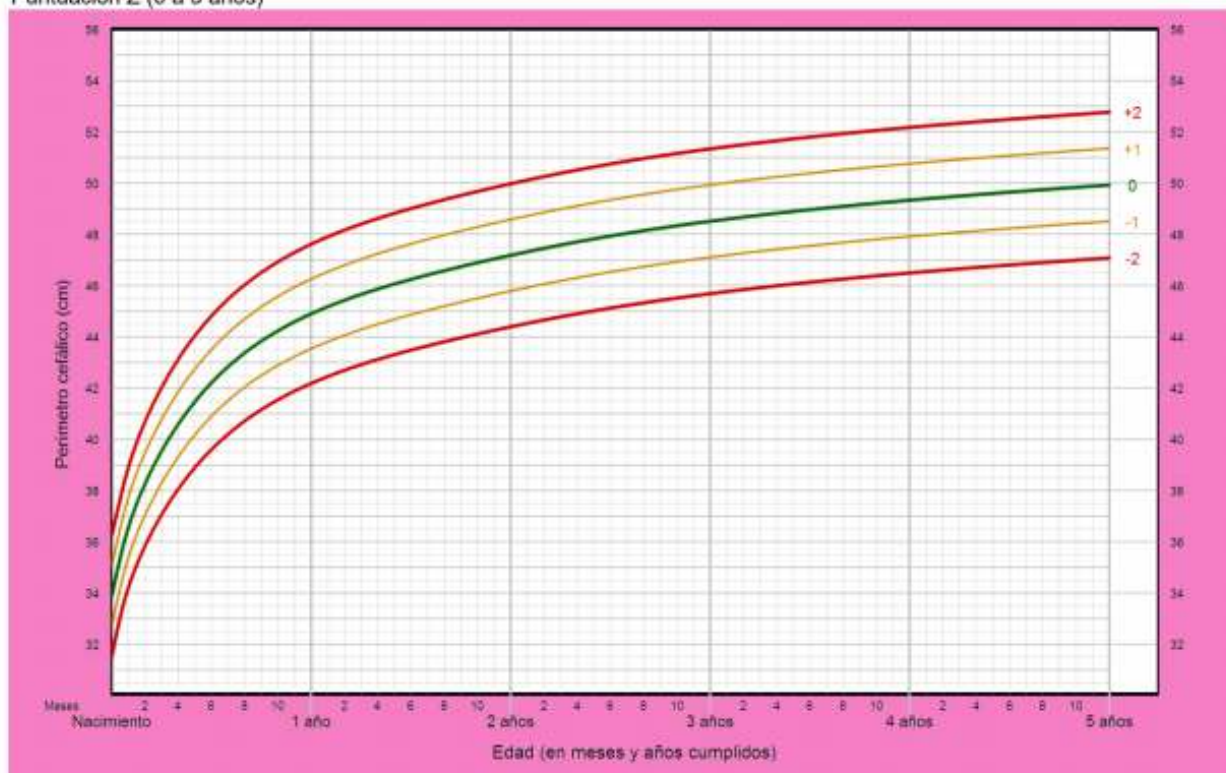
Versión 22

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



Perímetro Cefálico Niñas

Puntuación Z (0 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



Organización
Mundial de la Salud

DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

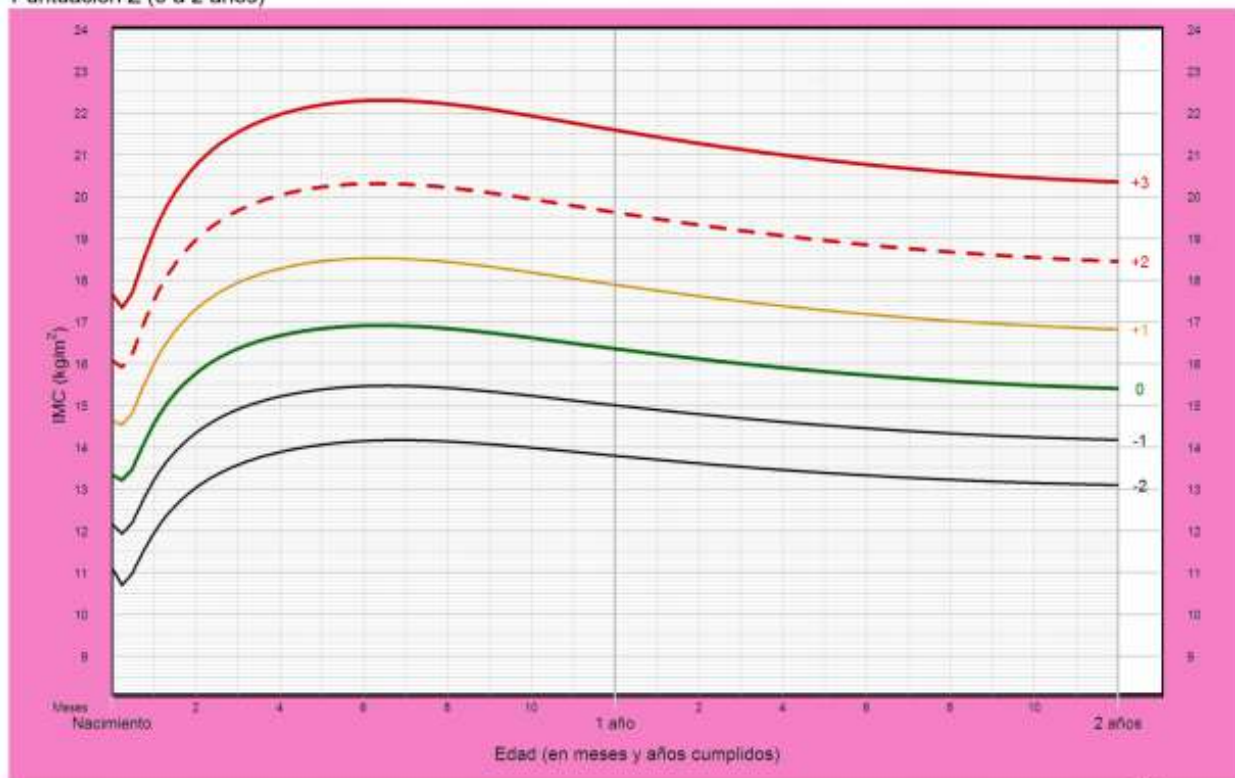
Versión 22

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



Organización
Mundial de la Salud

DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

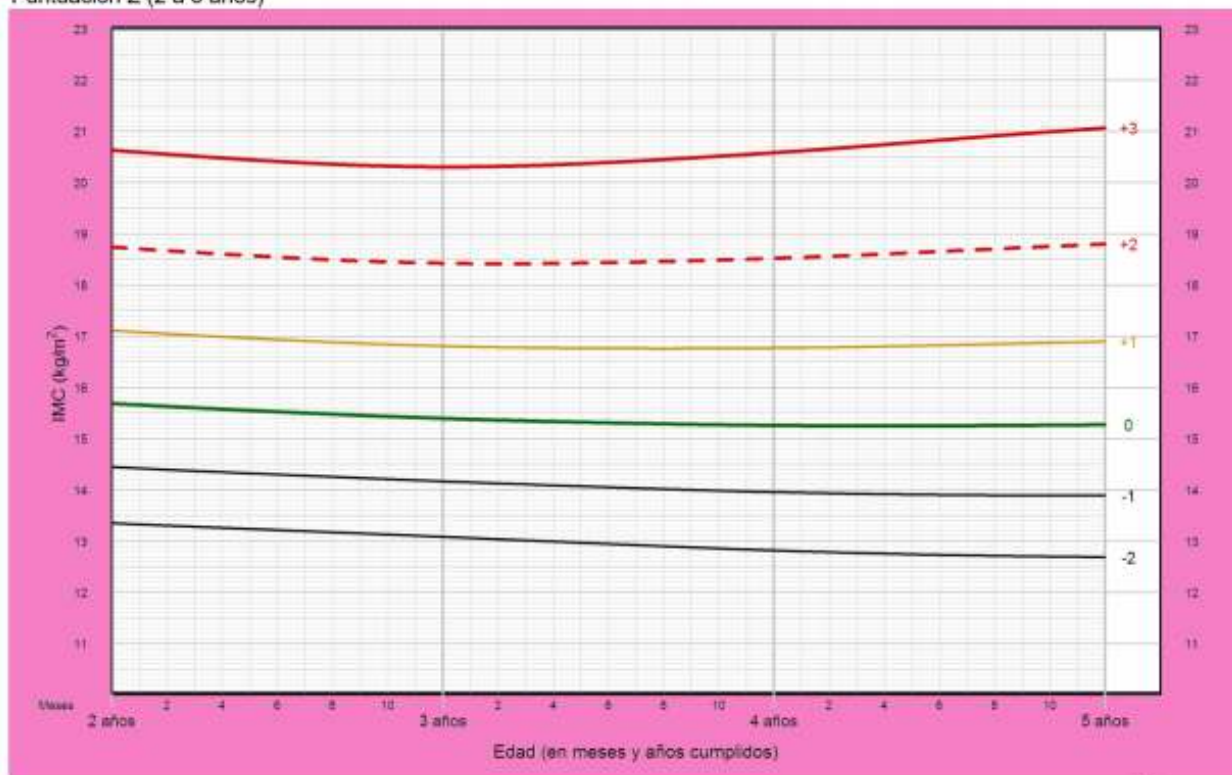
Versión 22

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



Organización
Mundial de la Salud

DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

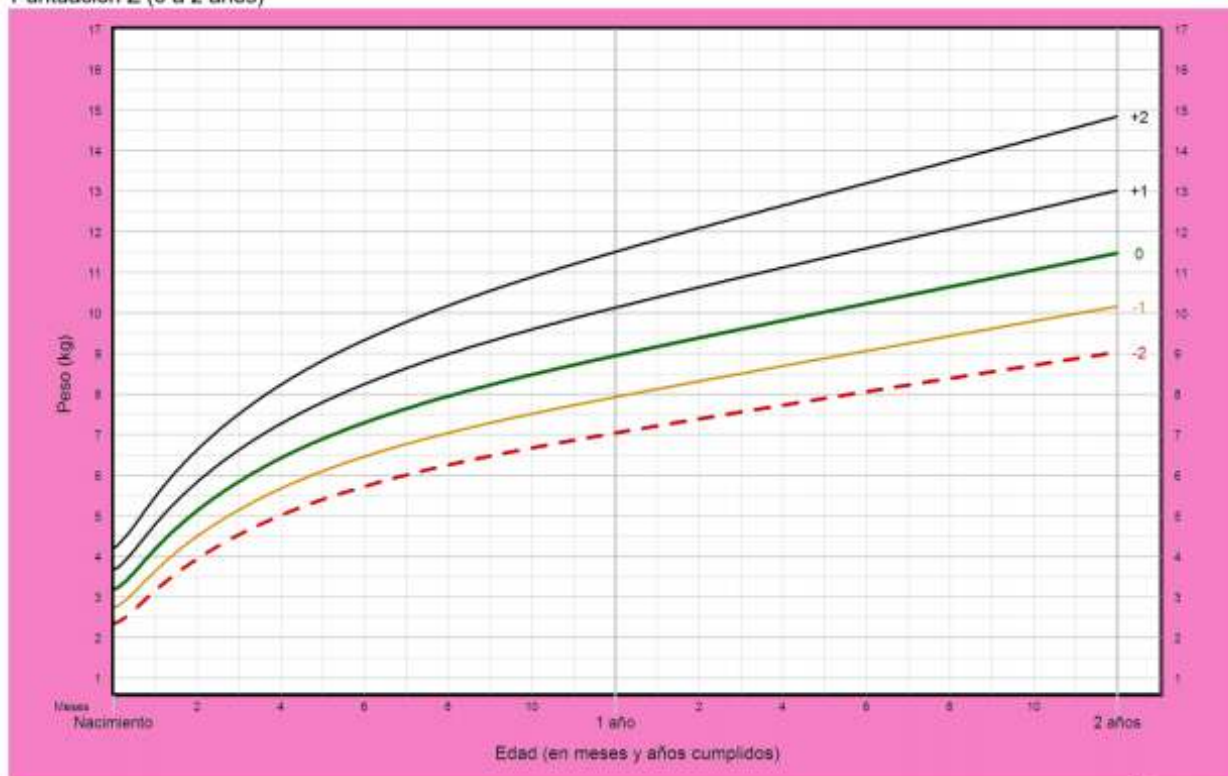
Versión 22

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (0 a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



DOCUMENTO DE APOYO CUIDADO INTEGRAL A LA FAMILIA

ACA-DA-008

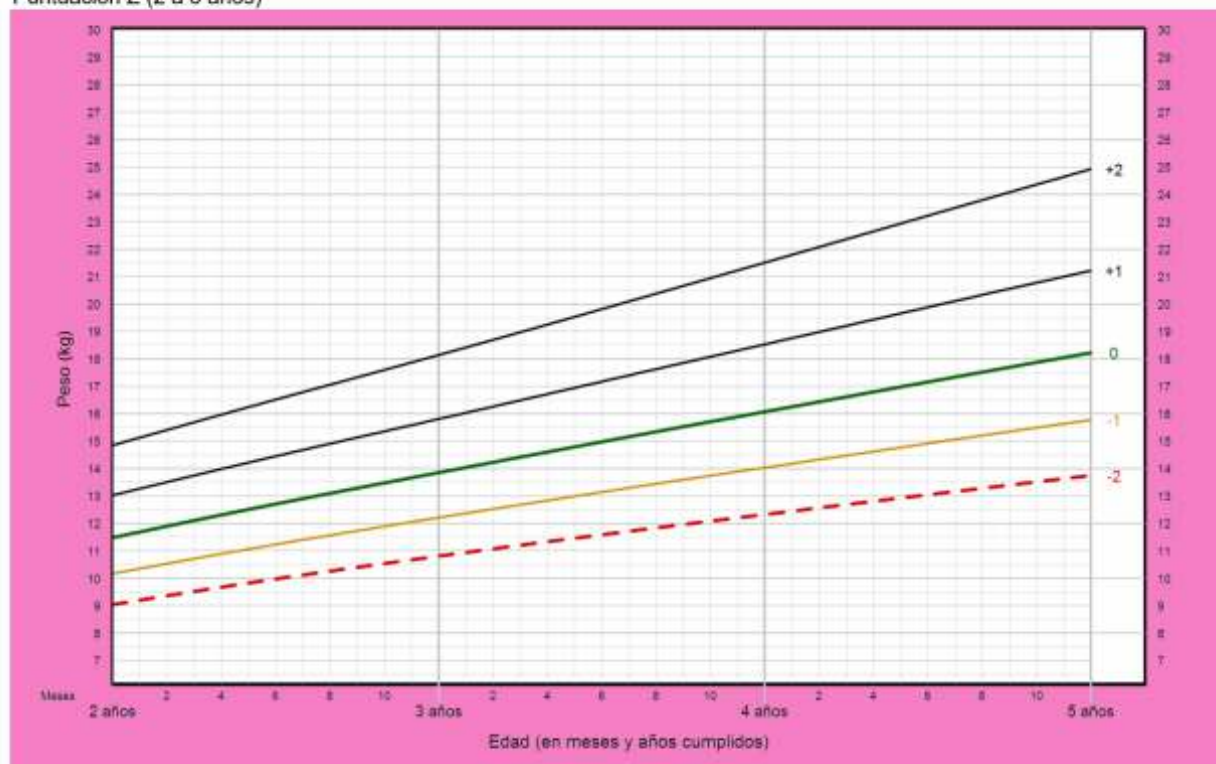
Versión 22

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



Peso para la Edad Niñas

Puntuación Z (2 a 5 años)



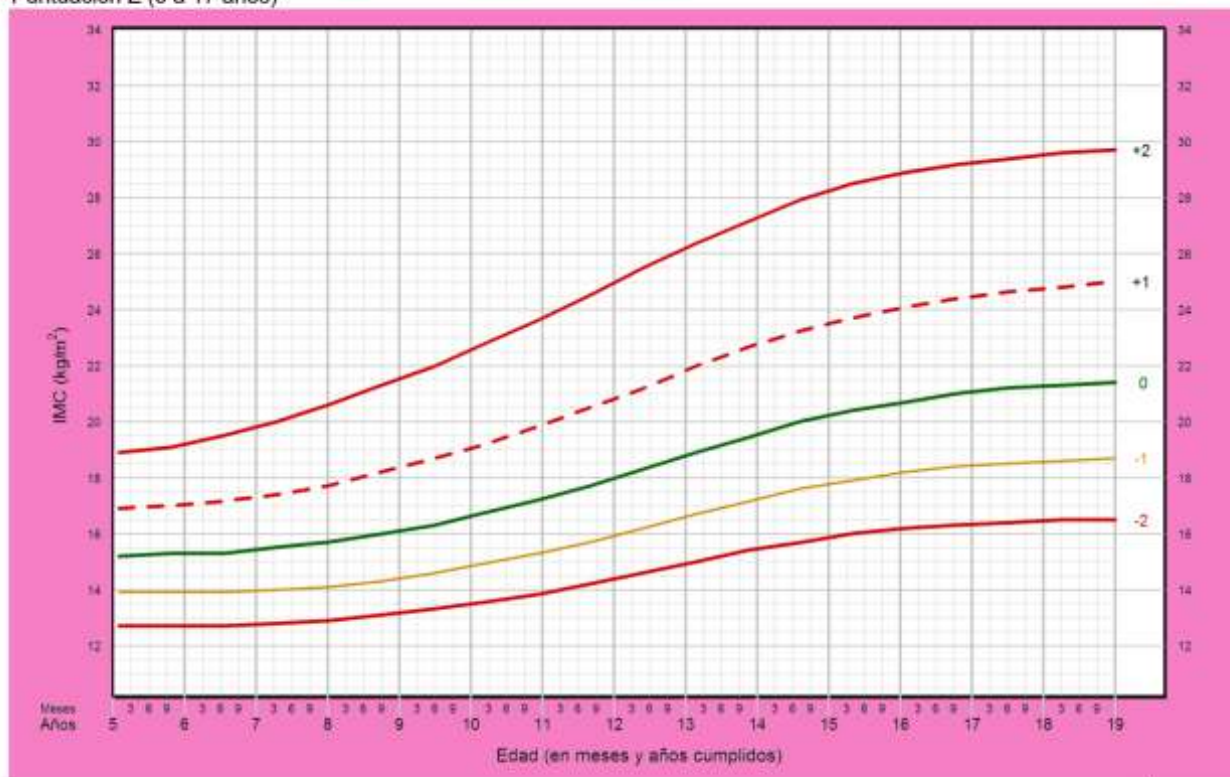
Patrones de crecimiento infantil de la OMS  Organización Mundial de la Salud

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



IMC para la Edad Niñas

Puntuación Z (5 a 17 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS



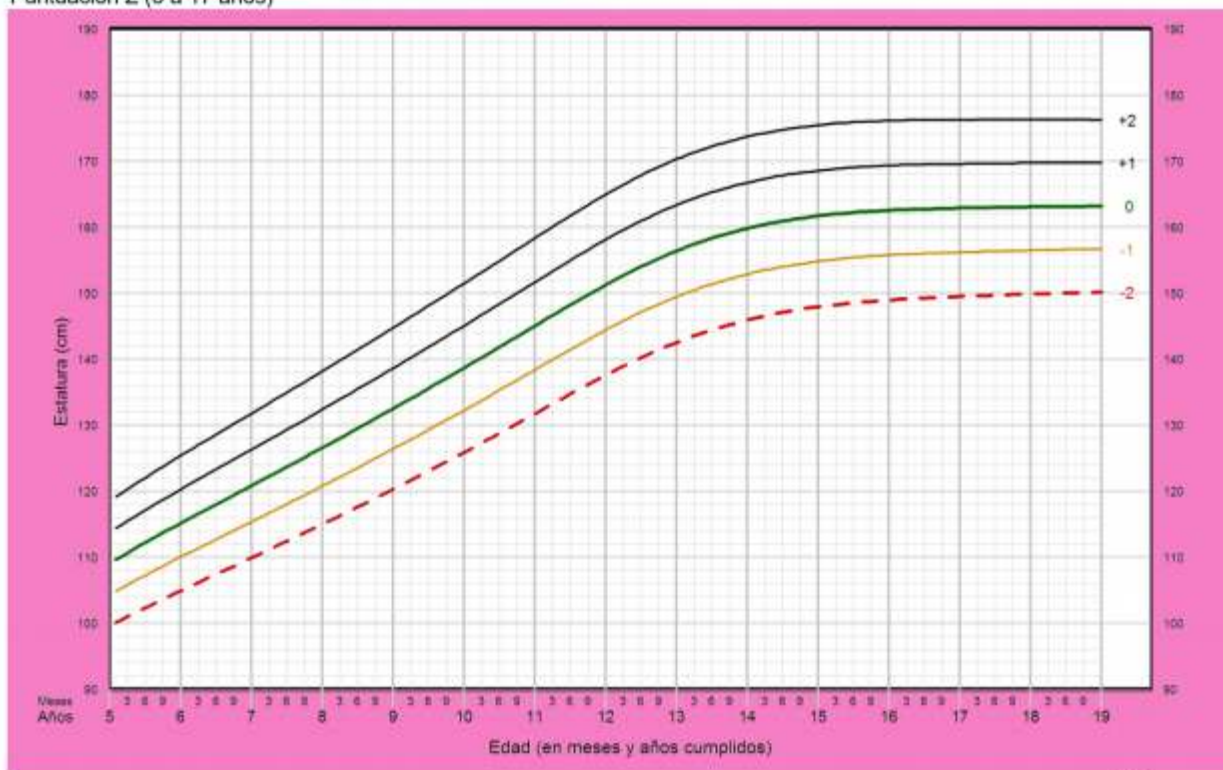
Organización
Mundial de la Salud

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones."



Talla para la Edad Niñas

Puntuación Z (5 a 17 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS  Organización Mundial de la Salud

3.16 Buen Trato

Maltrato Infantil

Toda acción, y omisión que infiera negativamente en el desarrollo físico, y mental o emocional de un menor, causado por un adulto a cuyo cuidado se encuentra el menor.

Tipo de Maltrato

Físico

Es toda agresión física a un menor causado por parte de los padres, personas del grupo familiar o cuidadores. Puede ser intensidad leve, moderado o grave y su ocurrencia antigua, reciente, o recurrente.

Factores de riesgo

Del niño o niña

Retardo mental, parálisis cerebral, deformaciones físicas, dificultades en la alimentación o defecación, niños inquietos, con enfermedades crónicas, menores de 5 años.

Riesgos sociales

Desempleo, tolerancia social al maltrato en general hacinamiento, desplazamiento, forzado, corrupción, bajo nivel de ingresos, ausencias de redes de apoyo.

Signos y síntomas de un niño maltratado

SISTEMA-ÓRGANO Y SÍNTOMAS ÁREA	
Piel y tejidos blandos	Edema, equimosis y hematomas, en cara, extremidades, glúteos y tronco, cicatrices que evidencian el objeto con el que fueron hechas, quemaduras con cigarrillo, plancha, líquidos etc. Laceraciones en cavidad oral.
Esqueléticos	Fracturas en menores de un año, fracturas frecuentes mal tratados o mal cicatrizadas, dislocación del hombro o del codo, contusiones de hombro o codo, machacamientos.
Sistema Nervioso Central	Trauma craneoencefálico desde leve a severo.
Respiratorio	Casi ahogamiento y bronco aspiraciones.

Órganos de los sentidos	Heridas y hematomas de párpados sin compromiso del globo ocular, lesiones corneales, herida del pabellón auricular, hemorragia del oído medio o interno, desviaciones del tabique. Hemorragias nasales que ceden fácil al taponamiento.
Cavidad abdominal.	Golpes, hematomas, contusiones que no comprometen las vísceras, rupturas de vísceras.

Emocional o Psicológico

Dentro de esta variante de maltrato se encuentra numerosas conductas de padres maestros y cuidadores que realizan con los niños, por ejemplo: rechazo, la crítica, la constante burla de sus aptitudes o de sus errores y equivocaciones infantiles, la ridiculización de sus acciones, amenazas de abandono, o daño si no cumple con las expectativas de los padres, exigencias inapropiadas para la edad del niño. Es importante recordar que todos los tipos de maltrato a niños y niñas están acompañados de maltrato psicológico.

Factores del riesgo:

Del niño o niña

Bajo rendimiento escolar, exigencia excesiva de los padres en el rendimiento escolar, etapa en que los padres desean que el niño o niña controle su esfínteres, trastornos en el desarrollo físico y mental.

Familia o de sus miembros:

Padres que ignoran, rechazan, aíslan, aterrorizan, atacan verbal/ o presionan al niño o niña.

Padres que no responden a las necesidades de niño o niña y fracasan en estimularlos.

Padres que no establecen contacto visual con los niños.

Padres que presentan depresión profunda.

Embarazos indeseados

No participación del papa con la crianza

Conflictos de parejas.

Alcoholismo o drogadicción.

Trastornos mentales.

Antecedente de maltrato. etc.

Abuso Sexual

Contacto o interacción entre un adulto y el menor, en el que este último es utilizado para satisfacción sexual del adulto o de terceros.

El abusador puede ser un menor cuando es significativamente mayor que la víctima o tiene una posición de poder o control sobre el menor.

Factores de riesgo

Del niño o niña

Condición de sentimiento y dependencia de los niños

Las niñas son mas abusadas intrafamiliarmente y los niños más frecuente fuera de casa.

Niño que ha sido expuestos desde muy temprana edad al comportamiento sexual del los adultos.

Con autoestima negativa.

Con poco vinculo afectivo con los padres.

Niños muy pequeños o con discapacidades físicas, o intelectuales.

Niños que desconocen el abuso sexual y la manera de evitarlos.

De la familia o de sus cuidadores

Con historia de abuso sexual infantil y abuso psicológico y físico en la infancia y en la vida actual.

Impera el silencio por temor al qué dirán.

Hacinamiento

Familias autoritarias.

Familias con nivel de comunicación bajas.

Poca claridad en las normas familiares y en particular la de los comportamientos sexuales y auto cuidado. Etc.

Sociales

Significado social de la mujer desde la niñez.

Sobre la valoración de la figura masculina en la familia.

Su misión de la madre y de los hijos ante padres autoritarios.

Tabúes, mitos y creencias erradas frente a la sexualidad.

Del abusador

Personalidad controladora, dominante.

Consumidor de alcohol o drogas.

Posiblemente fueron objeto de abuso sexual en la infancia.

Predilección por establecer relaciones sexuales con el menor etc.

Gestación y maltrato

Conductos que por acción u omisión agraden a la mujer embarazada poniendo en peligro el desarrollo normal del feto.

Factores de riesgo

Embarazo no deseado

Intentos de abortos, o abortos anteriores

Mujeres que planean dar su hijo en adopción
Mujeres abandonadas por su pareja, o rechazadas por su familia
Alcoholismo
Madres adolescentes
Antecedentes de maltrato
Fármaco dependencia y padres con enfermedad mental grave o sociópata.

Síndrome de bebe zarandeado

El Síndrome del niño sacudido también conocido como síndrome del niño zarandeado o agitado es una forma de maltrato físico infantil que incluye la existencia de un traumatismo intracraneal debido a que el cerebro aún no ocupa toda la caja craneal y que conlleva un conjunto de alteraciones clínicas y patológicas que conforman un síndrome bien definido, debido a la agitación violenta del infante por parte del abusador.

Se trata de un lactante con llanto incontrolado, inconsolable, al que una persona sostiene por el tórax y lo sacude bruscamente, con lo que se produce un mecanismo de aceleración-desaceleración de la cabeza que conduce por una parte a fracturas paravertebrales de las costillas, a hemorragias intracraneales y a lesiones oculares. Las hemorragias retinianas están presentes en el 80% de los casos, y su presencia debe hacer sospechar la existencia de este síndrome ante la ausencia de cualquier otra causa.

La mayoría de los casos ocurren en niños lactantes, los cuales tienen una desproporción exagerada entre el gran tamaño de la cabeza con respecto al resto del cuerpo, y un tono muscular insuficiente en los músculos del cuello, que no los permite soportar el peso y las oscilaciones de la cabeza. Como consecuencia de todo ello, tras la sacudida, se producen una serie de trastornos hipóxicos debidos a la dificultad respiratoria, que van a provocar alteraciones del centro respiratorio troncoencefálico, con frecuencia un edema cerebral, y hemorragias subdurales, con pequeñas contusiones parenquimatosas y múltiples hemorragias axiales adicionales.

Negligencia

Deprivación de los elementos básicos cuando se pueden brindar, necesarios para garantizar el desarrollo armónico e integral del niño. (Educación, alimentación, salud, cuidado y afecto)

Factores de riesgo:

Niños con enfermedades crónicas
Discapacitados física o mentalmente
Comportamientos como hiperactividad, hipoactividad o rebeldía
Enfermedades como Síndrome de Down, Autismo y Parálisis Cerebral

Genero del niño que no satisface las necesidades del padre
Bajo nivel educativo de los padres
Pobreza
Madre cabeza de hogar
Débiles lazos afectivos
Adicciones.

Maltrato social o institucional:

Falta de satisfacción de las necesidades básicas de los niños y las niñas como consecuencia de la ausencia de garantías estatales para el acceso a los servicios sociales de subsistencia de quienes tienen a cargo su crianza y cuidado.

Factores Protectores Generales

Promover la formación de un sólido vínculo afectivo entre los padres o cuidadores y sus hijos capaces de amortiguar las dificultades de la crianza sin que ocurra el maltrato en cualquiera de sus formas.

Educar e informar a los niños o niñas sobre sus derechos.

Enseñar las diversas etapas psicosexuales a los padres.

Ayudar a las comunidades a la información de las diversas redes que aporten enriqueciendo emocionalmente y ofreciendo contenciones en las situaciones de crisis.

Red del Buen Trato

Es la que tiene las relaciones en las diferentes organizaciones, servidores públicos; ciudadanos y ciudadanas que promueven la cooperación, la coordinación, construcción y organización proactiva para construir una ciudad donde niños, niñas y familias fundamente su relación en el afecto; su capacidad para solucionar conflictos y la convivencia.

Objetivos generales

Promover el respaldo político y administrativo de las instituciones participantes de la red.

Promover una gestión para que las redes articulen y coordinen los recursos institucionales, distritales y locales.

Promover la participación comunitaria.

Quien participa en la red

ICBF

Comisaría de familia.

Unidad de medición y conciliación.

Hospitales de I nivel. E.S.E.

DABS (Departamento administrativo de bienestar Familiar)

Cadel.

Todos los ciudadanos y ciudadanas que deseen participar activamente en la transformación y fortalecimiento de relaciones familiares.

Denuncia:

Todos los miembros de una institución que tengan conocimiento o sospecha que un niño o niña ha sido víctima de maltratos, tiene la obligación de denunciar el hecho ante la comisaría de familia, el centro zonal de ICBF o cualquiera de las instituciones que participan en la red.

3.17 Prevención de Accidentes en el Hogar

Dado que en el hogar es donde pasamos muchas horas a lo largo de nuestra vida, es allí donde también existen posibilidades de que surja algún accidente de cualquier tipo. Sin embargo, no todos los miembros de la familia tienen las mismas posibilidades de sufrir un accidente. Hay dos colectivos de personas que son los que sufren accidentes con mayor frecuencia.

- Los niños menores de cinco años
- Los ancianos mayores de sesenta y cinco años

La edad y su situación en la vida los convierte por su ignorancia, despreocupación, debilidad y características mentales en los más indefensos y vulnerables.

Consecuencia de los Accidentes

Diversos estudios reflejan que en los accidentes domésticos sufridos por los niños, sus causas, por orden de incidencia, son las siguientes:

- Caídas
- Intoxicaciones
- Alergias e irritaciones
- Quemaduras
- Incendios y explosiones
- Electrocutión
- Asfixia respiratoria
- Golpes y atrapamientos
- Heridas

3.18 Alteraciones Cognitivas del Niño

Autismo

El autismo es un trastorno neurobiológico del desarrollo, que es muy complejo y dura toda la vida. A veces se lo clasifica como una discapacidad del desarrollo porque generalmente comienza antes de los tres años, en el período del desarrollo, y porque causa retrasos o problemas en muchas habilidades diferentes que surgen desde la infancia hasta la edad adulta.

Debido a que diferentes personas con autismo pueden tener características o síntomas marcadamente distintos, se consideran al autismo como un “trastorno de espectro”, es decir, un grupo de trastornos con una serie de características similares.

Según el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS) el trastorno del espectro autista (ASD) es una gama de trastornos complejos del neurodesarrollo, caracterizado por impedimentos sociales, dificultades en la comunicación, y patrones de conducta estereotípicos, restringidos y repetitivos.

Debido a que diferentes personas con autismo pueden tener características o síntomas marcadamente distintos, se consideran al autismo como un “trastorno de espectro”, es decir, un grupo de trastornos con una serie de características similares.

Qué trastornos se incluyen:

- Trastorno autista (autismo)
- Desorden notorio del desarrollo no especificado de otra manera (PDD NOS), por su sigla en inglés Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified
- Síndrome/trastorno de Asperger
- Síndrome de Rett
- Desorden desintegrativo de la niñez

Las cifras actuales indican que el autismo ocurre en todos los grupos raciales, étnicos, y sociales por igual, y que las personas que pertenecen a un grupo no tienen ni más ni menos probabilidad de tener un ASD que las personas en los otros grupos. Sin embargo, hay tres grupos que sí tienen mayor riesgo de padecer de un ASD:

- Los varones: Las estadísticas muestran que los varones tienen una probabilidad tres a cuatro veces mayor de desarrollar autismo que las niñas.
- Los hermanos de personas con ASD: En las familias que tienen un hijo con un ASD, hay entre un 2 y un 8 por ciento de posibilidad de que otro hijo

también tenga un ASD, lo que constituye una cifra mucho mayor que la de la población en general.

- Las personas con otros trastornos específicos del desarrollo: En ciertos trastornos, como en el síndrome del cromosoma X frágil, el retraso mental y la esclerosis tuberosa, además de los síntomas primarios del trastorno específico, también es común ver el autismo.

A los 18 meses de edad, se pueden observar varios de los síntomas del autismo relacionados con el comportamiento, incluyendo problemas con el contacto visual, falta de respuesta cuando es llamado por su nombre, problemas de la atención conjunta, habilidades subdesarrolladas en el juego simbólico (imitación) e imaginario, y problemas con la comunicación no verbal y el lenguaje. En general, la edad promedio en que actualmente se diagnostica el autismo es a los tres años. En muchos casos, es un retraso en el habla alrededor de los dos años de edad lo que llama la atención de los padres, a pesar de que otras señales menos notorias pueden haber estado presentes a una edad más temprana.

Los estudios también demuestran que hay un subgrupo de niños con ASD que experimentan una "regresión", es decir, que dejan de usar las habilidades de lenguaje, juego o sociales que ya habían aprendido. Esta regresión generalmente ocurre entre el primer y segundo año de edad. Los científicos siguen aprendiendo sobre las características de la regresión en los ASD, y si estas características difieren de las que se ven en las personas que han mostrado señales de autismo temprano en sus vidas.

Los padres, cuidadores o niñeras, miembros de la familia, maestros y otras personas que pasan mucho tiempo con los niños deben estar atentos para ver si hay "señales de aviso". Algunas de estas señales pueden significar que hay un retraso en una o más áreas del desarrollo, mientras que otras son más típicas de los ASD.

El criterio de diagnóstico para niños autistas se basa principalmente en una serie de comportamientos excesivos y otros comportamientos deficientes que tienen raíz neurológica.

Aunque una sola conducta parezca muy extraña, no nos puede llevar al criterio de si el niño es autista o no, ya que es necesario evaluar una serie de conductas o comportamientos.

Comportamientos excesivos:	Comportamientos deficientes:
Agresividad: Daños a sí mismo, agresión hacia otros y a cosas, "pataletas" y "berrinches".	Comunicación: Muda, lenguaje ecolálico y lenguaje incomprensible.
Auto Estimulación: Cuerpo, objetos, obsesiones, rituales.	Visualización: No mira a los ojos.
Incumplimiento: Incumplimiento de normas constante, intermitente o pasivamente.	Social: Rechazo, tolerante, torpe.
Aislamiento: Severo, Frecuente, Algunas veces.	Auditivo: No responde ante estímulos, hipersensitivo o selectivo.
Hiperactividad: Incansable, sin freno, etc.	Juego: Auto estímulo, jugador repetitivo, campo de interés reducido.

Tratamiento

Hasta la fecha, no existe una cura para el autismo, pero en ocasiones los niños con ASD progresan de tal manera que ya no muestran el síndrome

completo de autismo cuando son mayores.

Las investigaciones demuestran que un diagnóstico precoz e intervenciones realizadas temprano en la vida, como en el período preescolar, tienen más probabilidad de producir efectos positivos importantes en las habilidades y en los síntomas más adelante. Mientras más pronto reciba ayuda un niño, más oportunidad tendrá para aprender. Por lo que el cerebro de un niño pequeño aún está formándose, una intervención temprana le da al niño el mejor comienzo posible y la mejor oportunidad de desarrollar todo su potencial. Aún así, no importa a qué edad se hace el diagnóstico de autismo, nunca es demasiado tarde para que la persona se beneficie del tratamiento. Las personas con ASD generalmente responden positivamente a intervenciones bien diseñadas, sin importar su edad o nivel de habilidad.

Los programas de intervención temprana típicamente incluyen métodos conductuales, educación de desarrollo temprano, destrezas de comunicación, terapia ocupacional y física, y juego social estructurado.

Actualmente no existe un solo tratamiento definitivo para los ASD. Sin embargo, hay una variedad de maneras para ayudar a minimizar los síntomas y maximizar el aprendizaje. Las personas con un ASD tienen la mejor probabilidad de usar todas sus capacidades y habilidades individuales si reciben terapias conductuales apropiadas, educación y medicación. En algunos casos, estos tratamientos pueden ayudar a las personas con autismo a funcionar a niveles casi normales.

Terapia conductual y otras opciones terapéuticas

En general, la terapia de manejo de la conducta funciona reforzando los comportamientos deseados y reduciendo los no deseados. Al mismo tiempo, este método también aconseja lo que los cuidadores deben hacer antes o entre episodios de comportamientos problemáticos, y lo que deberían hacer durante y después de estos episodios. La terapia conductual generalmente está basada en el Análisis Conductual Aplicado (ACA). Las diferentes aplicaciones del ACA comúnmente usadas en el tratamiento de las personas con autismo incluyen: Intervenciones y Apoyo a la Conducta Positiva, Entrenamiento en Respuestas Centrales, Enseñanza Incidental, Terapia Socio-Ambiental, Comportamiento Verbal y Enseñanza de Tareas Discriminadas, entre otras.

Una variedad de proveedores de la salud pueden ayudar a las personas con ASD y a sus familias a trabajar con diferentes situaciones.

Los terapeutas del habla y del lenguaje pueden ayudar a las personas con autismo a mejorar su habilidad general para comunicarse e interactuar con otros eficazmente, así como a desarrollar sus habilidades del habla y del lenguaje. Estos terapeutas pueden enseñar formas de comunicación no verbal y pueden mejorar las habilidades sociales que involucran el comunicarse con otros. También pueden ayudar a usar mejor las palabras y frases, y a mejorar la tasa y el ritmo del habla y la conversación.

Los terapeutas ocupacionales pueden ayudar a las personas con autismo a encontrar maneras de ajustar las tareas y las condiciones a sus necesidades y habilidades. Esa

ayuda puede incluir el encontrar un ratón y teclado de computación especialmente diseñados para facilitar la comunicación o el identificar habilidades basadas en los intereses de la persona y en sus capacidades individuales. Los terapeutas ocupacionales también pueden hacer muchas de las mismas actividades que los fisioterapeutas.

Los fisioterapeutas diseñan las actividades y ejercicios para aumentar el control motor y mejorar la postura y el equilibrio. Pueden ayudar a un niño que evita el contacto físico a participar en actividades y juegos con otros niños.

Parálisis Cerebral y otras Enfermedades Crónicas del Sistema Nervioso Central, Periférico y Muscular

La parálisis cerebral es un diagnóstico que describe una alteración de la función motora, que se caracteriza por cambios en el tono muscular (generalmente aumento de éste), movimientos involuntarios, ataxia o una combinación de éstos. Esta patología es el resultado de un daño cerebral y no es episódica ni progresiva. Puede acompañarse de compromiso intelectual, sensorial (visión y audición) y trastornos conductuales, sin estar incluidos en el criterio de diagnóstico.

Cuidados de enfermería en pacientes con parálisis cerebral y otras enfermedades crónicas del sistema nervioso central, periférico y muscular

- Los cuidados de enfermería dependerán de cada paciente, el tipo de parálisis cerebral y morbilidad asociada. Debemos considerar que son niños con problemas neurológicos crónicos, por lo que, habitualmente, participa un equipo multidisciplinario en su tratamiento, por esto la Enfermera de APS tendrá que coordinar las acciones con el equipo, para ayudar a mejorar la calidad de vida de estos pacientes. En su mayoría presentan patologías asociadas: especialmente respiratorias que llevan a ser oxígeno dependientes o requerir traqueotomías; problemas renales; cateterismo vesical por vejiga neurogenica; problemas nutricionales resueltos quirúrgicamente con gastrostomías. Por lo tanto, es de vital importancia que enfermería tenga conocimiento del manejo de estas acciones para derivar al especialista en caso de pesquisar algún problema.

Indicaciones de tipo general

Los pacientes con trastornos neurológicos crónicos, presentan dificultades en la deglución; y dificultades para movilizarlos, bañarlos, vestirlos, etc., por lo cual las familias necesitan aprendizaje de cómo hacer menos dificultosa esas tareas y en ello es de vital importancia el apoyo de la Enfermera de la Atención Primaria, en buscar y enseñarles técnicas que mejoren la calidad de vida del niño como de la familia.

Qué observar en una visita domiciliaria

- Como no todos los niños, tienen patologías asociadas, se debe observar en forma general, el entorno familiar que rodea al niño, dónde y cómo se ubica, si hay adaptaciones especiales para él, cual es la integración que tiene con su grupo familiar, como duerme, como se alimenta, dificultades.
- Consultar sobre el cumplimiento de los controles Médicos y Enfermería del Hospital.
- Si existieran los medios en el Consultorio, coordinar el traslado del niño hacia los Centros de Atención, ya que habitualmente la falta a los controles tiene que ver con las dificultades de traslado.
- Revisar los medicamentos que ingiere y las dificultades para acceder a ellos, conociendo cómo darles solución a estos problemas.
- Revisar las indicaciones y reforzarlas.

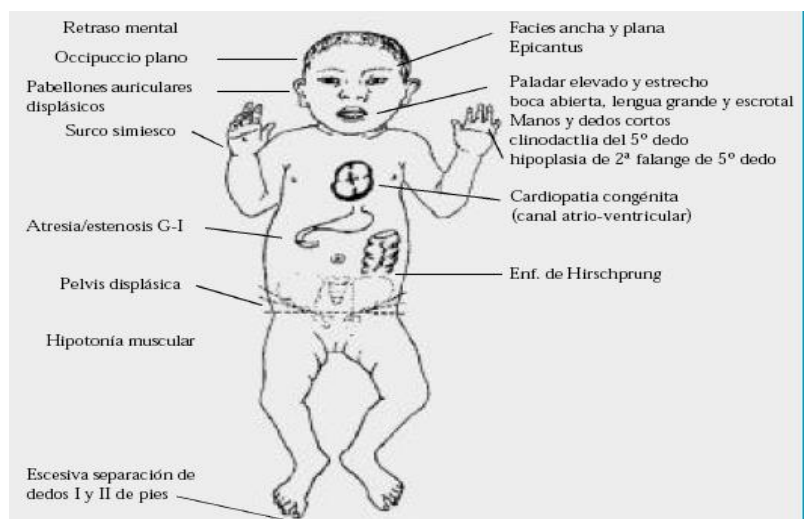
Vejiga Neurogenica

Se deben evaluar los siguientes elementos:

- Características de la sonda: permeabilidad, integridad de la sonda y sus conexiones, estado de la bolsa recolectora y eliminación y características de la orina, si hay presencia de pus o fibrina, en aquellos niños portadores de una bolsa recolectora a permanencia.
- Tiempo de instalación de la sonda: fecha en que se instaló.
- Lugar de almacenamiento y limpieza de los utensilios usados en el procedimiento de cateterismo intermitente (sondas, cacerola para hervir las sondas, caja donde las guarda, estado del jabón de aseo, etc.).
- Revisar los horarios y cumplimiento de estos cateterismos.
- Chequear los conocimientos de la madre sobre el procedimiento, y preguntar sobre su entrenamiento.
- Consultar sobre dificultades al aplicar la técnica, si hay presencia de sangrado, edema uretral, etc.
- Observar condiciones de la piel y genitales.
- Reforzar cuidados si es necesario y derivar en casos extremos.
- Consultar sobre fecha y asistencia a los controles con Enfermera de Especialidad.

Gastrostomías

Se deben evaluar los siguientes elementos:



- Estado general del niño, higiene corporal.
- Características de la sonda: permeabilidad, integridad de la sonda y sus conexiones, condiciones de higiene.
- Revisar lugar y mantención de materiales usados en la alimentación (jeringas, vasos, etc.).
- Consultar sobre el recambio, y control con Enfermera
- Estado de la piel y estoma: Color, olor, temperatura, presencia de granulomas, erosión, sangramiento, dolor, aumento de volumen, etc.
- Revisar técnicas de alimentación: Horarios de alimentación, cumplimiento de indicaciones médicas y de enfermería.
- Sistema de administración de medicamentos por sonda, dificultades.
- Reforzar en caso necesario técnicas de alimentación e higiene de la sonda y cuidados de la piel o estoma.

Programa de niños oxígeno-dependientes

Se deben evaluar los siguientes elementos:

- Observar condiciones generales del niño y conexiones a la red de oxígeno.
- Condiciones de higiene fosas nasales.

Traqueotomías

Se deben evaluar los siguientes elementos:

- Observación del estado general del niño. Estado de la cánula.
- Condiciones de traqueotomía: olor, color de la piel circundante, humedad, presencia de secreciones, calidad de estas, higiene de la zona, permeabilidad.
- Condiciones de higiene y mantención de máquina de aspiración e insumos utilizados en la aspiración de la traqueotomía (sondas, jeringas, motor, etc.).
- Revisar técnicas de desinfección del material usado y tiempo de uso.
- Reforzar técnicas en caso necesario.
- Chequear controles con Enfermera y cambios de cánula.

Síndrome de Down (Trisomía 21)

El Síndrome de Down (SD), también llamado Trisomía 21, es la causa más frecuente de retraso mental identificable de origen genético. Se trata de una anomalía cromosómica que tiene una incidencia de 1 de cada 800 nacidos, y que aumenta con la edad materna. Es la cromosomopatía más frecuente y mejor conocida.

En el 95% de casos, el SD se produce por una Trisomía del cromosoma 21 debido generalmente a la no disyunción meiótica en el óvulo. Aproximadamente un 4% se debe a una traslocación Robertsoniana entre el cromosoma 21 y otro cromosoma acrocéntrico que normalmente es el 14 o el 22. Ocasionalmente puede encontrarse una traslocación entre dos cromosomas 21. Por último un 1% de los pacientes presentan un mosaico, con cariotipo normal y Trisomía 21. No existen diferencias fenotípicas entre los diferentes tipos de SD. La realización del cariotipo es obligada para realizar un adecuado asesoramiento genético dado que el riesgo de recurrencia depende del cariotipo del paciente.

Clínica

El SD es la causa más frecuente de discapacidad cognitiva psíquica congénita. Representa el 25% de todos los casos de discapacidad cognitiva. Se trata de un síndrome genético más que de una enfermedad según el modelo clásico, y aunque sí se asocia con frecuencia a algunas enfermedades, la expresión fenotípica final es muy variada de unas personas a otras. Como rasgos comunes se pueden reseñar su fisionomía peculiar, una hipotonía muscular generalizada, un grado variable de discapacidad cognitiva y retardo en el crecimiento.

En cuanto al fenotipo han sido descritos más de 100 rasgos peculiares asociados al SD, pudiendo presentarse en un individuo un número muy variable de ellos. De hecho ninguno se considera constante o patognomónico aunque la evaluación conjunta de los que aparecen suele ser suficiente para el diagnóstico.

- Cabeza y cuello: Leve microcefalia con braquicefalia y occipital aplanado. El cuello es corto.
- Cara: Los ojos son "almendrados", y si el iris es azul suele observarse una pigmentación moteada, son las manchas de Brushfield. Las hendiduras palpebrales siguen una dirección oblicua hacia arriba y afuera y presentan un pliegue de piel que cubre el ángulo interno y la carúncula del ojo (epicanto). La nariz es pequeña con la raíz nasal aplanada. La boca también es pequeña y la protrusión lingual característica. Las orejas son pequeñas con un hélix muy plegado y habitualmente con ausencia del lóbulo. El conducto auditivo puede ser muy estrecho.
- Manos y pies: Manos pequeñas y cuadradas con metacarpianos y falanges cortas (braquidactilia) y clinodactilia por hipoplasia de la falange media del 5º dedo. Puede observarse un surco palmar único. En el pie existe una hendidura entre el primer y segundo dedo con un aumento de la distancia entre los mismos (signo de la sandalia).
- Genitales: El tamaño del pene es algo pequeño y el volumen testicular es menor que el de los niños de su edad, una criptorquidia es relativamente frecuente en estos individuos.
- Piel y faneras: La piel es redundante en la región cervical sobretudo en el período fetal y neonatal. Puede observarse livedo reticularis (cutis marmorata) de

predominio en extremidades inferiores. Con el tiempo la piel se vuelve seca e hiperqueratósica. El retraso mental es constante en mayor o menor grado.

Diagnóstico

- Las características fenotípicas del SD pueden no ser muy evidentes en el período neonatal inmediato. En este momento la gran hipotonía y el llanto característico, agudo y entrecortado, pueden ser la clave para el diagnóstico. Al poco tiempo se define el fenotipo característico, aunque cada uno tendrá sus propias peculiaridades. El diagnóstico definitivo vendrá dado por el estudio de los cromosomas.

Riesgo de recurrencia

El SD puede diagnosticarse prenatalmente realizando un estudio citogenético de vellosidades coriónicas o de líquido amniótico. El riesgo depende de la edad materna, pero también del cariotipo e los progenitores.

En el caso que se trate de una Trisomía 21, el riesgo de recurrencia para las mujeres de edad superior a los 30 años es el mismo que le da su edad. En las mujeres más jóvenes es algo más alto. En el caso de que exista una traslocación y alguno de los progenitores sea portador, no influye la edad materna, pero existe un riesgo más alto de recurrencia si el portador de la traslocación es la madre. En el caso de que alguno de los padres tenga una traslocación Robertsoniana entre dos cromosomas 21 el riesgo de recurrencia es del 100% independientemente del sexo que lo transmita. Si ninguno de los progenitores es portador de una traslocación el riesgo de recurrencia es de alrededor de un 2-3 %.

RIESGO DE RECURRENCIA EN SUCESIVOS EMBARAZOS, SEGUN EL CARIOTIPO DEL PACIENTE AFECTO DE S. DOWN, (*)			
HIJO PRECEDENTE	Cariotipo		RIESGO RECURRENCIA
	PADRE	MADRE	
Trisomía	Normal	Normal	Algo más elevado que en un embarazo normal, en una madre de igual edad
Mosaico	Normal	Normal	Bajo (?)
Traslocación	Normal	Normal	1% - 2%
	21/D	Normal	< 2%
	Normal	21/D	10-15%
	21/22	Normal	<2%
	Normal	21/22	33%
	21/21	Normal	100%
	Normal	21/21	100%

Seguimiento

Los niños con SD deben seguir los controles periódicos y vacunas como cualquier otro niño de la misma edad, pero además se debe prestar especial atención a las complicaciones que pueden aparecer inherentes a su cromosomopatía.

Deben usarse gráficas de crecimiento específicas para el SD y si existe un retraso pondoestatural muy marcados nos puede orientar hacia la existencia de una patología cardíaca, endocrina o a una alteración nutricional. Un 30-60% de los SD presentarán una cardiopatía. Aunque clínicamente no se constate un soplo cardíaco, se deberá realizar un eco cardiograma en los primeros dos meses de vida. Si existe cardiopatía se deberá insistir a los padres en la necesidad de profilaxis antibiótica ante cualquier procedimiento que suponga un riesgo de endocarditis bacteriana (dental, nefrourológico..).

No debe olvidarse el riesgo de desarrollar hipertensión pulmonar sobretudo en los niños con comunicación interventricular o con canal atrioventricular, que pueden estar asintomáticos en el primer año de vida. En los individuos sin cardiopatía congénita de base, deberá realizarse un eco cardiograma entre los 18 y los 20 años de edad para descartar patología valvular.

Más de un 50% de estos niños tienen problemas oculares y auditivos. Entre los primeros el estrabismo, la miopía, la hipermetropía y las cataratas son los más frecuentes. Se debe realizar una exploración oftalmológica dentro del primer año de vida. Si se evidencia nistagmos, estrabismo o se observa leucocoria debe remitirse al oftalmólogo inmediatamente. Si la exploración oftalmológica es normal deberán realizarse controles cada dos años. La mayoría presentan una hipoacusia. Entre el nacimiento y los 6 meses de edad deben realizarse unos potenciales evocados auditivos. Los controles posteriores deberán incluir una revisión audiológica anual hasta los tres años y posteriormente cada dos años. Si presentan otitis de repetición es recomendable que sean vistos por un otorrinolaringólogo, para poder tratar las causas solucionables de hipoacusia y así no interferir en el desarrollo del lenguaje. Los individuos con SD pueden presentar los primeros síntomas de hipoacusia a partir de la segunda década de la vida, manifestándose en ocasiones como un trastorno del carácter, pudiendo ser interpretado como una enfermedad psiquiátrica.

Las apneas obstructivas del sueño son frecuentes en estos individuos. Las manifestaciones clínicas habituales según la edad del paciente pueden ser desde ronquidos hasta posturas inusuales al dormir, fatigabilidad diurna, aparición de enuresis en individuo previamente continente e incluso cambio de carácter. En algunos niños estos síntomas aparecen por la propia hipotonía sin que el tejido linfóide de amígdalas y adenoides produzca una obstrucción al flujo aéreo. El diagnóstico se realiza mediante polisomnografía. Existen varios procedimientos quirúrgicos recomendados

pero si no funcionan o no están indicados, puede aplicarse una presión continua parcial en la vía aérea (CPAP) mediante máscara o tubo, para mantenerla abierta durante el sueño.

Desde el punto de vista digestivo, un 10-12% nacen con malformaciones intestinales que requerirán abordaje quirúrgico, siendo la atresia duodenal y la enfermedad de Hirschsprung las más frecuentes. Los vómitos y la ausencia de deposiciones en los primeros días de vida pueden orientarnos hacia esta patología. A pesar de que el estreñimiento es frecuente debido al poco tono muscular, el estreñimiento pertinaz, que no responde ni a un tratamiento dietético ni a laxantes, debe hacer sospechar una enfermedad Hirschsprung en cualquier época de la vida. No debe olvidarse que el estreñimiento también es un signo de hipotiroidismo.

Son necesarias las revisiones odontológicas, la primera alrededor de los dos años de edad y posteriormente bianuales. Los dientes de los niños con SD tienden a ser pequeños, deformados y situados de forma irregular. Debido a la tendencia a la obesidad la dieta debe ser equilibrada, rica en fibra y con una cantidad total de calorías inferior a las recomendadas para niños del mismo peso y talla. Debe aconsejarse realizar ejercicio de forma regular desde edad temprana. Existe además un retraso de talla en todos los individuos.

Hasta un 30% desarrollarán un hipotiroidismo a lo largo de la vida. El diagnóstico puede ser difícil porque los síntomas quedan enmascarados por la propia clínica del SD (retraso madurativo y de crecimiento, Macroglosia, hipotonía, piel seca, estreñimiento). Aunque generalmente aparece durante la adolescencia se recomienda realizar un estudio de la función tiroidea cada 6 meses a los más pequeños y posteriormente controles anuales. Dado que la patología autoinmune es más frecuente en este grupo de población deberán estudiarse los anticuerpos anti tiroideos si se demuestra un hipotiroidismo.

Un 15% de los individuos con SD presentan evidencia radiológica de inestabilidad de la articulación atlanto-axoidea, estando totalmente asintomáticos, sin ninguna clínica de compresión medular. Por ello el manejo de este hallazgo es un tema controvertido. Para su diagnóstico debe realizarse un estudio radiológico cervical en posición flexionada, neutral y extendida. La distancia entre el arco anterior de la primera vértebra cervical y la apófisis odontoides debe ser menor o igual a 5 mm. Se recomienda realizarlo antes de que el niño inicie la escolarización, y si aparece inestabilidad modificar sus actividades pero sin ser excesivamente restrictivo. Estas exploraciones se exigen para participar en ciertas actividades deportivas y es aconsejable realizarlas cuando el paciente va a ser sometido a una intervención quirúrgica. Se recomienda una exploración neuroradiológica si se observan alteraciones del diámetro de la luz del canal medular.

Desde el punto de vista de maduración sexual, la menarquía en las niñas con SD aparece algo más tarde, siendo posteriormente bastante regulares. A pesar de que la mayoría de ciclos son anovulatorios pueden llegar a concebir. Los varones tienen unos

genitales pequeños, y la erección y eyaculación completas son difíciles. Durante la infancia deben examinarse los genitales externos de las niñas y posteriormente se realizará una exploración pélvica en las pacientes que sean sexualmente activas. En caso de no poderse realizar se aconseja practicar ecografías pélvicas. Deberá realizarse una citología después de las primeras relaciones sexuales con una periodicidad de entre uno y tres años.

La exploración mamaria debe realizarse anualmente y se recomienda una mamografía anual a partir de los 50 años de edad. Algunos autores sugieren iniciarlas a los 40 años con una periodicidad cada dos años hasta los 50 y posteriormente anuales, sobre todo si hay antecedentes familiares de cáncer de mama.

Ni las características físicas ni los datos analíticos podrán predecirnos el desarrollo mental de los niños con SD. Dado que todos presentan retraso mental en grado variable, deberán seguir estimulación precoz en su área de residencia. Debe insistirse en el perfeccionamiento del lenguaje y en la capacitación para el cuidado personal. Con un soporte educacional adecuado menos de un 10% tendrán un retraso mental profundo.

A partir de los 18 años deben buscarse signos de demencia (pérdida de memoria, incontinencia urinaria) y de pérdida de la capacidad de vida independiente.

Un 5%-10% de pacientes con SD tendrán convulsiones, con dos picos de incidencia, uno alrededor de los dos años y que se presentan como espasmos infantiles y posteriormente en la edad adulta en forma de convulsiones tónico-clónicas. La hiperactividad y los rasgos autistas aparecen con mayor frecuencia que en la población general. La hiperactividad responde bien al tratamiento estimulante. Los trastornos psiquiátricos pueden ser de diagnóstico difícil. Son frecuentes la depresión, la ansiedad, la patología compulsiva y la demencia.

La esperanza de vida de los individuos con SD ha aumentado sustancialmente en los últimos años. Si no tienen cardiopatía la supervivencia suele ser hasta la sexta década de la vida.

Otros problemas asociados al síndrome de Down son las frecuentes bronquitis, neumonías, catarros de vías altas, sinusitis y otitis, contribuyendo éstas últimas, en parte, al déficit auditivo.

Un 10% de los recién nacidos con SD presentan una reacción leucemoide que es muy típica del síndrome. Estos niños también tienen un riesgo más elevado de desarrollar una leucemia aguda linfoblástica o no linfoblástica.

3.19 Cuidado a menores con: patologías crónicas y congénitas

Se define enfermedad crónica como aquella que requiere al menos 3 meses de tratamiento médico continuo, cambios en el estilo de vida como no asistir al colegio, no

poder continuar con sus actividades diarias y una adaptación continua de acuerdo al curso impredecible y cambiante de la enfermedad.

Las enfermedades crónicas no resuelven espontáneamente, no tienen cura, pero si un manejo médico que puede disminuir las complicaciones, el número de hospitalizaciones y la discapacidad permanente o total. Se caracterizan típicamente por un curso variable de periodos asintomáticos y periodos de crisis.

El aumento en el número de niños con enfermedades crónicas se debe a los avances médicos en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento. Actualmente más del 90% de los niños con enfermedades crónicas sobreviven hasta la vida adulta.

Estudios epidemiológicos sugieren que 1 de cada 4 niños o 15 a 18 millones de niños menores de 17 años en los Estados Unidos sufren de una enfermedad crónica. 13.000 niños son diagnosticados con cáncer cada año, 200.000 niños viven con diabetes tipo 1 ó 2 y 9 millones sufren de asma.

Las enfermedades crónicas en los niños son multifactoriales. Incluye trastornos genéticos como síndrome de Down, hereditarios como las hemofilias, congénitos como cataratas, glaucoma, paladar hendido, espina bífida, exposición a tóxicos y aspectos medioambientales entre otros.

ENFERMEDADES CRÓNICAS MÁS FRECUENTES EN LOS NIÑOS:

Asma: cada día se diagnostican más niños con asma, sin embargo un diagnóstico temprano y un adecuado tratamiento disminuye las posibilidades de hospitalización, de discapacidad, ausencia escolar y demás complicaciones e incluso la muerte causada por esta enfermedad.

Fibrosis quística: se trata de una enfermedad pulmonar heredada para la cual no hay cura, pero un diagnóstico precoz, incluso prenatal puede llevar a un mejor tratamiento que mejore la calidad de vida de los niños.

Diabetes: Tener diabetes ya sea del tipo 1 o del tipo 2, causa un mayor riesgo de enfermedades y complicaciones micro y macrovasculares como la ceguera, enfermedad renal crónica y la pérdida de extremidades.

La obesidad y el sobrepeso en los niños constituyen un importante problema de salud pública. En el mundo la prevalencia de niños con sobrepeso, obesidad u obesidad mórbida va aumentando. Muchos niños que tienen sobrepeso mantienen su sobrepeso de adultos; esto lleva a complicaciones relacionadas con la obesidad, como diabetes, enfermedad cardíaca, hipertensión arterial, dislipidemia, accidente cerebrovascular, algunos tipos de cáncer, artritis y trastornos de la respiración durante el sueño.

La desnutrición: una nutrición insuficiente en la infancia produce anemia, baja talla y alteraciones en el desarrollo psicomotor, así como una función inadecuada del sistema inmunitario y susceptibilidad a desarrollar más enfermedades.

Otras enfermedades crónicas: La parálisis cerebral, retraso mental y psicomotor, enfermedades mentales como el autismo, causas importantes de discapacidad

Consecuencias del bajo peso al nacer, el nacimiento precoz, infecciones prenatales, como cataratas, retinopatía del prematuro, malformaciones óseas, VIH y todo lo relacionado con el síndrome TORCH (toxoplasma, citomegalovirus, rubeola, herpes)

Malformaciones congénitas como el paladar hendido, espina bífida, Síndrome de Down.

Cáncer: Las leucemias son el tipo de cáncer más frecuente en los niños, seguidas por los linfomas y los tumores del Sistema nervioso central.

Todas estas enfermedades que cada día afectan más y más a la niñez, causa un gran impacto en la familia y en el niño, la mayoría de estas pueden ser prevenidas. Es importante recordar que hoy en día realizar un diagnóstico y tratamiento temprano puede cambiar el curso natural de la enfermedad, disminuir las complicaciones, disminuir la discapacidad y garantizar una adecuada rehabilitación para brindar una mejor calidad de vida a los niños que las padecen.[3]

PROCESO DE ADAPTACIÓN A UNA ENFERMEDAD CRÓNICA

La enfermedad crónica en la infancia es vista como un estresor para el niño y para la familia, y ambos deben pasar por un proceso de adaptación.

Perrin y Thyen proponen 5 fases de reacciones emocionales ante el diagnóstico de la enfermedad crónica de un hijo:

1. Shock
2. Negación/ Incredulidad
3. Dolor / Ira
4. Estabilización
5. Aceptación

Algunas características propias de la familia pueden orientar la consulta médica y convertirse en factores de riesgo o factores protectores del proceso de adaptación de la persona y de la familia ante una enfermedad crónica de alguno de los miembros y pueden convertirse en banderas rojas o signos de alarma para realizar una intervención oportuna

Dentro de los factores protectores podemos nombrar:

- Tener redes de apoyo fuertes (familiares, institucionales)
- Alto nivel educativo de los padres
- Tener canales de comunicación adecuados
- Tener estrategias de solución de conflictos efectivas

Dentro de los factores de riesgo podemos nombrar:

- Tener nivel socio económico bajo
- Tener bajo nivel educativo
- Tener relaciones disfuncionales
- Ausencia de redes de apoyo
- Ser sobreprotectores o muy permisivos

FASES DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA

Desde la perspectiva psicosocial se pueden identificar tres fases del proceso de la enfermedad crónica, el periodo de crisis, la fase crónica y el periodo terminal.

El periodo de crisis inicia con la aparición de los síntomas, la elaboración de un diagnóstico y el primer periodo de ajuste. La familia y el enfermo deben aprender una serie de tareas, entre ellas convivir con la enfermedad, aceptar la incapacidad, los tratamientos, cambios de roles, aprender a ser flexible en los periodos de empeoramiento y de éxito. La fase crónica puede ser corta o larga, incluye el

diagnóstico, el reajuste y el inicio de la tercera fase, es el periodo de constantes cambios, de aprender a vivir con la enfermedad. El periodo o fase terminal debe incluir el aprendizaje del proceso de separación, la aceptación de posibilidad de muerte y continuar con el proceso de enfermedad.

BANDERAS ROJAS DE MALA ADAPTACIÓN DEL PACIENTE

- Pobre manejo de su enfermedad
- Poco interés por conocer sobre su enfermedad y sus complicaciones
- Exagerar la discapacidad que produce su enfermedad
- Subvalorar la enfermedad, no asistir a las citas, no cumplir el tratamiento

BANDERAS ROJAS DE DISFUNCIÓN FAMILIAR

- Aparición de enfermedad o síntomas somáticos en otro miembro de la familia
- Problemas emocionales en otro miembro de la familia (depresión, agresividad, fallas escolares o laborales, insomnio)
- Problemas a nivel marital o sexual en la pareja [12]
- Una vez se ha superado el primer impacto de la enfermedad crónica la participación en la terapia familiar, la intervención en grupos de ayuda, y la terapia individual tipo cognitivo conductual, facilitará el proceso del manejo del estrés, generará habilidades de autocontrol, el mejoramiento de la autoestima, manejo de técnicas para la resolución de problemas todo esto para así lograr la normalización del conjunto familiar.
- Como médicos familiares debemos tener claro hasta donde podemos llegar, recordando los niveles de actuación que propone Doger; entender, validar emociones e identificar banderas rojas.

8.PROCESO DE APRENDIZAJE DETERMINAR NECESIDADES Y HABILIDADES DEL ADOLESCENTE ESTIMULANDOLAS Y MANEJANDOLAS INTERDISCIPLINARIAMENTE DE ACUERDO CON SU CARÁCTER, SU ENTORNO SOCIAL Y SU ROL FAMILIAR.

8.1 Adolescencia

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano que abarca la transición entre la niñez y la edad adulta. Esto implica un concepto más que el término pubertad, el cual se refiere a los cambios biológicos y a la maduración sexual propio de esta transición. Por lo tanto adolescencia comprende las dimensiones biológica, psicológica y sociocultural.

Hay tres fenómenos estrechamente relacionados que caracterizan este periodo:

- El crecimiento biológico o puberal.
- La maduración cognitiva con el inicio del pensamiento abstracto.
- Desarrollo psicosocial con la progresión de la dependencia de la niñez a una adultez

- El adolescente tiene algunas características y necesidades diferentes a la de los niños y adultos:
- Hay cambios notorios del cuerpo y comportamiento.
- Los intereses cambian.
- Se siente el mundo diferente a cuando era niño.
- Deseos de ser independientes.
- Se experimentan cambios bruscos en el humor, a veces es activo, dinámico, contento, otro pensativo, triste, perdido en sus sueños.
- A veces desea compartir con otros amigos o adultos.
- Otras veces necesita estar solo, alejado de los demás.
- Hay inquietudes e interrogantes respecto a las manifestaciones de la sexualidad, religión, política, el trabajo o la profesión.

8.2 Ruta integral de atención en salud para la promoción y mantenimiento de la salud en la adolescencia

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD - ADOLESCENCIA – 12- 17 AÑOS

Valorar integralmente el estado de salud de adolescente	Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	Realizar el seguimiento al proceso de crecimiento y desarrollo	Indagar sobre antecedentes familiares, antecedentes personales, psicosociales, laborales, escolares, ginecológicos o urológicos, sexuales, de consumo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas, actividad física, uso de medicamentos, manejo del estrés y de situaciones de alta tensión y realizar valoración física completa a las y los adolescentes, incluyendo inspección clínica por sistemas, toma de signos vitales. Indagar sobre presencia de patologías de base. Detección de casos de intersexualidad para moratoria de intervención quirúrgica. Valorar la maduración sexual: Tanner Frecuencia de uso: Anual
		¿Presenta retraso o desviaciones en el desarrollo?	SI: Derivación a valoración interdisciplinaria del desarrollo (pediatra, fonoadiólogo, psicólogo, neurología, terapia física entre otros dependiendo del diagnóstico inicial
		¿Presenta alteraciones en el crecimiento?	SI: Derivación a valoración por especialista.

		¿Se identifica intersexualidad?	SI: Derivar a asesoría a padres y cuidadores para moratoria quirúrgica
	Valorar el estado nutricional	Valorar el estado nutricional, seguimiento a parámetros antropométricos	Valorar el estado nutricional y realizar seguimiento a los parámetros antropométricos
		¿Presenta alteraciones nutricionales?	SI: Derivación a tramo de alteraciones nutricionales.
		Valorar las prácticas de consumo de alimentos	Valorar los patrones de consumo de alimentación de acuerdo con el contexto geográfico y sociocultural. Identificar y detectar casos de ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación.
		¿Se identifica factores de riesgo para enfermedades transmitidas por alimentos?	SI: Derivación al tramo de enfermedades infecciosas - ETA
		¿Se identifica desordenes alimentarios o factores de riesgo para estos?	SI: Derivación a atención especializada (psicoterapia)
	Valorar la salud bucal	Valorar las estructuras dento-maxilo-faciales y su funcionalidad	Realizar valoración de estructuras maxilofaciales y funciones bucales como masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras.
		Valorar los hábitos y prácticas de cuidado bucal.	Realizar valoración de los hábitos de alimentación, hábitos de higiene (edad de inicio, frecuencia de higiene, calidad de la higiene, uso e ingesta de crema dental, tipo de crema dental),
		Aplicar flúor de forma tópica	Fortalecer la superficie del diente (esmalte), así como reducir la acción de los microorganismos Tecnología: Flúor en barniz o gel
		Aplicar sellantes	Modificar la superficie de diente en áreas que presenten fosas y fisuras a fin de disminuir el acumulo de placa bacteriana Tecnología: Sellantes

		Realizar detartraje supragingival	Remover mecánicamente la placa bacteriana y los depósitos calcificados de las superficies dentales, para evitar daños en los tejidos de soporte.
		Realizar profilaxis y remoción de placa bacteriana.	Evaluar la cantidad de placa bacteriana presente en la boca, evaluación de la forma de realización de higiene por parte de las personas y/o cuidadores, orientaciones y educación sobre formas de eliminación placa y residuos en dientes y tejidos de la cavidad oral.
		¿Presenta factores de riesgo o alteraciones que afectan la salud bucal?	SI: Derivación al tramo de atenciones para las alteraciones, enfermedades y trastornos relacionados con la salud bucal
	Valorar la salud auditiva y comunicativa	Valorar el estado del oído, audición y comunicación	Realizar tamizaje auditivo para adolescentes de 12 a 14 años Otoscoopia Impedanciometría (Inmitancia Acústica). Audiometría Tonal Logaudiometría (Audiometría Verbal). Frecuencia: Mínimo una vez al año
		Valorar el lenguaje, voz, habla y comunicación	Esta intervención incluye: Evaluación del desarrollo de las habilidades comunicacionales, incluyendo destrezas de lenguaje receptivo (comprender) y expresivo (hablar y componer oraciones) y de lectura. Evaluación de la coordinación de la respiración, la voz (fonación) y la forma en que se producen los sonidos (articulación). Identificación de las alteraciones del habla Identificación de las alteraciones de la voz Frecuencia de uso: mínimo una vez cada año
		¿Presenta factores de riesgo o alteraciones de la salud auditiva y comunicativa?	SI: Derivación al tramo de atenciones para las alteraciones, enfermedades y trastornos otológicos, auditivos y comunicativos.
	Valorar la salud visual	Evaluación y valoración de la función visual y de las estructuras oculares.	Anamnesis: se deben explorar los síntomas de pérdida de agudeza visual y antecedentes patológicos relacionados con el deterioro del órgano blanco. Frecuencia de uso: Agudeza visual: anual
		¿Presenta factores de	SI: Derivación al tramo de atenciones para las

Valorar la salud sexual y reproductiva	riesgo o alteraciones de la salud visual?	alteraciones, enfermedades y trastornos visuales y oculares
	Valorar la maduración sexual	Valoración de la maduración sexual a partir de las medidas físicas de desarrollo basadas en las características sexuales externas primarias (organos genitales) y secundarias (cambios en la velloidad, voz, aparición de la ovulación y las primeras eyaculaciones espontáneas, estructura osea y muscular etc). Identificar los trastornos menstruales (dismenorrea, metrorragia, amenorrea, oligomenorrea, pseudopolimenorrea, síndrome premenstrual).
	¿Se identifica alteraciones en la maduración sexual?	SI: Derivación a especialidad según alteración identificada.
	Valorar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: i) Valoración la vivencia de la sexualidad. ii) Realizar asesoría en maternidad y paternidad responsable.	Antecedentes relacionados con el inicio de las relaciones sexuales, la edad de inicio, el tipo de relaciones, la frecuencia, los problemas presentados, si las relaciones sexuales son protegidas o no, libres y voluntarias, satisfactorias o no, es importante averiguar sobre la orientación sexual, conformidad con la identidad de género, el tipo y número de compañeros sexuales. Si tiene vida sexual activa, Si actualmente tiene pareja. Buscar información sobre posibles casos de abuso sexual, bien sea como víctima o como agresor. Valorar expresiones y comportamientos sexuales, proyecto de vida, toma de decisiones frente a su sexualidad, métodos de anticoncepción. A quienes hayan iniciado relaciones sexuales debe realizarse educación en anticoncepción, remitirse a consejería de planificación, en ITS y entrega de preservativos. Identificación de factores de riesgo para: Infecciones de transmisión sexual Cualquier tipo de violencia sexual o de género Asociados a violencia o abuso sexual (ITS). Realizar asesoría en maternidad y paternidad responsable ante la intención reproductiva a corto plazo.

		¿Se identifica riesgo de ITS?	A todos los que han tenido relaciones sexuales de riesgo debe ofrecérseles la prueba de VIH y VDRL. Antígeno superficie hepatitis B, Frotis de secreción vaginal/uretral (Test de Clamidia, Gonorrea), y entregar preservativos Remitir a detección.
		¿Se identifica Violencia de género, sexual o factores de riesgo para estos tipos de violencia?	Si se encuentra un caso de violencia sexual o de género, o alto riesgo (menor de 14 años con pareja mayor, manifestaciones de violencia verbal, psicológica, física, económica) ESCI debe administrarse protocolo, remitir a ruta de violencias.
		¿Se identifica bajo desarrollo de la autonomía en relación con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos?	Si se observa incapacidad en la toma de decisiones, proyecto de vida o alteración en el desarrollo de la autonomía para la edad debiera remitirse a psicología o psicoterapia
		¿Se identifica factores de riesgo para gestación?	SI: Derivación al tramo de atenciones específicas de prevención del embarazo en el adolescente
		Entregar métodos anticonceptivos modernos	Esta intervención incluye: - Anamnesis: indagar frente a antecedentes de ITS, citología cervico vaginal, hábito, uso de medicamentos y violencia de género. - Información y educación para elección del método de anticoncepción - Orientar, Informar y educar sobre riesgos, signos de alarma - Anticoncepción de emergencia - Consejería y seguimiento: con énfasis en derechos sexuales - Consultas de control - Entrega de suministros: Incluye el condón masculino de látex; condón femenino y anticoncepción de emergencia. Frecuencia de uso: Anticonceptivos orales. mensual Hormonales inyectables: mensual y trimestral. Implantes subdérmicos: cada 3 años y cada 5 años. Dispositivo Intrauterino Tcu. cada 10 años.

Valorar la salud mental		Dispositivos intrauterinos con levonorgestrel: cada 3 años y cada 5 años. Parches transdérmicos: mensual. Anillo Vaginal: Mensual. Anticoncepción oral de emergencia: en las primeras 72 horas posterior a actividad sexual sin protección.
	Suplementar con ácido fólico a mujeres en edad fértil que deciden quedar en gestación	Todas las mujeres con intención reproductiva deben recibir dietas fortificadas o suplementación para la prevención de defectos del tubo neural. Tecnología: ácido fólico (4 mg/día)
	Valorar las áreas de ajuste psicosocial (familiar, escolar, social, cognitivo, emocional)	Identificar factores de riesgo para trastornos de comportamiento, problemas y trastornos mentales. Como resistencia a la autoridad, involucrarse en sectas, consumo de drogas en la familia y en el adolescente, fracaso escolar, tener amigos que usen drogas, mostrar conductas antisociales. falta de afecto y abandono de los padres, fumar, reducción o aumento de la ingesta de alimentos, la privación de sueño
		Tecnología: Prueba tamiz (SRQ) de salud mental: evaluación de síntomas mentales, APGAR FAMILIAR.
		Identificar factores de riesgo para conducta suicida.
		Identificar factores de riesgo para cualquier tipo de violencia: adolescentes expuestos a bullying, acosados, con consumo de sustancias psicoactivas, adolescentes con déficit cognitivo, adolescentes con problemas físicos,
	¿Presenta factores de riesgo para trastornos del comportamiento, problemas y trastornos mentales?	SI: Derivación a tramo de atenciones para los problemas y alteraciones mentales.
	¿Presenta factores de riesgo para conducta suicida?	SI: Derivación al tramo de atenciones por suicidio
	¿Presenta factores de	SI: Derivación al tramo de atenciones para las

Detectar tempranamente alteraciones en la salud de los adolescentes	riesgo para cualquier tipo de violencia?	violencias.
	Realizar prueba tamiz para identificación temprana de anemia	Realizar toma de hematocrito y hemoglobina para todos los adolescentes Frecuencia de uso: 10 a 14 años: una vez 15 a 19 años: una vez
	¿Presenta alteraciones nutricionales?	SI: Derivación a tramo de alteraciones nutricionales: deficiencia nutricionales
	Valorar e identificar la exposición a factores de riesgo cardiovascular y metabólico	Prueba de tamización para alteraciones del metabolismo y cardíacas Tecnología: HDL: en adolescentes de 10 a 17 años con historia familiar de enfermedad cardiovascular temprana (hombres menores de 50 años, y mujeres menores 60 años) o historia familiar de hiperlipidemias.
	Identificación de sintomáticos respiratorios.	Identificar factores de riesgo para enfermedad respiratoria crónica y TB. Determinar el estado de fumador o exposicon a humo de tabaco, Indice de Brinkman= Número de cigarrillos día x años de fumador Consejería breve Cuestionario para EPOC Baciloscopia No. 3 Frecuencia de uso: en cada consulta
	Realizar prueba tamiz para identificación de infecciones de transmisión sexual (sífilis y VIH).	Tecnología: VDRL ó RPR Prueba de ELISA Solicitud de otros estudios de acuerdo a etiología sospechada. Frecuencia de uso: una vez de 12 a 17 años en adolescentes sexualmente activos.
	¿Se identifican factores de riesgo para Infecciones de Transmisión Sexual-ITS?	SI: Derivación al tramo de atenciones específicas para enfermedades infecciosas -ITS
	Valorar e identificar la exposición a factores de riesgo para cáncer de cuello uterino	Realizar citología cervicouterina de oportunidad en menores de 25 años, según riesgo identificado
	¿Se identifican factores	SI: Derivación al tramo de atenciones

	de riesgo o alteraciones neoplásicas?	específicas para cáncer
Vacunar según esquema vigente	Administrar biológicos de acuerdo al esquema vigente en el país.	Vacuna contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) y antitetánica (td) Frecuencia: VPH:0 - 6 - 60 meses Td : 0 - 1 - 12 -12 -12 según el antecedente vacunal, completar el esquema.
Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral	Caracterizar la estructura y dinámica familiar	Valorar la conformación, la dinámica familiar, capacidades y vulnerabilidad familiar en el proceso de desarrollo integral de las y los adolescentes.
	¿Se identifican factores de riesgo o alteraciones de la dinámica y estructura familiar, que repercutan en el estado de salud?	SI: Derivación a servicios sociales de apoyo familiar
Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias	Caracterizar y promover redes de apoyo social y comunitarias para el cuidado y desarrollo de adolescentes	Identificar las capacidades, los riesgos y condiciones de vulnerabilidad asociadas con escenarios sociales y comunitarios que puedan afectar el cuidado, salud y desarrollo de las y los adolescentes y sus familias.
	Caracterizar el contexto social e identificar factores de vulnerabilidad	Evaluar condiciones sociales del entorno de las y los adolescentes y sus familias, teniendo en cuenta aspectos que pueden generar vulnerabilidad y afectar la salud de la persona.
	¿Se identifican factores de riesgo del contexto social, que repercutan en el estado de salud?	SI: Derivación a servicios sociales de apoyo familiar, social y comunitario.

Evaluación del Desarrollo puberal

Para evaluar el estado de desarrollo puberal se utilizan las tablas diseñadas por Tanner, quien dividió en 5 grados el desarrollo mamario, el de vello púbico y genital. Estas tablas son usadas universalmente y permiten una evaluación objetiva de la progresión puberal.

Características del Cambio Psicológico

Desarrollo del pensamiento formal.

Hay un uso creciente del pensamiento abstracto.

Capacidad para concebir lo real como subconjunto de lo posible.

Descubrimiento de su mundo interior:

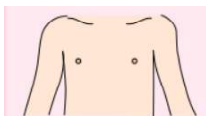
Descubrimiento del Yo.
 Gusto por la sociedad.
 Gusto por el reconocimiento.
 El egotismo.
 Exaltación del yo.
 Descubrimiento del número de los valores e ideales:
 Despertar al mundo de los valores.
 Tendencia a idealizar.
 Personalización de los valores
 Descubrimiento y exaltación del sí y el deseo de autorrealización:
 Impulso de independencia y necesidad de autorrealización.
 Actitud crítica frente al mundo de los padres.
 Dificultad en la adaptación social.
 A forma de solidaridad y necesidad de complementarse:
 A forma o impulso del asilamiento y la solidaridad.
 El grupo de amigos.
 El amigo íntimo
 El grupo patológico.
 Identidad

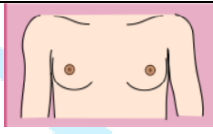
Las personas piensan y sienten de diversas maneras, cada hombre y cada mujer es una persona diferente y única; que constituye su identidad donde nace hasta que se muere. Las personas aprenden a actuar de acuerdo con los modelos o costumbres que se les imponen

Estos factores conjugados pueden hacer que una persona tenga aceptación buena de sí misma, sin embargo el caso contrario se da con demasiada frecuencia, las personas crecen teniendo una mala aceptación de si mismas, porque lo que ven o la que le han impuesto no coinciden con lo que ven desean para sí misma.

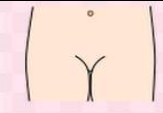
La falta de identidad se puede dar tanto en lo físico como en lo social y lo emocional. La identidad no es algo que se termine de construir a los 18 años ni a los 50

Grados de Tanner del desarrollo mamario

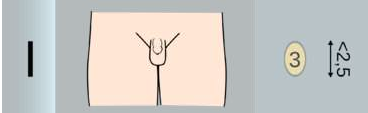
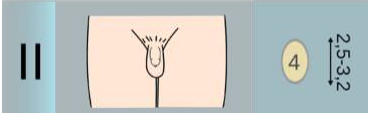
Grado I: o prepuberal, no hay tejido mamario palpable, sólo el pezón protruye, la areola no está pigmentada.	
Grado II: se palpa tejido mamario bajo la areola sin sobrepasar ésta. Areola y pezón protruyen juntos, con aumento de diámetro areolar. Es la etapa del botón mamario.	

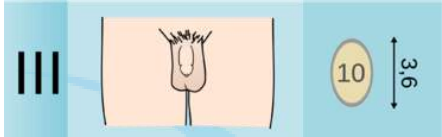
Grado III: se caracteriza por crecimiento de la mama y areola con pigmentación de ésta; el pezón ha aumentado de tamaño; la areola y la mama tienen un solo contorno.	
Grado IV: existe mayor aumento de la mama, con la areola más pigmentada y solevantada, por lo que se observan tres contornos (pezón, areola y mama).	
Grado V: la mama es de tipo adulto, en la cual sólo el pezón protruye y la areola tiene el mismo contorno de la mama.	

Grados de Tanner del desarrollo del vello púbico, para ambos sexos.

Grado I, o prepuberal, no existe vello de tipo terminal.	
Grado II: existe crecimiento de un vello suave, largo, pigmentado, liso o levemente rizado en la base del pene o a lo largo de labios mayores.	
Grado III: se caracteriza por pelo más oscuro, más áspero y rizado, que se extiende sobre el pubis en forma poco densa.	
Grado IV: el vello tiene las características del adulto, pero sin extenderse hacia el ombligo o muslos.	
Grado V: el vello pubiano es de carácter adulto con extensión hacia la cara interna de muslos. Posteriormente, en el varón el vello se extiende hacia el ombligo; algunos autores esto lo consideran como un grado VI.	

Grados de Tanner del desarrollo genital en el varón.

Grado I: los testículos, escroto y pene tienen características infantiles.	
Grado II: el pene no se modifica, mientras que el escroto y los testículos aumentan ligeramente de tamaño; la piel del escroto se enrojece y se modifica su estructura, haciéndose más laxa; el tamaño testicular	

alcanza un diámetro mayor superior a 2,5 cm.	
Grado III: se caracteriza por testículos y escroto más desarrollados (testículos de 3,3 a 4 cm); el pene aumenta en grosor.	
Grado IV: hay mayor crecimiento peneano, con aumento de su diámetro y desarrollo del glande, los testículos aumentan de tamaño (4,1 a 4,5 cm) y el escroto está más desarrollado y pigmentado.	
Grado V: los genitales tienen forma y tamaño semejantes a los del adulto, largo testicular mayor de 4,5 cm	

La identidad se construye día a día. Conociéndose a sí mismo y comunicándose con los demás. Esta nunca termina de construirse, la identidad varía de acuerdo a como se relaciona la persona. La identidad de las personas. Cambia continuamente porque los seres humanos tienen la posibilidad de aprender hasta su muerte.

Autoestima

La autoestima es el amor, la valoración positiva y el respeto por uno mismo. El amor propio comprende ideas, sentimientos, cualidades, errores y limitaciones que aunque parezcan negativas no deben disminuir el afecto y el aprecio que se tiene por uno mismo.

No hay nadie más en el mundo como usted, es suficiente razón para sentirse orgulloso.

Hay muchas formas de pensar positivamente cerca de sí mismo, como las que se enumeran a continuación:

Aceptarse: Con sus características positivas y negativas.

Ayudarse: A fijar metas realistas y a adquirir nuevas habilidades.

Animarse: A medida que lucha por alcanzar sus metas personales.

Tomar tiempo: Para estar con sus pensamientos y emociones.

Respetarse: No trate de ser otro. Siéntase orgulloso de ser quien es.

Confiar: En usted mismo, es hacer cosas que lo hagan sentir contento y satisfecho.

Tener aprecio: Aprenda a amar a la persona especial que es usted.

Sexualidad

A lo largo de la historia de la humanidad la sexualidad ha sido fuente de preocupaciones y sobre el tema abundan temores alimentados por mitos e información errónea.

Para muchos equivale a los actos genitales, negando así el carácter de totalidad que posee nuestra sexualidad. La sexualidad tiene que ver con el hecho de ser un hombre o una mujer y la actividad genital es solo parte de la expresión de nuestra sexualidad.

La sexualidad es parte indivisible de nuestra existencia es la forma más importante de la comunicación; algunas de sus manifestaciones son aprendidas, es individual, única, cambia a lo largo de la vida del ser humano y es placentera.

“La sexualidad tiene como finalidad el placer, la comunicación y la reproducción”:

Placer: Es la satisfacción de ser hombre o mujer; al goce de las posibilidades que brindan los sentidos como es el caso de disfrutar de un paisaje, contemplar un niño, deleitarnos con la música. O comer una rica fruta.

- Comunicación: La sexualidad es la forma más importante de comunicación porque es a partir de ser hombre o mujer que se establece múltiples relaciones entre amigos, padres e hijos, hermanos y vecinos, compañeros de estudio, trabajo y relaciones de pareja. Los mensajes que el niño recibe desde el momento desde su nacimiento respecto a su cuerpo, su aceptación y valoración en la familia, influyen para que en un futuro, se sientan bien como hombre / mujer. Lo cual se proyectara en las relaciones con los demás.
- Reproducción: Función biológica de la sexualidad que implica una gran responsabilidad y un correcto manejo, para que solo se engendren hijos por una decisión libre, voluntaria y planeada.

En la sexualidad influyen las costumbres, las creencias, los mensajes, los medios de comunicación, las charlas con los amigos y las actitudes de los padres, maestros y adultos.

Desafortunadamente los medios masivos de comunicación, distorsionan el concepto de sexualidad y afectan las relaciones familiares, de ahí la necesidad de promover una educación sexual que desarrolle en el ser humano el verdadero sentido de la sexualidad.

La educación sexual es un proceso continuo. Se inicia con la vida y termina con la muerte, debe ser un camino para aprender a vivir plenamente en relación con los demás y un medio para analizar los mensajes que reciben constantemente en la familia, la escuela, el trabajo y la comunidad. La familia es la primera educadora sexual, en ella se aprende a dar y a recibir afecto a expresar o a negar sentimientos de alegría, duda y miedo, a respetar a los demás, a compartir y ayudar a otras personas.

Vivir la sexualidad plenamente significa: reconocer nuestras capacidades y limitaciones, aprender a expresar sentimientos y emociones y permitir a otros que lo hagan; disfrutar de la exploración que se puede hacer a través de cada uno de los sentidos como fuente de placer y comunicación consigo mismo y con los demás; desarrollar la imaginación y la creatividad para aprovechar las posibilidades que tiene el ser humano

en cada etapa de la vida; respetar las expresiones de la sexualidad de los demás; disfrutar de las expresiones de la sexualidad (placer, comunicación y reproducción) de manera libre y responsable.

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD – JUVENTUD – 18- 28 AÑOS		
Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	Realizar el seguimiento al proceso de crecimiento y desarrollo	Indagar sobre antecedentes familiares, personales, psicosociales, laborales, ginecológicos o urológicos, sexuales, de consumo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas, actividad física, uso de medicamentos, manejo del estrés y de situaciones de alta tensión y realizar valoración física completa a las y los jóvenes, incluyendo inspección clínica por sistemas, toma de signos vitales
	¿Presenta retraso o desviaciones en el desarrollo?	SI: Derivación a valoración interdisciplinaria del desarrollo
Valorar el estado nutricional	Valorar el estado nutricional y realizar seguimiento a los parámetros antropométricos	Valorar el estado nutricional y realizar seguimiento a los parámetros antropométricos (peso y talla) e índices derivados de la relación entre los mismos Frecuencia de uso: Anual
	¿Presenta alteraciones nutricionales?	SI: Derivación a tramo de alteraciones nutricionales: deficiencia nutricionales
	Valorar las prácticas de consumo de alimentos (tipo de alimento, cantidad, calidad, inocuidad y frecuencia).	Valorar los patrones de consumo de alimentación de acuerdo con el contexto geográfico y sociocultural. Identificar y detectar casos de ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación.
	¿Se identifica factores de riesgo para enfermedades transmitidas por alimentos?	SI: Derivación al tramo de enfermedades infecciosas - ETA
Valorar la salud bucal	Valorar las estructuras dento-maxilo-faciales y	Realizar valoración de estructuras maxilofaciales y funciones bucales como

	su funcionalidad	masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras.
	Valorar los hábitos y prácticas de cuidado bucal.	Realizar valoración de los hábitos de alimentación hábitos de higiene Frecuencia de uso: Valoraciones cada 3 meses si es de alto y mediano riesgo y se mantiene, este riesgo,. Si mejora y pasa a bajo riesgo se continua cada 6 meses
	Realizar detartraje supragingival	Remover mecánicamente la placa bacteriana y los depósitos calcificados de las superficies dentales, para evitar daños en los tejidos de soporte.
	Realizar profilaxis y remoción de placa bacteriana.	Evaluar la cantidad de placa bacteriana presente en la boca, evaluación de la forma de realización de higiene por parte de las personas y/o cuidadores
	¿Presenta factores de riesgo o alteraciones que afectan la salud bucal?	SI: Derivación al tramo de atenciones para las alteraciones, enfermedades y trastornos relacionados con la salud bucal
Valorar la salud auditiva y comunicativa	Valorar el estado del oído, audición y comunicación	Realizar tamizaje auditivo para adolescentes de 12 a 14 años Mínimo una vez al año
	Valorar el lenguaje, voz, habla y comunicación	Evaluación del desarrollo de las habilidades comunicacionales, incluyendo destrezas de lenguaje receptivo (comprender) y expresivo (hablar y componer oraciones) y de lectura. Identificación de las alteraciones del habla: disglosia, disartria, dislalia, disfemia. Identificación de las alteraciones de la voz pueden ser: disfonía, afonía. Frecuencia de uso: mínimo una vez cada año
	¿Presenta factores de riesgo o alteraciones de la salud auditiva y comunicativa?	SI: Derivación al tramo de atenciones
Valorar la salud visual	Evaluación y valoración de la función visual y de las estructuras oculares.	Anamnesis: se deben explorar los síntomas de pérdida de agudeza visual y antecedentes patológicos relacionados con el deterioro del órgano blanco. Agudeza visual: anual

	¿Presenta factores de riesgo o alteraciones de la salud visual?	SI: Derivación al tramo de atenciones para las alteraciones, enfermedades y trastornos visuales y oculares
Valorar la salud sexual y reproductiva	Valorar la maduración sexual	Valoración de la maduración sexual a partir de las medidas físicas de desarrollo. Identificar los trastornos menstruales Test de Tanner
	¿Se identifica alteraciones en la maduración sexual?	SI: Derivación a especialidad según alteración identificada.
	Valorar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos:	Esta intervención incluye la valoración de: Antecedentes relacionados con el inicio de las relaciones sexuales, la edad de inicio, el tipo de relaciones. Si tiene relaciones sexuales activas; Si actualmente tiene pareja, se debe profundizar en el conocimiento de ésta, su actividad, su edad, su educación. Valorar expresiones y comportamientos sexuales, proyecto de vida, métodos de anticoncepción Identificación de factores de riesgo para: Infecciones de transmisión sexual Cualquier tipo de violencia.
	i) Valoración la vivencia de la sexualidad.	
	ii) Realizar asesoría en maternidad y paternidad responsable.	Realizar asesoría en maternidad y paternidad responsable ante la intención reproductiva a corto plazo. Realizar asesoría para la realización voluntaria de prueba de VIH en población a riesgo Tecnología: Antígeno superficie hepatitis B Frotis de secreción vaginal/uretral (Test de Clamidia, Gonorrea), Frecuencia de uso: anual
	¿La mujer tiene intención reproductiva a corto plazo?	SI: Derivación al tramo de atenciones específicas materno - perinatal.
	Entregar métodos anticonceptivos modernos	- Consejería y seguimiento: con énfasis en derechos sexuales, elección informada de métodos y consentimiento informado - Consultas de control - Entrega de suministros, Incluye el condón masculino de látex; condón femenino y

		anticoncepción de emergencia.
	Suplementar con ácido fólico a mujeres en edad fértil que deciden quedar en gestación	Todas las mujeres con intención reproductiva deben recibir dietas fortificadas o suplementación para la prevención de defectos del tubo neural. Tecnología: ácido fólico (4 mg/día)
	¿Presenta factores de riesgo para trastornos del comportamiento, problemas y trastornos mentales? Identificar factores de riesgo	SI: Derivación a tramo de atenciones para los problemas y alteraciones mentales.
	¿Presenta factores de riesgo para conducta suicida?	SI: Derivación al tramo de atenciones para los problemas y alteraciones mentales
Valorar la salud del trabajador	¿Presenta factores de riesgo para cualquier tipo de violencia?	SI: Derivación al tramo de atenciones para las violencias.
	Valorar e identificar riesgos en seguridad y salud en el trabajo	Conocer la actividad laboral de la persona, para definir el énfasis de la valoración médica que dará como resultado un diagnóstico de enfermedad que con su estudio posterior se definirá su origen. Identificar riesgos de acoso laboral o sexual
Detectar tempranamente alteraciones en la salud de los jóvenes	¿Se identifican alteraciones en la salud derivadas de la actividad laboral?	SI: Derivación a especialidad médica correspondiente y medicina del trabajo para suministrar las respectivas recomendaciones y/o restricciones laborales.
	Realizar prueba tamiz para identificación temprana de anemia	Realizar toma de hematocrito y hemoglobina para todos los adolescentes Frecuencia de uso: 20 a 24 años: una vez 25 a 29 años: una vez
	¿Presenta alteraciones nutricionales?	SI: Derivación a tramo de alteraciones nutricionales: deficiencia nutricionales
	Valorar e identificar la exposición a factores de riesgo cardiovascular y metabólico	Prueba de tamización para alteraciones del metabolismo y cardíacas Tecnología: 1.HDL: En personas de 18 a 28 años con historia familiar de enfermedad cardiovascular temprana (hombres menores de 50 años, y mujeres menores 60 años) o

	historia familiar de hiperlipidemias.
Identificar y clasificar el riesgo cardiovascular y riesgo metabólico en personas mayores de 18 años	Identificar la presencia de sobrepeso y obesidad por índice de masa corporal, identificar obesidad abdominal por perímetro abdominal y determinar riesgo cardiovascular y metabólico, es decir la probabilidad de verse afectado por un infarto agudo de miocardio, un ataque cerebrovascular a 10 años, o riesgo de diabetes a 5 años posterior a la realización del cálculo. -Determine Riesgo cardiovascular con la tabla de estratificación de la OMS GRUPO AMR B, si la persona no tiene datos de colesterol. Si la persona tiene datos de colesterol aplicar tabla de Framingham validada para Colombia -Determine Riesgo de DM con Finnish Risk Score validado para Colombia -Calcule Índice de masa corporal -Tome Perímetro abdominal
Identificación de sintomáticos respiratorios.	Identificar factores de riesgo para enfermedad respiratoria crónica y TB. Índice de Brinkman= Número de cigarrillos día x años de fumador Consejería breve Cuestionario para EPOC Baciloscopia No. 3 Frecuencia de uso: en cada consulta
Realizar prueba tamiz para identificación de infecciones de transmisión sexual (sífilis y VIH).	Realizar prueba no treponémica serología VDRL en suero y ofrecer prueba de VIH/SIDA a las y los jóvenes sexualmente activos. Tecnología: VDRL ó RPR Prueba de ELISA previa asesoría pre y pos test y consentimiento informado. Solicitud de otros estudios de acuerdo a etiología sospechada. Frecuencia de uso: una vez de 12 a 17 años en adolescentes sexualmente activos.

	¿Se identifican factores de riesgo para Infecciones de Transmisión Sexual-ITS?	SI: Derivación al tramo de atenciones específicas para enfermedades infecciosas - ITS
	Valorar e identificar la exposición a factores de riesgo para cáncer de cuello uterino	Realizar citología cervicouterina de oportunidad en menores de 25 años, según riesgo identificado y criterio del profesional de la salud. Frecuencia de uso: La toma de la citología cervico uterina debe realizarse en el esquema 1-1-3.
	¿Se identifican factores de riesgo o alteraciones neoplásicas?	SI: Derivación al tramo de atenciones específicas para cáncer
Vacunar según esquema vigente	Administrar biológicos de acuerdo al esquema vigente en el país.	Realizar la aplicación de biológicos. Tecnología: Vacuna antitetánica (td) Frecuencia de uso: Td : 0 - 1 - 12 -12 -12 según el antecedente vacunal, completar el esquema.
Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral	Caracterizar la estructura y dinámica familiar	Valorar la conformación, la dinámica familiar, capacidades y vulnerabilidad familiar en relación con el proceso de desarrollo integral de las y los jóvenes
	¿Se identifican factores de riesgo o alteraciones de la dinámica y estructura familiar, que repercutan en el estado de salud?	SI: Derivación a servicios sociales de apoyo familiar
Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias	Caracterizar y promover redes de apoyo social y comunitarias para el cuidado y desarrollo de jóvenes	Identificar las capacidades, los riesgos y condiciones de vulnerabilidad asociadas con escenarios sociales y comunitarios que puedan afectar el cuidado, salud y desarrollo de las y los jóvenes y sus familias. Tecnología: Ecomapa. Frecuencia de uso: SEMESTRAL
	Caracterizar el contexto social e identificar factores de vulnerabilidad	Evaluar condiciones sociales del entorno de las y los jóvenes y sus familias, teniendo en cuenta aspectos que pueden generar vulnerabilidad y afectar la salud de la persona,

		tales como desplazamiento forzado, conflicto armado, desempleo, violencia, aislamiento o exclusión social, asentamientos irregulares, entre otros.
	¿Se identifican factores de riesgo del contexto social, que repercutan en el estado de salud?	SI: Derivación a servicios sociales de apoyo familiar, social y comunitario.

8.3 Alimentación en el Ciclo de Vida Adolescente

Después del primer año de vida, la pubertad es el periodo de mayor velocidad de crecimiento del niño, lo que implica un mayor cuidado en la satisfacción del consumo de calorías y nutrientes requeridos para que se desarrolle el joven en esta etapa. Debido al grado de cambios físicos y psicológicos que se llevan a cambio, surgen varios aspectos importantes que influyen en el bienestar nutricional del adolescente. Para comprender el aspecto nutricional de la vida en este periodo es necesario conocer previamente el proceso del desarrollo.

En las mujeres se inicia el periodo de la menstruación, dando como resultado el incremento de sus necesidades en hierro para reponer la pérdida de sangre, también se presenta un aumento en la cantidad de grasa corporal lo que disminuye las necesidades energéticas.

En el hombre la gran velocidad de crecimiento y la expansión del volumen sanguíneo también provocan un incremento en las necesidades de hierro. En ellos aumenta la masa magra lo que conlleva a un incremento de sus necesidades energéticas.

Otro nutriente de especial interés es el calcio, cuyo requerimiento aumenta con el crecimiento esquelético. Una medida preventiva de la osteoporosis en la vida adulta especialmente en las mujeres pos-menopáusicas, es lograr un alto grado de desarrollo esquelético con máxima osificación en la adolescencia, para lo cual se requiere de altos niveles de ingesta de calcio y buena actividad física.

Las características psicológicas de los adolescentes son propicias para el desarrollo de hábitos y estilos de alimentación que pueden ser nutricionalmente inadecuados; además el manejo de la imagen personal es muy importante para ellos y puede generar una conducta negativa frente a la alimentación como lo son la anorexia y la bulimia.

Por todo lo anterior hay que educar a los adolescentes y los padres para evitar problemas muy serios a largo plazo. Se hace énfasis en algunos tipos de alimentos.

- Promover el consumo de hierro para evitar el riesgo de anemia.
- Evitar el consumo de productos con alto contenido de sodio.
- Evitar el consumo de grasas saturadas, las cuales producen complicaciones cardiovasculares.

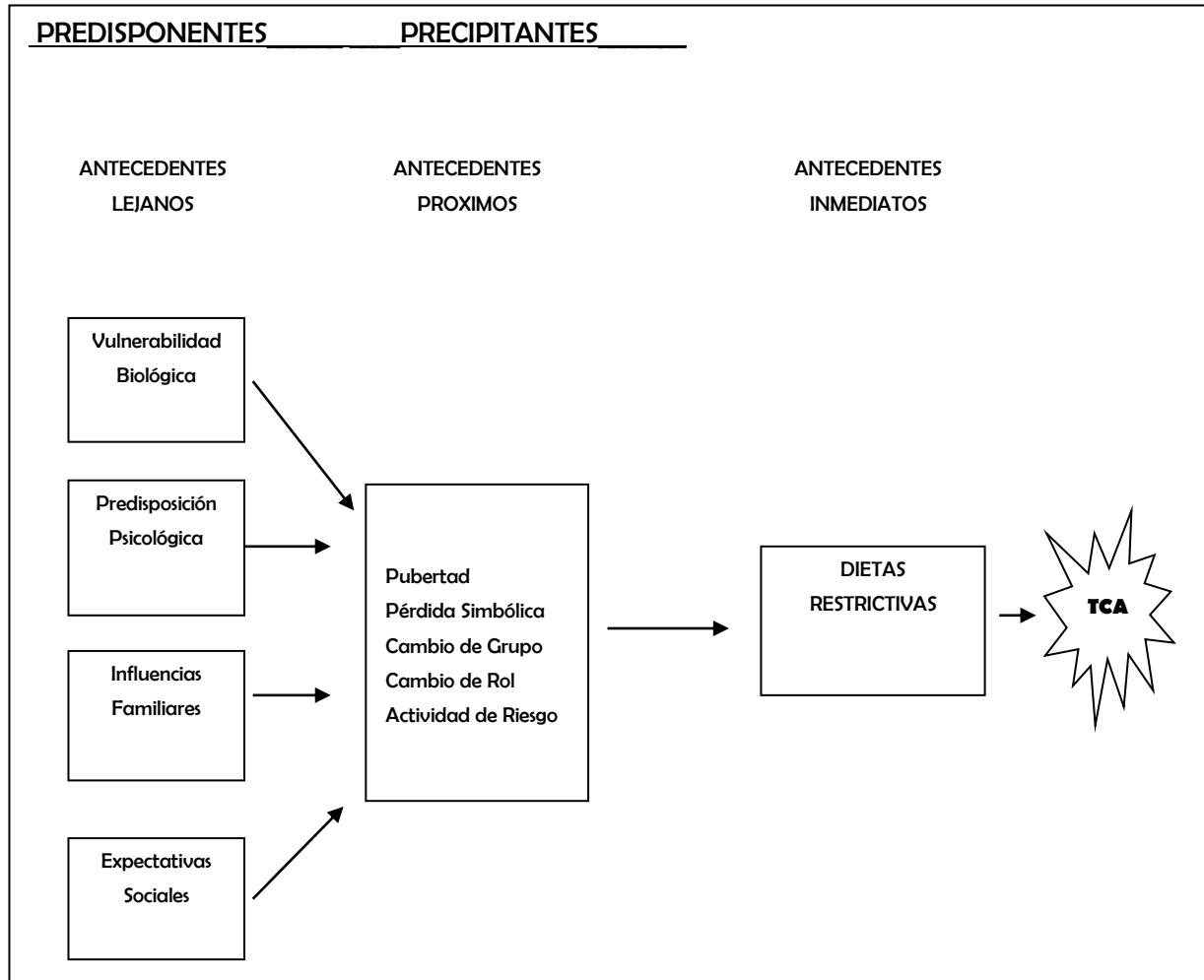
Trastornos de la conducta Alimentaria.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) engloban varias enfermedades crónicas y progresivas que, a pesar de que se manifiestan a través de la conducta alimentaria, en realidad consisten en una gama muy compleja de síntomas entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de una imagen corporal.

En los últimos 30 años, los TCA surgieron como enfermedades cada vez más frecuentes, sobre todo en los adolescentes. Los estudios sobre la frecuencia de estos trastornos muestran un aumento preocupante, principalmente en la población de mujeres jóvenes. Se ha encontrado que entre 1 y 2% de las mujeres padecen de Anorexia Nerviosa (AN), y entre 1 y 3% padecen Bulimia Nervosa (BN). Estos trastornos se presentan en una proporción de 10 a 1 mujer, varón aunque en los últimos años ha incrementado el número de varones que los padecen. Generalmente el inicio de los trastornos de la conducta alimentaria es de los 14 años hasta los 20.

Los factores que pueden causar trastornos alimentarios son:

- Factores biológicos: Hay estudios que indican que niveles anormales de determinados componentes químicos en el cerebro (neurotransmisores) predisponen a algunas personas a sufrir ansiedad, perfeccionismo, pensamientos y comportamientos obsesivos y compulsivos. Estas personas son más vulnerables a sufrir un trastorno de la conducta alimentaria.
- Factores psicológicos: Las personas con trastornos alimentarios tienden a tener expectativas no realistas de ellos mismos y de las demás personas. A pesar de ser exitosos se sienten incapaces, ineptos, defectuosos, etc. No tienen sentido de identidad. Por eso tratan de tomar control de su vida y muchas veces se enfocan en la apariencia física para obtener ese control.
- Factores familiares: Personas con familias sobre-protectoras o disfuncionales inflexibles e ineficaces para resolver problemas tienden a desarrollar estos trastornos. Muchas veces no muestran sus sentimientos y tienen grandes expectativas de éxito. Los niños aprenden a ocultar sus sentimientos, desarrollan miedo, inseguridad, dudas, etc., y toman el control por medio del peso y la comida
- Factores sociales: Los medios de comunicación asocian lo bueno con la belleza física (según cánones actuales) y lo malo con la imperfección física. Las personas populares, exitosas, inteligentes, admiradas, son personas con el cuerpo perfecto, lo bello. Las personas que no son delgadas y atractivas son asociadas con el fracaso.



Anorexia

Se caracteriza por un rechazo marcado a mantener el peso corporal por encima del valor saludable considerado para la edad y la talla; miedo intenso a ganar peso normal; alteración en la percepción del peso o de silueta.

Bulimia

Las personas bulímicas sufren de periodos de hiperfagia, acompañado posteriormente por un sentimiento de culpa que genera la utilización del vómito para evitar un

excesivo consumo de alimentos, con frecuencia las personas bulímicas manejan pesos adecuados, pero tienen un trastorno en el valor que le dan a los alimentos. El manejo también se realiza desde el punto de vista psicológico y nutricional.

Recomendaciones nutricionales

- Consumir una alimentación balanceada
- Comer alimentos ricos en calcio
- Consumir mínimo dos veces a la semana alimentos ricos en hierro
- No consumir alcohol, cigarrillo y drogas
- Evitar el uso de suplementos nutricionales
- Realizar actividad física
- Evitar el consumo excesivo de grasas azúcares y dulces

8.4 Comunicación

Concepto de Comunicación

Es el proceso mediante el cual se expresan los sentimientos y pensamientos, se



LA COMUNICACIÓN

intercambian ideas, conocimientos y experiencias. En la comunicación participan todos los órganos de los sentidos, lo que hace que trascienda en lo más profundo del ser y de igual manera sea referida a los demás, razón por la cual está ligada estrechamente al proceso de enseñanza aprendizaje; este proceso es inherente al ser humano aún desde antes de nacer, el feto puede comunicarse con su madre y con los que los rodean, quizá no tenga el lenguaje pero puede dar respuesta a los

diferentes estímulos positivos o negativos que le ofrece su entorno, reconociéndolos después de su nacimiento, es así como al escuchar la voz de la madre se calma o del padre cuando este se ha preocupado con anterioridad por hablarle, cuando reconoce la música o los sonidos que escuchaba desde el vientre proyectando desde entonces su sentido musical. Podríamos mencionar múltiples situaciones que nos comprueban la existencia de la comunicación desde el momento de la concepción, desarrollando su capacidad para amar, aprender, responder, interactuar con los otros seres de la naturaleza, lo que no podría lograr si está solo, si no tiene quien le produzca retroalimentación.

Elementos de la Comunicación

- Emisor: quien codifica (organiza) y envía el mensaje según el propósito o intención que tenga.
- Receptor: quien recibe el mensaje y lo decodifica es decir lo recibe e interpreta.
- Mensaje: contenido (ideas, sentimientos, pensamientos) que quiere comunicarse
- Código: lenguaje o signos utilizados para enviar el mensaje, que idealmente deben ser comunes a las personas que participan en la comunicación.
- Canal: medio a través del cual se envía el mensaje, depende directamente de los cuatro elementos anteriores.
- Control: medio que permite comprobar la efectividad de la comunicación.

Como vemos, la comunicación es fundamental en el crecimiento y desarrollo del hombre; es a través de este proceso que puede movilizarse en el mundo de la vida y cada uno de sus elementos juega un papel importante para hacerla efectiva.

Para comunicarnos es importante valorar la situación en que nos encontramos, el mensaje que queremos transmitir, a quién nos vamos a dirigir, el canal y el código que vamos a utilizar, pues cada grupo tecnifica su lenguaje y crea un código especial para comunicárselo lo que caracteriza, bien sea a nivel social, técnico o científico.

Comunicación efectiva

Se puede considerar que la comunicación es efectiva cuando se confirma que el mensaje enviado ha sido recibido por el receptor o receptores, generando una respuesta o cambio de conducta. La comunicación efectiva estimula la retroalimentación al mensaje enviado, anima a la participación activa de ambas partes.

Cuando existe coherencia entre el lenguaje verbal y corporal. Esto evita confusiones en la interpretación del mensaje.

Cuando la actitud, las palabras y el momento corresponden al mensaje que quiere enviarse. No todo momento es el mejor, para decir lo que se piensa y como se piensa, es importante discernir y ser asertivos.

Comunicación Asertiva

Según Elizondo (1998), la asertividad "es la habilidad de expresar los pensamientos, sentimientos y percepciones, de elegir cómo reaccionar, y de hablar por los derechos cuando es apropiado. Esto con el fin de elevar la autoestima y de ayudar a desarrollar la auto confianza para expresar acuerdo o desacuerdo e incluso pedir a otros un cambio en su comportamiento ofensivo".

La asertividad supone el desarrollo de la capacidad para "expresar sentimientos o deseos positivos y negativos de una forma eficaz sin negar o desconsiderar los de los demás y sin crear o sentir vergüenza" y "defenderse sin agresión o pasividad frente a la conducta poco cooperadora o razonable de los demás". Asimismo, Marsellach establece que debe realizarse una clara discriminación entre la aserción, agresión y pasividad:

La conducta asertiva o socialmente hábil es la expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los otros y sin violar los derechos de esas personas. Implica respeto por sí mismo y por los demás e igualmente reconocimiento de la responsabilidad de nuestros actos. No tiene siempre como resultado la ausencia de conflicto entre las dos partes; pero su objetivo es la potenciación de las consecuencias favorables y la minimización de las desfavorables.

La conducta pasiva, establece Marsellach, es la trasgresión de los propios derechos al no ser capaz de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones o al expresarlos de una manera auto derrotista, con disculpas y falta de confianza, de tal modo que no le hagan caso. Su objetivo es el de apaciguar a los demás y evitar conflictos a toda costa, aún de sacrificar su propio yo.

Este comportamiento puede dar como resultado una serie de consecuencias no deseables tanto para la persona que está comportándose de manera no asertiva como para la persona con la que esta interactuando. La probabilidad de que la persona no asertiva satisfaga sus necesidades o de que sean entendidas sus opiniones se encuentra sustancialmente reducida debido a la falta de claridad en la comunicación. Se siente a menudo incomprendida, ignorada, manipulada y molesta con el resultado de la situación o puede volverse hostil o irritable hacia las otras personas; todos tenemos un límite en la capacidad de almacenar y manejar frustraciones.

La conducta agresiva la define como la defensa de los derechos personales y expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera inapropiada e impositiva, que trasgrede los derechos de las otras personas. Esta puede ser de forma directa o indirecta, a su vez la primera puede ser en forma verbal o no verbal. La agresión verbal incluye ofensas, insultos, amenazas y comentarios hostiles o humillantes. El componente no verbal puede incluir gestos hostiles o amenazantes, como esgrimir el puño o las miradas intensas e incluso los ataques físicos. La forma indirecta es a través de comentarios sarcásticos, rencorosos, murmuraciones maliciosas, chismes o cualquier expresión que indisponga a la persona o a otros con ella.

Las víctimas de las personas agresivas terminan por sentir resentimiento y evitarlas. El objetivo habitual de la agresión es la dominación de las otras personas. La victoria se asegura por medio de la humillación y la degradación, su propósito es lograr que los demás se sientan más débiles y menos capaces de expresar y defender sus derechos y necesidades. La conducta agresiva es reflejo a menudo de una conducta ambiciosa, que intenta conseguir los objetivos a cualquier precio, incluso si eso supone transgredir las normas éticas y vulnerar los derechos de los demás. Es posible que se logre el propósito a corto plazo, pero sus consecuencias definitivas son destructivas para el que la práctica y el que la recibe.

De acuerdo con la conducta que asumamos para interactuar con los demás, tendremos y generaremos estados de bienestar o por el contrario puede convertirse en una fuente considerable de estrés en la vida. El entrenamiento asertivo según Marsellach, permite reducir ese estrés, enseñando

a defender los legítimos derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido. En definitiva, cuando se es una persona asertiva hay una mayor relajación en las relaciones interpersonales.

Características que distinguen a las personas que poseen la habilidad de la asertividad:

Se manifiesta libremente tal como es.

Se comunica fácilmente con todos.

Se siente libre de comunicarse.

Está orientado positivamente en la vida.

Juzga respetable tener limitaciones.

Tiene alta autoestima.

Se respeta a sí mismo (a).

Es dueño de su tiempo y de su vida.

Acepta o rechaza libremente de su mundo emocional a otras personas, según sea positivo o negativo su aporte.

Es emocionalmente libre para expresar sus pensamientos y sentimientos.

No dice "no" cuando quiere decir sí, ni sí" cuando quiere decir no.

Reconoce tanto sus áreas fuertes como sus áreas de oportunidad para seguir creciendo como persona.

Reconoce, acepta y respeta sus derechos básicos y los de los demás.

Tiene gran auto confianza para la toma de decisiones.

Sabe elogiar y reconocer el trabajo de los demás.

Es sensible a los distintos contextos.

Componentes que conforman la estructura de una conducta asertiva:

Respetarse a sí mismo: Significa tomarse en serio, tener buen concepto de sí mismo; implica elevar la autoestima para quererse a sí mismo.

Respeto por los demás: Reconoce el valor de las personas y sus acciones

Ser Directo: Los mensajes transmitidos deben ser claros, sencillos y precisos.

Ser honesto: cuando el actuar es acorde con los sentimientos. Es mejor guardar la calma y educada, pero firmemente, exponer la opinión propia, sin ignorar la posición de los demás.

Ser apropiado: Tener en cuenta el momento y el contexto de la comunicación.

Control Emocional: Canalizar las emociones con el fin de evitar que lleguen a niveles de intensidad que provoquen reacciones ineficientes. Pedir excusas cuando es necesario engrandece, cuando no es así las excusas pierden validez.

Saber escuchar: Es un proceso activo que requiere de atención para comprender lo que los demás quieren transmitirnos. El ignorar o hacer caso omiso de los comentarios o intervenciones de los demás produce ira y resentimiento.

Ser Positivo: Quiere decir, reconocer e informar a los demás que nos damos cuenta que ellos, al igual que nosotros, intentamos beneficiar y ayudar.

Planificar los mensajes: Conseguir que todos los hechos y puntos estén aclarados con antelación, confeccionando notas de referencia si la situación lo permite.

Esto ahorra tiempo, produce confianza y puede disminuir la intimidación por parte de los demás. Otras recomendaciones de asertividad son:

Mirar a la cara a la persona con la estamos hablando, estrechar su mano con fortaleza en el saludo y utilizar un tono de voz fuerte que sea escuchado y con buena dicción, proyecta una imagen de seguridad en sí mismos y en lo que decimos. No arrinconar a los demás. El hecho de hacer esto habitualmente provoca cólera y resentimiento, lo cual siempre dificulta las relaciones.

Si queremos asegurar la cooperación de los demás, debemos permitir una posible salida (con suerte, la salida deseamos) y se deben esbozar las consecuencias constructivas de tal alternativa para los demás y para uno mismo. Nunca recurrir a las amenazas. Es preferible concertar con tranquilidad para lograr la credibilidad y cooperación en el logro de lo que necesitamos. Es importante cumplir con los compromisos adquiridos o las promesas realizadas, de lo contrario nunca seremos tomados en serio. No siempre podemos ganar, hay que aceptar la derrota cuando es necesario. La aserción comporta comprensión cuando las acciones subsiguientes no son constructivas, aceptando la derrota con elegancia, en buenos términos con el otro.

A nadie le gusta un mal perdedor, canalicemos nuestros sentimientos de manera que no sean los que predominan en este tipo de situaciones. Enfadarse provoca confusión en uno mismo y hace que los demás nos vean débiles, histéricos y poco creíbles. Recordemos que se deben tomar en consideración los puntos de vista de los demás y dejarles saber que los entendemos.

Ventajas de la Capacidad de escucha

Genera un ambiente de confianza.

Produce una descarga emocional del emisor, especialmente cuando se siente mal anímicamente.

El paciente clarifica sus ideas sobre su estado de salud.

Se conocen las expectativas y creencias del paciente.

Se obtiene cooperación de quien deseamos, para desarrollar mejor nuestro trabajo.

Ayuda a resolver diferencia de criterios.

Estimula la comunicación del paciente.

Ayuda a tomar decisiones.

Se aprende de la experiencia del paciente.

Evita problemas y ser imprudente.

Se gana tiempo para pensar.

8.5 Hábitos de vida saludable:

Está claro que una de las claves para alcanzar un buen estado de salud es adoptar un estilo de vida saludable. Para entender el alcance de esta afirmación primero tenemos que conocer algunos elementos que describen a nuestra sociedad de principios de siglo XXI. Las sociedades desarrolladas, entre ellas la española, se han visto afectadas en las últimas décadas por importantes cambios sociales y culturales que tienen consecuencias directas en la salud de las personas. El desarrollo tecnológico de los últimos siglos y los cambios en los estilos de vida propios de la vida moderna han cambiado muchos de nuestros comportamientos individuales, así como la forma de relacionarnos con las otras personas y con nuestro entorno ambiental. Como consecuencia, podemos decir, sin lugar a dudas, que la sociedad española disfruta de una calidad de vida muy superior a la de hace 50 años, con una mayor esperanza de vida y con el acceso a una mayor diversidad de bienes y servicios que protegen la salud personal y comunitaria. Pero (como todo tiene un pero), esos cambios sociales han traído consigo nuevos problemas de salud pública a los que tenemos que dar respuesta.

Este proceso de cambio es lo que se conoce como transición epidemiológica, y que de forma sencilla puede definirse como el proceso por el cual las personas en la actualidad se enferman y mueren por causas diferentes a las que producían enfermedades y muertes hace 50 años.

Si en la primera parte del siglo XX los principales problemas de salud pública estaban provocados por las enfermedades transmisibles, como la peste, el cólera, la viruela o la tuberculosis, en la actualidad el principal problema de salud son las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Entre esas patologías se encuentran las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión, la obesidad, el cáncer, enfermedades osteo-articulares y enfermedades mentales.

Las estadísticas permiten entender la magnitud del problema. Estas enfermedades causaron 35 millones de muertes y supusieron

el 60% del total de fallecimientos en el mundo en el año 2005. En España, las enfermedades crónicas no transmisibles causaron el 64,6% de las muertes en el año 2007; es decir, dos de cada tres muertes.

Pero estas enfermedades no solo provocan muerte, sino también pérdida de calidad de vida. Al tratarse de enfermedades crónicas, que se pueden tratar y controlar pero no curar, aumenta la cantidad de personas que viven más años con un peor estado de salud. Si vemos las estadísticas españolas, la esperanza de vida media es de 81,1 años, pero la esperanza de vida con mala salud es de 25,8 años. Esto quiere decir que vivimos prácticamente un tercio de nuestra vida con mala salud, con lo que esto significa en términos de pérdida de bienestar, menor productividad laboral y aumento del gasto sanitario.

Más allá de estos datos estadísticos, que nos ayudan a comprender la magnitud del problema, lo verdaderamente importante es comprender qué es lo que está provocando el aumento de estas enfermedades o, lo que es lo mismo, cuáles son las causas de las causas. Y la respuesta es sencilla: estas enfermedades que provocan tanta enfermedad y muerte son la consecuencia directa de un estilo de vida poco saludable en materia de alimentación, actividad física y consumo de sustancias adictivas.

El informe sobre Riesgos de Salud a nivel global identifica 24 factores para las ECNT y los analiza según el estado de desarrollo de cada país. El estudio recoge los 10 principales factores de riesgo causantes de muerte y los 10 que provocan más pérdida de años de salud en las sociedades avanzadas.

La mayor parte de estos factores de riesgo, que afectan negativamente a nuestra salud, pueden agruparse en tres aspectos de nuestra vida en los que cada uno de nosotros podemos influir tomando decisiones en uno u otro sentido. A saber:

- La alimentación (escaso consumo de frutas y vegetales, glucosa elevada, colesterol elevado, sobrepeso y obesidad, hipertensión).
- La actividad física (de forma directa, inactividad física, e indirectamente la glucosa elevada, el colesterol elevado, el sobrepeso y obesidad y la hipertensión).

El consumo de sustancias adictivas, como el tabaco (la más dañina de todas), el alcohol y otras drogas.

Un cuarto elemento a considerar sería el entorno ambiental, tanto en el ámbito urbano (polución del aire en la ciudad) como

en el ámbito laboral (riesgos ocupacionales). Pero, a decir verdad, sobre esos elementos tenemos menos posibilidades de incidir (aunque tenemos algunas).

En resumen, adoptar un estilo de vida saludable supone reducir al mínimo la presencia de factores de riesgo para nuestra salud y, como contrapartida, incorporar en nuestro día a día factores de protección, que nos aporten bienestar y un mejor estado de salud.

Factores de protección

A lo largo de esta publicación iremos desarrollando uno a uno esos factores de protección para la salud de nuestros hijos e hijas y también de los adultos. Estos factores de protección tienen que ver fundamentalmente con el desarrollo de una dieta sana y equilibrada; la adopción de hábitos de alimentación adecuados; la prevención de trastornos en la conducta alimentaria, como pueden ser la obesidad, la anorexia y la bulimia; y la promoción de un estilo de vida activo, en el que el ejercicio y el deporte adquieran un lugar destacado en la familia.

A modo de avance de todos estos elementos, diremos que un estilo de vida saludable debe incluir los siguientes factores de protección:

- Desarrollar una dieta variada es clave para alcanzar un buen estado nutricional y mantener un peso corporal adecuado.
- Muchos vegetales, menos productos animales y pocas grasas y aceites es una buena fórmula.
- Hay que encontrar el equilibrio energético. No se trata de "vivir para comer" sino de "comer para vivir", garantizando que vamos a disponer de las energías necesarias para desarrollar de forma adecuada las distintas actividades de cada día, sin excesos ni insuficiencias.
- Desayunar fuerte es imprescindible porque permite iniciar el día de la mejor manera, mejorando el rendimiento escolar en el caso de los más pequeños y el laboral en el caso de los adultos.
- El agua es vida. Es importante acostumbrar a nuestros hijos e hijas a tomar agua en las comidas en lugar de bebidas gaseosas.
- Comer en familia nos permite acompañar a nuestros hijos e hijas en la adopción de hábitos de alimentación saludables y desarrollar vínculos afectivos más sólidos.
- Moverse es salud. Nadie dice que los niños y las niñas no puedan mirar televisión o jugar en el ordenador, pero es muy importante que en su tiempo libre realicen actividad física con regularidad al menos durante una hora al día.

La Pirámide NAOS nos ofrece una guía para encontrar ese difícil equilibrio alimentario en relación con la actividad física que cada persona realiza.

8.6 Adicciones

La droga es una necesidad que se registra como una constante a lo largo de la historia de la humanidad y cuyo fundamento está basado en la incapacidad que los seres humanos tenemos para aceptar la condición de finitud inherente al fenómeno de la vida.

“La dependencia a las drogas ha sido definida como un estado de malestar producido por la suspensión brusca de una droga en el individuo que ha estado sometido a los efectos del fármaco mediante su administración repetida en forma crónica. La dependencia puede manifestarse solamente por apreciaciones subjetivas y sensaciones molestas de insatisfacción, poco definidas en cuanto a su naturaleza, que dan lugar al deseo (desde moderado hasta muy intenso) de obtener mediante el consumo de la droga los efectos y sensaciones percibidas en anteriores administraciones. Estas características corresponden a la dependencia psíquica o psicológica” Se podría decir que los sujetos que son débiles, que han vivido algún tipo de frustración y por consiguiente se ha lesionado su Yo, presentan un debilitamiento y una distorsión que en muchas ocasiones no permite que se tenga un funcionamiento normal.

El hombre siempre ha intentado escapar a su destino, buscando trascender y para ello recurre a la fantasía, a su capacidad de invención para encontrar algo que le de mayor significado que el fatalmente asignado por el “determinismo biológico”, ese algo puede ser entonces una religión, una filosofía o una conducta adictiva o franca adicción.

El propósito de este escrito es precisamente para indagar acerca de cuáles son los factores que influyen en el desarrollo de una adicción, específicamente de la adicción a una droga. El abuso de las drogas es un fenómeno dinámico y multi-determinado, la psicopatología requiere de una confluencia de factores de origen biológico, psicológico y social y además los mecanismos de dependencia fisiológica no son idénticos de un sujeto a otro.

Según estudios realizados desde la perspectiva psicológica, el origen de la drogadicción se debe a la falta de amor y abandono entre otras consecuencias psicológicas. El hombre al nacer y durante una cantidad de tiempo importante, necesita de dedicación, atención, y cuidados amorosos para desarrollarse, integrarse adecuadamente e ir fortaleciendo su Yo, para Freud el Yo, significaba; “una organización neuronal constituida por un grupo de neuronas que están constantemente investidas y cuya presencia perturba discursos que la primera vez se consumaron de manera definida. El Yo inhibe las vivencias de dolor y de afectos”

Cuando la formación del Yo es inadecuada vemos entonces aparecer trastornos de personalidad y también adicciones, principalmente en lo que respecta a la etapa de la adolescencia, ya que durante esta etapa de la vida el adolescente tiene diversos cambios fisiológicos y psicológicos.

En el adolescente el análisis y la síntesis empiezan a concentrarse, la curiosidad y el interés aumentan, el sistema nervioso empieza a desarrollarse en su interior, comienza

una lucha que terminará en crisis, por lo cual su comportamiento es inestable, el descubrimiento de su Yo profundo lo hace ser inconsciente y egocentrista y por tal razón el adolescente tiene conflicto con el medio que lo rodea y debido a tal situación puede ser la puerta abierta para entrar a la puerta equivocada que es, la drogadicción. Evidentemente la adolescencia es la etapa más vulnerable para desarrollar una adicción a la droga, pues el período de resolución del proceso de formación es la etapa de la separación del grupo familiar y del enfrentamiento en el mundo externo.

Cuando un(a) adolescente muestra un Yo débil tendrá que necesitar de una fuerza extra para cumplir con este desafío. Habiendo conocido el (la) adolescente la droga como una posibilidad de escapar o enmascarar su debilidad a través del mundo, de la ilusión esto puede convertirse en una dependencia.

Las influencias de las actitudes así como el comportamiento observado de otras personas, ya sean individuales o sociales, como la familia, el grupo de amigos, compañeros, la comunidad o el entorno pueden ser determinantes para el consumo de drogas.

La familia ha constituido uno de los principales grupos para el desarrollo del sujeto desde la infancia hasta la etapa de la adolescencia. La familia proporciona un modelo y una formación que van relacionados con los sentimientos, la socialización, las capacidades intelectuales, la moral y los valores que se necesitan en la vida adulta.

Hoy en día por diversas razones, ya sean por cuestiones laborales, económicas, personales o simplemente por comodidad de los adultos que son padres, un número cada vez mayor de adolescentes pasan la mayor parte del día lejos de sus padres, y debido a ello no existen actividades de aprendizaje ni crecimiento dentro de la familia, incluso esto suele pasar en los primeros años de vida. La actitud ante esta situación puede ser variable: despreocupación, inconsistencia, rutina o irresponsabilidad. Estas circunstancias resultan ser inadecuadas ya que no se presta al adolescente la debida atención al desarrollo afectivo y psicológico indispensable para que los adolescentes tengan madurez, adecuada autoestima y puedan involucrarse sin temor en su medio social, afectivo e intelectual de manera sana.

Por lo tanto, los años que van de la infancia a la adolescencia son decisivos en los aspectos del desarrollo en el niño, ya que en estos primeros años éste aprende actitudes, orientaciones básicas para sí mismos y para los demás, así como también dependerá de los recursos psíquicos con los que cuente y de los vínculos establecidos con la familia. Cuando un sujeto no ha tenido una relación armónica con la madre, la reacción con su mundo interno se distorsiona y por tanto se perturba su capacidad para percibirse a sí mismo

(autoestima) y a los demás.

La familia es un conjunto de seres humanos que establecen tipos de vínculos especiales, por ello es generadora del fenómeno adictivo, donde encontramos

adictos, dentro de la misma familia está presente la droga o modelos adictivos como técnica de supervivencia por uno o más miembros de la familia. "Si la familia no proporciona al adolescente las armas para emprender una guerra en contra de todo aquello que socialmente se señala como malo, saldrá vencido

sin haber si quiera salido al campo de batalla; la habrá perdido desde mucho tiempo atrás" Algunos aspectos que influyen en el desarrollo del adolescente desenvuelto en su

familia son la falta de comunicación, la pobreza familiar, la desintegración, la baja autoestima entre otros más que contribuyen a la destrucción de la familia.

Esta desestructuración familiar, ya sea por divorcios, razones económicas, producto de la pobreza y falta de cultura son fenómenos que encontramos en todos los países latinoamericanos y principalmente en México.

Los malos tratos, los matrimonios disueltos, la falta de trabajo, el deseo de aventuras, la orfandad, la inseguridad familiar, la incomprensión de los padres, el desalojo del hogar paterno, los conflictos entre hermanos, los cambios y traslados de casa o otros problemas más son situaciones que hacen que los adolescentes se refugien en las drogas. Es importante mencionar que principalmente la drogadicción va a tener presencia en aquellos medios en los cuales la familia y los miembros que la componen forman una pseudocomunidad.

Tomando en cuenta a la familia como medio socializador y donde se encuentran las primeras relaciones afectivas que puedan proporcionar o no la drogadicción en el desarrollo del adolescente, considero que la desintegración familiar, la formación de buena autoestima (incluyendo el amor y el buen trato dentro de la familia), relaciones conflictivas, cuestiones económicas (pobreza - riqueza) son puntos que a continuación mencionare para enfocarme a la formación de la adicción.

Desintegración familiar

Las relaciones que sostienen principalmente los menores que sus padres durante la etapa de la adolescencia son uno de los factores que proporcionan el desarrollo de la drogadicción.

Sharon Wegscheider-Cruse menciona que "un drogadicto es todo aquel que proviene de una familia emocionalmente represiva"

La mayoría de las familias que reprimen los sentimientos de un adolescente, hacen que esos sentimientos no expresados se conviertan en ira, dolor, culpa, temor, etc.... Por esa razón al no permitir la expresión plena de los sentimientos, nuestras familias nos preparan para un sistema adictivo. Muchos padres no escuchan a sus hijos, no les conceden importancia, incluso algunos de ellos les llegan a fastidiar y se hacen de oídos sordos.

Querer y entender a un adolescente es difícil, guiarlo es complicado y descubrir su personalidad aún más, pero si los padres comprendieran las acciones, reacciones, sentimientos, sueños e ideales, podrían entender y tener paciencia a la juventud. Si la familia no brinda un lugar establecido con amor y buen ejemplo, pues esto traerá consigo una posible familia disfuncional, es por ello que un factor decisivo en el comportamiento de un sujeto va a ser el entorno familiar.

Cuando una familia es disfuncional cuando dentro de ella existen vínculos violentos como el maltrato físico y psicológico entre los padres, el maltrato a los hijos, la indiferencia, el estrés, el alcoholismo de alguno de los padres, etc.... y aquí es precisamente cuando esta puede ser una puerta a que los menores se enganchen hacia la adicción.

Debido a esta situación, no se tiene atención en lo que sucede con respecto a los hijos adolescentes, ya que son parcialmente abandonados y esto hace que éstos estén en peligro de perder su bienestar físico y psicoemocional, así como también su capacidad de seguridad en sí mismos. Este problema por lo tanto se agudiza y trae como consecuencia que algunos adolescentes recurran a conductas autodestructivas como el consumo de alcohol, droga y en casos extremos intentos de suicidio, ya que entran en conflicto y por consiguiente en crisis y depresión.

Una de las causas que también propicia una adicción la desintegración familiar y sobre todo con la presencia de intrusos, es decir; cuando hay la existencia de un padrastro o madrastra en la familia de los adolescentes ya que conviven con ellos (as) y en ocasiones no mantienen una buena relación entre ambos. Algunas madres o padres según sea el caso, dan al menor este tipo de maternidad o paternidad y ante tal situación el adolescente opta por tomar un camino erróneo como es el de la drogadicción, este camino equivocado lo sigue porque en muchas ocasiones los padrastros/madrastras son personas extrañas para ellos y a demás en varios de los casos llega a existir violencia física y por supuesto psicológica.

Desafortunadamente hay veces que la madre o padre del (la) adolescente, al no poder revelarse ante la nueva autoridad "padrastro o madrastra" permiten el maltrato de éstos hacia sus hijos (as), por esta situación los padres al no tener un padre legítimo, optan por recurrir a la calle y en ella encontrar conductas antisociales como el alcoholismo, la drogadicción, la delincuencia, etc.....

La desintegración familiar y la adicción también tiene presencia cuando algunas mujeres por falta de cultura, recursos o por un amor mal entendido no escuchan las demandas de sus hijos adolescentes, y debido a ello los menores abandonan su hogar y a falta de una figura masculina existe una ruptura y conflicto entre la madre y el hijo.

Por otra parte una causa aparente de una adicción tiene que ver con la inadecuada relación que existe entre hermanos, los celos por la preferencia, las faltas acreditadas injustamente, la comparación de superioridad realizada por los adultos, las burlas por defectos físicos o mentales, el color de piel, los castigos, los regaños mal aplicados y las recompensas y halagos brindados en exceso, dan como resultado formaciones de carácter inhibido, hipocresía, desencanto, el abandono del seno familiar, la droga y el alcohol con el fin de olvidar o evadir la realidad.

Este tipo de educación irresponsable ha dejado una huella traducida en adolescentes adictos a las drogas, el alcohol, el ocio y la delincuencia entre otras cosas más.

Los adolescentes que desafortunadamente no han tenido una familia unida y que el matrimonio de sus padres se ha visto disuelto traen como consecuencia miseria, abandono, desamor y odio; los cuales se van acomodando causando un peligro grave que puede verse notoriamente y con repercusiones en la etapa de la adolescencia.

Los aspectos represivos saltan a la vista, la droga se usa para no sufrir, evadirse, soportar; pero indudablemente el mundo de la droga no es un mundo feliz...

Maltrato y Baja Autoestima

En la infancia se adquieren o no las ideas básicas sobre uno mismo y las actitudes que se necesitarán en la adolescencia para enfrentarse con situaciones cada vez más

difíciles. Se debe generar una autoestima favorable, con la cual el sujeto tenga un sentimiento de confianza que le permita tomar iniciativas y explorar nuevas cosas, lo que le llevará a tener tropiezos pero de esa manera podrá tener un aprendizaje y crecimiento.

Sin estas actitudes y sentimientos básicos, serían difíciles las repercusiones propias de la adolescencia, tal es el caso del aprendizaje en el desenvolvimiento social, afectivo e incluso económico independientemente de la familia. Es necesario tener una personalidad propia, aprender a establecer relaciones con personas fuera de su familia que permitan relaciones satisfactorias y faciliten el crecimiento, asumir la propia sexualidad y desarrollar su propio papel social dentro del concepto que la sociedad le demanda y por otro lado crear relaciones constructivas de su mismo sexo, saber enfrentar la responsabilidad de engendrar una nueva vida y de contribuir a su desarrollo.

Todo sujeto debe desarrollarse en una sociedad, no vive aislado, es por ello que la sociedad debe examinar la función de la familia, la iglesia, los amigos y la colectividad para facilitar el paso de la infancia a la adolescencia y posteriormente a la adultez y con ello los adolescentes puedan desarrollar la competencia personal, social e intelectual. Su función primordial es crear un sentimiento de confianza, de plenitud y personalidad que permiten al sujeto enfrentarse y resolver las situaciones adversas. La autoestima de un (a) adolescente se fue formando a través de los años por medio de la familia, en primer momento por parte de la madre y posteriormente por diferentes personajes con los cuales establece sus primeros vínculos para socializar.

Si un menor es agredido o sufre violencia, su subjetividad se forma con un rechazo hacia la autoridad, incluso a hacia los valores familiares. Cuando un adolescente presenta baja autoestima, desconfianza en sí mismo así como en sus capacidades, todo ello es causa de un maltrato infantil que al paso de su desarrollo se va manifestando.

El maltrato no es un medio educativo eficaz, por el contrario es un recurso equivocado al que recurren algunos padres para "educar" a los menores teniendo una idea errónea que esa es una forma de que crezca correctamente pero en realidad esta violencia lo único que va generando es un sentimiento de autodestrucción, basada en la represión de las emociones, sentimientos, actitudes y conductas de los adolescentes.

Para que un adolescente tenga conformada una adecuada autoestima y subjetividad deberá ser un niño que crezca con amor, apoyo, estimulación, respeto, confianza por parte de los integrantes de la familia.

Relaciones inestables

A veces los jóvenes encuentran en la calle un refugio debido a las carencias que presentan en su vida. Estos adolescentes o jóvenes no encuentran en el grupo familiar comprensión, intimidad, cariño y un adecuado entendimiento con sus padres inclusive mantienen relaciones conflictivas con sus hermanos, lo cual provoca que huyan de su casa varias veces hasta llegar al rompimiento de los lazos familiares adentrándose de esta forma a la vida en la calle sin importar lo que implique estar en esta situación.

El divorcio entre los padres es uno de los factores que influye en el cambio de vida de los adolescentes y la iniciación en las drogas como un micro refugio a la vida inútil y

vacía, tienen que recurrir a la adicción para olvidar el remordimiento fugaz y no pensar en que no valen nada como personas, no han hecho nada bueno y sobretodo que no se sienten parte del mundo. Estos niños, menores, adolescentes o jóvenes tratan de perderse en las sombras nebulosas de los solventes, los barbitúricos, la marihuana, la cocaína, el alcohol, etc..... para poder crearse un mundo ficticio que les haga "sentirse bien" y sobrellevar la vida.

Cuestiones económicas

En México, la pobreza se puede observar a diario por las calles, miles de adolescentes se encuentran limpiando parabrisas, vendiendo chicles, cantando en el metro o microbús, atendiendo puestos, etc.....

La mayoría de ellos al no tener educación y trabajo se inclinan peligrosamente al ocio y la vagancia, otros tantos tienen que robar, prostituirse, esperar desperdicios de comida o inhalar solventes e ingerir drogas para seguir sobreviviendo.

Adolescentes alejados de sus casas, que no recuerdan las caras de sus progenitores, adolescentes que abandonaron ese hogar con asco e ira por tener padres o madres prostitutas o alcohólicos, adolescentes que emigraron a otros barrios o ciudades y fueron acercándose a entornos difíciles se ven envueltos en las adicciones.

Es importante mencionar que la mayor parte de estos adolescentes son y se sienten marginados por la sociedad, "la juventud marginada prácticamente ha sido orillada al subempleo y desempleo masivo, como una enorme masa poblacional, que por su misma posición social se lanza a la búsqueda de espacios de interacción social propios"

La juventud marginada se ha convertido en una enorme masa, en su mayoría compuesta por adolescentes, que no estudian ni trabajan y que por su misma posición social se lanza a la búsqueda de espacios propios y a la construcción de un mundo mejor supuestamente, dentro del cual existen fuertes lazos de unión generados entre ellos mismos que van desde escuchar música, bailar y consumir drogas.

En ese grupo dentro del cual se siente parte, le "brindara" esa compañía y afecto que no encontrará en el grupo familiar y que se irá transformando gradualmente hasta convertirse en un sujeto que decidirá probar todo hasta llegar al consumo de drogas.

8.7 Manejo de la autoridad

A través del tiempo, los límites, la libertad y la autoridad han ido cambiando su enfoque. Hasta mediados de siglo, la relación paterno filial imponía una actitud basada en el autoritarismo: relación distante, dominante, severa, temida, rígida, incorruptible. Había poco espacio a la libertad y responsabilidad del hijo, que sólo debía cumplir reglas para responder "al qué dirán" y a las apariencias. Así se exigía de un niño un comportamiento adulto y de un hijo adulto se esperaba una dependencia infantil.

A mitad del siglo pasado comienza una flexibilización de las costumbres morales que se observan en la familia y en la escuela. Entonces empieza a cuestionarse el tema de la autoridad y los valores. La autoridad es ridiculizada y debilitada por distintas escuelas de pensamiento filosófico y psicológico.

- Rousseau sostenía que el hombre es bueno por naturaleza y por lo tanto no es necesario ponerle límites. Es la sociedad la que lo pervierte.

- Las teorías psicoanalíticas plantean que reprimir a los niños es causa de traumas posteriores. Este concepto ha fomentado una permisividad casi total en nuestra sociedad contemporánea, que desorienta a los padres y colabora a que la inmadurez humana se prolongue eternamente.

Además estas teorías favorecen que los padres se sientan “culpables” y eviten los límites, confundiendo autoritarismo con autoridad y así, en nombre de una supuesta libertad, eliminan normas y reglas.

- Con la cultura light continúan debilitándose los valores, reglas y tradiciones. Prima así el hedonismo, el consumismo, el individualismo.

Se fomenta la cultura del facilismo.

Podríamos decir que hoy no existen modelos verdaderos y esto genera gran desorientación, confusión, desinterés, apatía, desborde, descontrol. Así aparece hoy, como dice Jaime Barylko en su libro El miedo a los hijos, una nueva categoría de padres que están desconcertados frente a su rol paterno, quienes temen a invadir la intimidad de sus hijos.

Del padre que regía absolutamente la vida de sus hijos, hemos pasado al padre con roles flexibles, difusos y cuestionables, que han trasladado su rol paterno hacia otras instituciones.

Sergio Sinay plantea en su libro de “La sociedad de los hijos huérfanos” que existe entre padres e hijos un amiguismo devastador, que muchos progenitores abdicaron a sus roles y funciones paternas. Padres y madres creen que demuestran su amor al convertirse en “amigo” (o mejor dicho: cómplice, confidente, compinche, colega, proveedor de coartadas) de sus hijos. Se mimetizan con los hijos usando su vocabulario, ropa, etc.

Estos padres no educan porque no asumen las funciones limitadoras y orientadoras de todo rol paterno, en definitiva: no ejercen la autoridad. En la actualidad hay un fenómeno por el cual los hijos creen estar enseñando o asesorando a sus padres, a tal punto lo creen que empiezan a verse por encima de éstos y hasta con derecho a descalificarlos, incluso públicamente.

Esto está autorizado por las actitudes de muchos padres, convencidos de que sus hijos les están abriendo “mundos desconocidos” (Mp3, tecnologías en general, etc). Y a esta confusión se suman corrientes sociales que plantean que las viejas relaciones padres e hijos han caducado.

Aquí es fundamental entender lo siguiente:

- Las relaciones padres e hijos son relaciones asimétricas, ya que los padres anteceden, guían, educan, limitan, frustran, alientan, acompañan, sostienen, condicionan e instrumentan a sus hijos. Esto no es reversible, funciona sólo de esta manera y no al revés.

- Los padres tienen responsabilidad especial sobre la vida de sus hijos, ponen reglas, y ordenan el mundo para el crecimiento de sus hijos, limitan el espacio de ese crecimiento para hacerlo nutricional, seguro y fecundo.

- Los límites que los padres no establecen con autoridad, presencia y amor en el momento oportuno y de la manera adecuada, los hijos lo buscan por su propia cuenta, corriendo por lo tanto graves riesgos.

Los padres no pueden renunciar a su autoridad porque:

- sin ella no hay educación ni mejora en sus hijos.
- Dejan de darles a sus hijos puntos de referencias y modelos de conducta y aprendizajes
- Inhabilitan a sus hijos para educar a las generaciones siguientes.

La autoridad paterna cumple con su función educativa cuando se ejerce con cariño, estímulo y paciencia.

En el libro de David Isaac "La educación de las virtudes humanas y su evaluación" plantea que los padres tenemos autoridad conferida por Dios para educar a los hijos y por lo tanto hay que ejercerla. Por eso podemos definir la autoridad de los padres como: "una influencia positiva que sostiene y acrecienta la autonomía y la responsabilidad de cada hijo; es un servicio a los hijos en su proceso educativo, un servicio que implica el poder de decidir y sancionar; es una ayuda que consiste en dirigir la participación de los hijos en la vida familiar y en orientar su creciente autonomía, responsabilizándoles; es un componente esencial del amor a los hijos que se manifiesta de modos diversos en diferentes circunstancias, en la relación padres-hijos".

Si los padres no ejercemos la autoridad razonablemente es más probable que los hijos no crean necesario obedecer ni a nosotros ni a ninguna otra autoridad.

De la definición de Fernández Otero analizaremos tres elementos:

- Autoridad servicio
- Autoridad prestigio
- Modelos de autoridad inadecuados.

AUTORIDAD SERVICIO

En la educación de nuestros hijos, los padres debemos ejercer nuestra autoridad irrenunciable como un servicio ordenado al bien de los hijos, y, en particular, necesario para hacerles adquirir una libertad verdaderamente responsable. Sólo existe auténtica autoridad cuando se ejerce la misma con disposición a servir, por eso decimos que la autoridad de los padres está al servicio de la educación de los hijos.

La autoridad de los padres es una influencia positiva que sostiene y acrecienta la libertad en desarrollo de cada hijo, que no sólo incide en el crecimiento moral de los hijos, sino también en la unidad y en la autonomía de la propia familia.

La autoridad es:

- Un servicio a los hijos en su proceso educativo que implica el poder de decidir y sancionar.
- Una ayuda que consiste en dirigir la participación de los hijos en la vida familiar y orientar su creciente autonomía.

La autoridad no es:

- Mandar sólo cuando los hijos molestan.

- Mandar de modo arbitrario: hoy algo, sí, y mañana, no.
- Mandar con distinto criterio entre los esposos.
- Conceder caprichos y mimar.
- Sobreproteger.

En el ejercicio de nuestra autoridad debemos armonizar:

- El respeto y la exigencia.
- Los estímulos y la libertad.
- El ejemplo y la sugerencia.
- El buen humor y la firmeza.

Ejerceremos la autoridad con naturalidad, sin formalismos y sin claudicar, creando así un clima de confianza y seguridad, fruto del verdadero amor a los hijos.

La autoridad es también el poder de tomar decisiones influyentes en las acciones de los hijos. Pero hemos de decidir bien, y para ello debemos:

- Informarnos de las diversas alternativas y de sus consecuencias.
- Adoptar la alternativa mejor.
- Ser consecuentes con la decisión adoptada.
- El ejercicio de la autoridad es incompatible con la improvisación.

Por tanto, antes de mandar algo, hemos de saber qué importancia tendrá para la mejora del hijo y de la familia y luego hacerlo cumplir.

Resumiendo: la autoridad es una influencia externa al servicio de la educación de la libertad, es decir para influir en el desarrollo personal de los hijos, relacionando las posibilidades y limitaciones de cada situación familiar con los objetivos que nos proponemos para la educación de nuestros hijos.

Así habrá verdadera autoridad cuando se ejerce con disposición de servir.

AUTORIDAD PRESTIGIO

Tener autoridad es necesario, pero no suficiente para ejercerla de un modo correcto este ejercicio supone, en primer lugar estar luchando personalmente para conseguir en la propia vida lo que se quiere hacer, crecer o incrementar en los hijos. Se trata de crecer juntos padres e hijos. De modo que ejemplo y autoridad se complementen. El ejercicio de la autoridad educativa requiere, en segundo lugar, prestigio fundado en el propio bien ser y en el propio bien hacer. Por ello, los padres debemos preguntarnos cómo nos prestigiamos o no frente a los hijos.

Los padres se prestigian o no por:

- Su modo de ser: es el más importante.
- Su modo de trabajar.
- Su modo de relacionarse con los demás.
- El buen humor.
- La serenidad.
- La naturalidad.

Es importante destacar las actitudes que desprestigian a los padres y que son importantes tener en cuenta, sobre todo en la edad de la adolescencia:

- Desprestigia la actividad profesional realizada sólo en función de ingresos
- Desprestigia el trabajo realizado sin ilusión, sin calidad.

- Desprestigia la falta de honradez en el trabajo.
- Desprestigia que no valore el trabajo del cónyuge.
- Desprestigia cuando los padres no muestran interés por los estudios o actividades de los hijos.
- Desprestigia cuando los padres no cuidan las relaciones entre ellos y con los hijos, etc.

Lo que nos debe quedar en claro es que sin prestigio no hay eficacia educativa.

Los padres son los que ejercen de modo complementario la autoridad en el hogar. Ambos influyen y refuerzan el prestigio del otro. Esto se logra comentando, oportunamente a los hijos, las cualidades, hechos, comportamientos del cónyuge para que no pasen inadvertidos.

Cada uno de los padres tiene que cumplir su rol complementario de autoridad, no puede dejar de hacerlo ya que de él depende la educación y el futuro de los hijos.

En el ejercicio compartido de la autoridad, los cónyuges deben estar de acuerdo acerca de los criterios de fondo (conceptos o el de la autoridad), pero no tienen por qué adoptar modos idénticos de ejercerla en la práctica (el cómo de la autoridad).

Cada uno en la esfera privada de su autonomía, tiene derecho a emplear medios que a su juicio persigan mejor los fines educativos en los cuales ambos padres han debido ponerse de acuerdo. Cada uno tendrá su propio estilo personal de autoridad.

En el ejercicio compartido de la autoridad es necesario tener en cuenta:

- Establecer previamente una reglas de juego. Son normas aceptadas por todos y exigibles a todos.
- Exigirse a sí mismo en lo que comprensivamente se quiere exigir a los otros.
- Ponerse de acuerdo con el otro cónyuge, pues se supone que siempre estarán de acuerdo en cuestiones relacionadas con el ejercicio de la autoridad.
- Considerar inseparable el binomio comprensión-exigencia.
- Considerar inseparable la participación y la responsabilidad.
- Ser sobrios en el ejercicio de la autoridad, justamente porque es importante.
- Saber resistir frente a las dificultades y a frustraciones. No desanimarse nunca. Pase lo que pase.
- Destacar siempre, en primer lugar, lo positivo.
- No olvidar que el ejercicio de la autoridad educativa requiere un clima de confianza, que no excluye actos de energía.

Finalmente podemos decir que el ejercicio de la autoridad debe adaptarse a las posibilidades reales de los hijos que van creciendo con la edad y su desarrollo educativo. En este sentido podemos decir que la autoridad es dinámica.

MODELOS DE AUTORIDAD INADECUADOS

Hay distintos modos de ejercer la autoridad que pueden ser desfavorables para el sano desarrollo de los hijos y de los vínculos familiares.

Entre ellos podemos destacar los siguientes:

- Estilo pasivo: estos padres no expresan abiertamente lo que necesitan, quieren o esperan de los hijos. Sólo piden conductas intermedias o sólo intentos, teniendo pocas esperanzas de alcanzar el éxito de su pedido.

Por lo general no confían en las posibilidades o voluntad del niño o porque desconfían de su propia habilidad para conseguirlo. No ponen reglas o lo hacen en forma ambigua. Renuncian a su derecho y a su deber de poner límites. Es normal escuchar en estos padres la frase “no puedo con él”. Esta postura genera que los hijos se sientan mal, inseguros, desprotegidos e insatisfechos. El vínculo, en estos casos, se tiñe de insatisfacción ya que nadie está contento con el rol del otro ni con el propio.

- **Estilo autoritario:** estos padres imponen su voluntad sin reconocer los derechos de los demás. Los resultados son hijos dominados y que no tienen iniciativa, que no saben tomar decisiones. En otros casos el resultado será un hijo autoritario.

- **Estilo sobrecontrolador:** debemos lograr que nuestro hijo camine lenta y paulatinamente hacia la independización y autonomía. Pero hay padres que tienen un control absoluto en la vida de sus hijos, hasta podríamos decir que viven por ellos. En este caso el hijo no puede crecer ni desarrollarse como una persona distinta.

- **Estilo arbitrario y variable:** hay padres que rigen sus acciones más que por un criterio racional, por el estado de ánimo que además de muy cambiante. Otros, más inseguros, oscilan entre varios estilos: autoritario, sobrecontrolador. Esta incoherencia en el estilo genera en los hijos inseguridad.

- **Estilo punitivo y violento:** estos padres siempre están buscando los errores y defectos del hijo para hacérselo notar. Sobredimensionan los errores, pero nunca encuentran los aciertos. Cuando encuentran los errores tienen una reacción emocional violenta, tanto física como emocional. Son niños que viven amenazados, que se portan bien por temor al castigo. Este estilo genera en los hijos resentimiento, rabia, humillación y frustración.

- **Estilo permisivo:** hay padres que permiten que sus hijos hagan y deshagan en función de sus propios deseos, sin tener que ajustarse a reglas ni demandas. Esto genera en el hijo la falta de adaptación a las normas al ingresar a la escuela.

- **Estilo negligente:** hay padres que no se comprometen con la función paterna, ya sea por irresponsabilidad, descuido o alguna patología. De esta forma privan al hijo de la guía y orientación que necesitan para aprender a vivir. Estos niños sufren la carencia de amor y se vuelven abandonados.

- **Estilo ineficaz:** es negativo para los hijos y para la vida familiar todo estilo de límites que no sirva para asegurar un funcionamiento razonablemente armónico, feliz y saludable a través del desarrollo de buenas estrategias de fortalecimiento emocional.

Finalmente recordemos: los padres tienen autoridad y deben ejercerla. Esta autoridad es servicio ya que debe conducir a los hijos hacia la planificación de su ser.

8.8 Manejo del tiempo libre

El tiempo libre brinda al adolescente un espacio para la recreación y el deporte, actividades que se encuentran indiscutiblemente ligadas al desarrollo de la persona adolescente.

Se ha dicho que la adolescencia brinda una oportunidad para re-hacerse, reconstruirse, de ir formulando con ello, la propia identidad. Pues bien, esto atribuye una importancia fundamental al espacio para la "re-creación", debido a que esta además de implicar la posibilidad de "esparcimiento", es decir de desahogo, diversión y deleite, implica también la oportunidad para crear de nuevo, para volver a producir. Es decir, es re-crearse en medio y por medio de la diversión.

Diferentes actividades brindan esta posibilidad, entre ellas el arte, los medios de comunicación, los espacios con los amigos y amigas y el deporte. De estos, este último resulta una de las actividades recreativas más buscadas por los y las adolescentes en nuestro país, y además, uno de los medios de recreación entre los que se desarrollan y promueven grandes potencialidades.

Es pues, sobre la recreación en general y el deporte en específico, sobre lo que tratará el siguiente apartado, ya que se considera que este tiempo libre brinda al adolescente un espacio donde "existe, siente, vive, se forma y se realiza" (Pérez, 1995).

Posibilidades para una adecuada utilización del tiempo libre

Cuando se habla sobre este tema, frecuentemente se utiliza la expresión "adecuada utilización del tiempo libre", la cual es digna de atención especialmente al tratarse de la población adolescente, pues se puede prestar a malas interpretaciones.

El tiempo libre de los y las adolescentes puede verse permeado por diversas circunstancias, presentando así, diferentes posibilidades de utilización del mismo. De esta manera, algunos y algunas dedicarán la mayor parte de su tiempo a un deporte específico, otros a escribir o a pintar, a leer, a ver televisión, a los video juegos, al internet, a bailar, a escuchar música, a estar con sus amigos, a asistir a fiestas, o simplemente a estar en su cuarto.

Cada una de las actividades que llevan a cabo tiene sus particularidades. Cada una puede representar un nivel de desarrollo en áreas diferentes, respondiendo a las necesidades propias del período de desarrollo y a las necesidades de ese o esa adolescente en un momento específico. De esta manera, se puede mencionar que contar con amigos y amigas con quienes compartir, resulta fundamental a esta edad; que practicar un deporte es necesario para optimizar el desarrollo físico, psicológico y social, o bien, que los momentos de soledad representan un necesario encuentro consigo mismo/a.

Así, lo adecuado o inadecuado de la forma en que un o una adolescente utilice su tiempo libre, responde básicamente a dos preguntas: ¿brinda esta actividad y la forma en que se practica posibilidades de protección y desarrollo para el o la adolescente? ¿Se ha convertido esta actividad o la manera de practicarla en un riesgo para el o la adolescente?. Es partiendo de estas dos preguntas, sobre las cuales es fundamental se logre cuestionar el/la propio/a adolescente, como se puede distinguir la manera en que se está utilizando el tiempo libre.

Ahora, ¿cuáles son las posibilidades de una adecuada utilización del tiempo libre en los y las adolescentes?. Para revisar esto, se puede partir de la manera en que nuestra cultura ha fomentado un particular gusto por actividades recreativas específicas, como

el fútbol o la televisión, pues existe una gran cantidad de posibilidades que los y las adolescentes no conocen, situación que muchas veces los limita enormemente.

Esto hace necesario plantear interrogantes que promuevan alcanzar una amplia diversidad de opciones para la recreación tanto en el nivel personal, como comunal.

Respondiendo a una propuesta socio-educativa como lo es la presente, se puede plantear que el aspecto medular para vencer las limitaciones impuestas en el área recreativa de los y las adolescentes, corresponde a la visualización de estos y estas como protagonistas, es decir, como personas capaces de participar en su propio desarrollo, visualización que debe ser impulsada no solo en los y las adolescentes, sino también en las personas adultas. Desde esta perspectiva, se debe promover que las personas adolescentes participen activa y protagónicamente en el desarrollo de este tipo de actividades, las cuales pueden dirigirse a ellos y ellas, desarrollarse entre ellos y ellas mismas, e incluso dirigirse a su propia comunidad.

Muchas veces la sociedad ha evadido o hasta negado esta potencialidad de los y las adolescentes, por lo que se debe trabajar en que ellos y ellas mismas logren reconocer su propia capacidad para proponer y desarrollar, entre otras cosas, espacios dirigidos a su recreación.

El reconocer esta capacidad, otorga una responsabilidad para consigo mismo y con los otros, colocando al adolescente en una posición activa, que le puede llevar a ampliar sus horizontes y buscar nuevas alternativas, que a su vez, pueden abrir de nuevo otras posibilidades¹.

Son muchos los espacios que se pueden abrir para la recreación, pues además del deporte, han surgido grupos de adolescentes orientados a la participación en actividades de índole cultural (entendiendo la cultura como el conjunto de conocimientos, costumbres, valores, normas, capacidades y hábitos adquiridos por el hombre en una sociedad), religioso, social o ambientalista; es decir, se presenta diversidad, en cuanto a los tipos de grupos y los espacios de recreación, pero muchas veces se desconoce su existencia o no hay un interés real, principalmente, por no poseer la suficiente información.

Así, el o la adolescente puede experimentar una serie de pensamientos, sentimientos y vivencias en general, a través de sus actividades recreativas.

Esto le posibilita la experimentación de aspectos que le ayudan a continuar formando su propia identidad, así como a ir eligiendo entre estas actividades, aquellas con las que se identifique más y sienta promuevan su desarrollo.

Lo anterior implica el desarrollo de una actitud crítica hacia lo que se le presenta, pues pueden existir una serie de actividades que aunque recreativas, impliquen ciertos riesgos de los cuales debe tomar consciencia, como por ejemplo, cuando se "mejenguea" pero después se va a tomar licor, o cuando se practica un deporte pero no se utilizan los implementos de protección necesarios (sobre este punto se volverá más adelante).

Por su parte, el contar con este tipo de espacios favorece la práctica y el desarrollo de la capacidad de toma de decisiones, pues el o la adolescente se puede ver en situaciones donde se requiere de la toma de una decisión ya sea de manera inmediata y eficaz (como por ejemplo, a quién pasarle la pelota) o bien, a un plazo mayor y

requiriendo de un análisis más detallado de la situación (como lo son decidir entre seguir entrenando por recreación o pasar a un nivel gcompetitivo; o estar en teatro por recreación o asumirlo como una labor profesional)

Así, hasta este punto se propone el tiempo libre como una posibilidad para crecer, para desarrollarse, para asumir una actitud crítica, activa y responsable, para fortalecer la propia identidad y para la toma de decisiones.

Pero las habilidades que se potencian con una adecuada utilización del tiempo libre no quedan ahí. En algunos espacios de este tipo, se requiere de organización y coordinación entre los miembros del grupo para lograr su objetivo, situación que educa en este sentido a los y las adolescentes, y que puede llegar, en el mejor de los casos, a desarrollar habilidades dirigidas al diseño y ejecución de proyectos.

Lo expresado anteriormente, sugiere una característica fundamental de las actividades recreativas de este grupo etáreo: generalmente se realizan en grupos con otros/as adolescentes. Esta característica posibilita que se genere un espacio para interactuar con los otros, para conocer nuevas personas y hacer amigos y amigas, compartir intereses y gustos. Es decir, se posibilita la oportunidad para desarrollar nuevos vínculos y para aprender a partir de ellos.

Finalmente, pero no menos importante, se debe recalcar nuevamente a las actividades recreativas como un terreno fértil para el desarrollo de la creatividad, pues por medio de la misma, los y las adolescentes encuentran diversas formas de expresión de su afecto y de sus pensamientos, así como la oportunidad de inventar cosas nuevas o diferentes

8.9 Redes de apoyo

La adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta, en la que el individuo debe afrontar un gran número de cambios y desafíos evolutivos. El adolescente se enfrenta a la definición de su identidad (Erikson, 1963), a la consolidación de cambios cognitivos como el pensamiento abstracto (Inhelder y Piaget, 1955) y, con frecuencia, al desarrollo un sistema de valores propio (Kohlberg, 1973); al tiempo que anhela una mayor independencia del contexto familiar y otorga un papel cada vez más decisivo al grupo de iguales (Sullivan, 1953; Erwin, 1998). Durante décadas, se ha

mantenido la representación cultural de la adolescencia como un periodo caracterizado por innumerables problemas y tensiones, como un periodo de confusión normativa, tormentoso y estresante, y de oscilaciones y oposiciones (Hall, 1904; Cotterell, 1996). En las últimas décadas, no obstante, esta concepción negativa de la adolescencia se ha sustituido por otra más optimista que subraya los aspectos positivos de este periodo, mostrando a la adolescencia como un periodo de evolución durante el cual el individuo se enfrenta a un amplio rango de demandas, conflictos y oportunidades (Compas et al., 1995). Desde esta perspectiva, se entiende que el adolescente contribuye positivamente a su propio desarrollo y se encuentra implicado en un proceso de negociación con sus padres, con objeto de

ejercer un mayor control sobre su propia vida (Grotevant y Cooper, 1985). Ahora bien, el hecho de que la adolescencia ya no sea descrita como una etapa de necesaria conflictividad, rebeldía y desajuste social, no significa que la adolescencia no sea una etapa difícil. Ciertamente, y como señala Arnett (1999), el incremento en el número de conflictos con los padres, las mayores alteraciones en el estado de ánimo y la mayor implicación en conductas de riesgo son aspectos distintivos de la adolescencia, que la convierten en una etapa especialmente difícil no sólo para el/la adolescente sino también para las personas que forman parte de su entorno.

Ahora bien, no todos los adolescentes inician esta importante etapa de su vida con los mismos recursos personales y sociales. La mayor o menor adaptación del adolescente va a venir determinada, en gran medida, por la cantidad de recursos de los que dispone para afrontar estos cambios. En este sentido, uno de los principales recursos de que dispone el adolescente es el apoyo que percibe de su red social (Musitu et al., 2001). De hecho, las investigaciones sobre el apoyo social y su relación con el bienestar psicosocial y el afrontamiento de situaciones estresantes se han incrementado ostensiblemente desde mediados de los años 70, momento en que este tema se consolida como un prolífico campo de investigación (Caplan, 1974; Cassel, 1974; Cobb 1976). El apoyo social hace referencia al conjunto de aportaciones de tipo emocional, material, informacional o de compañía que la persona percibe o recibe de distintos miembros de su red social (Gracia, Herrero, y Musitu, 1995). Disponer de personas de confianza a las que poder expresar emociones, problemas o dificultades, escuchar su opinión, o simplemente tener la sensación de ser escuchados y aceptados como personas, ha demostrado tener un fuerte impacto tanto en la autoestima como en la capacidad de la persona para afrontar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes (Lin y Ensel, 1989; Herrero, 1994; Cava, 1995; Musitu et al., 2001).

En el caso de la adolescencia, se ha constatado que aquellos adolescentes que perciben mayor apoyo de sus padres utilizan también estrategias de afrontamiento más efectivas, tienen una autoestima más favorable y cuentan con mayores competencias

sociales (Barrera y Li, 1996; Musitu et al, 2001). Sin embargo, la adolescencia es también un periodo que comprende diferentes etapas y durante el cual la red social del adolescente evoluciona en gran medida. En este sentido, Kahn y Antonucci (1980) propusieron la "metáfora del convoy" para describir como evoluciona la red social de una persona en las diferentes etapas evolutivas. En cada estación -o etapa evolutiva-, las personas de nuestro entorno van variando, así como la importancia que les concedemos como fuente de apoyo. De hecho, algunos estudios como el de Furman y Buhrmester

(1992) han analizado la evolución de la red social de chicos y chicas de 9, 12, 15 y 19 años, observando como las principales fuentes de apoyo percibidas variaban en función de la edad. No obstante, los trabajos en este sentido son más bien escasos, por lo que un primer objetivo de esta investigación es analizar la evolución de la red social de los adolescentes en las tres etapas en que, habitualmente, se suele dividir la adolescencia: preadolescencia (12-14 años), adolescencia media (15-17 años) y adolescencia tardía (18-20 años).

En segundo lugar, otra cuestión relativa a la red de apoyo de los adolescentes y sobre la cual se han planteado diferentes hipótesis es el tipo de conexión que existe entre la percepción de apoyo de los padres y la percepción de apoyo de los iguales (Beest y Baerveldt, 1999; Martínez y Fuertes, 1999). Por una parte, investigadores como Fuligni y

Eccles (1993) han sugerido un modelo complementario, al constatar que aquellos adolescentes que perciben pocas variaciones en la organización familiar, en el sentido de otorgarles una mayor participación en la toma de decisiones familiares y una mayor autonomía e independencia, buscan más apoyo y consejo en sus amigos que en su familia. De esta forma, las relaciones con los iguales se verían intensificadas cuando las relaciones familiares no aportan el apoyo que el adolescente necesita. Se trataría, por tanto, de una relación de signo negativo. Sin embargo, también se ha planteado reiteradamente una relación positiva entre la percepción de apoyo de los padres y la

percepción de apoyo de los iguales. Así, por ejemplo, Dekovic y Meeus (1997) observaron relaciones positivas entre el apoyo parental y una mayor satisfacción en las relaciones con los iguales. Desde esta segunda perspectiva, se sugiere que las relaciones familiares proporcionan un aprendizaje en habilidades sociales y en esquemas interpersonales que facilitan o dificultan las relaciones con los iguales. Ambas relaciones se potencian mutuamente, y son necesarias. En consecuencia, y puesto que tratamos de clarificar el rol del apoyo social durante la adolescencia, un segundo objetivo de esta investigación es analizar el tipo de relación existente entre la percepción de apoyo procedente de los padres y la percepción de apoyo de los iguales adolescentes, diferenciando en este segundo caso entre las relaciones de amistad y las relaciones de pareja.

Finalmente, creemos de interés subrayar que una gran parte de las investigaciones sobre apoyo social analizan su contribución al bienestar psicosocial y al afrontamiento de situaciones estresantes. Como ya hemos señalado, la adolescencia es una etapa difícil en la que la implicación en conductas de riesgo, tales como el consumo de sustancias es cada vez más elevado. Gilvarry (2000) señala que desde comienzo de los años 90 el porcentaje de consumo de drogas entre los adolescentes europeos se ha duplicado.

Igualmente, los problemas de depresión y anorexia son frecuentes entre adolescentes. En este sentido, los objetivos de esta investigación no sólo incluyen explorar cómo evoluciona la red de apoyo del adolescente y cómo se relacionan entre sí el apoyo paterno y el apoyo de los iguales, sino que un tercer objetivo incluye el análisis de la relación que existe entre la percepción de apoyo de los padres, de la pareja y del mejor amigo/a y tres indicadores de ajuste psicosocial en la adolescencia, como son el ánimo depresivo, el consumo de alcohol y el consumo de cannabis.

9. PROCESO DE APRENDIZAJE PLANEAR LAS ACTIVIDADES CULTURALES Y RECREATIVAS DEL ADULTO MAYOR, MEDIANTE GUÍA DE OBSERVACIÓN Y ENTREVISTA TENIENDO EN CUENTA SU TIEMPO LIBRE, LIMITACIONES FÍSICAS O AFECCIONES ORIENTÁNDOLO HACIA LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE.

9.1 Envejecimiento Biológico

El paso de los años produce las modificaciones tanto internas como externas, debido al proceso natural del envejecimiento de las células, tejidos y órganos. Pero no son estas modificaciones sino la forma de interiorizarlas lo que determina como vive y siente su cuerpo el anciano.

La vejez (una etapa más de la vida de todo ser vivo) y Senectud (vejez+ enfermedad). Es necesario asumir estas transformaciones que sufre nuestro cuerpo al llegar a la vejez como un momento evolutivo más en el devenir de nuestra vida.

Actualmente por motivos diversos (índole histórico-religioso-económico-social etc.), el viejo solo siente su cuerpo por medio de las molestias que le produce las modificaciones propias de su edad. El cuerpo viejo se convierte, entonces en un cuerpo sedentario y negado.

Un cuerpo sedentario implica un proceso de envejecimiento más acentuado y posibilita la aparición de poli patologías.

Cuando Envejecemos

El ser humano pasa en su vida por distintas etapas evolutivas, la infancia, la adolescencia, la madurez y la vejez, en todas estas etapas hay células que nacen y células que mueren, podemos decir que empezamos a envejecer en la infancia, o incluso en la misma vida intrauterina; en resumen, la vida es, en todo momento un Proceso Dinámico.

Ahora bien, en la vejez hay un desequilibrio de signo negativo entre los procesos anabólicos y catabólicos (capacidad de producir energía y consumo de la misma), y por consiguiente la reconstrucción del organismo es cada vez más deficitaria.

La vejez, viene determinada por una disminución progresiva y regular del margen de seguridad de las funciones vitales. Esta disminución se acentúa con la edad y tiene como consecuencia:

- Disminución de la capacidad de adaptabilidad: El organismo viejo tiene menos recursos para adaptarse a las condiciones cambiantes del entorno (clima-evolución social- cambios estructurales de la familia etc), y para reaccionar frente a cualquier tipo de agresión (enfermedad-jubilación).
- Disminución de la capacidad de respuesta frente a cualquier esfuerzo: Hay mayor dificultad para mantener las constantes biológicas (buen funcionamiento del medio interno) y una menor capacidad de respuesta frente a cualquier situación que presente dificultades, ya sean de orden funcional o psicológico.

Como se manifiesta el Envejecimiento

Mediante manifestaciones internas y externas:

- **Modificaciones Internas:** Las estructuras sufren un progresivo desgaste en su aspecto morfológico como fisiológico, que afecta directamente su funcionalidad. Podemos observar que como consecuencia de este desgaste, los ancianos ven disminuidas sus posibilidades motrices, son menos ágiles y dinámicos, su cuerpo se anquilosa y su marcha es más dificultosa, se cansa con mayor facilidad ante un menor esfuerzo y su respiración es irregular y dificultosa. También podemos encontrar dificultades en la digestión de los alimentos, una disminución progresiva de las percepciones sensoriales y problemas para mantener el sueño continuado, así como una mayor lentitud en las respuestas genitales.
- Las funciones nerviosas no quedan al margen de ese proceso, debido a ello, los tienen menos agilidad mental, su reacción frente a cualquier situación es más lenta y costosa, pierden memoria y su capacidad de aprendizaje es menor y más lenta.
- **Modificaciones Externas:** Debido a las modificaciones funcionales que ya se mencionaron, la imagen externa del ser humano también sufre una serie de transformaciones: el cuerpo no es erguido, firme y predispuesto en todo momento a cualquier acción. Por el contrario, su cuerpo, es flácido, arrugado (aunque obeso muchas veces), encogido, con curvaturas pronunciadas en la columna vertebral, lo cual hace que disminuya su talla, y deformaciones, a veces ostensibles, en las manos y los pies e incluso en las rodillas. Sus movimientos son lentos, a veces imprecisos, temblorosos y rutinarios. Aparecen arrugas muy marcadas en la cara, los ojos se hunden, los cabellos se vuelven blancos, la voz se hace temblorosa y se produce una pérdida progresiva de la dentadura, pese a todo el rostro sigue siendo expresivo, aunque no siempre sea posible interpretar el significado de la expresión facial, ya que no se trata de una expresión efusiva. No todos los viejos cursan por igual estas modificaciones (el envejecimiento es un hecho diferencial), pero sí constituye una tónica general. Unos asumen esos cambios positivamente y buscan distintos medios para sobrellevarlos. Otros los viven negativamente, no revalorizan su cuerpo, lo niegan y lo inmovilizan con conductas sedentarias.

Factores que influyen en el Proceso de Envejecimiento

- Biológicos.
- Sociales.
- Interacción entre los factores biológicos-sociales.

Valoración Geriátrica Integral

La valoración geriátrica integral (VGI) o valoración geriátrica exhaustiva es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas

así como la optima utilización de recursos para afrontarlos. Se realiza participación de diferentes profesionales, médicos, enfermeras, asistentes sociales e incluso psiquiatras o psicólogos si se considerase necesario. Actualmente se considera la VGI la herramienta o metodología fundamental de diagnóstico global en que se basa la clínica geriátrica a todos los niveles asistenciales, aceptada su utilidad universalmente incluido nuestro país. Deberá efectuar, en todos los niveles asistenciales, tanto en pacientes ingresados en Unidades de Agudos como en Atención Primaria

Beneficios del VGI

- Mayor precisión diagnóstica.
- Reducción de la mortalidad.
- Mejoría del estado funcional.
- Utilización correcta de recursos.
- Disminución de institucionalización.
- Disminución de hospitalización.

Datos a recoger en la VGI

- Datos biomédicos, diagnósticos actuales y pasados.
- Datos farmacológicos y nutricionales.
- Datos psicológicos, cognitivos y emocionales.
- Datos funcionales, básicos e instrumentales.
- Datos sociales, capacidad social y sistema de apoyo.

Valoración clínica del paciente anciano:

La valoración clínica es uno de los pilares fundamentales de la VGI que se deberá realizar obligatoriamente, junto con la psíquica, funcional y social, tener en cuenta la especial forma de presentación de la enfermedad en el paciente geriátrico, que se caracteriza por:

- Pluripatología.
- Presentación atípica.
- Sintomatología larvada.
- Frecuentes complicaciones clínicas.
- Tendencias a la cronicidad e incapacidad.
- Presentación frecuente como pérdida de capacidad funcional.
- Aumento del consumo de fármacos.
- Mayor dificultad diagnóstica.
- Frecuente tendencia hacia la gravedad y muerte.

Estas particularidades en la forma de presentación de la enfermedad, hacen que a la hora de proceder a la confección de la historia clínica y la realización de la exploración física.

Historia clínica:

La historia clínica es fundamental como en el adulto, pero en la mayoría de los casos la dificultad y laboriosidad de la anamnesis va a ser mucho mayor. Importante así mismo es facilitar la comunicación y la confianza del paciente en un entorno de silencio o iluminación adecuada, expresándonos claramente y con terminología comprensible, se inicia con:

- Antecedentes personales e historia farmacológica.
- Exploración física
- Determinación de constantes vitales

Cuestionario de Barber (Escala de valoración entre 0 y 1)

1. Vive solo.
2. Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda.
3. Hay más de dos días a la semana que no come caliente.
4. Necesita de alguien que le ayude a menudo.
5. Le impide su salud salir a la calle.
6. Tiene con frecuencia problemas de salud que le impide valerse por sí mismo.
7. Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales.
8. Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal.
9. Ha estado ingresado en el hospital en el último año.

Sólo una respuesta afirmativa sugiere la posibilidad de encontrarse ante un anciano de "alto riesgo"

Aunque a veces el juicio y la observación del paciente en la consulta pueden permitir al profesional tener una idea del grado de autonomía del paciente anciano, se sabe que el juicio clínico solo identifica alteraciones severas en pacientes hospitalizados. El uso de escalas de valoración permite realizar una valoración objetiva de la capacidad del anciano, facilita un lenguaje común entre los diferentes miembros del equipo asistencial y es reproducible a lo largo del tiempo y entre los profesionales.

ESCALA	FUNCIÓN VALORADA	RANGO	QUIEN ADMINISTRAR	POTENCIA	LIMITACIONES
Escala de ADL de Katz	Auto cuidado: básicos.	Actividades básicas. No es sensible a pequeños cambios.	Paciente o entrevistado. Basada en juicios.	Útil en medio rehabilitador.	Rango limitado a las actividades que valora.

Índice Barthel.	d	Auto cuidado Deambulaciór	Rango más amplio que Kat: incluye subir escaleras y uso de silla de ruedas.	Entrevistado: Basada en juicios y observación	Útil en medio rehabilitador.	Rango no útil para pequeño deterioros. Apreciación subjetiva.
Escala Kenny.	d	Auto cuidado Deambulaciór	Similar Barthel.	Entrevistado: Basada en juicios y observación	Útil en medio rehabilitador.	Rango estrecho para pequeño deterioros. Apreciación subjetiva.
Escala instrumenta de Lawton.		Preparar alimentos, compras, tareas de la casa.	Mayor rango de Katz, incluye actividades instrumentales No sensible a pequeños cambios.	Paciente o entrevistado: Basada en juicios.	Valora funciones importantes para una vida independiente	Apreciación subjetiva.

9.2 Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud - vejez

RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD - VEJEZ			
Valorar integralmente el estado de salud en la vejez	Valorar la capacidad funcional	Valoración física completa	Realizar valoración física completa a las y los adultos mayores, incluye inspección clínica por sistemas, medición de la presión arterial. Indagar sobre antecedentes familiares, antecedentes personales, antecedentes psicosociales Antecedentes familiares de diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardio-cerebro-vasculares, cáncer de cuello uterino, seno, próstata, estómago o colorectal. Mujeres en edad posmenopáusica. Antecedente de consumo de cigarrillo o tabaco o exposición a humo de leña o carbón. Antecedentes de consumo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas. Actividad física. Manejo del estrés y de situaciones de alta tensión.
			Identificación de factores de riesgo para: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardio-cerebro-vasculares, cáncer de cuello uterino, seno, próstata, estómago o colorectal. Valoración del riesgo para caídas Valoración del riesgo para osteoporosis (mujeres mayores de 65 años, con peso menor de 60 Kg o historia previa de fractura, IMC < 20, historia familiar de osteoporosis, deficiencia gonadal, sedentarismo, tabaquismo, consumo de alcohol, dieta pobre en calcio y alto riesgo de caídas). Valoración del riesgo de úlceras por presión. Indagación sobre presencia de incontinencia urinaria. Valoración farmacológica. Consumo problemático de alcohol (Indagar sobre consumo de alcohol, si se obtiene una respuesta positiva, aplicar el cuestionario CAGE; si al menos una respuesta es positiva se alerta sobre abuso de alcohol).

		Tecnología: Valoración farmacológica Criterios STOPP/START. Úlceras por presión Escala de Braden. Tamización y prevención de HTA.
	Realizar prueba tamiz para capacidad funcional	Realizar la valoración de la capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana de forma independiente. Las actividades de la vida diaria (AVD) se pueden dividir en básicas, instrumentales y avanzadas. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar) que constituyen las actividades esenciales para el cuidado de la salud. Las escalas utilizadas para la valoración de la capacidad funcional son: ABVD: Índice de Katz (IK), el Índice de Barthel (IB) AIVD: Escala de Lawton y Brody (ELB) Frecuencia de uso: anual
	Realizar prueba tamiz para fragilidad	Valorar el deterioro de la movilidad, la fuerza, el equilibrio, la resistencia y el riesgo de desarrollar limitación funcional o discapacidad. Frecuencia de uso: anual
	¿Se identifican riesgos o alteraciones de la capacidad funcional?	SI: derivación a valoración especializada por geriatría o especialidad según alteración identificada.
	Valorar el estado nutricional y	La valoración del estado nutricional en las y los adultos mayores incluye:

	estad o nutric ional	realizar seguimiento a los parámetros antropométricos	Evaluación antropométrica/Evaluación dietética Los indicadores antropométricos y de composición corporal que se deben realizar son: Peso Talla Índice de masa corporal Circunferencia de cintura Frecuencia de uso: anual
		Valorar las prácticas de consumo de alimentos (tipo de alimento, cantidad, calidad, inocuidad y frecuencia).	Identificar y detectar casos de ingesta excesiva o deficiente de calorías o nutrientes a partir de la alimentación. Frecuencia de uso: anual
		¿Se identifica factores de riesgo para enfermedades transmitidas por alimentos?	SI: Derivación al tramo de enfermedades infecciosas - ETA
		¿Se identifican alteraciones nutricionales?	SI: derivación al tramo de alteraciones nutricionales.
	Valor ar la salud bucal	Valorar las estructuras dento-maxilo-faciales y su funcionalidad	Realizar valoración de estructuras maxilofaciales y funciones bucales como masticación, deglución, habla, fonación, socialización, afecto y autoestima, entre otras. Frecuencia de uso: de 6 a 12 meses según el riesgo. No es recomendable un intervalo superior a 24 meses.
		Valorar los hábitos y prácticas de cuidado bucal.	Realizar valoración de los hábitos de alimentación (cantidad y frecuencia de consumo de azúcares, entre otros), hábitos de higiene (edad de inicio, frecuencia de higiene, calidad de la higiene, uso e ingesta de crema dental, tipo de crema dental), Frecuencia de uso: Valoraciones cada 3 meses si es de alto y mediano riesgo. Bajo riesgo cada 6 meses.
		Realizar detartraje supragingival	Remover mecánicamente la placa bacteriana y los depósitos calcificados de las superficies dentales, para evitar daños en los tejidos de soporte.

		6 a 12 meses según riesgo
		Realizar profilaxis y remoción de placa bacteriana.
		¿Presenta factores de riesgo o alteraciones que afectan la salud bucal?
	Valorar la salud auditiva y comunicativa	Realizar la valoración de la agudeza auditiva, las habilidades comunicativas orales Valorar la exposición al ruido en cada entorno Otoscopia Prueba del susurro Audiometría tonal Frecuencia de uso: anual
		Valorar el lenguaje, voz, habla y comunicación
		Esta intervención se realiza a través de la prueba de voz y habla, habilidades comunicativas orales y desempeño comunicativo. Frecuencia de uso: anual
		¿Presenta factores de riesgo o alteraciones de la salud auditiva y comunicativa?
	Valorar la salud visual	Evaluación y valoración de la función visual y de las estructuras oculares.
		Anamnesis: se deben explorar los síntomas de pérdida de agudeza visual y antecedentes patológicos relacionados con el deterioro del órgano blanco. Frecuencia de uso: Agudeza visual: anual Exámen optométrico u oftalmológico: cada cinco años

	Valorar la salud sexual y reproductiva	¿Presenta factores de riesgo o alteraciones de la salud visual?	SI: Derivación al tramo de atenciones para las alteraciones, enfermedades y trastornos visuales y oculares
		Valorar la funcionalidad sexual	Evaluar la presencia de cambios fisiológicos a través de la historia clínica, examen de los sistemas, y el examen físico para detectar la presencia de lo normal y cambios de la vejez que afectan la salud sexual. Identificación de disfunciones sexuales. Evaluar efectos de los medicamentos que afectan la salud sexual entre los adultos mayores. Evaluar las condiciones médicas que afectan la salud sexual
		¿Se identifica alteraciones en la funcionalidad sexual?	SI: Derivación a especialidad según alteración identificada.
		Valorar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos: i) Valoración la vivencia de la sexualidad.	Esta intervención incluye: Valoración de las expresiones y comportamientos sexuales, toma de decisiones frente a su sexualidad, métodos de anticoncepción Identificación de factores de riesgo Realizar asesoría en la paternidad responsable ante la intención reproductiva a corto plazo.
		Asesoría y entrega efectiva de metodos de anticoncepción modernos	- Anamnesis: indagar frente a antecedentes de ITS, citología cervico vaginal, condiciones de salud, hábito, uso de medicamentos y violencia de género. - Información y educación en el marco de una asesoría para elección del método de anticoncepción - Orientar, Informar y educar sobre riesgos, signos de alarma, controles, prevención de ITS - Consejería y seguimiento: con énfasis en derechos sexuales, elección informada de métodos y consentimiento informado - Consultas de control - Entrega de suministros, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente.

Valor ar la salud ment al	Valorar las áreas de ajuste psicosocial (familiar, escolar, social, cognitivo, emocional)	Identificar factores de riesgo para trastornos de comportamiento, problemas y trastornos mentales.
		Identificar factores de riesgo para conducta suicida.
		Identificar factores de riesgo para cualquier tipo de violencia.
	Valorar los sucesos vitales y su influencia en la salud	Valorar las estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales (normativos y no normativos) con el fin de prevenir alteraciones en la salud e identificar factores de riesgo para trastornos de comportamiento, problemas y trastornos mentales.
	¿Presenta factores de riesgo para trastornos del comportamiento, problemas y trastornos mentales? Identificar factores de riesgo para problemas y trastornos mentales. Derivación a tramo de problemas y alteraciones mentales	SI: Derivación a tramo de atenciones para los problemas y alteraciones mentales.
	¿Presenta factores de riesgo para conducta suicida?	SI: Derivación al tramo de atenciones para los problemas y alteraciones mentales
	¿Presenta factores de riesgo para cualquier tipo de violencia?	SI: Derivación al tramo de atenciones para las violencias.

		¿Presenta factores de riesgo o alteraciones relacionadas con el uso de Sustancias Psicoactivas - SPA?	SI: Derivacion al tramo de atenciones para los trastornos asociados al uso de SPA
	Valorar la salud del trabajador	Valorar e identificar riesgos en Seguridad y Salud en el Trabajo	Conocer la actividad laboral de las personas adultas mayores para definir el énfasis de la valoración médica que dará como resultado un diagnóstico de enfermedad que con su estudio posterior se definirá su origen. Identificar factores de riesgo para acoso laboral o sexual
		¿Se identifican alteraciones en la salud derivadas de la actividad laboral?	Si: Derivación a especialidad médica correspondiente y medicina del trabajo para suministrar las respectivas recomendaciones y/o restricciones laborales.
	Detectar tempranamente alteraciones en la salud del adulto mayor	Valorar e identificar la exposición a factores de riesgo cardiovascular y metabólico	Glicemia basal Perfil lipídico (Colesterol de Alta densidad HDL 90.3.8.15, colesterol de baja densidad LDL, colesterol total triglicéridos) Creatinina Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria Aspirina, betabloqueadores, IECA, Estatinas Consejería breve o prolongada por el abandono de cigarrillo y tto farmacológico
		Valorar e identificar la exposición a factores de riesgo cardiovascular y metabólico	Identificar la presencia de sobrepeso y obesidad por índice de masa corporal, identificar obesidad abdominal por perímetro abdominal y determinar riesgo cardiovascular y metabólico, es decir la probabilidad de verse afectado por un infarto agudo de miocardio, un ataque cerebrovascular a 10 años, o riesgo de diabetes a 5 años posterior a la realización del cálculo. -Determine Riesgo cardiovascular con la tabla de estratificación de la OMS GRUPO AMR B, si la persona no tiene datos de colesterol. Si la persona tiene datos de colesterol aplicar tabla de Framingham validada para Colombia

		-Determine Riesgo de DM con Finnish Risk Score validado para Colombia -Calcule Índice de masa corporal -Tome Perímetro abdominal
	¿Se identifican factores de riesgo o alteraciones cardiovasculares o metabólicas?	SI: Derivación al tramo de atenciones específicas para enfermedad cardiovascular aterogénica
	Identificación de factores de riesgo relacionados con enfermedades respiratorias crónicas o sintomáticos respiratorios.	Identificar factores de riesgo para enfermedad respiratoria crónica y TB. Determinar el estado de fumador o exposicon a humo de tabaco, usando la siguiente formula: Fumador o exfumador: Indice de Brinkman= Número de cigarrillos día x años de fumador Consejería breve Cuestionario para EPOC Baciloscopia No. 3 Frecuencia de uso: anual
	¿Se identifican factores de riesgo o alteraciones respiratorias crónicas?	SI: Derivación al tramo de atenciones específicas para enfermedad respiratoria crónica o al tramo de atenciones específicas para enfermedades infecciosas - TB
	Realizar prueba tamiz para identificación de infecciones de transmisión sexual (sífilis y VIH).	Realizar prueba no treponémica serología VDRL en suero y ofrecer prueba de VIH/SIDA a las y los adultos mayores sexualmente activos. Frecuencia de uso: anual en personas sexualmente activas con factores de riesgo para ITS
	¿Se identifican factores de riesgo para Infecciones de Transmisión Sexual-ITS?	SI: Derivación al tramo de atenciones específicas para enfermedades infecciosas -ITS

	Realizar detección temprana de cáncer mama en población de riesgo o sintomática	1. Realizar el examen clínico de la mama por parte de los prestadores primarios en todas las mujeres quienes soliciten atención médica por cualquier causa y a aquellas que por la demanda inducida asistan a la consulta específica, también a la población de mujeres y hombres sintomáticos y a la población identificada como de alto riesgo. 2. En mujeres hasta los 69 años realizar mamografía de tamización bienal Frecuencia de uso: Examen físico: Una vez al año Mamografía cada dos años hasta los 69 años
	Valorar e identificar la exposición a factores de riesgo para cáncer de cuello uterino	1. Mujeres de 60 a 65 años: se realizará únicamente tamización con las pruebas de ADN del Virus de Papiloma Humano para virus de alto riesgo, con esquema 1-5-5 2. Mujeres mayores de 65 años con factores de riesgo: A partir de los 65 años se suspende la tamización para cáncer de cuello uterino, siempre y cuando las pruebas de tamización previas, específicamente las del ADN-VPV hayan sido negativas. En caso contrario continuar seguimiento según algoritmos de las GPC para lesiones preneoplásicas.
	Realizar detección temprana de cáncer de próstata	Realizar tamización de oportunidad mediante PSA en sangre y tacto rectal combinados Tecnología: PSA Tacto rectal combinado Frecuencia de uso: Si se realiza tamización de oportunidad debe hacerse con PSA y tacto rectal en una frecuencia no inferior a 5 años y previa explicación de los potenciales riesgos y beneficios para el paciente, promoviendo una toma de decisiones concertada
	Realizar detección temprana de cáncer de colon y recto	1. Realizar anamnesis par la identificación de factores de riesgo o síntomas relacionados con CCR en todos los hombres y las mujeres adultos mayores 2. Solicitar la prueba de sangre oculta en materia fecal en la población asintomática.

		3. En la población sintomática o con factores de riesgo se les direccionará según las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica (Sangre oculta en heces y colonoscopia) Se sugiere que la estrategia óptima de tamización: sangre oculta en materia fecal inmunoquímica cada dos años o colonoscopia cada diez años, población con riesgo promedio. Se sugiere que la estrategia de tamización para individuos con riesgo bajo: sea colonoscopia cada cinco años, iniciando a los 40 años diagnosticado. (GPC de Ca de Colon y Recto) Se sugiere que la estrategia de tamización para individuos con riesgo moderado: colonoscopia cada cinco años, iniciando a los 40 años o diez años antes del caso índice diagnosticado. (GPC de Ca de Colon y Recto) Se sugiere que la edad de finalización de la tamización para cáncer colorrectal sea a los 75 años de edad. Tecnología: Prueba de sangre oculta en heces Colonoscopia en población de alto riesgo para cáncer de colon.
	¿Se identifican factores de riesgo o alteraciones neoplásicas?	SI: Derivación al tramo de atenciones específicas para cáncer
	Vacunación	Tecnología: vacuna contra influenza Frecuencia de uso: anual
	Valorar la dinámica familiar como apoyo	Valorar la conformación, la dinámica familiar, capacidades y vulnerabilidad familiar en relación con el proceso de desarrollo integral de las personas adultas mayores. Tecnología: Familiograma, APGAR familiar, Inventario de características familiares de riesgo y relaciones Intrafamiliar. Herramienta cualitativa para valorar vulnerabilidad familiar - Territorios Saludables.

	al desarrollo integral	Frecuencia de uso: SEMESTRAL
	¿Se identifican factores de riesgo o alteraciones de la dinámica y estructura familiar, que repercutan en el estado de salud?	SI: Derivación a servicios sociales de apoyo familiar
	Valorar el contexto social y las redes de apoyo social y comunitarias	Caracterizar y promover redes de apoyo social y comunitarias para el cuidado y desarrollo de las personas adultas mayores Identificar las capacidades, los riesgos y condiciones de vulnerabilidad asociadas con escenarios sociales y comunitarios que puedan afectar el cuidado, salud y desarrollo de las personas adultas mayores y sus familias. Tecnología: Ecomapa. Frecuencia de uso: SEMESTRAL
	Caracterizar el contexto social e identificar factores de vulnerabilidad	Evaluar condiciones sociales del entorno de las personas adultas mayores y sus familias, teniendo en cuenta aspectos que pueden generar vulnerabilidad y afectar la salud de la persona. Se debe incluir la evaluación de la percepción del cuidador frente a su propia salud mental y física para detectar si existe sobrecarga del cuidador y canalizar a servicios sectoriales e intersectoriales de apoyo al cuidado, en caso de ser necesario.
	¿Se identifican factores de riesgo del contexto social, que repercutan en el estado de salud?	SI: Derivación a servicios sociales de apoyo familiar, social y comunitario.

9.3 Recreación en el Adulto Mayor

El Plan Nacional desde su concepción, se articula para su crecimiento en cuatro áreas de efectividad:

- Investigación
- Formación
- Gestión
- Vivencia

Los objetivos de cada una de estas áreas en el marco de las necesidades de las personas adultos mayores se muestran a continuación:

OBJETIVO DE DESARROLLO AREA: DINAMIZACION OCUPACIONAL

Propiciar el desarrollo de habilidades como medio para la integración social, el desarrollo psicomotriz, y la integración y trabajo en equipo

- Potenciar la creatividad y la capacidad artística y estética
- Favorecer la psicomotricidad y la coordinación mente-manos
- Fomentar la interrelación humana y la integración social
- Promover la integración intergeneracional
- Sostener la capacidad productiva

OBJETIVO DE DESARROLLO AREA: DESARROLLO FISICO Y MENTAL

Propiciar el desarrollo y mantenimiento físico y psicológico, mediante la enseñanza de rutinas tanto psicológicas como físicas que fomenten el bienestar integral y el mantenimiento/fortalecimiento de estilos de vida saludables

- Hacer frente a las disminuciones y limitaciones físicas
- Conseguir equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal
- Promover la conciencia de utilidad y autoestima
- Lograr la distensión, la relajación y el escape de tensiones frente al estrés y el cansancio de la vida moderna
- Recuperar saberes y tradiciones que potencien en el adulto mayor su percepción de autoestima.
- Prevención de problemas físicos o neutralización de las consecuencias del envejecimiento.

OBJETIVO DE DESARROLLO AREA: FORMATIVO-CULTURAL

Contribuir a los procesos de democratización cultural de la localidad mediante la inserción de los ancianos a la producción local a través de la generación de productos culturales como medio para la integración social y desarrollo humano de las personas adultos mayores

- Fomentar la creatividad y el uso constructivo de tiempo libre a través de actividades intergeneracionales.
- Desarrollar la capacidad lúdica, la espontaneidad y la apertura hacia nuevas

formas artísticas y artesanales.

- Transmitir sus saberes y experiencias, contribuyendo a su propia formación personal, estímulo de procesos psicológicos superiores y aporte a nuevas generaciones.

OBJETIVO DE DESARROLLO AREA: DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL

Contribuir a los procesos de fortalecimiento del tejido social rescatando el protagonismo de las personas adultos mayores y como un medio para la defensa y protección de sus derechos

- Fomentar la participación social y comunitaria mediante la enseñanza de los mecanismos de participación y características del tejido social local.
- Favorecer el bienestar y la satisfacción personal.
- Fomentar la comunicación, la amistad y las relaciones interpersonales.
- Empoderar a las personas de la tercera edad para defender sus derechos y aportar a la dinámica social local.

Como se puede observar, lo que se pretende es que la recreación como un todo aporte al desarrollo del conocimiento en la relación recreación – adulto mayor, por ejemplo, avanzando en la medición de los beneficios que ofrece, su relación costo-utilidad, costo.-efectividad y costo-eficiencia a nivel de programas, que forme talento humano capaz de formular, ejecutar y evaluar programas específicos, con base en una gestión interinstitucional que neutralice la lluvia indiscriminada de programas con resultados de bajo impacto.

Recreación Comunitaria: En este sector los programas actúan como metodología de participación comunitaria para que a partir de la sensibilización y formación permanente de la comunidad, ésta se movilice conscientemente en pos de la realización de acciones colectivas que tiendan a afrontar la situación y problemática particular que vive. Para el desarrollo de este sector son fundamentales los espacios recreativos y públicos como elemento integrador de los miembros de la comunidad en su entorno.

Recreación Cultural y Artística: posibilita que las artes plásticas y escénicas y las actividades culturales no se les presenten al ciudadano simplemente como espectáculo o actividad exclusivamente de diversión, sino como objeto de participación creadora; así, la recreación cultural y artística contemplará eventos que realizados con base en talleres formativos, didácticos y de manifestación grupal de capacidades creadoras, procuran para el participante en ellos la vivencia del proceso creativo con la connotación lúdica que le da el ornamentar, construir y reproducir o ejecutar una obra enraizada bien sea en la cultura universal o en los valores y tradiciones autóctonos.

Recreación Deportiva: Aquel en que partiendo de la actividad física implícita en el deporte, procura que éste se aborde por el goce y desarrollo que permite su

práctica y no por el vencer y establecer marcas; así, la recreación deportiva contempla los programas y actividades físicas deportes, gimnasia, etc., que le posibilitan a quienes participan en ellos divertirse - cambiando de actividad, adquiriendo voluntaria y placenteramente estilos de vida saludables -, sociabilizarse - tomando pautas de trabajo en grupo y equipo, solidarizándose en pos de un objetivo general: la salud integral de quienes la vivencia

Recreación Laboral: Agrupa los programas y eventos originados en las políticas de bienestar social de las empresas y procura que sea ésta una forma alternativa de desarrollo integral de los trabajadores tal, que complementaria al proceso de trabajo, genere simultáneamente una mayor integración de los empleados y sus familiares entre sí y con la empresa y, en consecuencia, un fortalecimiento del sentido de pertenencia y permanencia. Este sector abarca igualmente los programas y actividades que con base a la recreación tienden a la preparación integral - física, social y mental - de los funcionarios próximos a la jubilación.

Recreación Pedagógica: En este sector la recreación se incorpora en el proceso de enseñanza, dándole a éste una nueva dimensión, bien por actuar como metodología de educación no formal o por constituirse en un proceso liberador que simultáneamente educa para el tiempo libre. Si se considera que la base de la demanda por servicios recreativos está dada por el nivel de educación para el ocio que tenga la persona, el campo de acción del sector no se reduce exclusivamente al segmento preescolar sino que, en consistencia con la naturaleza humana que no condiciona el aprendizaje a la edad, abarca todos los niveles y formas de educación.

Recreación Terapéutica: Aquel en que se involucra bien como un medio en el proceso de rehabilitación - sea éste físico, social y/o mental -, o como un complemento en cuanto a alternativa de utilización de tiempo libre ampliado de que disponen las personas sometidas a dicho proceso. Considerando el carácter integral del hombre, el cual como totalidad integrada por sus esferas físicas, social y mental es quien se recrea, la aplicación de la recreación en el proceso terapéutico estará signada no sólo por su contribución a la rehabilitación de la esfera afectada por la patología originaria, sino que prevendrá y solucionará posibles patologías accesorias en otras esferas.

Recreación Turística - ambiental: A partir del desplazamiento largo o corto, en el tiempo libre procura al turista la vivencia y relación de él y con el entorno visitado. Fomenta a través de las actividades recreativas una cultura sostenible y habilidades para la preservación del medioambiente.

9.4 Ciclo vital adulto mayor

En esta etapa se muestra cada crisis que puede presentar en el ciclo vital de la vejez y como la familia juega un papel importante de apoyo para la pareja anciana.

Recordemos que familia anciana es pareja con 50 años acompañados de sus hijos. O viendo transcurrir las vidas solas.

- Las características son: la convivencia de la pareja solos o etapa de nido vacío, trastornos auditivos, deterioro de la vista, dificultades motrices, demencia senil, arrugas, falta de fuerza.
- Los riesgos pueden ser: Presencia de enfermedad, deterioro físico, estudio mental, condición de vida, abandono, abuso de labores del hogar.

Crisis normativas:

- La dificultad para adoptarse a la jubilación.
- Los que son adictos al trabajo pueden tener una crisis profunda.
- Aparición de enfermedades crónicas o transmisibles en cualquiera de los miembros de la pareja.
- Enfrentamiento a la muerte de la pareja y la cercanía de la muerte propia.
- Abandono y Soledad.
- Inserción del anciano en la familia puede ser una experiencia agradable o conflictiva.

Crisis no normativas:

- Hospitalización
- Muerte del cónyuge.
- Separación de la pareja y los hijos.
- Incapacidad física.

Estrategias:

- Referencia a actividades sociales, programas nutricionales, laborales, caceras, etc.
- Monitor, ejercicio, nutrición, servicios preventivos y medicamentos.
- Consejero de seguridad en el hogar.
- Tamizaje, hipertensión arterial, salud mental, cuidados cavidad oral, signos cáncer, etc.

9.5 Enfermedades Más Frecuentes En Geriatría

El deterioro de órganos y sistemas que se produce con el envejecimiento se acompaña en pérdida en el ámbito social, económico y familiar. Todo aquello genera miedo, inseguridad y dificultades en el acceso a los recursos sanitarios y sociales. Las enfermedades geriátricas se caracterizan por un deterioro en el aspecto funcional, mental y social.

- Funcional: Puede presentarse incapacidad para las actividades básicas de la vida (deambulaci3n, alimentaci3n, aseo, vestido, etc.) as3 como las llamadas actividades instrumentales (tareas dom3sticas, uso del transporte, manejo del dinero, control de la medicaci3n). La situaci3n de incapacidad var3 dependiendo del grado en que se vean afectadas.
- Mental: Se pueden afectar a nivel cognitivo, limitando la memoria y la capacidad de juicio y abstracci3n... y al afectivo, predisponiendo a la depresi3n.
- Social: La aparici3n de una enfermedad puede condicionar el ingreso en una residencia, la necesidad de ayuda a domicilio, la imposibilidad para vivir solos. Los ancianos con frecuencia presentan una patolog3a, o coexiste a menudo m3s de una (pluripatolog3a).

Las enfermedades m3s frecuentes en geriatr3a son:

1. Cardiovasculares: - Insuficiencia cardiaca. - Hipertensi3n arterial. - Infarto de miocardio. - Angina de pecho. - Trastornos venosos.	6. Sistema nervioso: - Demencias, Alzheimer – demencia Vascular. - Parkinson. - EC.V
2. Respiratorios: - Bronquitis cr3nica. - Neumon3as. - Tuberculosis. - C3ncer de pulm3n.	7. Psiqui3tricas: - Depresi3n. - Ansiedad. - S3ndrome confusional agudo.
3. Digestivos: - Ulceras duodenales y g3sticas. - C3ncer de est3mago, de colon - Cirrosis. - Estreñimiento.	8. Metab3licas y endocrinas: - Diabetes Mellitus. - Deshidrataci3n. - Obesidad.
4. Urinarias: - Infecci3n urinaria. - Hipertrofia y c3ncer de pr3stata. - Incontinencia urinaria.	9. Reumatolog3a y traumatolog3a: - Artrosis. - Osteoporosis. - Fracturas. - Artritis. - Enfermedad de Paget.
5. Hematol3gicas: - Anemias. - Leucemias y linfomas.	10.3rgano d los sentidos: - Visual: cataratas – glaucoma. - Auditivo: Presbiacusia y tapones d cera.

BIBLIOGRAFIA

- OCEANO.2003. PERRY Y OTROS. MANUAL DE ENFERMERIA MATERNO INFANTIL.
- SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD. DISTRITO CAPITAL.1996. PARDO GLORIA. GUIA DE MANEJO LACTANCIA MATERNA.
- UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. 2004. BOTERO JAIME. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.
- MAC GRAW HILL.2002. DE BRUNNER Y SUDDARTH ENFERMERÍA MATERNO PERINATAL
- MAC GRAW HILL.1195.GARIJO CARIDAD Y OTROS. MUANUALES PRACTICOS DE ENFERMERIA PEDRIATICA.
- MAC GRAW HILL. 2001. RIUPERES CANTERA.MUALES PARCTICOS DE ENFERMERIA. AUXILIARES Y CUIDADORES DE ANCIANOS.
- <http://www.minsalud.gov.co/salud/PublishingImages/carnet-vacunas.jpg>
- RESOLUCIÓN 3280 DE 2018.1-348.MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL . (2016). RIAS PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD. POLÍTICA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD; RECUPERADO DE : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/rias-promocion-mantenimiento-salud.zip>
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL . (2016). RIAS PARA POBLACIÓN MATERNO – PERINATAL. POLÍTICA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD; RECUPERADO DE : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/rias-materno-perinatal.zip>
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL . (2016). RIAS PARA POBLACIÓN EN RIESGO O PRESENCIA DE ALTERACIONES NUTRICIONALES Y LA RIA DE ATENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN AGUDA. POLÍTICA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD; RECUPERADO DE : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/rias-nutricional.zip>
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL . (2016). RIAS PARA POBLACIÓN CON RIESGO O PRESENCIA DE CÁNCER, Y LAS RIAS ESPECÍFICAS DE CÁNCER DE MAMA Y CÁNCER DE CÉRVIX. POLÍTICA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD;OBSERVATORIO NACIONAL DE CÁNCER- ONC;. 1 CARPETA COMPRIMIDA EN ZIP RECUPERADO DE : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/rias-cancer.zip>

- RESOLUCIÓN NÚMERO 2465 DEL 14 DE JUNIO DE 2016
- Psicologiyamente.net/social/tipos-de-familias#
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social . (2017). Actualización y ajuste de la escala abreviada de desarrollo como un instrumento de apoyo en la valoración clínica de desarrollo de los niños menores de siete años. Atención integral en salud;. 160 p. Recuperado de :
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Escala-abreviada-de-desarrollo-3.pdf>
- Protocolo de Inserción y Retiro de Implante Subdérmico
- <https://profamilia.org.do/producto/implanon/>
- <https://redsaludarmenia.gov.co/v2/files/M-GH-P-026%20Protocolo%20inserci%C3%B3n%20y%20retiro%20de%20implante%20subdermico.pdf>