

# TRAPS

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

*Motivos de Consulta Frecuentes  
en el Primer Nivel de Atención*

PRIMER EDICIÓN 2016

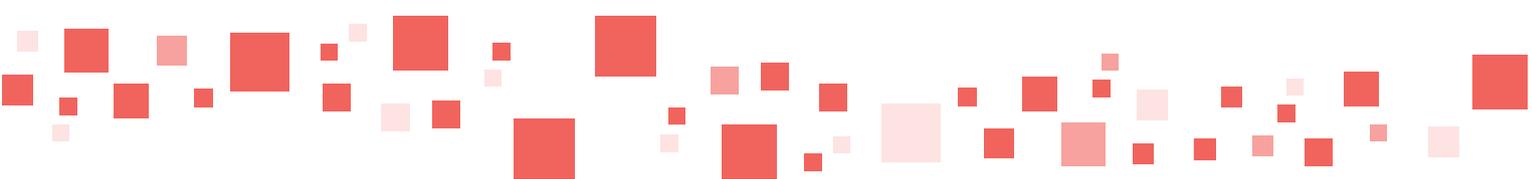
unidad

3



*Motivos de Consulta Frecuentes en el Primer Nivel de Atención*

TERAPÉUTICA RACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD



# TRAPS

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

*Motivos de Consulta Frecuentes  
en el Primer Nivel de Atención*

unidad

3

TERAPÉUTICA RACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD



## ■ Autoridades Nacionales

PRESIDENTE DE LA NACIÓN

ING. MAURICIO MACRI

MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN

DR. JORGE LEMUS

COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

MEDICAMENTOS

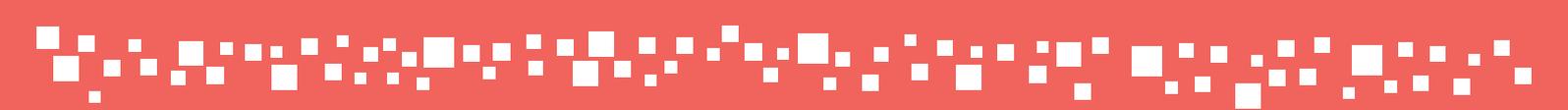
## ■ Universidades Participantes

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, FACULTAD DE MEDICINA ■ UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES ESCUELA SUPERIOR DE CIENCIAS DE LA SALUD ■ UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CHACO AUSTRAL ■ UNIVERSIDAD NACIONAL DE COMAHUE, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ■ UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ■ UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ■ UNIVERSIDAD NACIONAL DE ENTRE RÍOS, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ■ UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHÉ, INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD ■ UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA MATANZA, DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD ■ UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ■ UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ■ UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ■ UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA RIOJA, DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE SALUD Y DE LA EDUCACIÓN ■ UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ■ UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR, DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD ■ UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN, FACULTAD DE MEDICINA ■ UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA, FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD ■ UNIVERSIDAD ADVENTISTA DEL PLATA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ■ UNIVERSIDAD ACONCAGUA, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ■ UNIVERSIDAD AUSTRAL, FACULTAD DE CIENCIAS BIOMÉDICAS ■ FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ, INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD ■ INSTITUTO UNIVERSITARIO CEMIC FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. ESCUELA DE MEDICINA ■ UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ■ UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA, FACULTAD DE MEDICINA ■ UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUYO, FACULTAD DE MEDICINA ■ HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, INSTITUTO UNIVERSITARIO ■ UNIVERSIDAD MAIMÓNIDES, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ■ UNIVERSIDAD DE MORÓN, FACULTAD DE MEDICINA ■ INSTITUTO UNIVERSITARIO ITALIANO DE ROSARIO, ESCUELA DE MEDICINA ■ UNIVERSIDAD DEL SALVADOR, FACULTAD DE MEDICINA.

## ■ Índice

Presentación de la Unidad 3 _____	9
Introducción al ciclo reproductivo _____	13
- Ciclo menstrual normal _____	15
- Alteraciones del ciclo menstrual _____	18
Amenorrea secundaria _____	20
Sangrado uterino anormal _____	21
Hipermenorrea y menorragia _____	22
<i>Ejercicio 1 de Comprensión y Aplicación</i> _____	23
Métodos anticonceptivos _____	25
- Introducción _____	27
- Clasificación de los métodos anticonceptivos _____	28
Métodos de barrera _____	29
Métodos hormonales combinados _____	30
Métodos hormonales solo de progestágeno _____	35
Anticoncepción hormonal de emergencia _____	38
Dispositivos intrauterinos _____	40
Métodos químicos _____	44
Métodos naturales: basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer _____	44
- Puntos clave _____	46
<i>Ejercicio 2 de Comprensión y Aplicación</i> _____	47
Seguimiento del embarazo normal o de bajo riesgo _____	51
- Actividades del control prenatal _____	53
Confirmación del embarazo _____	53
Cálculo de la edad gestacional _____	54
Confección de la historia clínica y perinatal _____	54

Evaluación del riesgo perinatal _____	56
Examen completo _____	57
- Cronología de actividades para las consultas prenatales de bajo riesgo _____	72
- Puntos clave _____	74
<i>Ejercicio 3 de Comprensión y Aplicación</i> _____	75
Control puerperal _____	81
- Etapas del puerperio _____	81
Puerperio Inmediato _____	81
Puerperio precoz _____	85
Puerperio alejado _____	85
Puerperio tardío _____	85
- Patologías puerperales prevalentes _____	86
- Endometritis _____	86
- Infección mamaria puerperal _____	88
Grietas y fisuras del pezón _____	88
Taponamiento de Conductos _____	89
Mastitis _____	89
Absceso _____	91
- Puntos clave _____	92
<i>Ejercicio 4 de Comprensión y Aplicación</i> _____	93
Anexos _____	96
Bibliografía _____	98
Clasificación Estadística de Problemas de Salud en el Primer Nivel de Atención CEPS-AP _____	105



# *Presentación de la Unidad 3*

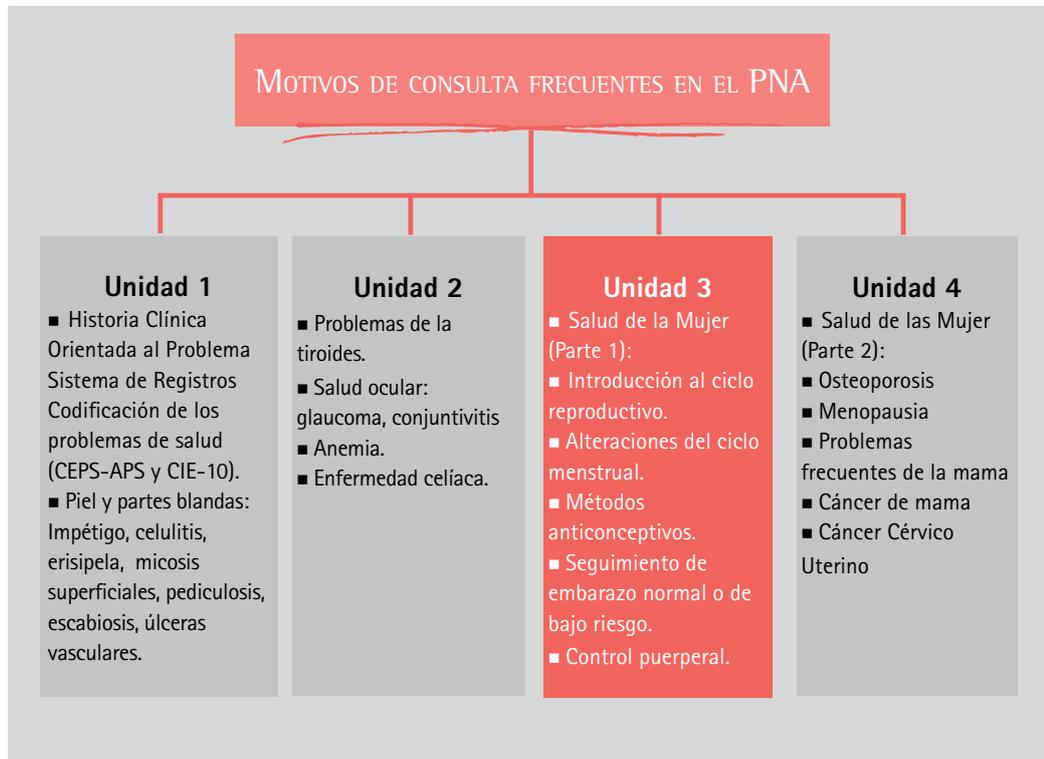


Motivos de Consulta Frecuentes en el PNA



## ¡¡Bienvenidos/as a esta tercera unidad!!

Los temas que se desarrollarán son:



Continuaremos con los Ejercicios de Comprensión y Aplicación trabajando los seis pasos de la Terapéutica Razonada:

- 1) Definir el/los problemas de salud del paciente al momento de la consulta.
- 2) Establecer objetivos terapéuticos para ese paciente. (¿Qué desea conseguir con el tratamiento?).
- 3) Diseñar un tratamiento (tener en cuenta efectividad/ seguridad/ costo-efectividad/ accesibilidad) incluyendo medidas no farmacológicas y/o farmacológicas
- 4) Realizar la prescripción.
- 5) Dar instrucciones al paciente (información y advertencias).
- 6) Realizar el seguimiento del tratamiento (monitorear).

Proponemos que resuelva los ejercicios y en los encuentros comparta con sus colegas los diagnósticos planteados, los objetivos, tratamiento y seguimiento con el objetivo de intercambiar experiencias y enriquecer su actividad asistencial diaria.

En la página de la Cobertura Universal de Salud - Medicamentos: [www.medicamentos.msal.gov.ar](http://www.medicamentos.msal.gov.ar) encontrarás bibliografía complementaria para profundizar en los temas desarrollados durante el curso.

## Objetivos de la Unidad 3

Al finalizar esta unidad se espera que usted disponga de los conocimientos y habilidades suficientes para:

- Diagnosticar alteraciones del ciclo menstrual.
- Realizar consejería sobre los diferentes métodos anticonceptivos.
- Utilizar los criterios de elegibilidad para la elección de los diferentes métodos anticonceptivos.
- Promover el control prenatal.
- Realizar el seguimiento de los embarazos de bajo riesgo.
- Detectar los embarazos de riesgo.
- Realizar el control puerperal.



# *Introducción al ciclo reproductivo*



## -Ciclo menstrual normal

El ciclo menstrual es una manifestación de los cambios morfológicos y funcionales del ciclo ovárico. Suele durar entre 21 y 35 días, en promedio 28 días. El ciclo comienza el primer día de la menstruación y finaliza el día que precede al inicio de la menstruación siguiente.

Entre el 10% y el 15% de las mujeres presenta alguna alteración del ciclo menstrual a lo largo de su vida reproductiva, los cuales son motivo de consulta frecuente en nuestra práctica ambulatoria. Generalmente la consulta es por ausencia de menstruación o por un cambio en la frecuencia o intensidad del sangrado uterino.

Conocer el funcionamiento normal del ciclo reproductivo resulta importante para manejar las alteraciones más frecuentes del ciclo menstrual.

La primera menstruación, denominada menarca, suele ocurrir entre los 11 y los 12 años, con un parámetro de normalidad de que ocurra entre los 9 y los 16 años de vida.

Regularmente la menstruación ocurre cada 21 a 35 días con una duración de entre 1 a 5 días. Es común que inicialmente los ciclos se den con cierta irregularidad, hecho que tiende a normalizarse luego de los primeros 2 años del inicio de la menstruación. La cantidad normal del sangrado menstrual no supera los 80 ml, y una manera práctica para cuantificarlo es indagar a la paciente sobre el uso excesivo de apósitos, sobre el antecedente de anemia o bien sobre la presencia de síntomas asociados a la anemia.

La reproducción humana normal supone la interacción entre una variedad de hormonas y diversos órganos, controlada por el hipotálamo, quién secreta la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), hormona que actúa en la hipófisis induciendo la síntesis y liberación de las hormonas luteinizante (LH) y la hormona foliculoestimulante (FSH). Estas hormonas, también conocidas como gonadotropinas, estimulan la maduración de las glándulas reproductoras y permiten la liberación de hormonas sexuales (estrógenos y progesterona) por parte del ovario<sup>1</sup>.

Estas últimas actúan sobre distintos órganos efectores (útero, mama, cuello uterino, piel entre otros) y mediante un mecanismo de retroalimentación regulan la liberación de GnRH a nivel hipotalámico.

Los patrones de secreción y las concentraciones de hormonas sexuales en sangre determinan si éstas estimulan o inhiben la liberación de hormona luteinizante y foliculoestimulante por parte de la hipófisis. Por ejemplo, una disminución en los niveles de hormonas sexuales provoca una mayor liberación por la hipófisis de aquellas dos hormonas (mecanismo de retroalimentación negativo). Prácticamente, todas las hormonas se liberan en forma de borbotones de corta duración (pulsos) cada 1 a 3 horas; de ahí que la concentración de hormonas en la sangre sea fluctuante.

## Fases del ciclo menstrual

A fin de comprender el ciclo menstrual, lo dividimos en tres etapas: la fase folicular, la fase ovulatoria y la fase lútea (ver Figura1).

Pensemos al ciclo como de 28 días consecutivos, los primeros 14 días constituyen la fase fo-

<sup>1</sup> Pérez Sánchez A. Capítulo: Ciclo menstrual. Ginecología. 2ª edición. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. 1995.

licular (ocurre en el ovario) o fase proliferativa (ocurre en el endometrio). El día 14 ocurre la ovulación y la segunda parte del ciclo se denomina fase lútea (en el ovario) o fase secretoria (en el endometrio).

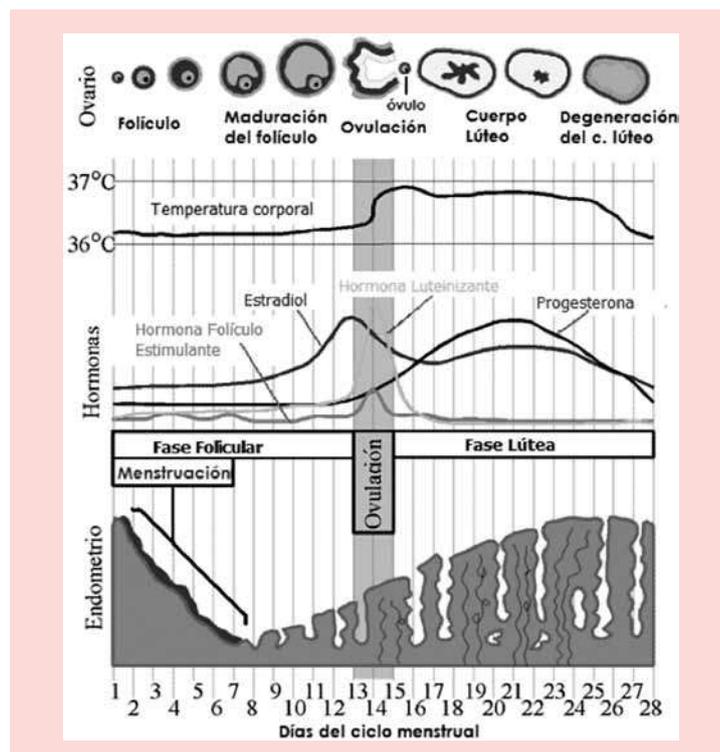
La **fase folicular** comprende 14 días y se inicia el primer día de la menstruación. A esta fase también se la conoce como fase proliferativa del endometrio. La FSH, y por consiguiente los estrógenos aumentan lenta y en forma constante estimulando el desarrollo folicular y del endometrio, el cual aumenta 3 a 5 veces su espesor. Los niveles de estrógenos son máximos el día 14 del ciclo, momento crucial en el que se produce una retroalimentación positiva sobre la hormona LH. Esto es lo que se denomina estallido secretorio de la LH, lo cual desencadena el proceso de la ovulación.

Luego de la ovulación, los restos del folículo en crecimiento forman el cuerpo amarillo (o cuerpo lúteo) y esto determina el inicio de la **fase lútea** del ciclo. Esta etapa se encuentra controlada hormonalmente por la progesterona (sintetizada por el cuerpo lúteo) y la LH. La concentración de progesterona aumenta alcanzando un valor máximo 5 a 7 días después de la ovulación. Este hecho determina una diferenciación específica a nivel uterino conocida como fase secretoria del endometrio<sup>2</sup>.

De no producirse la concepción, la función del cuerpo amarillo y los niveles de progesterona tienden a declinar. Las arterias espiraladas del endometrio se obliteran y se produce entonces la hemorragia o **menstruación**. Al final de esta fase, comienza a aumentar nuevamente el nivel de FSH para iniciar la foliculogénesis del siguiente periodo menstrual.

Estos ciclos ocurren periódicamente durante el periodo de fertilidad de una mujer hasta el momento de la vida que ocurre el cese de la función reproductiva, conocida como la **menopausia**.

**Figura 1: Fases del ciclo menstrual**



<sup>2</sup> Rubinstein A, Terrasa S. Capítulo: Trastornos del ciclo menstrual. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. 2.ª Ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2006.

**GLOSARIO:**  
Valores normales de hormonas  
Hormona Foliculoestimulante (FSH): 5-30 mUI/ml  
Hormona Luteinizante (LH): 5-20 mUI/ml (en el pico ovulatorio su valor aumenta al doble o triple del valor basal)  
Falla ovárica /menopausia: FSH mayor a 40 mUI/ml

## Respuesta hormonal de los órganos efectores y diagnóstico de la ovulación

En respuesta a los cambios hormonales, los principales órganos efectores tales como el endometrio, la mucosa cervical, el epitelio vaginal y la glándula mamaria presentan variaciones durante el ciclo menstrual que permiten conocer en forma indirecta el momento del ciclo en que se encuentra una mujer (ver Figura 2).

### Moco cervical

El cuello uterino está cubierto de un epitelio compuesto por un 95% de células secretoras y un 5% de células ciliadas, el cual tiene como función generar una corriente muco-ciliar que expulsa células y partículas hacia la vagina<sup>3</sup>. Las células presentan receptores para las hormonas sexuales, explicando así las modificaciones que el moco cervical sufre durante el ciclo menstrual.

La principal diferencia del moco cervical estrogénico (E) y gestagénico (G) está dada en el porcentaje de agua que cada uno de ellos tiene, siendo de 98% para el E y de 90% para el G.

El **moco estrogénico** predomina en el periodo periovulatorio del ciclo y es transparente, filante y cristaliza en forma de hojas de helecho al dejarlo secar sobre un portaobjetos. Al contrario, el **moco progestágeno** pierde la capacidad de cristalizar, y es de color blanquecino, de consistencia más espesa y con un ph más ácido.

El moco cervical cumple funciones esenciales en el transporte espermático, constituye la primera barrera que deben atravesar los espermatozoides en su recorrido hacia el sitio de fecundación y es al mismo tiempo una barrera selectiva, ya que permite el paso preferencial de algunos espermatozoides a través de ella y solo durante un periodo de 6 a 7 días en el ciclo menstrual<sup>4</sup>.

En la práctica clínica se considera que ha ocurrido la ovulación al constatar el viraje de las características del moco cervical estrogénico al gestagénico. Para hacer el diagnóstico de la ovulación se requiere la observación seriada del moco cervical.

### Detección del pico de LH

Es el parámetro hormonal que se relaciona de manera más precisa con la ovulación. Su determinación permite predecir la ovulación al menos con 14 hs de anticipación. Se considera que la mujer está presentando su pico de LH al obtener valores de LH en plasma u orina superiores a 25 mUI/ml. Existen preparados comerciales que mediante reacciones inmunoenzimáticas viran su color ante la presencia de niveles de LH superiores a 25 o 50 mUI/ml. Las mediciones diarias de LH en la orina matinal permite detectar el pico de LH en un 90% de la mujeres<sup>5</sup>.

### Determinación de niveles de progesterona

Un valor de progesterona plasmática superior o igual a 4 ng/ml refleja la presencia de la fase lútea en evolución, por lo tanto se considera un indicador de ovulación.

<sup>3,4</sup>Perez Sanchez A. Capítulo: Ciclo menstrual. Ginecología. 2° edición. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. 1995.

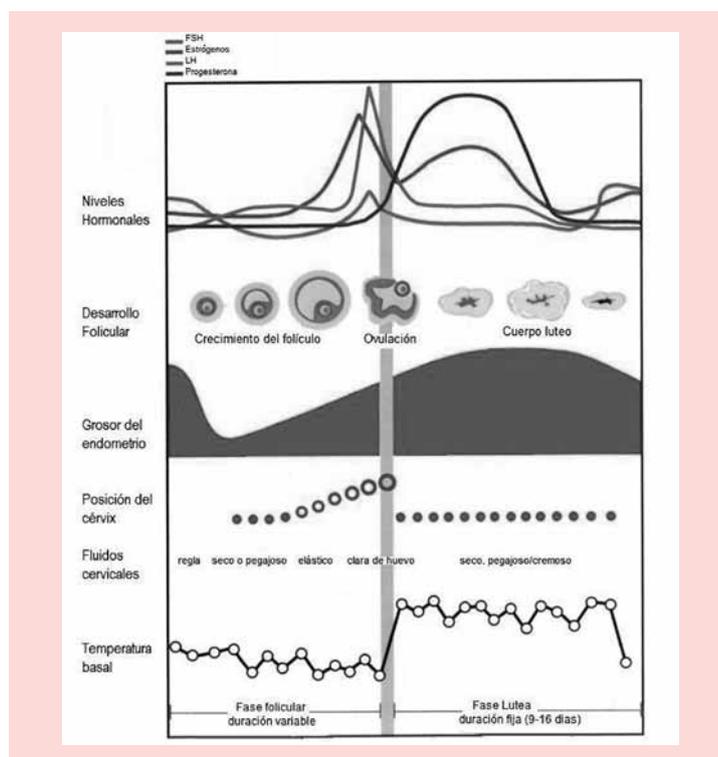
<sup>5</sup> Vigil y col. Predicción de ovulación en mujeres normales. Rev Latinoam Fertil Esteril. 1992. 6:87-91.

## Temperatura basal

El registro diario de la temperatura basal corporal, tomada en forma sublingual, vaginal o rectal, permite graficar una curva de carácter bifásica, como se observa en la siguiente figura. Se considera que ha ocurrido la ovulación cuando el registro muestra una fase de menor temperatura seguida de otra fase de mayores temperaturas (curva bifásica). El ascenso de temperatura ocurre por lo general días después del pico de LH, y es consecuencia de la actividad ovárica. Se mantiene normalmente durante 12 a 16 días.

El registro de la temperatura permite identificar el periodo postovulatorio más que predecir la ovulación.

**Figura 2:** Respuesta hormonal de los órganos efectores y diagnóstico de la ovulación



Fuente: [www.google.com.ar/search?q=fases+del+ciclo+menstrual+femenino](http://www.google.com.ar/search?q=fases+del+ciclo+menstrual+femenino). Acceso 04/12/14

## -Alteraciones del ciclo menstrual

Cuando el ciclo menstrual se altera por alguna causa aparecen una serie de trastornos que comprenden desde la ausencia de menstruación al cambio en la frecuencia o en la intensidad del sangrado.

Para el desarrollo de este tema utilizaremos los siguientes términos<sup>6</sup>:

**Amenorrea primaria (AP)** es la ausencia de menstruación espontánea en niñas de 14 años que no han desarrollado caracteres sexuales secundarios o en niñas de 16 años con presencia de caracteres sexuales secundarios.

**Amenorrea secundaria (AS)** es la ausencia de menstruación por 90 días en mujeres que previamente tenían ciclos normales.

*Sangrado uterino anormal*, es aquel que no respeta el patrón normal (el que sucede cada  $28 \pm 7$  días, dura entre 1 y 5 días y no supera los 80ml).

*Hipermenorrea*, son sangrados uterinos regulares, de duración normal, pero en cantidad excesiva (mayor de 80ml).

*Hipomenorrea*, son sangrados uterinos regulares, de duración normal, pero en cantidad reducida.

*Menorragia* es la pérdida ginecológica excesiva, con características de hemorragia importante, de duración prolongada y que aparece a intervalos regulares.

*Metrorragia* es un sangrado uterino que aparece fuera del periodo menstrual de cantidad es variable.

*Polimenorrea* es un patrón de sangrado periódico y regular, pero con una frecuencia menor a 21 días.

*Oligomenorrea*, es un patrón de sangrado periódico pero con una frecuencia mayor a 35 días.

*Sangrado intermenstrual (spotting)*, es un sangrado escaso que se produce entre dos periodos normales. Puede ocurrir luego de la ovulación durante un ciclo normal debido a la caída postovulatoria que normalmente sufren los estrógenos, durante la toma de anticonceptivos orales (por dosis estrogénica insuficiente) o bien a causa de una cervicitis por Chlamydia.

*Sangrado uterino disfuncional*, es un sangrado uterino en mujeres en edad reproductiva que no tiene una causa anatómica. Es más común en la adolescencia y en la perimenopausia. Frecuentemente, se produce por la persistente anovulación en paciente con ovarios capaces de producir estrógenos. La causa de este tipo de sangrados es una alteración en la sincronía en el eje hipotálamo-hipófiso-ovárico.

Los patrones de sangrado también pueden clasificarse a partir de la presencia o ausencia de ovulación (sangrados ovulatorios y anovulatorios).

Los sangrados anovulatorios representan más del 85% de los sangrados ginecológicos en las mujeres en edad fértil no embarazadas, y sus características principales son que la duración y cantidad es variable, no son regulares y el inicio es imprevisible.

Los sangrados ovulatorios son menos frecuentes y suelen ser regulares. Las causas más frecuentes son las menorragias por lesiones orgánicas como la miomatosis uterina y el sangrado o spotting intermenstrual.

*La mayoría de los sangrados ginecológicos disfuncionales en las mujeres en edad fértil no embarazadas son anovulatorios. La metrorragia, la polimenorrea y la oligomenorrea corresponden habitualmente a sangrados anovulatorios, mientras que la hipermenorrea, la menorragia y el sangrado intermenstrual suelen ser sangrados ovulatorios<sup>7</sup>.*

<sup>7</sup>Rubinstein E, Zarate M y coll. PROFAM. Salud de la mujer. Trastornos del ciclo menstrual. Buenos Aires. Fundación MF "Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la atención Primaria de la Salud" 2006.

## Amenorrea secundaria<sup>8</sup>

Podemos mencionar las siguientes causas:

- Embarazo.
- Disfunción hipotalámica que puede ser leve causada por estrés, alteraciones en la nutrición, exceso de ejercicio, enfermedades sistémicas, drogas o idiopática; severa causada por anorexia nerviosa con pérdida de peso severa, enfermedades psiquiátricas, enfermedades sistémicas graves, atletas, exceso de producción de andrógenos, cortisol o prolactina.
- Enfermedad hipofisaria como prolactinoma, neoplasias hipofisarias, síndrome de silla turca vacía, infarto hipofisario (síndrome de Sheehan), enfermedades granulomatosas.
- Disfunción ovárica como menopausia, síndrome de ovario poliquístico, fracaso ovárico (menopausia precoz, radiaciones, endometriosis, quimioterapia), resistencia a la FSH.
- Disfunción uterina como obliteración de la cavidad uterina por abortos o curetajes vigorosos, cierre del cuello uterino por una maniobra quirúrgica brusca.
- Endocrinopatías por ejemplo la enfermedad tiroidea, enfermedad de Cushing, hiperandrogenismo (síndrome de ovario poliquístico, hiperplasia suprarrenal congénita).

*La causa más frecuente de amenorrea secundaria es el embarazo. Luego de descartado este deberán pensarse otras causas frecuentes. La segunda causa más frecuente es la disfunción hipotalámica leve que lleva a la anovulación y que suele deberse al estrés, a las alteraciones en la nutrición y al exceso de la actividad física. Otras causas frecuentes que se pueden encontrar en atención primaria son la hiperprolactinemia, el hipotiroidismo y la disfunción ovárica congénita o adquirida<sup>9</sup>.*

### Algoritmo de manejo

1- Descartar el embarazo

2- Prueba de progesterona (debe realizarse sólo si el test de embarazo es negativo). Consiste en indicar 10 mg de medroxiprogesterona por día por vía oral, durante 5 a 7 días; o bien 100 A 200 mg de progesterona oleosa por vía intramuscular en una sola dosis.

El resultado de esta prueba provee información acerca de si se produjeron estrógenos.

La prueba se considera positiva si se produce un sangrado luego de 2 a 14 días de la suspensión de la progesterona. Esto indica que el ovario produce estrógenos. En estos casos, la amenorrea secundaria se debe a que no ha habido ovulación. La causa más frecuente de AS con prueba de progesterona positiva es la disfunción hipotalámica leve. Puede producirse hemorragia en ausencia de ovulación dado que el endometrio proliferativo sufrirá ocasionalmente un desprendimiento parcial en respuesta a estos niveles cambiantes de estradiol.

La prueba se considera negativa si NO se produce un sangrado luego de 2 a 14 días de la suspensión de la progesterona, lo que ocurre cuando los niveles de estrógenos son bajos (menores a 40 pg/ml). La causa más frecuente de prueba negativa es la insuficiencia gonadal de la menopausia.

*Una prueba de progesterona positiva en una paciente con amenorrea secundaria indica que se trata de un ciclo anovulatorio, siendo el motivo más frecuente los sangrados uterinos disfuncionales<sup>10</sup>.*

- 3 - a) Con prueba de progesterona positiva: si las causas probables son estrés, crisis vitales, cambios bruscos de peso o ejercicio extremo, la prueba de progesterona es diagnóstica y terapéutica. La paciente no requiere más estudios ya que el trastorno se normalizará una vez solucionadas las causas. Es importante en esta instancia el reaseguro de la paciente.

Si los trastornos anovulatorios son frecuentes, pensar en otras causas y solicitar estudios para diagnosticar hiperprolactinemia, hipotiroidismo o síndrome de ovario poliquístico. También puede considerarse realizar una evaluación hormonal general que incluya TSH, PRL y andrógenos.

- b) Con prueba de progesterona negativa: realizar dosaje de FSH. El valor normal es de 5 a 30 mUI/ml y refleja los niveles de estrógenos circulantes. Si la FSH es mayor a 40 mUI/ml significa que los niveles de estrógenos son bajos. En este caso existe una insuficiencia ovárica. La causa más frecuente de falla ovárica es la menopausia.

## Sangrado uterino anormal

Podemos mencionar las siguientes causas<sup>11</sup>:

- Sangrado uterino disfuncional por alteración del eje hipotálamo hipofisario.
- Enfermedades benignas del tracto genital como miomas, pólipos cervicales, pólipos endometriales, endometriosis, hiperplasia endometrial, atrofia endometrial, cervicitis, endometritis.
- Enfermedades malignas del tracto genital como carcinoma endometrial, cáncer cervical.
- Traumatismos y cuerpos extraños (DIU).
- Causas relacionadas con el 1er trimestre del embarazo como embarazo ectópico, amenaza de aborto, aborto completo.
- Enfermedades sistémicas como disfunción tiroidea, enfermedad de Cushing o Addison, enfermedad de Von Willebrand, leucemia, trombocitopenia, insuficiencia renal o hepática.
- Uso de medicamentos que alteran la coagulación como aspirina, warfarina, heparina.

*En mujeres en edad fértil las causas más frecuentes son secundarias al embarazo, a ciclos anovulatorios y a enfermedades uterinas benignas. En las mujeres peri y posmenopáusicas la causa más frecuente es la atrofia endometrial, aunque debe descartarse siempre el carcinoma de endometrio<sup>12</sup>.*

<sup>10 11</sup> Rubinstein E, Zarate M y coll. PROFAM. Salud de la mujer. Trastornos del ciclo menstrual. Buenos Aires. Fundación MF "Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la atención Primaria de la Salud" 2006.

<sup>12</sup> Rubinstein E, Zarate M y coll. PROFAM. Salud de la mujer. Trastornos del ciclo menstrual. Buenos Aires. Fundación MF "Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la atención Primaria de la Salud" 2006.

### Algoritmo de manejo

- 1- Evaluar la magnitud del sangrado (repercusión hemodinámica) como presencia de taquicardia, hipotensión ortostática y hematocrito. Considerar internación según hallazgos.
- 2- Descartar embarazo.
- 3- Solicitud de estudios orientado hacia la causa del sangrado como ecografía ginecológica, pap, colposcopia, cultivo de clamidia o gonococo, hemograma, TSH, PRL. Descartar coagulopatías.

## Tratamiento

En casos de sangrados agudos que descompensen a la paciente, se indicará internación para manejo de la inestabilidad hemodinámica, transfusiones y el tratamiento de la causa.

En casos de pacientes con sangrados leves, el tratamiento para "cortar" el sangrado es una combinación fija de estrógeno y progesterona, dado que el endometrio sangra porque la cantidad de estrógeno es insuficiente para sostenerlo y, por otro lado, no se produce la transformación del endometrio proliferativo al secretor debido a la ausencia de cuerpo lúteo que produce la progesterona. El tratamiento en muchos casos se realiza aún antes de tener el diagnóstico etiológico correcto, esto ocurre especialmente ante casos de sangrados uterinos disfuncionales.

### Esquemas de tratamiento<sup>13</sup>

- Etinilestradiol 0.01 mg más noretisterona 2 mg: 1 a 2 comprimidos cada 8 hs. hasta cortar el sangrado. Luego un comprimido cada 8 hs. por 2 días, luego 1 cada 12 hs. por 2 días, luego 1 por día hasta completar 21 días. Después de este tratamiento sobreviene un sangrado por privación hormonal.
- Anticonceptivos orales de 30 microgramos de etinilestradiol: 1 comprimido cada 6 hs. durante 3 a 5 días y luego 1 comprimido por día hasta finalizar la caja.
- También puede indicarse progesterona solamente: 100 a 200 mg de progesterona por vía intramuscular en una única dosis o 10 mg de medroxiprogesterona durante 10 días.

## Hipermenorrea y menorragia

Podemos mencionar las siguientes causas:

- Enfermedades benignas del tracto genital como miomas, endometriosis.
- Hipotiroidismo.
- DIU.
- Coagulopatías.
- Uso de medicamentos que alteran la coagulación como aspirina, warfarina, heparina.

El tratamiento debe basarse tomando en cuenta la presencia de ciclos ovulatorios o anovulatorios, la necesidad de anticoncepción, las preferencias del paciente y las contraindicaciones. Si la paciente ovula y desea embarazo pueden indicarse AINES durante la menstruación ya que disminuyen la cantidad de sangrado al actuar sobre las prostaglandinas.

Si la paciente desea anticoncepción indicar anticonceptivos orales.

Los miomas asintomáticos, por lo general, no deben tratarse; si provocan síntomas, deben indicarse tratamiento médico, la cirugía tiene indicaciones precisas (fracaso del tratamiento médico, anemia crónica, trastornos por compresión vesical, mioma pediculado).

## \* Ejercicio 1 de Comprensión y Aplicación

### ■ Liliana, 42 años.

Consulta porque refiere que hace unos meses comenzó a tener períodos menstruales más abundantes y prolongados. Siempre fue regular y sus menstruaciones eran mucho más escasas. Tiene 2 hijos, de 10 y 13 años, nacieron por parto normal. No presenta antecedentes personales de relevancia. Utiliza preservativo como método anticonceptivo. El laboratorio que le trae (de 2 meses previos) presenta una hemoglobina de 11 mg/dl.

El examen físico es normal.

**1er paso:** Defina el/ los problemas de salud de Liliana en esta consulta.

.....

.....

¿Qué causas pueden estar causando estas alteraciones en los ciclos de Liliana? Justifique sus respuestas.

.....

.....

**2do paso:** ¿Cuáles serían sus objetivos terapéuticos con esta paciente?

.....

.....

**3er paso:** ¿Qué conducta terapéutica adoptaría? ¿Qué estudios le solicitaría?

.....

.....

**4to paso:** Realice la prescripción.

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Liliana.

remediar	
Diagnóstico	CEPS-AP

**5to paso:** De instrucciones al paciente.

.....

.....

### RECUERDE:

RECUERDE LLEVAR SUS NOTAS AL ENCUENTRO PRESENCIAL PARA DISCUTIR CON SUS COLEGAS.



# *Métodos anticonceptivos*



Motivos de Consulta Frecuentes en el PNA



## -Introducción

El abordaje de la salud sexual y reproductiva sitúa al equipo de salud frente a personas que en la mayoría de los casos no acuden por una enfermedad, sino que están sanas y necesitan tomar decisiones sobre un aspecto íntimo, delicado y complejo de la propia vida: la sexualidad.

Cuando las personas consultan por su salud sexual y reproductiva llegan con un conjunto de aspectos de su vida en juego: sus relaciones sentimentales y familiares, su proyecto de vida, el grado de autonomía que puedan tener para disponer de su propio cuerpo en el marco de relaciones desiguales entre los géneros, y hasta la posible modificación de las rutinas cotidianas.

Esto implica, para el equipo de salud, tomar en cuenta no sólo la situación de salud-enfermedad de esa persona, sino también sus ideas, creencias, preferencias y posibilidades, según su historia y condiciones de vida. Es decir, abordar la singularidad de ese ser humano.

La atención de la salud sexual y reproductiva requiere el desarrollo de una práctica en contexto, donde es necesario desplegar diferentes herramientas más allá de los conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Se trata de un modelo de trabajo en que el encuentro entre agente de salud y la persona da lugar a la conversación, a la información compartida y a la posibilidad de apuntalar un proceso autónomo de toma de decisiones.

Se implementa con una modalidad de trabajo no indicativa, a través de la construcción de un vínculo de confianza y de comunicación que facilite la circulación de información entre el equipo de salud y la/el usuaria/o, en un ambiente de privacidad y con garantía de confidencialidad.

La información que se incluye en los espacios de consejería refiere, entre otros temas, a:

- Métodos anticonceptivos (MAC).
- Sexualidad (disfrute de las relaciones, incomodidades, etc.)
- Prácticas de cuidado y prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH/Sida.
- Detección, asistencia y acompañamiento en situaciones de abuso y violencia sexual.
- Acceso efectivo a los derechos sexuales y reproductivos.

La información sobre salud sexual y reproductiva que se brinda en la consejería debe ser actualizada, validada científicamente, expresada de forma clara y en términos adecuados.

Para ampliar la información sobre consejería consultar a [www.msal.gov.ar/saludsexual/](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/)

A través de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone recomendaciones basadas en la evidencia en cuanto a las condiciones en las que una persona puede usar métodos anticonceptivos en forma segura.

Este documento no proporciona normas estrictas sino que brinda recomendaciones, que sirven de base para tomar decisiones sobre diversos anticonceptivos para ser usados por personas con ciertas condiciones médicas, teniendo en cuenta la información más actualizada disponible sobre la seguridad de los métodos en cada situación. Pretende actualizar el criterio médico de elegibilidad utilizado en la provisión de todos los anticonceptivos: hormonales, DIU, métodos de barrera, MBCF, coito interrumpido, MELA, anticoncepción quirúrgica y anticonceptivos de emergencia.

Para establecer los criterios médicos de elegibilidad, la OMS hace las siguientes evaluaciones:

- Considera la inclusión de las condiciones de salud relevantes.
- Evalúa las condiciones basadas en evidencia científica.
- Incluye las etapas de la vida que pueden afectar la elección del anticonceptivo.
- Incluye los aspectos relacionados con los servicios necesarios para la atención en relación al uso del método.

Ver en **Anexos** la lámina sobre criterios de elegibilidad de la OMS y el disco para el inicio y la continuación de métodos anticonceptivos.

Para ampliar la información sobre criterios de elegibilidad consultar a [www.msal.gov.ar/saludsexual](http://www.msal.gov.ar/saludsexual).

Los métodos anticonceptivos (MAC) son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo. Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona<sup>14</sup>.

Existen múltiples y diferentes opciones anticonceptivas, no pudiéndose considerar un método mejor que otro per se. Cada MAC tiene características particulares, modo de uso, ventajas y desventajas. Según la situación singular de cada persona, sus preferencias, costumbres y estado de salud es que se decidirá en conjunto cual es de preferencia.

Debe tenerse en cuenta que el único método que previene las infecciones de transmisión sexual (ITS) es el preservativo. Cuando el método anticonceptivo utilizado es diferente al preservativo pero también se quiere tener protección contra las ITS, se recomienda una combinación de métodos; a esta situación se la define como "doble protección".

*La doble protección consiste en el empleo de métodos de prevención del embarazo y de las ITS, a través del uso simultáneo de preservativo con otro método anticonceptivo.*

## -Clasificación de los métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos se clasifican según su mecanismo de acción en<sup>15</sup>:

- Anticonceptivos de barrera como el preservativo masculino, femenino y el diafragma.
- Anticonceptivos hormonales encontrándose los anticonceptivos hormonales combinados o solo de progestágeno.
- Anticonceptivos intrauterinos como el dispositivo intrauterino (DIU), sistema de intrauterino de liberación (SIU).
- Anticonceptivos quirúrgicos como ligadura de trompas, vasectomía.
- Anticonceptivos químicos mencionando los espermicidas.
- Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer como el calendario, moco cervical, temperatura basal, sintotérmico.

## Métodos de barrera

Son aquellos métodos que por un mecanismo físico evitan la fecundación, al impedir el acceso de los espermatozoides al útero.

Son métodos de barrera los preservativos de uso masculino, los preservativos de uso femenino y el diafragma.

La principal ventaja es que casi no tienen efectos adversos y en el caso de los preservativos además protegen contra las infecciones de transmisión sexual. El preservativo femenino no está disponible actualmente en Argentina.

### Métodos de barrera

- ✓ *Impiden el acceso de los espermatozoides al útero.*
- ✓ *Para una buena eficacia anticonceptiva requieren un uso correcto en cada acto sexual.*
- ✓ *Necesitan alta motivación para su uso.*
- ✓ *Prácticamente no tienen contraindicaciones.*
- ✓ *Los preservativos son muy efectivos en la prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual.*

## Preservativo masculino

Consiste en una funda de látex que se adapta al pene erecto e impide el paso del semen al aparato genital femenino. Existen diferentes tipos: lisos, rugosos, de diferentes colores, con espermicida y con lubricante acuoso. Es el único método anticonceptivo que también previene la posibilidad de contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/Sida.

La eficacia del preservativo depende de que se use en forma correcta en cada acto sexual. Con el uso correcto, si se usa de manera constante y correcta, las tasas de embarazo son bajas, 3 embarazos cada 100 mujeres por año. Con el uso habitual, 14 embarazos por cada 100 mujeres por año. Su efectividad para prevenir una infección de transmisión sexual ronda el 95% y como método anticonceptivo llega al 97%, cuando se usa correctamente.

No se recomienda el uso de este método cuando existe alergia al látex, que se evidencia por enrojecimiento del pene luego de su uso (esto no se aplica a los preservativos "libres de látex").

Este método no tiene contraindicaciones absolutas.

## Diafragma vaginal

El diafragma vaginal consiste en un aro de goma, cubierto por una membrana del mismo material, que se adapta a la cúpula vaginal, entre el fondo del saco posterior y la sínfisis pubiana, cubriendo el cuello uterino y obstruyendo el orificio externo del mismo, impidiendo de esta forma la entrada del espermatozoide al cuello.

Se debe utilizar con gel o espuma espermicida para mejorar su eficacia.

Viene en diferentes tamaños y un profesional de la salud con entrenamiento debe medir cuál es el que se ajusta a cada mujer.

La mujer se lo debe colocar antes de la relación sexual (menos de 6 hs antes) y extraerlo por lo menos 6 hs. después del encuentro sexual, pero no más de 24 hs. Si se retira antes de tiempo, debería recurrirse a la anticoncepción de emergencia.

No es descartable (se usa siempre el mismo diafragma) y no protege contra el VIH/Sida y otras ITS.

Las situaciones en las que no se recomienda el uso de este método son:

- Historia de síndrome de shock tóxico.
- Alto riesgo de VIH.
- Infección por VIH/Sida.
- Alergia al látex (esto no se aplica a diafragmas de plástico).

Este método no tiene contraindicaciones absolutas.

## Métodos hormonales combinados

Los anticonceptivos hormonales combinados presentan en su composición estrógenos y progestágenos.

**Se clasifican según vía de administración en:**

- Anticonceptivos hormonales orales.
- Anticonceptivos hormonales inyectables.
- Parches transdérmicos.
- Anillos vaginales.

Estos métodos basan su mecanismo de acción en inhibir el eje hormonal de la mujer de tal manera que no se produzca la ovulación. La anovulación se logra a partir de una fuerte inhibición de la hormona folículo estimulante (FSH) ejercida por el estrógeno exógeno y, en la inhibición del pico de la hormona luteinizante (LH) ejercida por el componente progestacional del anticonceptivo. Esto genera, a su vez, una inhibición del desarrollo folicular, de la ovulación y de la formación del cuerpo lúteo (cuando se toman anticonceptivos, los folículos comienzan a desarrollarse, pero se detienen y se atresian).

## Anticonceptivos orales combinados

Existen muchas presentaciones de anticonceptivos combinados orales (ACO) que varían según la combinación de los derivados del estrógeno y la progesterona y/o en la concentración usada de estos derivados.

Los estrógenos utilizados son etinilestradiol (el más utilizado) y valerato de estradiol. Entre los gestágenos se encuentran: acetato de ciproterona, norgestrel, levonorgestrel, desorgestrel, norgestimato, gestodeno, drospirenona y dienogest.

Estas combinaciones pueden presentarse en dosis diarias iguales (monofásicos) o bien variar las dosis dos veces (bifásicos) o tres veces (trifásicos) en el ciclo. Los ACO monofásicos son los utilizados con mayor frecuencia.

En relación a la dosis utilizada, en la actualidad se utilizan los anticonceptivos denominados de baja dosis, con concentraciones de etinilestradiol (EE) que varían entre 35, 30, 20 o 15 microgramos ( $\mu\text{g}$ ). El valerato de estradiol se utiliza en dosis de 2 mg.

Los ACO se presentan en:

- Blíster o envase con 21 comprimidos activos (todos con hormonas).
- Blíster o envase con 28 comprimidos, en dos opciones: 21 comprimidos activos + 7 placebos (inactivos o sin hormonas) y 24 comprimidos activos + 4 placebos (inactivos).<sup>16</sup>

Como regla general, cualquier mujer joven, sana y no fumadora puede tomar anticonceptivos orales combinados.

Las situaciones en las que no se recomienda el uso de anticonceptivos orales combinados son<sup>17</sup>:

- Mujeres durante la lactancia entre las 6 semanas y los 6 meses post parto.
  - Mujeres en período post parto menor a 21 días, sin lactancia y sin factores de riesgo para tromboembolismo venoso.
- Mujeres mayores de 35 años fumadoras de menos de 15 cigarrillos/día.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial (edad mayor, tabaquismo, diabetes, e hipertensión). Cuando la mujer tiene múltiples factores de riesgo importantes para enfermedad cardiovascular, el uso de anticonceptivos combinados hormonales puede incrementar ese riesgo a un nivel no aceptable. Si bien no se presenta una sumatoria simple de riesgos es necesario evaluar la situación singular de la persona.
  - Antecedentes de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluye hipertensión en embarazo).
  - Hipertensión adecuadamente controlada, cuando se puede evaluar la presión arterial.
  - Presión arterial elevada: sistólica 140–159 o diastólica 90–99 mm Hg.
  - Migraña, sin aura < 35 años si ya recibía el método e inicia con migraña.
  - Migraña, sin aura > 35 años si inicia el método.
  - Antecedente personal de cáncer de mama, sin evidencia de enfermedad por un mínimo de 5 años.
  - Diabetes con nefropatía, retinopatía o neuropatía.
  - Diabetes con otra patología vascular (arteriopatía periférica, enfermedad coronaria) o diabetes de >20 años de duración.
  - Patología de vesícula biliar sintomática, con tratamiento médico o en curso.
  - Antecedentes de colestasis relacionada con anticonceptivos orales combinados en el pasado.
  - Hepatitis aguda si inicia el método.
  - Interacciones medicamentosas: rifampicina. Ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina), lamotrigina.

Situaciones en las que se contraindica el uso de anticonceptivos orales<sup>18</sup>:

- Lactancia exclusiva y menos de 6 semanas del post parto.
- Mujeres en postparto menor de 21 días sin lactancia y con factores de riesgo para TEV.
- Mujeres mayores de 35 años, fumadoras de más de 15 cigarrillos/día.
- Diabéticas con más de 20 años de evolución o con neuropatía, con retinopatía, con nefropatía, u otra enfermedad vascular.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (fumadora, diabética, hipertensa, mayor de 40).
- Hipertensión con valores mayores de 160/100.
- Hipertensión con enfermedad vascular.

<sup>16</sup> <sup>17</sup> Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Programa nacional de Salud Sexual y Procreación responsable – Ministerio de Salud de la Nación, Bs. As, 2012

#### GLOSARIO:

**Factores de riesgo para trombosis venosa profunda (TVP):** Factores de riesgo para Trombosis venosa profunda:

- internación en los 6 meses previos
- cirugía con más de 30 minutos de anestesia general
- antecedente de TVP
- tabaquismo
- obesidad
- trastornos de la coagulación
- uso de anticonceptivos orales o de terapia hormonal de reemplazo
- embarazo y posparto
- inmovilización
- fractura de miembro inferior
- quemaduras mayores
- politraumatismos
- enfermedad severa: cáncer, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, tratamiento con quimioterapia.

#### GLOSARIO:

**Hipertensión adecuadamente controlada:** aquella cuyos valores sean menores a 140/90.

<sup>18</sup> Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Programa nacional de Salud Sexual y Procreación responsable – Ministerio de Salud de la Nación, Bs. As, 2012

**GLOSARIO:**

Cirrosis descompensada, se define por la presencia de alguna de las siguientes complicaciones: ascitis (con o sin várices esofágicas), hemorragia digestiva, encefalopatía hepática.

- Episodio agudo o antecedente de trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar con o sin terapia anticoagulante.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Mutaciones trombotogénicas conocidas como factor V de Leiden, mutación de la protrombina, deficiencia de proteína S, C o antitrombina.
- Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
- Mujeres con enfermedad cardíaca isquémica (infarto del corazón) actual o pasada.
- Mujeres con ACV actual o pasado.
- Mujeres con valvulopatías complicadas.
- Mujeres con migraña con aura.
- Mujeres mayores de 35 años con migraña sin aura, para continuación del método.
- Mujeres con cáncer de mama actual.
- Mujeres con hepatitis viral aguda, para inicio del método.
- Cirrosis descompensada.
- Tumor del hígado (adenoma hepatocelular y hepatocarcinoma).

Para indicar los ACO la OMS sólo recomienda realizar una historia clínica y control de tensión arterial. Si la medición de la TA no está disponible, la posibilidad de utilizar un anticonceptivo hormonal no se invalida necesariamente.

No es requisito para indicar este método la realización de estudios complementarios (análisis de sangre, Papanicolaou (PAP), ecografías o algún otro).

### Modo de administración

-Envase o blíster de 21 comprimidos: se debe tomar uno por día, siempre en el mismo horario. Se descansa 7 días (no se debe tomar la pastilla por 7 días) y se reinicia el tratamiento con un nuevo envase en el octavo día, aunque aún dure el sangrado. Durante este periodo de 7 días de descanso debería aparecer el sangrado.

-Envase o blíster de 28 comprimidos (24+4 y 21+7): se debe tomar un comprimido por día, siempre en el mismo horario. Una vez terminado el envase debe reiniciarse uno nuevo sin ningún día de descanso. En lugar de realizar el descanso, en este caso se toman los comprimidos placebo (4 o 7 según la presentación). El sangrado aparecerá durante la semana en la que se toman los comprimidos placebo o durante el inicio del siguiente blíster o envase.

*Tanto durante los 7 días de descanso como durante la toma de los comprimidos placebo, el efecto anticonceptivo está garantizado, siempre y cuando se hayan tomado adecuadamente 7 comprimidos activos previos.*

*No es necesario interrumpir por uno o varios meses la toma de anticonceptivos para “descansar”.*

Si bien se puede empezar cualquier día del ciclo, se recomienda iniciar el blíster el primer día de la menstruación (primer día del ciclo). De esta manera, los ACO son efectivos prácticamente desde el inicio de la toma.

En caso de iniciar otro día del ciclo o ante la ausencia de menstruaciones, se podrá iniciar siempre y cuando exista razonable certeza de que la mujer no está embarazada. En este caso se debe utilizar, además, un anticonceptivo de barrera (preservativo) durante los 7 primeros días de toma de pastillas. Recién a partir del comprimido nº 8 la mujer estará protegida.

## Olvido de la toma<sup>19</sup>

- Si el olvido es de un comprimido se debe tomar la pastilla olvidada lo antes posible y continuar las siguientes en el horario habitual, aunque esto signifique tomar dos comprimidos juntos. La eficacia anticonceptiva no se altera, y no necesita usar un método de respaldo.
- Si el olvido es de dos comprimidos o más comprimidos activos, la eficacia anticonceptiva puede estar disminuida. En este caso, deberá considerarse en qué semana fue el olvido (ver Figura 3). En todos los casos de olvido de pastillas activas, tomar la pastilla olvidada lo antes posible y continuar tomando las siguientes pastillas en el horario habitual, aunque esto implique tomar dos pastillas el mismo día o al mismo tiempo, esto reducirá pequeños sangrados que pueden aparecer por motivo del olvido.

**Figura 3: Conducta ante el olvido de la toma de 2 comprimidos o más.**

Semana en la que se produjo el olvido	Conducta recomendada	
1er semana	Tuvo relaciones sin otra protección en los últimos 5 a 7 días	-Usar anticoncepción hormonal de emergencia (AHE). -Tomar la pastilla olvidada* y continuar con las siguientes en el horario habitual y usar preservativo durante 7 días.
	No tuvo relaciones en los últimos 5 a 7 días	-Tomar la pastilla olvidada* y continuar con las siguientes en el horario habitual y usar preservativo durante 7 días
2da semana	Tomar la pastilla olvidada y continuar con las siguientes en el horario habitual y usar preservativo durante 7 días.	
3er semana	Para envases de 21 comprimidos	Tomar la pastilla olvidada* e iniciar otro envase al día siguiente sin hacer el descanso de los 7 días. No se producirá el sangrado en la fecha esperada, pero puede aparecer sangrado o manchado en el transcurso de la toma del 2do envase. Agregar uso de preservativo durante 7 días.
	Para envases de 28 comprimidos	Tomar la pastilla olvidada*, no tomar las pastillas placebo de ese mes (descartarlas) e iniciar un nuevo envase al día siguiente. No se producirá el sangrado en la fecha esperada, pero puede aparecer sangrado o manchado en el transcurso de la toma del 2do envase. Agregar uso de preservativo durante 7 días.
4ta semana	En caso de tomar blisters con 28 comprimidos serían los placebos los de la 4ta semana. No requiere tomar ninguna conducta ya que estos comprimidos son placebo.	

\*Tomar la pastilla olvidada lo antes posible aunque implique tomar 2 juntas.

Fuente: Adaptación personal. Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Programa nacional de Salud Sexual y Procreación responsable – Ministerio de Salud de la Nación, Bs. As, 2012.

<sup>19</sup> Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Programa nacional de Salud Sexual y Procreación responsable – Ministerio de Salud de la Nación, Bs. As, 2012

*Entre los efectos adversos más frecuentes se encuentran los cambios en el patrón de sangrado, en los primeros meses puede haber sangrado irregular (spotting). Luego, los sangrados se vuelven regulares, son más leves y más breves. Incluso, en algunos casos, se llega a la ausencia de menstruación, sin que nada de esto tenga significancia clínica ni implique un riesgo para la mujer.*

## Anticonceptivos combinados inyectables (ACI)

Los anticonceptivos hormonales combinados de aplicación inyectable actúan inhibiendo la ovulación. Son seguros, efectivos y reversibles.

Los más usados en la actualidad combinan un estrógeno de acción breve y un gestágeno de acción prolongada. Los que combinan altas dosis de un estrógeno de acción prolongada con un gestágeno de acción corta ya no se recomiendan, porque producen alteraciones del ciclo menstrual con mayor frecuencia.

Las contraindicaciones para recibir ACI son:

- Lactancia materna hasta 6 semanas postparto.
- Postparto menor a 21 días sin amamantar y con factores de riesgo para tromboembolismo venoso.
- Mujeres con DM con más de 20 años de evolución o con neuropatía, con retinopatía, con nefropatía, u otra enfermedad vascular.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular (fumar, DM, HTA).
- Hipertensión arterial con valores mayores de 160/100 mm Hg.
- Episodio agudo o antecedente de trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar con o sin terapia anticoagulante.
- Antecedente de cirugía mayor con inmovilización.
- Cardiopatía isquémica o ACV (actual o antecedente).
- Mujeres con migraña con aura.
- Mujeres mayores de 35 años con migraña sin aura.
- Mujeres con cáncer de mama actual.
- Presencia de tumor hepático maligno.

### Modo de administración

Se aplican de forma intramuscular profunda una vez al mes siempre en la misma fecha calendario. La inyección puede darse hasta con 3 días de adelanto o de demora de la fecha en que debía aplicarse (manteniéndose la eficacia anticonceptiva), aunque se recomienda hacerlo siempre el mismo día.

Se recomienda aplicar la primera inyección el primer día de menstruación y las siguientes teniendo en cuenta la fecha calendario de esa primera aplicación (y no la fecha de cuando viene la menstruación).

El sangrado suele presentarse entre los 15 y 20 días posteriores a la aplicación de la inyección. El sangrado posterior a la primera aplicación, cuando ésta se realiza el primer día de menstruación, se adelantará y luego se regularizará.

Pueden producir cambios en el patrón de las menstruaciones. Al inicio del método las menstruaciones pueden ser irregulares o prolongadas. Con la continuación del método se puede observar una disminución o ausencia del sangrado menstrual.

Otros efectos adversos que pueden producirse son:

- Aumento de peso.
- Cefaleas.
- Mareos.
- Mastalgia (dolor mamario).

*Para los métodos combinados, la OMS recomienda realizar una historia clínica y tomar la tensión arterial antes de iniciar su uso. No es necesario ningún estudio adicional de rutina.*

## Parches transdérmicos

El parche transdérmico es un plástico pequeño, delgado, cuadrado, flexible, que se usa adherido a la piel. Actúa inhibiendo la ovulación al liberar diariamente 20 µg de etinilestradiol y 150 µg de norelgestromin.

La mujer debe colocarse un parche nuevo cada semana durante tres semanas, seguido de una cuarta semana en la que no se usa parche. Durante esta cuarta semana de descanso la mujer tendrá su menstruación.

## Anillos vaginales

El anillo vaginal es un anillo flexible y transparente que al introducirse en la vagina libera constantemente 15 µg de etinilestradiol y 120 mg de etonogestrel, inhibiendo la ovulación de manera altamente efectiva.

Cada anillo tiene un ciclo de uso. Una vez inserto en la vagina, se mantiene colocado tres semanas. En la cuarta semana se lo retira, y la mujer tendrá el sangrado por privación (sangrado menstrual). Al término de 7 días libres de anillo debe insertarse otro nuevo.

No interfiere en las relaciones sexuales.

Pueden causar efectos adversos locales como dolor, irritación, aumento de la secreción vaginal, lesiones epiteliales, incomodidad durante el coito, expulsión.

## Métodos hormonales solo de progestágeno

Los anticonceptivos sólo de progestágenos (ASP) son anticonceptivos hormonales compuestos por un derivado de la progesterona o progestágeno, similar a la hormona producida naturalmente por la mujer. Existen diferentes derivados de la progesterona que posibilitan, a su vez, distintas vías de administración (vía oral, intramuscular, intrauterina y subdérmica). Los que se administran vía oral se conocen también como minipíldora.

Se clasifican en:

- No Anovulatorios: anticonceptivo solo de progestágeno oral de levonorgestrel o linestrenol (minipíldora).
- Anovulatorios: pueden ser comprimidos por vía oral, inyectable trimestral o implantes subdérmicos.

## No anovulatorios: anticonceptivo solo de progestágeno oral de levonorgestrel o linestrenol

Los ASP orales de levonorgestrel y linestrenol actúan produciendo un espesamiento del moco cervical, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina. Sólo se observó anovulación en un 40% de las pacientes.

La lactancia exclusiva mantiene inhibido el eje hormonal femenino, produciendo frecuentemente anovulación. La suma de este efecto con la alteración del moco generada por los ASP orales de levonorgestrel y linestrenol provee una anticoncepción altamente efectiva. Cuando la lactancia deja de ser exclusiva puede producirse la ovulación y el comienzo del sangrado menstrual, en este caso los ASP orales continúan siendo efectivos por su acción sobre el moco cervical pero su eficacia puede disminuir si no se toma adecuadamente la pastilla ya que la impenetrabilidad del moco se pierde.

*Los ASP orales de levonorgestrel y linestrenol son una alternativa importante y confiable para mujeres que desean anticoncepción oral y se encuentran amamantando, o que presentan alguna contraindicación por la cual no pueden recibir estrógenos.*

## Anovulatorios

Pueden ser de presentación oral, en ampollas inyectables o como implantes subdérmicos.

### Vía oral: desogestrel

Los anticonceptivos hormonales orales de desogestrel actúan por mecanismo anovulatorio. Existe una sola presentación que es el desogestrel 0,075 mg (envases por 28 comprimidos). El inicio del efecto anticonceptivo requiere de 7 días de toma correcta de pastillas de desogestrel para garantizar el efecto anticonceptivo.

*La anticoncepción con desogestrel es una alternativa importante y confiable para mujeres que desean anticoncepción oral, que no se encuentran amamantando y que no pueden tomar estrógenos. También puede ser utilizada de manera segura cuando la mujer se encuentra amamantando, en forma exclusiva o no.*

Las situaciones en las que no se recomienda el uso del desogestrel son<sup>20</sup>:

- Durante la lactancia materna, menor a 6 semanas postparto.
- Cursando una trombosis venosa profunda o embolia pulmonar.
- Si presenta un episodio de cardiopatía isquémica o de ACV y estaba usando desogestrel.

- Si presenta cefaleas migrañosas con aura y estaba usando desogestrel.
- Con historia personal de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad actual durante 5 años.
- Si presenta una cirrosis grave descompensada.
- Adenoma hepatocelular y tumores malignos de hígado.
- Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.

El cáncer de mama actual es una situación en las que se contraindica el uso del método

### Modo de administración

Los comprimidos se deben tomar en forma diaria sin descanso entre cada envase. Todos los comprimidos contienen hormonas.

*Es importante respetar la hora de toma de la pastilla. El margen de seguridad anticonceptiva es de 12 horas.*

Es frecuente que se presenten irregularidades del sangrado menstrual e incluso amenorrea, sin importancia clínica.

Los efectos adversos más frecuentes con su uso son:

- Prolonga la falta de menstruación en la mujer que amamanta.
- Si no hay falta de sangrado, se presentan irregularidades menstruales.
- Cefaleas (Cualquier cefalea que empeore o aparezca con el uso del método, debe ser evaluada).
- Mareos.
- Cambios de humor o del deseo sexual.
- Dolor mamario (mastalgia).
- Dolor abdominal.
- Náuseas.

### Inyectable trimestral: Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD)

El anticonceptivo inyectable trimestral de AMPD actúa por anovulación. Existe una sola presentación de 150 mg. Se administra mediante una inyección intramuscular de aplicación trimestral (90 días o 13 semanas) fecha calendario, desde la primera inyección. La inyección puede darse hasta con 2 semanas de adelanto o de demora de la fecha en que debía aplicarse, manteniendo la eficacia anticonceptiva. Luego deberán contarse tres meses (90 días o 13 semanas) desde la fecha de esta aplicación para determinar la siguiente.

Al no contener estrógenos, puede ser utilizado por mujeres que están amamantando y por mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno.

La única contraindicación para utilizar este método es presentar cáncer de mama. Sin embargo existen situaciones en las que no se recomienda el método, a menos que no se dispongan de otros métodos más apropiados o no sean aceptados.

Situaciones en las que no se recomienda el uso de este método<sup>21</sup>:

- Durante la lactancia materna, menor a 6 semanas postparto.

- Cursando una trombosis venosa profunda o embolia pulmonar.
- Si presenta cefaleas migrañosas con aura y estaba usando AMPD.
- Con historia personal de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad actual durante 5 años.
- Si presenta una cirrosis severa descompensada.
- Adenoma hepatocelular y otros tumores malignos de hígado.
- LES con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
- LES con trombocitopenia severa para inicio del método.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial.
- Hipertensión arterial con presión sistólica mayor a 160 mm Hg o diastólica mayor a 100 mm Hg.
- Diagnóstico de hipertensión con enfermedad vascular.
- Cardiopatía isquémica y ACV.
- Sangrado vaginal de etiología desconocida antes de la evaluación.
- Diabetes con neuropatía, retinopatía o neuropatía, u otra enfermedad vascular o DMT de más de 20 años de evolución.

*En mujeres menores de 21 años esta desaconsejado debido a que puede disminuir el pico de masa ósea.*

El cáncer de mama actual es una situación en las que se contraindica el uso del método

### Efectos adversos

Suelen presentarse irregularidades menstruales los primeros meses (sangrado irregular, sangrado frecuente), y luego, al año generalmente, amenorrea o ausencia de sangrado. Con frecuencia hay una demora en el restablecimiento de la fertilidad.

### Implantes subdérmicos

Es un método anticonceptivo hormonal sólo de progestágenos que se coloca debajo de la piel (subdérmico) en forma de capsulas (o pequeños cilindros) de liberación prolongada que, según el tipo de implante, dura entre 3 y 7 años.

El implante es un método anticonceptivo eficaz, seguro y reversible que consiste en una varilla del tamaño de un fósforo que se coloca debajo de la piel del brazo de la mujer.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el marco de la prevención del embarazo no planificado de la adolescente lo recomienda a todas aquellas adolescentes de entre 15 años y 19 años que hayan tenido al menos un evento obstétrico en los últimos 12 meses, y que no tengan obra social o prepaga.

## Anticoncepción hormonal de emergencia

La Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE) consiste en el uso de una alta dosis hormonal dentro de los 5 días de una relación sexual no protegida (o cuando fallo el método que estaba usándose) para prevenir un embarazo no planificado. Es un método de emergencia.

*Se conoce también como “píldora del día después”, pero este término no es adecuado, ya que la AHE debe ser iniciada lo antes posible inmediatamente luego del coito no protegido y hasta 120 horas después.*

El principal mecanismo anticonceptivo de la AHE es la anovulación. También produce espesamiento del moco cervical.

La anticoncepción hormonal de emergencia tiene dos presentaciones<sup>22</sup>:

- Levonorgestrel (LNG) 1,5 mg. por un comprimido. Se recomienda esta dosis por ser la más eficaz, ya que disminuye el riesgo de olvido y tiene menos efectos secundarios.
- Levonorgestrel (LNG) 0,75 mg. por dos comprimidos. Se indica un comprimido cada 12 horas o los dos comprimidos juntos.

En caso de no disponer de AHE, también puede lograrse la dosis de levonorgestrel con la minipíldora (levonorgestrel 0,03mg), deben tomarse 25 comprimidos cada 12 horas en dos tomas (total: 50 comprimidos), es decir, 1,5 mg de levonorgestrel.

*Dos estudios recientes (2007 y 2010) demuestran que no evita el embarazo si se toma el día en que la mujer está ovulando o después de que se ha producido la ovulación; la AHE de LNG no puede impedir ni interferir con la implantación de un óvulo fecundado. Tampoco afecta significativamente el grosor del endometrio y, en caso de producirse el embarazo, no afecta el desarrollo del mismo.*

## Eficacia anticonceptiva

Si se toma dentro de las primeras 12 horas, la eficacia de la AHE es del 95%, y esta disminuye progresivamente con los días. Cuando ya han pasado entre 49 y 72 horas de la relación sexual, la efectividad es del 58%. Puede tomarse hasta dentro de las 120 horas.

No hay contraindicaciones para su uso. Cualquier mujer puede tomar la AHE sin riesgos, sin importar la edad, incluso la pueden recibir las mujeres que no pueden utilizar anticonceptivos hormonales en forma continua (la dosis de hormonas de la pastilla es relativamente pequeña y se utiliza por un corto tiempo).

Si bien no hay límites para el número de veces que una mujer pueda utilizar la AHE porque no afecta su salud, este método no es para uso regular. Se trata de un método menos efectivo para prevenir un embarazo en relación a los métodos regulares de anticoncepción utilizados antes o durante una relación sexual (píldoras anticonceptivas, preservativos, inyecciones hormonales o DIU). Por otro lado, si una mujer utiliza con frecuencia AHE puede tener irregularidades menstruales<sup>23</sup>.

<sup>22</sup> <sup>23</sup>Anticoncepción hormonal de emergencia. Guía de procedimientos para profesionales de la salud. Métodos anticonceptivos. Programa nacional de Salud Sexual y Procreación responsable, Ministerio de Salud de la Nación, Bs. As. 2007.

## Efectos secundarios

No son frecuentes, pero puede producir:

- Cambios en la fecha de menstruación, la menstruación puede presentarse antes, en fecha o después de lo esperado. El 50% de las usuarias menstrua en la fecha prevista, 35% se adelanta y 13% presenta retraso.
- Náuseas y vómitos, se pueden tomar antieméticos. Si la mujer tiene vómitos dentro de las 4 horas de haber tomado las pastillas, debe repetir la dosis.

## Dispositivos intrauterinos

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo eficaz, duradero, fácil de usar, desvinculado del coito y reversible. Se trata de una pequeña estructura flexible, de plástico, que se ubica dentro de la cavidad uterina.

Actualmente hay 2 tipos en uso:

- Dispositivo intrauterino (DIU) medicado con cobre.
- Dispositivo intrauterino medicado con progestágeno (levonorgestrel). También se lo denomina sistema de liberación intrauterino o SIU.

### DIU medicado con cobre

Son los más utilizados actualmente. Existen diferentes modelos (T, 7, Multiload, Nova T, DIU T Cu 380), siendo el más utilizado el de la T de cobre.

El cobre actúa directamente sobre los espermatozoides afectando procesos fundamentales que deben presentar para poder fecundar al óvulo (motilidad, capacitación y activación espermática). El DIU actúa en la prefertilización, sus distintos mecanismos de acción impiden la unión del espermatozoide con el ovocito.

En general, la mayoría de las mujeres puede utilizar DIU como método anticonceptivo. Incluso, puede ser usado de manera segura y efectiva en condiciones en las que no pueden usarse otros anticonceptivos (hipertensión, tabaquismo, lactancia, migraña, trombosis), independientemente de la edad y el peso. El hecho de no tener hijos o nuliparidad no es una contraindicación para usar DIU. En varias investigaciones recientes se ha demostrado que las mujeres nulíparas no tienen más riesgo de complicaciones (perforación, expulsión o infección) que las que ya han tenido hijos.

Situaciones en las que se contraindica el uso del DIU<sup>24</sup> :

- Embarazo confirmado o sospecha.
- Sepsis puerperal.
- Inmediatamente postaborto séptico.
- Hemorragia vaginal no diagnosticada.
- Enfermedad trofoblástica gestacional con niveles persistentemente elevados de B-hCG o enfermedad maligna.
- Cáncer cervical. En el caso de las lesiones precancerosas, no hay contraindicación para su

uso tanto en el inicio como para la continuidad del método, ya que su tratamiento no interfiere con el método.

- Cáncer endometrial para el inicio del método.
- Miomas uterinos con distorsión de la cavidad uterina.
- Anormalidades anatómicas que distorsionen la cavidad uterina.
- EPI actual o antecedente en los últimos 3 meses para el inicio.
- Cervicitis purulenta actual o infección por clamidia o gonococo, para el inicio del método.
- Tuberculosis pélvica, para el inicio del método.
- Enfermedad de Wilson.
- Alergia al cobre.

*No es necesario ningún tipo de estudio previo a la colocación de un DIU, con excepción del examen ginecológico bimanual y especuloscopia.*

**La profilaxis antibiótica para la colocación del DIU no está indicada en mujeres con vagina sana.** Considerar realizarla exclusivamente en casos de mujeres con valvulopatías, prótesis valvulares o antecedentes de endocarditis bacteriana. Los antibióticos seleccionados para profilaxis en estos casos pueden ser doxiciclina 200 mg vía oral o azitromicina 500 mg vía oral (en dosis única).

*El control del DIU de cobre es clínico, se realiza una especuloscopia para observar los hilos y detectar si existe algún proceso infeccioso.*

Controles sugeridos en los casos en que sea posible:

- A los 7 días de la colocación, se sugiere durante esta semana la abstinencia sexual, no usar tampón vaginal ni realizar baño de inmersión.
- Después de la menstruación siguiente a la inserción.
- Cada 6 meses.

La ecografía no es un estudio que deba solicitarse de rutina, pero si deberá solicitarse si en el examen los hilos no se observan, tienen un largo mayor al que se dejó al cortarlos o la mujer presenta sangrado o dolor persistente.

Entre los efectos secundarios, el más frecuente es el aumento del sangrado menstrual y los cambios en el patrón menstrual. Con frecuencia, el sangrado disminuye después de los 3 a 6 meses de la inserción.

La presencia de una anemia importante, a causa del aumento de los sangrados provocados por este método, puede ser una condición que requiera valorar los riesgos y beneficios de continuar con este método. Considerar su eventual extracción en esta situación. Asimismo el aumento del sangrado (sin anemia concomitante) también puede ser uno de los principales motivos de extracción del DIU, especialmente dentro del primer año de uso (4 a 15% de las usuarias). El dolor pelviano relacionado al DIU también puede ser una causa para que la mujer solicite la extracción del dispositivo.

## Sistema de liberación intrauterino medicado con levonorgestrel (SIU LNG) o endoceptivo

El endoceptivo o Sistema de Liberación Intrauterino de Levonorgestrel (SIU LNG) puede ser usado por cualquier mujer pero está especialmente indicado en aquellas mujeres que tienen menstruaciones muy abundantes, dado que su principal ventaja es reducir el sangrado menstrual en forma significativa. Es también una indicación para aquellas mujeres con hipermenorrea (independientemente de la necesidad de anticoncepción) como alternativa a los clásicos tratamientos quirúrgicos.

Es un dispositivo en forma de T que se coloca en el interior del útero, similar a un DIU T de cobre, pero se diferencia de éste en que libera una sustancia llamada levonorgestrel, en forma constante, durante un período de 5 años, que produce atrofia del endometrio.

Dentro de los efectos adversos se mencionan principalmente la amenorrea (el endoceptivo produce amenorrea en el 50% de las usuarias a los 2 años de uso) y el goteo persistente (goteo escaso y persistente durante los primeros meses después de la colocación).

Las contraindicaciones para su colocación son:

- Sospecha o existencia de embarazo.
- Cáncer cérvico-uterino.
- Presencia de infecciones cérvico-uterinas.
- Presencia de hemorragia genital no diagnosticada.
- Anormalidades anatómicas que distorsionen la cavidad uterina (ej. por miomas uterinos).

## Anticoncepción quirúrgica: ligadura tubaria y vasectomía

La Ley Nacional 26.130 de Contracepción Quirúrgica, sancionada en el año 2006, establece que todas las personas capaces y mayores de edad (mayores de 18 años), pueden acceder a la ligadura tubaria y a la vasectomía de manera gratuita, tanto si se realiza en hospitales públicos o a través de obras sociales y prepagas<sup>25</sup>.

Requisitos para acceder a la anticoncepción quirúrgica (según Ley 26130)<sup>26</sup> :

- Que la persona solicitante sea capaz y mayor de edad (18 años).
- Que la persona solicitante otorgue su consentimiento informado a partir de haber recibido información clara y completa en un espacio de consulta adecuado.

No son requisitos que:

- Haya tenido hijos.
- Firmen el consentimiento los padres, pareja, cónyuge o conviviente.
- Presente una autorización judicial, salvo en los casos de personas declaradas judicialmente incapaces.

## Ligadura tubaria<sup>27</sup>

La ligadura tubaria es un método anticonceptivo permanente (y en general, no reversible) para la mujer, que consiste en la oclusión (mediante la ligadura, sección u obstrucción) bilateral de las trompas de Falopio, con el fin de evitar la unión del óvulo con el espermatozoide.

*La cirugía para revertir la ligadura tubaria es difícil, costosa, no siempre es efectiva y no está disponible en el sistema público de salud. Para lograr un embarazo luego de una LT, también se pueden practicar técnicas de fertilización asistida.*

Para tener en cuenta:

- No interfiere en la producción de hormonas. Las mujeres que eligen este método anticonceptivo siguen menstruando y ovulando en forma normal, hasta su menopausia.
- No altera las relaciones sexuales ni su goce.
- No provoca sangrado más abundante ni irregular.
- No provoca dolor menstrual.
- No se saca el útero.
- No provoca alteraciones del peso o del apetito.
- No modifica el aspecto físico.
- No tiene efectos colaterales a largo plazo.
- Luego de la intervención, la mujer no tiene que hacer nada más para protegerse del embarazo.
- No protege contra las ITS ni VIH/SIDA.

## Vasectomía<sup>28</sup>

La vasectomía es un método anticonceptivo permanente para el hombre. Es seguro y sencillo. Consiste en la ligadura de los conductos deferentes a nivel escrotal con el fin de impedir el pasaje de los espermatozoides provenientes del testículo. Esto impide el pasaje de los espermatozoides al líquido seminal (se eyacula semen, pero éste no contiene espermatozoides, con lo cual no se produce el embarazo).

*La cirugía para revertirla es difícil, costosa y no está disponible en el sistema público de salud. Para lograr un embarazo luego de una vasectomía, también pueden practicarse técnicas de fertilización asistida.*

Para tener en cuenta:

- No afecta ni daña los testículos.
- No disminuye el deseo sexual.
- La erección del hombre tiene la misma firmeza, duración y eyacula la misma cantidad de líquido que antes de la intervención.
- No altera las relaciones sexuales ni su goce.
- Tiene menos efectos colaterales y complicaciones que muchos métodos utilizados por la mujer.

<sup>27</sup> Ligadura tubaria. Documento científico. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación. Marzo 2009.

<sup>28</sup> Anticoncepción quirúrgica. Varones. Métodos anticonceptivos. Secretaría Programas Sanitarios. Ministerio de Salud de la Nación. Marzo 2008

- No modifica el aspecto.
- No tiene efectos colaterales a largo plazo.
- No requiere anestesia general como la Ligadura tubaria
- No protege contra las ITS ni VIH/SIDA.

## Métodos químicos

Los espermicidas son de los métodos anticonceptivos menos eficaces. Por este motivo, suelen usarse como respaldo de otros métodos, especialmente los de barrera.

Son sustancias surfactantes que se introducen profundamente en la vagina, en la zona próxima al cuello uterino, y que actúan por contacto sobre la superficie del espermatozoide, rompiendo su membrana, destruyendo o enlenteciendo su movimiento (evitando así que el espermatozoide llegue a contactar al óvulo).

Se presentan en diferentes formulaciones: óvulos, cremas impregnados en las esponjas vaginales o con los preservativos.

## Métodos naturales: basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer

Son una alternativa válida para quienes desean usar métodos naturales por distintas razones. Están basados en la abstención del coito vaginal en los momentos fértiles de la mujer. Requieren el conocimiento por parte de la mujer de sus días fértiles.

*El coito interruptus (“acabar afuera”) no es una opción segura para ser utilizada durante los períodos fértiles, puesto que el líquido preseminal producido en las glándulas de Cowper que se libera durante la erección del varón puede contener espermatozoides.*

Clasificación según la forma de valorar los días fértiles<sup>29</sup>:

- Método del ritmo o del calendario (Ogino-Knaus)
- Método de la temperatura basal
- Método de las secreciones cervicales o Método de Billings
- Método sintotérmico: combina temperatura basal y las secreciones vaginales

## Métodos del ritmo

Implican llevar la cuenta de los días del ciclo menstrual a fin de identificar el comienzo y la finalización del periodo fértil.

Para adoptar este método, deben registrarse los ciclos durante un año. A los ciclos más cortos se le restan 18 días y a los más largos se le quitan 11 días.

<sup>29</sup> Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Programa nacional de Salud Sexual y Procreación responsable – Ministerio de Salud de la Nación, Bs. As, 2012

Por ejemplo:

Ciclo de 26 días - 18 = 8 días

Ciclo de 32 días - 11 = 21 días

Según este cálculo, la mujer debe abstenerse de coito vaginal desde el día 8 del ciclo hasta el día 21.

## Método de la temperatura basal

Este método consiste en la toma de la temperatura en forma basal, es decir, por la mañana, antes de levantarse, de forma diaria, durante 5 minutos, (en forma rectal, vaginal u oral).

En una persona sana, durante la fase folicular, la temperatura permanece por debajo de los 37° C; disminuye previo a la ovulación y aumenta posteriormente entre 0.2 C ° a 0.4° C.

Esto significa que la pareja debe abstenerse de mantener penetración vaginal desde el primer día del ciclo hasta el tercer día después de la elevación térmica. El período de infertilidad se extiende hasta su próxima menstruación; la temperatura vuelve a descender uno o dos días antes de la menstruación.

## Método del moco cervical o de Billings

Se basa en la observación de los cambios que ocurren en el moco cervical de las mujeres.

Después del término de la menstruación comienza un periodo seco que dura entre dos y tres días. Luego aparece un moco inicialmente blancuzco, turbio y pegajoso, que se hace cada vez más claro, transparente y elástico (al estirarse entre los dedos parece un hilo). El último día del moco con este aspecto se llama el día del ápice del moco. Esto significa que la ovulación ya ocurrió, o está ocurriendo dentro de más o menos 24 horas. En el cuarto día, después del día del ápice, comienza el periodo infértil que dura hasta la menstruación siguiente.

Desde el día en que aparece el moco hasta el cuarto día después del ápice, la mujer no deberá tener relaciones sexuales con coito vaginal, porque ese es su periodo fértil.

## Método sintotérmico

Es una técnica mediante la cual la mujer reconoce los cambios del moco cervical y del cuello uterino relacionándolos con la temperatura basal. Estos indicadores del tiempo de la ovulación son los que llevan a denominarlo método sintotérmico.

## ■ *Puntos clave*

- Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro per se.
- Ningún método es 100% seguro.
- Cada MAC tiene características particulares, modo de uso, ventajas y desventajas.
- Considerar la situación singular de cada persona y buscar junto a ella el método más adecuado según sus preferencias, costumbres y estado de salud.
- La OMS publica los criterios médicos de elegibilidad basados en evidencia científica.
- Es esencial realizar una atenta y cuidadosa historia clínica.

## \* Ejercicio 2 de Comprensión y Aplicación

■ **Laura, 28 años.**

Concurre al CAPS porque desea comenzar a utilizar un método anticonceptivo. Está en pareja con Hernán hace 5 años. Usted revisa la historia clínica donde figura que Laura no tiene hijos, sus ciclos son regulares, duran 5 días, fuma 20 cigarrillos/día. Su mamá tiene DMT2 y su papá HTA. Su último control de salud lo realizó hace 3 años.

**1er paso:** Defina los problemas de salud de Laura.

.....  
.....

¿Qué estudios le solicitaría? Justifique sus respuestas

.....  
.....

**2do paso:** ¿Cuáles serían sus objetivos terapéuticos con esta paciente? ¿Sobre qué métodos anticonceptivos conversaría?

.....  
.....

**3er paso:** ¿Qué conducta terapéutica adopta para conseguir los mismos?

.....  
.....

**4to paso:** ¿Realizaría alguna prescripción?

.....  
.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Laura

remediAR				
Diagnóstico	CEPS-AP			

**5to paso:** De instrucciones a la paciente

.....  
.....

**6to paso:** ¿Qué seguimiento realizaría con esta paciente?

.....  
.....

Usted le proporciona información sobre los diferentes métodos anticonceptivos y Laura se decide por los métodos hormonales combinados.

Antes de irse Laura lo consulta sobre a partir de cuando puede dejar de cuidarse con preservativos. ¿Qué le responde?

.....

.....

Luego de 2 meses de toma de los anticonceptivos orales combinados de 28 comprimidos, lo consulta en un sobretorno porque se dio cuenta que se ha olvidado de tomar 2 comprimidos de la nueva caja que justo recién comenzaba. Asimismo refiere que tuvo relaciones sexuales en la última semana.

¿Qué conducta toma ante esta situación?

.....

.....

#### ■ **Martina, 37 años.**

Consulta porque decidió colocarse un DIU como método anticonceptivo. Está en pareja hace varios años, y utilizan preservativo, no tiene hijos. Refiere que tiene ciclos menstruales regulares muy abundantes, sin embargo en el último análisis de sangre que le trae de hace 3 meses no estaba anémica. Como antecedentes refiere que es hipotiroidea en tratamiento con levotiroxina 125/día. Comenta que se siente cansada, y por momentos le duelen mucho las piernas.

**1er paso:** Defina los problemas de salud de Martina

.....

.....

¿Cómo realizaría el examen físico y ginecológico a Martina? ¿Qué estudios le solicitaría? Justifique sus respuestas

.....

.....

**2do paso:** ¿Cuáles serían sus objetivos terapéuticos con esta paciente? ¿Qué consejos le brindaría?

.....

.....

**3er paso:** ¿Qué conducta terapéutica adopta para conseguir los mismos?

.....

.....

**4to paso:** ¿Realizaría alguna prescripción?

.....

.....

**5to paso:** De instrucciones a la paciente

.....

.....

**6to paso:** ¿Qué seguimiento realizaría con esta paciente?

.....

.....

**RECUERDE:**  
RECUERDE LLEVAR SUS NOTAS AL ENCUENTRO PRESENCIAL PARA DISCUTIR CON SUS COLEGAS.



*Seguimiento del  
embarazo normal  
o de bajo riesgo*



Motivos de Consulta Frecuentes en el PNA



## Actividades del control prenatal

El control prenatal es un conjunto de prácticas que se ejercen sobre la embarazada con la finalidad de que ella y su hijo lleguen al nacimiento con el mejor grado de salud posible. Comprende una serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza<sup>30 31</sup>.

Para alcanzar la calidad en el control prenatal el mismo debe ser precoz, periódico, completo y accesible. La primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. La frecuencia de los controles prenatales, si bien varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada, para la población de bajo riesgo es de 5 controles durante el embarazo.

*Garantizar que las embarazadas tengan acceso a un control de salud mensual, estableciendo un mínimo de 5 controles en el embarazo de bajo riesgo y promover la captación precoz (primer control prenatal antes de la semana 14 de gestación).*

El control prenatal tiene los siguientes objetivos<sup>32</sup>:

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y vitalidad del feto.
- Detectar y tratar enfermedades maternas.
- Aliviar molestias y síntomas asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.

La primera consulta deberá realizarse precozmente (antes de la semana 14). De no ser así, se seguirá la rutina propuesta en cualquier edad gestacional en la que concurra la embarazada por primera vez<sup>33</sup>. Las consultas siguientes o posteriores están dirigidas a evaluar el impacto del embarazo en la salud materna y vigilar el desarrollo y vitalidad fetal, tratando de detectar permanentemente desde un enfoque integral la aparición de factores de riesgo que pudieran complicar la normal evolución del embarazo.

Se aprovechará la consulta preconcepcional para completar calendarios de vacunación incompletos con<sup>33</sup>:

- Vacuna doble viral (contra sarampión y rubeola) o triple viral (sarampión, rubeola y parotiditis); Vacunación contra Hepatitis B.
- Vacuna doble adultos (contra tétanos y difteria).

Dentro de las actividades del control prenatal se encuentran:

### Confirmación del embarazo

El control prenatal comienza con el diagnóstico de embarazo. Este diagnóstico se basará en los clásicos signos de presunción, probabilidad y certeza. Los signos de presunción son inconstantes, siendo a veces muy leves. Aparecen al final de la 4ta semana de embarazo. Entre ellos se mencionan: sialorrea, vómitos, modificaciones del apetito y del gusto, aversión a ciertos olores, irritabilidad, preocupación, tristeza, ciclos alternados de alegría y melancolía, mareos, lipotimias, somnolencia, desgano, polaquiuria, modificaciones en las mamas (turgencia), entre otros.

<sup>30 32</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Edición 2013.

<sup>31</sup> Zarate M. Seguimiento del embarazo normal. PROFAM Salud de la mujer. Rubinsten E, Zarate M y coll. 3era Edición. Buenos Aires. Fundación MF "Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud". 2006

<sup>33</sup> Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. 2015. Ministerio de Salud de la Nación.

Entre los signos de probabilidad la amenorrea es el signo cardinal. El útero puede palparse fuera de la pelvis recién después de la semana 12. En el tacto vaginal, puede encontrarse un útero reblandecido o con forma asimétrica (signo de Piskasec). La vulva y la vagina pueden cambiar de coloración, volviéndose ligeramente violáceas.

La detección de Subunidad Beta de la HCG (Gonadotropina Coriónica Humana) es el signo de certeza de embarazo. Es el método de diagnóstico más precoz y sensible. Es detectable aún antes de la nidación. Es una hormona exclusivamente producida por el sincitiotrofoblasto.

La ecografía también puede utilizarse como método de diagnóstico del embarazo. La ecografía transvaginal permite visualizar el saco gestacional a la 4ta semana de la fecha de la última menstruación, a la 5ta semana el embrión y a la 6ta semana la actividad cardíaca.

## Cálculo de la edad gestacional

La edad gestacional o las semanas de gestación se pueden estimar usando calculadoras obstétricas (gestograma) o en su defecto sumando todos los días desde el primer día de la fecha de la última menstruación (FUM), hasta la fecha de la consulta y el total dividirlos por 7, para saber la edad gestacional en semanas.

La fecha probable de parto (FPP), así como las semanas de gestación, se pueden calcular basándose en un gestograma; si no se cuenta con este instrumento la fecha probable de parto se puede calcular usando alguna de las reglas clásicas (Pinard, Wahl o Naegele) :

- **Wahl:** al primer día de la última menstruación se le agregan 10 días y se le restan 3 meses.
- **Pinard:** se le agregan 10 días y se le restan 3 meses al último día de la menstruación.
- **Naegele:** al primer día de la menstruación se le agregan 7 días y se le restan 3 meses.

*La fecha probable de parto se calcula sumándole siete días a la fecha del primer día de la última menstruación y restándole tres meses (regla de Naegele).*

La regla de Naegele es una de las más usadas.

Ejemplo: FUM 18/5/14

Día 18 + 7: 25  
 (Mes) 5 – 3 (meses): (mes) 2  
 FPP: 25 de febrero de 2015

La ecografía también permite calcular la edad gestacional si es realizada antes de las 14 semanas (ya que los márgenes de error del método disminuyen su confiabilidad a partir del segundo trimestre). Este método permite ajustar el cálculo de la edad gestacional realizado según la FUM. Es el método de elección en los casos de FUM no confiable o desconocida.

## Confección de historia clínica perinatal y carnet perinatal

Una vez confirmado el embarazo, se procede a la confección de una historia clínica prenatal. El Ministerio de Salud de la Nación Argentina ha desarrollado una historia clínica perinatal base (HCPB) y un carnet perinatal que sirven de base para planificar la atención de la embarazada y su hijo, facilitando el funcionamiento de los servicios perinatales, normalizando y unificando

la recolección de datos. Asimismo constituyen un registro de datos de interés legal para la embarazada, su hijo, el equipo de salud y la institución responsable de la atención.

Figura 4: Historia clínica perinatal base

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia  Ministerio de Salud - República Argentina

**HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPSOMS**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_ año \_\_\_\_

Edad (años): \_\_\_\_ de 15 a \_\_\_\_ de 35

Étnia:  Blanca  Indígena  Mestiza  Negra

Alfa beta:  No  Sí

Estudios:  ninguno  primarios  secundarios  terciarios  otros en el mayor nivel

Estado civil:  casado  unión libre  soltero  viudo  viuda  divorciado  otros

Lugar de origen:  Lugar de nacimiento  otro

Antecedentes: **FAMILIARES** (TDC, diabetes, hipertensión, presinismo, esclerosis, etc.) **PERSONALES** (dieta, alcohol, drogas, etc.) **OBSTETRICOS** (gestas previas, abortos, vaginitis, etc.) **FN EMBARAZO ANTERIOR** (daños, etc.)

**GESTACIÓN ACTUAL**: **PREVIA** (PMP, COLP, etc.) **ACTUAL** (EG CONFABLE, FUM, etc.) **LABORATORIOS** (Hb, FOLATOS, etc.) **DIAGNÓSTICO** (SIFILES, etc.)

**CONSULTAS ANTERIORES**: (tabla de seguimiento)

**PARTO**: (FECHA DE INGRESO, CONSULTAS PRE-NATALES, etc.) **ABORTO**: (FECHA, etc.) **HOSPITALIZ. EN EMBARAZO**: (sí/no) **CORTICOIDES ANTERIORES**: (sí/no) **INICIO**: (sí/no) **ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO**: (sí/no) **EDAD GEST. AL PARTO**: (semanas) **PRESENTACIÓN SITUACION**: (cefálica, etc.) **TALLA DEL ADOBE**: (cm) **ACOMPANANTE**: (TDP, etc.)

**ENFERMEDADES**: (HTA, infecciones, etc.)

**NACIMIENTO**: (VIVO/MUERTO, etc.) **POSICIÓN PARTO**: (cefálica, etc.) **RECIBIENDO**: (SEXO, PESO AL NACER, etc.) **DEFECTOS CONGÉNITOS**: (sí/no) **EGRESO RN**: (vivo/fallece, etc.) **EGRESO MATERNO**: (vivo/fallece, etc.)

Nombre Pedita Nacido: \_\_\_\_\_ Responsable: \_\_\_\_\_

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

El **carne perinatal** es un instrumento que permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, el parto y el puerperio. Tiende a evitar la falta de datos que puede producirse en algún momento de estas etapas del proceso reproductivo y con ello contribuye a mejorar la calidad de la atención. Debe estar siempre en poder de la embarazada, quién lo deberá presentar cada vez que realice una consulta durante su embarazo.

## Evaluación del riesgo perinatal

La presencia o ausencia de ciertos factores de riesgo clasifica a los embarazos en alto o bajo riesgo. La identificación de los mismos en la primera consulta y en las ulteriores es fundamental para conocer el tipo de seguimiento y atención que debe tener la mujer durante su embarazo.

*Categorizar continuamente a la embarazada según riesgo, asegurando su atención y seguimiento y el tratamiento específico a aquellas que lo requieran.*

Los factores de riesgo que deben ser evaluados en todas las embarazadas son los siguientes<sup>34</sup>:

### Condiciones socio-demográficas

- Edad < de 17 años o > de 35 años.
- Desocupación personal y/o familiar.
- Analfabetismo.
- Desnutrición.
- Obesidad.
- Dependencia de alcohol, drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.
- Tabaquismo.
- Violencia Doméstica

### Antecedentes obstétricos

- Muerte perinatal en gestación anterior.
- Antecedente de recién nacido con malformaciones del tubo neural.
- Amenaza de parto prematuro en gestas anteriores.
- Recién nacido con peso al nacer < de 2500 g, igual > a 4000 g.
- Aborto habitual o provocado.
- Cirugía uterina anterior.
- Hipertensión.
- DBT gestacional en embarazos anteriores.
- Nuliparidad o multiparidad.
- Intervalo intergenésico < de 2 años

### Patologías del embarazo actual

- Desviaciones en el crecimiento fetal.
- Embarazo múltiple.
- Oligoamnios/ polihidramnios.
- Ganancia de peso inadecuada.
- Amenaza de parto pretérmino o gestación prolongada.
- Preeclampsia.

<sup>34</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Edición 2013.

- Hemorragias durante la gestación.
- Ruptura prematura de membranas ovulares.
- Placenta previa.
- Diabetes gestacional.
- Hepatopatías del embarazo
- Malformaciones fetales.
- Madre con factor RH negativo con o sin sensibilización.
- Óbito fetal.
- Enfermedades Infecciosas: TBC, sífilis, HIV; rubeola; citomegalovirus, parvovirus B19; varicela, herpes genital, HPV, hepatitis A, B y C, chagas, toxoplasmosis aguda.

### Patologías maternas previas al embarazo

- Cardiopatías.
- Neuropatías.
- Endocrinopatías.
- Hemopatías.
- Hipertensión arterial.
- Epilepsia.
- Enfermedades infecciosas y autoinmunes.

*Se entiende por embarazo de bajo riesgo a aquel que transcurre sin que factores desfavorables (biológicos, psicológicos, socio-demográficos, etc.) y/o patologías maternas previas o adquiridas en el trascurso del embarazo evidentes o no, interfieran en su normal evolución, llegando a término con feto sano, en presentación cefálica y proporción céfalo-pélvica adecuada, posibilitando un parto de bajo riesgo y un puerperio normal<sup>35</sup>.*

<sup>35</sup> Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires. Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parte y puerperio de bajo riesgo. Buenos Aires Salud.

*Los embarazos de alto riesgo deben ser derivados para atención especializada a un nivel de complejidad superior, mientras que los de bajo riesgo pueden controlarlos en el ámbito de la Atención Primaria.*

## Examen completo

Deberá comprender:

### Examen clínico

- Inspección de piel, mucosas, hidratación, cianosis, etc.
- Inspección de los miembros inferiores evaluando la presencia de varices y/o edemas.
- Palpación abdominal, puño percusión lumbar.
- Auscultación cardíaca para detección de cardiopatías.
- Tensión arterial y pulso para detectar hipertensión en el embarazo. Valores normales promedio de TA en embarazadas son TAS 116 +/- 12 mm Hg y TAD 70 +/-7 mm Hg.

*Referir la paciente a centros con adecuada complejidad y capacidad resolutive, una vez que se ha establecido el diagnóstico de hipertensión.*

Ver en Anexos definición de hipertensión en el embarazo

## Examen obstétrico

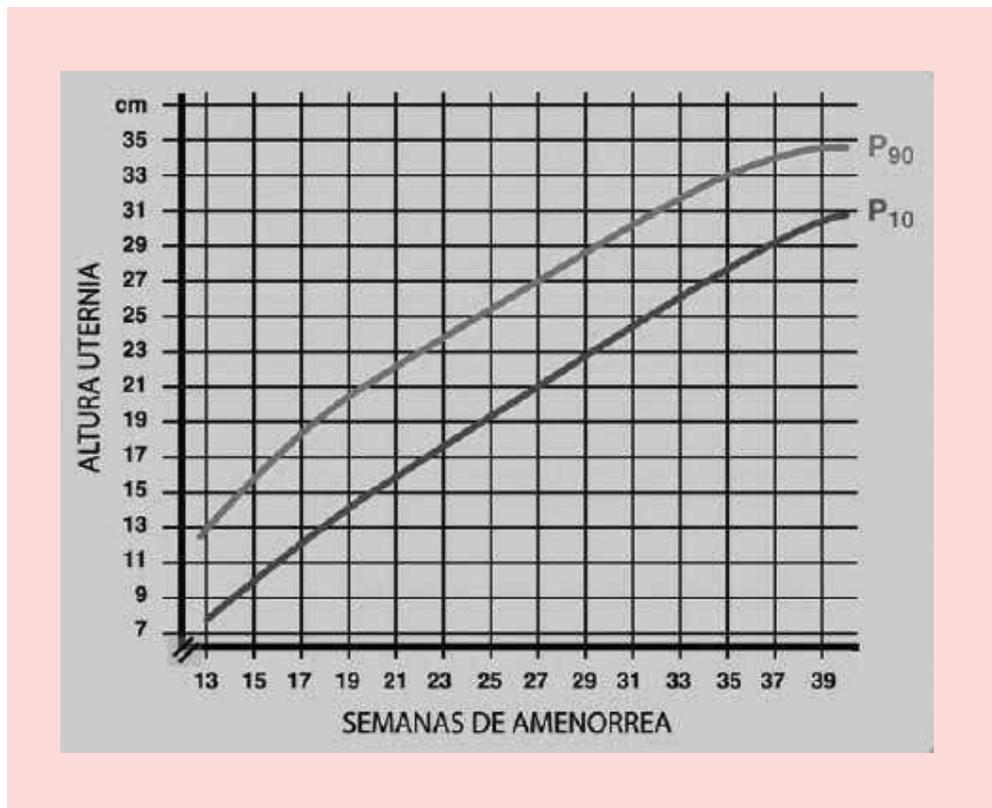
Comprende el diagnóstico de la vitalidad fetal, la presentación fetal y la medición de la altura uterina.

El diagnóstico de la vitalidad fetal se realizará según la edad gestacional; a partir de la 6ta semana se puede confirmar la actividad cardíaca embrionaria por ecografía transvaginal; a partir de la semana 14, por medio de un estudio doppler y a partir de las semanas 20 a 25, (hasta el final del embarazo) se la puede detectar por medio de la auscultación con el estetoscopio de Pinard.

La presentación fetal se define a partir de la parte del feto que se encuentra en contacto con la pelvis materna, capaz de desarrollar un mecanismo de parto. Puede ser la cabeza fetal (presentación cefálica) o pueden ser las nalgas (presentación pelviana). En caso de ser el hombro del feto, la presentación se denomina situación transversa y no podrá terminar espontáneamente en parto por vía vaginal<sup>36</sup>.

La medición de la altura uterina se deberá realizar en cada control a partir del 2do trimestre. La medición se realiza con una cinta obstétrica con la embarazada en decúbito dorsal (el extremo de la cinta en el borde superior del pubis, dejándola deslizar entre los dedos índice y mayor hasta alcanzar con el borde de la mano el fondo uterino). La curva de altura uterina en función de la edad gestacional se debe percentilar como se observa en la siguiente figura.

**Gráfico 1:** Curva de altura uterina en función de la edad gestacional



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Edición 2013.

Se considera un incremento normal cuando la medida se encuentra entre los percentilos 10 y 90 de dicha curva. Cuando los datos de amenorrea son confiables y se descarta la posibilidad de feto muerto y oligoamnios, la medida de la altura uterina permite diagnosticar un crecimiento intrauterino retardado con una sensibilidad del 56 % y una especificidad del 91 %.

### Examen ginecológico<sup>37</sup>

Incluye inspección vulvar, de las paredes vaginales y del cérvix con espéculo, y tacto vaginal. Se recomienda hacer una evaluación dentro del primer trimestre de la gestación.

La realización del Pap estará de acuerdo a las normas locales. La frecuencia recomendada por el Programa Nacional de Cáncer Cérvico Uterino es la realización de un Pap cada 3 años, luego de 2 Paps anuales negativos consecutivos.

El examen de las mamas es parte del examen ginecológico y se deberá efectuar en condiciones de privacidad y respeto a todas las mujeres embarazadas, con el objetivo de identificar aquellas anomalías que pudieran interferir con la lactancia (pezones planos, umbilicados) y descartar la existencia de alguna otra patología.

### Evaluación nutricional

La adecuada alimentación de la mujer durante el embarazo es de vital importancia para ella como para el bebé en gestación. Dada la asociación entre el peso preconcepcional y la ganancia de peso durante el embarazo con los resultados perinatales, se considera de suma importancia evaluar en cada visita la progresión del mismo.

Para la evaluación de la ganancia de peso durante el embarazo se utilizará el Índice de Masa Corporal (IMC).

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (en Kg)}}{\text{talla x talla (en metros)}}$$

Para evaluar si la ganancia de peso es adecuada se utilizará la gráfica de IMC/edad gestacional que tiene un eje horizontal en que se ubica la edad gestacional en semanas y un eje vertical de IMC. El mismo presenta 5 curvas que corresponden a los desvíos estándar (DE) - 2, -1 mediana o percentilo 50, + 1 y + 2 desvíos, de abajo hacia arriba respectivamente. El área normal está delimitada por las curvas de - 1 y + 1 desvío estándar en sombreado<sup>38</sup>.

Una vez estimado el IMC usando la fórmula indicada, el valor se ubica en el eje vertical y se une con la edad gestacional para determinar el estado nutricional de la mujer. Según el área en que se ubique la evaluación se hará el diagnóstico correspondiente en "bajo peso", "normal", "sobrepeso" u "obesidad".

#### GLOSARIO:

**Sensibilidad:** probabilidad de que para un sujeto enfermo se obtenga en una prueba diagnóstica un resultado positivo (verdadero positivo). La sensibilidad es, por lo tanto, la capacidad de la prueba complementaria para detectar la enfermedad.

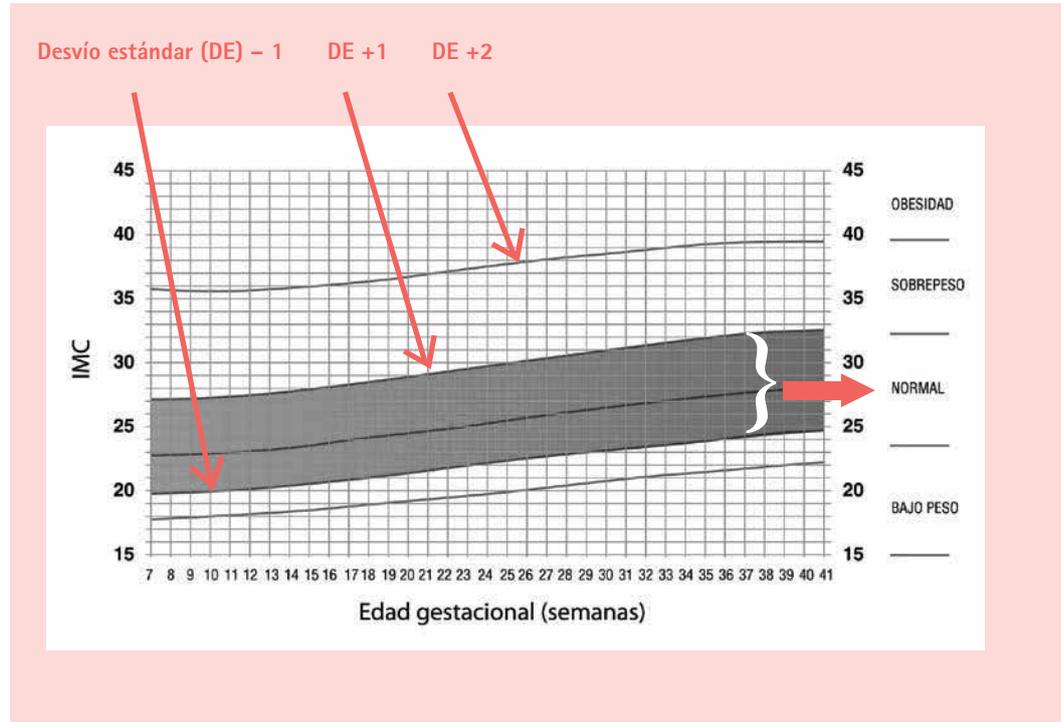
La sensibilidad se puede calcular a partir de la siguiente relación:  $\text{Sensibilidad} = \frac{VP}{VP+FN}$

**Especificidad:** probabilidad de que un sujeto sin la enfermedad tenga un resultado negativo en la prueba (verdaderos negativos)  $\text{Especificidad} = \frac{VN}{VN + FP}$  Donde VN, serían los verdaderos negativos; y FP, los falsos positivos (son los sujetos sanos que presentan una prueba diagnóstica positiva). Por eso a la especificidad también se le denomina fracción de verdaderos negativos (FVN).

<sup>37</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Edición 2013.

<sup>38</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Edición 2013.

**Gráfico 1: Curva de altura uterina en función de la edad gestacional**



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Edición 2013.

#### Interpretación del gráfico

- Ganancia de peso adecuada: cuando la curva se encuentra entre  $-1$  y  $+1$  DE (zona sombreada, normal).
- Ganancia de peso baja: cuando la ganancia de peso se encuentra por debajo de  $-1$  DE. Una ganancia de peso baja aumenta el riesgo de tener un niño de bajo peso.
- Ganancia de peso elevada: cuando la ganancia de peso se encuentran por encima del  $+1$  DE. Aumenta el riesgo de tener un niño con alto peso al nacer. Por encima de  $+2$  DE se considera que la embarazada es obesa grado II<sup>39 40</sup>.

Si una mujer inicia el embarazo con sobrepeso u obesidad (sector por encima del área sombreada), la ganancia total esperable es de entre 5 y 9 kilogramos, que representa la ganancia para el feto, la placenta y los anexos.

En el caso de una mujer que inicia su embarazo con bajo peso, no hay límite superior para la ganancia de peso, por lo cual es de esperar que en forma progresiva se acerque al área normal e, idealmente, termine su embarazo dentro de la misma.

Para las mujeres cuyo IMC se inicia dentro de la normalidad, es necesario que durante todo el transcurso del embarazo las mediciones se sigan registrando dentro de la franja correspondiente a normales en el gráfico.

<sup>39</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Edición 2013.

<sup>40</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Nutrición y Embarazo. Recomendaciones en Nutrición para los equipos de salud –Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2012.

*Durante el embarazo la mujer no debe perder peso, por lo cual nunca debe recibir una dieta hipocalórica ya que los cuerpos cetónicos producidos pueden dañar la salud del feto. Solo se brindarán pautas alimentarias orientadas a evitar una ganancia excesiva de peso.*

En el caso de una mujer que inicia su embarazo con bajo peso, lo ideal es que durante el embarazo se acerque al área normal e idealmente termine su embarazo dentro de la misma.

*Las pacientes con bajo peso presentan mayor riesgo de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) y de niños con bajo peso para su edad gestacional.*

Durante el embarazo se aconseja una dieta variada y completa que asegure los requerimientos diarios de calcio, hierro y ácido fólico.

El calcio es necesario para la formación ósea del feto y el mantenimiento materno. Durante el embarazo el requerimiento de calcio aumenta pero no aumenta la recomendación de la ingesta del mismo ya que el organismo compensa el aumento de las demandas elevando la absorción del mismo<sup>41</sup>.

La cantidad de hierro que una mujer embarazada debe consumir es un 50% mayor en relación a la mujer no embarazada, cantidad que es improbable cubrir solo con la alimentación; por lo que está indicado suplementar con hierro a todas las mujeres embarazadas desde el primer control hasta el término del embarazo. La dosis a indicar es de 60 mg de hierro elemental por día.(como sulfato ferroso).

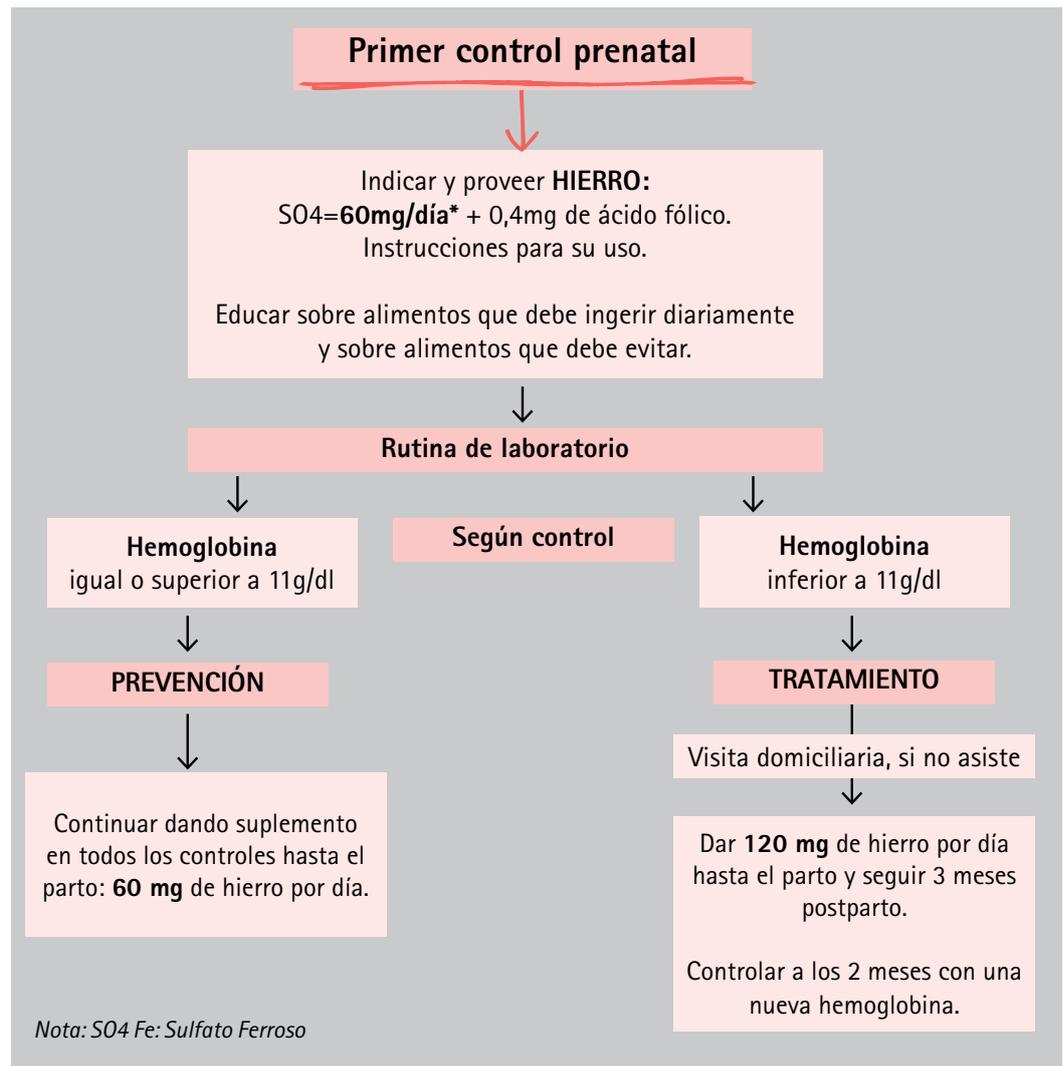
Además de la suplementación, se recomienda el consumo de alimentos ricos en hierro, como por ejemplo carnes (vacuna, pollo, pescado), vísceras (hígado, riñón), morcilla y leches adicionadas con hierro. Otras fuentes de hierro para considerar son: legumbres, vegetales de hoja verde y alimentos fortificados. Dado que el hierro de estos últimos alimentos no es de fácil absorción, se recomienda consumirlos con una pequeña porción de carnes y/o con vitamina C que podría provenir del uso de tomates frescos o salsa de tomates, pimientos, frutas frescas o jugos frescos de frutas, especialmente cítricos. Asimismo, es importante que la mujer no consuma té, mate, café ni gaseosas cola 1 hora antes o después de la comida ya que estas bebidas inhiben la absorción del hierro que no proviene de las carnes.

En las embarazadas, la anemia por deficiencia de hierro puede producir:

- Aumento del riesgo de mortalidad materna posparto.
- Prolongación del período expulsivo (por disminución de la fuerza muscular).
- Aumento del riesgo de prematurez.
- Retardo del crecimiento fetal.
- Bajo peso al nacer.

<sup>41</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Nutrición y Embarazo. Recomendaciones en Nutrición para los equipos de salud –Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2012.

Figura 5: Prevención y tratamiento de la anemia durante el embarazo



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Nutrición y Embarazo. Recomendaciones en Nutrición para los equipos de salud –Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2012.

Durante el embarazo el ácido fólico es indispensable para acompañar la rápida división celular que se produce, como así también reducir el riesgo de anemia. Durante los primeros 28 días del embarazo esta vitamina es fundamental para reducir hasta en un 75% el riesgo de un embarazo afectado por malformaciones del cierre del tubo neural, como por ejemplo espina bifida, anencefalia o encefalocele.

A nivel individual, se recomienda el uso preconcepcional de<sup>42</sup>:

- 0,4 mg/día de ácido fólico, para prevenir la ocurrencia de defectos de tubo neural.
- 4 mg/día de ácido fólico, para prevenir la recurrencia en mujeres con antecedentes de niños con malformaciones del tubo neural.

Tomar ácido fólico cuando ya se conoce el embarazo, no ayuda a prevenir el defecto del tubo neural<sup>43</sup>.

La dosis farmacológica recomendada diaria es de 60 mg de hierro elemental (como sulfato ferroso) más 0,4 mg de ácido fólico.

<sup>42</sup> <sup>43</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Nutrición y Embarazo. Recomendaciones en Nutrición para los equipos de salud –Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2012.

Cobertura Universal de Salud - Medicamentos, provee a más de 7000 centros de salud la combinación de 60 mg de hierro elemental (como sulfato ferroso) más 0,4 mg de ácido fólico.

## Evaluación odontológica

La evaluación odontológica es importante en la mujer embarazada, ya que no solo importa confirmar o descartar la presencia de caries dentales, sino que deben descartarse la enfermedad periodontal, las lesiones de la boca y lengua. Solicitar interconsulta con odontología.

## Detección de infecciones

A) Detección de infecciones del tracto genital, vaginosis e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

**Figura 6: Características y manejo de las infecciones del tracto genital, vaginosis e ITS**

	Vaginosis Bacteriana	Vulvovaginitis Candidiásica	Trichomoniasis
<b>Etiología</b>	Complejo GAMB (Gardnerella vaginalis, anaerobios, Mobiluncus spp. y Micoplasma spp.).	Candida Albicans.	Trichomonas Vaginalis.
<b>¿Puede integrar la flora habitual?</b>	Si. Infección Endógena.	Si. Infección Endógena.	No. Infección Exógena.
<b>Epitelios Afectados</b>	Vaginal.	Vaginal. Vulvar.	Vaginal. Vulvar. Cervical.
<b>Sintomatología</b>	Flujo genital. Síntomas vulvares poco frecuentes (prurito, ardor, quemazón, dispareunia, etc).	Flujo genital. Síntomas vulvares muy frecuentes (prurito, ardor, quemazón, dispareunia, etc). Síntomas urinarios (disuria, polaquiuria, tenesmo).	Flujo genital. Síntomas vulvares frecuentes (prurito, ardor, quemazón, dispareunia, etc). Síntomas urinarios (disuria, polaquiuria, tenesmo).
<b>Semiología del flujo</b>	Abundante, homogéneo, blanquecino, grisáceo o amarillento, ligeramente fétido, con o sin burbujas.	Escaso o abundante, con flóculos o grumos grueso, generalmente blanquecino y sin fetidez.	Escaso o abundante, amarillento, verdoso, casi siempre con burbujas, muy fétido.
<b>Repercusión clínica</b>	Recurrencias, vinculada a trastornos obstétricos, EPI, SIL, infecciones posoperatorias.	Recurrencias.	Asociación con otras ETS.
<b>Diagnóstico pH</b>	>4.5	<4.5	>4.5
<b>Test de aminas</b>	(+)	(-)	a menudo (+)
<b>Cultivo</b>	No es necesario.	Puede ser de utilidad con microscopía negativa.	No es necesario.
<b>Tratamiento antibiótico</b>	Primer Trimestre: Clindamicina 300mg VO cada 12hs, durante 7 días. A partir del segundo trimestre: Metronidazol 500mg VO cada 8 hs durante 7 días o Clindamicina 300 mg VO cada 12 hs, durante 7 días.	Nistatina 100.000 UI (tabletas vaginales) 1 x día durante 14 días. Clotrima-zol (tabletas vaginales) 1 x día durante 7 días. Miconazol 1200mg (tabletas vaginales) una sola aplicación.	Primer Trimestre: Metronidazol óvulos. A partir del segundo trimestre de embarazo: Metronidazol 2g (monodosis) o 500mg cada 12hs durante 7 días.
<b>Tratamiento a la pareja</b>	NO.	Sólo en los casos de balanopostitis.	Siempre

	Infección por Streptococcus Agalactiae	Chlamydia Trachomatis	Trichomoniasis
<b>Etiología</b>	Streptococcus $\beta$ -hemolítico grupo B o Agalactiae.	Chlamydia Trachomatis.	Neisseria Gonorrhoeae.
<b>¿Puede integrar la flora habitual?</b>	Si. Infección Endógena.	No. Infección Enxógena.	No. Infección Enxógena.
<b>Epitelios Afectados</b>	Vaginal.	Cervical. Uretral. Glándulas Accesorias. Anal.	Cervical. Uretral. Glándulas Accesorias. Anal.
<b>Sintomatología</b>	A menudo puede asociarse a síntomas vulvares, pero por lo general es asintomático.	Comienzo insidioso. Flujo genital purulento. Uretritis (síntoma de Disuria-frecuencia) con cultivos convencionales y no convencionales de orina negativos y sedimento infeccioso. Infección de glándula Bartolino.	Comienzo brusco. Flujo genital. Uretritis. (Síndrome de Disuria-frecuencia) con cultivos convencionales negativos y sedimento infeccioso. Infección de glándula Bartolino.
<b>Semiología del flujo</b>	No difiere del flujo habitual.	Secreción amarillenta desde endocervix (transparente)	Secreción amarillenta purulenta desde endocervix (opaca)
<b>Repercusión clínica</b>	Asociación con infecciones neonatales severas.	Asociación con otras ETS y EPI. Secuelas (esterilidad, ecléptico, dolor pelviano). Asociada a Sind. Reiter y Firz Hugh Curtis.	Asociación con otras ETS y EPI. Secuelas. Asociada a Sind. Reiter y Fitz Hugh Curtis.
<b>Diagnóstico pH</b>	a menudo >4.5		
<b>Test de aminas</b>	(-)		
<b>Cultivo</b>	Imprescindible.	Solo en líneas celulares.	Imprescindible.
<b>Tratamiento antibiótico</b>	Profilaxis Intraparto.	Azitromicina 1g cada 24hs de 1 a 4 días. Eritromicina 500mg cada 6hs durante 7 días. Eritromicina 250mg cada 6hs durante 14 días. Amoxicilina 500mg cada 8hs durante 7 días.	Ceftriaxona 125mg. IM dosis única. Cefotaxima 500mg IM dosis única. Cefotaxima 1000mg IM dosis única.
<b>Tratamiento a la pareja</b>	NO.	Siempre.	Siempre

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Edición 2013.

### Detección de infecciones de transmisión vertical

Solicitar serología para VIH (test de ELISA IgG) en la primera consulta. En casos de pacientes VIH (-) con riesgo reconocido, la prueba se repetirá cada tres meses, hasta el momento del parto. Toda prueba positiva deberá confirmarse mediante el test de Western Blot. Las pruebas negativas no requieren confirmación. Las pruebas indeterminadas requieren una consulta inmediata en el Servicio de Infectología.

En caso de detectarse una paciente con infección VIH, solicitar interconsulta con el Servicio de Infectología, de Trabajo Social, de Psicopatología y Nutrición, para realizar el seguimiento en conjunto.

Se recomienda solicitar una prueba no treponémica (VDRL) a la mujer embarazada y a su pareja, en la primera consulta, y repetir a la mujer embarazada en el último trimestre.

La toxoplasmosis está causada por un protozoario (*Toxoplasma Gondii*) cuyo huésped definitivo es el gato, estos eliminan gran cantidad de quistes en su materia fecal. La infección se adquiere al ingerir carnes poco cocidas o crudas o verduras crudas mal lavadas que estén contaminadas con estos quistes. Otra vías de contagio son la transplacentaria y a través de una transfusión sanguínea.

La enfermedad cursa en forma benigna excepto en los inmunosuprimidos o en fetos o niños que adquieren la infección intraútero transmitida por su madre a través de la placenta. Este riesgo solo existe si la madre se adquiere la infección aguda durante el curso del embarazo. Por esta razón es muy importante determinar la presencia de una infección aguda en la madre. Para ello determinar anticuerpos para toxoplasmosis mediante ELISA, inmunofluorescencia indirecta (IFI), hemaglutinación indirecta, la reacción de Sabin y Feldman, o los test de aglutinación que miden la presencia de Ig totales, IgG o IgM, según el método empleado.

*El riesgo de transmisión vertical y toxoplasmosis congénita solo existe cuando la mujer adquiere la infección aguda durante el embarazo.*

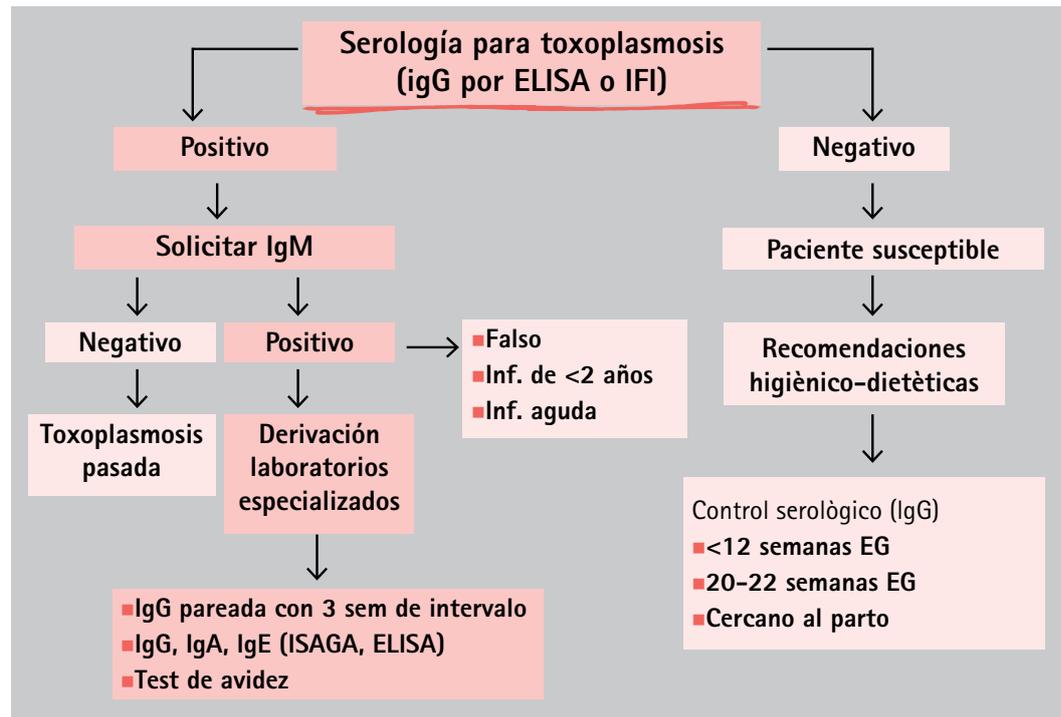
El diagnóstico de toxoplasmosis aguda en la embarazada es solamente serológico y se confirma por el aumento de los títulos de IgG en dos muestras pareadas (dos extracciones separadas por 10 a 14 días y procesadas en forma simultánea) o por seroconversión (de negativa a positiva) o por una detección de IgM (+) durante el embarazo (la IgM positiva debe confirmarse por otro método para descartar falsos positivos o descartar persistencia de títulos positivos de infección pasada).

Un único título positivo (IgG o Ig totales) indica únicamente la presencia de anticuerpos, es decir, que ha ocurrido la infección en algún momento (durante o antes del embarazo), sin embargo dicho título positivo no determina si es una infección aguda o pasada. Por lo general, las IgG presentan una curva ascendente de anticuerpos durante los dos primeros meses de infección. Por lo tanto, los títulos de IgG estables en muestras pareadas, cuando la primera muestra fue tomada antes de las 12 semanas de gestación, se deben interpretar como toxoplasmosis previa al embarazo. Las infecciones pasadas no suponen un riesgo para el feto.

Cuando se solicita serología para toxoplasmosis y se dosa IgG y es positiva, debe solicitarse IgM para determinar si es una infección aguda o pasada. Si la IgM es negativa es una toxoplasmosis pasada (lo que no supone riesgo); en el caso que la IgM sea positiva, debe confirmarse por otro método y derivar a un laboratorio especializado, ya que se puede estar ante el diagnóstico de una infección aguda.

En el caso que la IgG sea negativa hay que darle a la embarazada las recomendaciones higiénico – dietéticas para evitar el contagio durante el embarazo (lavar muy bien las verduras y frutas, no comer carne poco cocida o cruda, no manipular ni limpiar las cajas de excrementos de gatos, lavarse las manos luego de manipular carne cruda), repetir la serología (IgG) entre la semana 20 y 22 y cercana al parto.

**Figura 7:** Evaluación serológica para toxoplasmosis durante el embarazo



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Edición 2013.

Solicitar serología para Chagas (por técnica de ELISA, hemaglutinación indirecta, inmunofluorescencia indirecta, aglutinación directa o aglutinación de partículas). Se confirma el diagnóstico con dos técnicas reactivas distintas.

Si bien el riesgo de infección fetal es mayor en aquellas mujeres que cursen el embarazo durante la fase aguda de la enfermedad, la mayoría de los casos de Chagas congénito son hijos de madres con infección crónica.

El tratamiento antiparasitario de los recién nacidos con Chagas congénito tiene alta eficacia para prevenir el paso a la cronicidad, logrando en estos niños la cura de la enfermedad.

En la primera consulta prenatal la serología para Hepatitis B, HBs Ag, (antígeno de superficie) debe ser solicitada. Esta prueba se utiliza para diagnosticar la infección aguda o crónica. Es el primer antígeno que aparece durante una infección aguda; su desaparición indica recuperación de la infección; y la persistencia por más de seis meses, indica infección crónica.

#### Prevención de la enfermedad hemolítica perinatal: rastreo de incompatibilidad RH

La enfermedad hemolítica perinatal es una afección que sufren el feto y el recién nacido por pasaje transplacentario de anticuerpos específicos contra la membrana del glóbulo rojo fetal, provocando anemia hemolítica.

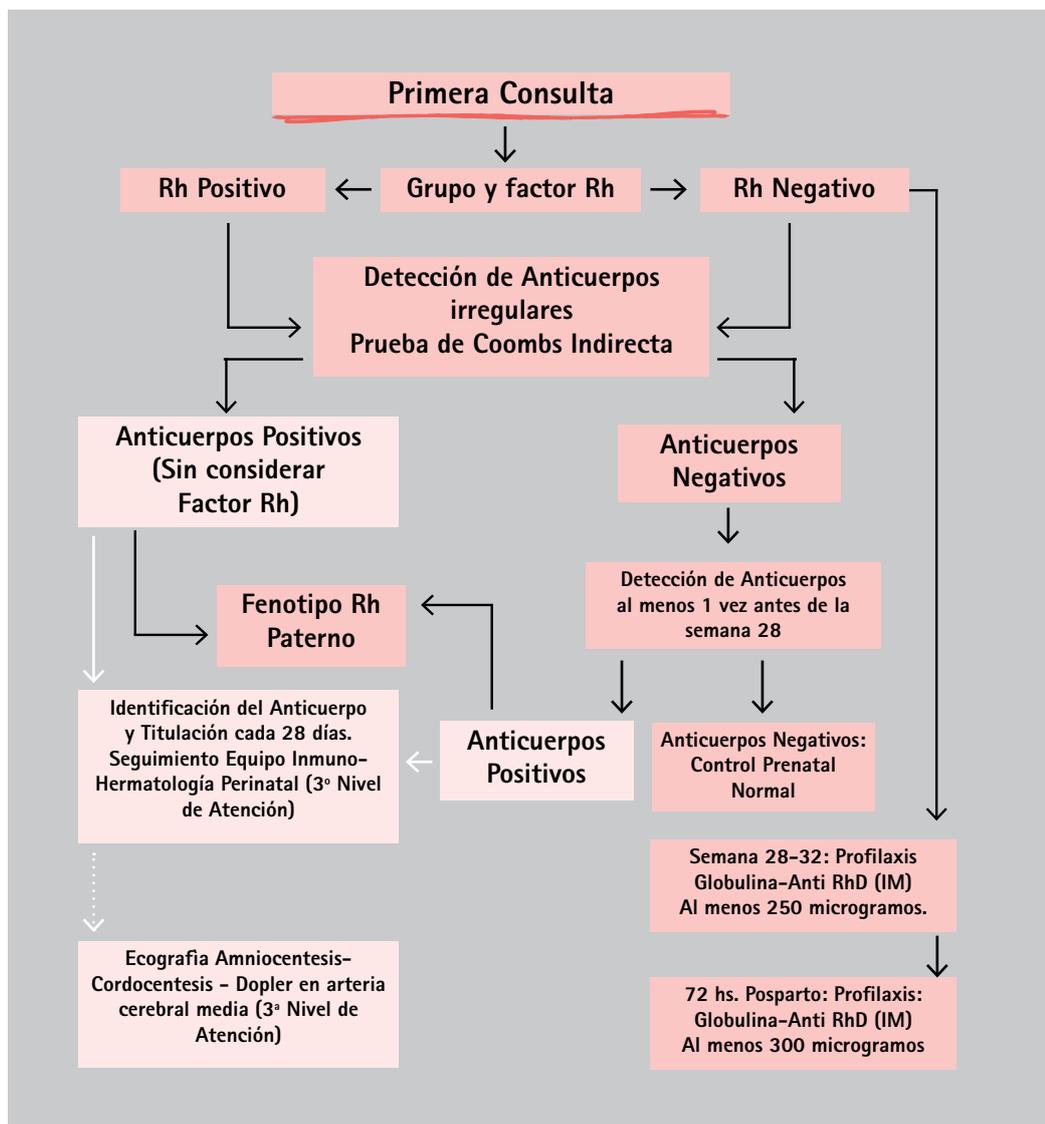
*Cuando una mujer RH negativa (Rh-) queda embarazada de un feto RH positivo (Rh+), puede sensibilizarse (sintetizar anticuerpos Anti-D) si ocurre una hemorragia transplacentaria. Esta puede ocurrir no solo durante el parto normal (del 8 al 17% de riesgo) sino también en un aborto espontáneo o provocado (del 3 al 6% de riesgo) o en una amniocentesis (del 2 al 5% de riesgo).<sup>44</sup>*

Si se produce un nuevo embarazo con un feto RH+, los anticuerpos de las mujeres sensibilizadas cruzan la placenta y hemolizan los glóbulos rojos fetales. Esta entidad se conoce como incompatibilidad Rh. Sin tratamiento, entre el 25 y el 30% desarrollará hiperbilirrubinemia y anemia hemolítica y entre el 20 y 25% desarrollará hidróps fetal, y muerte generalmente intraútero o en el periodo neonatal.

Se recomienda determinar el grupo y factor Rh en la primera visita de toda embarazada. También deben determinarse los anticuerpos anti-D (prueba de Coombs indirecta). Si estos anticuerpos son positivos, deberá derivarse a un nivel de complejidad adecuado para su tratamiento y seguimiento. Si los anticuerpos son negativos deberán repetirse al menos una vez antes de la semana 28. Si son positivos se debe derivar a la embarazada a un nivel de complejidad adecuada. Si son nuevamente negativos continúa con un control prenatal normal. Se deberá indicar gammaglobulina hiperinmune anti -D como profilaxis a todas las gestantes Rh negativas no sensibilizadas entre las semana 28-32 de gestación (1 dosis no menor a 250 microgramos por vía IM o IV).

**GLOSARIO:**  
**Hidrops fetal:** se define como la acumulación de líquido en el tejido celular subcutáneo y en una o más cavidades serosas del feto (pleura, peritoneo o pericardio). Es una complicación grave de la enfermedad hemolítica perinatal que presenta una alta tasa de mortalidad.

**Figura 8:** Algoritmo de manejo embarazadas para la prevención de la enfermedad hemolítica perinatal



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Edición 2013.

## Detección de infección urinaria

La infección urinaria durante el embarazo presenta una incidencia del 8 % convirtiéndose en una de las complicaciones más frecuentes durante la gestación.

La detección temprana previene complicaciones como la pielonefritis, el parto prétermino y el bajo peso al nacer.

Se recomienda la realización de un urocultivo entre las 12 y 16 semanas de gestación, repitiendo el mismo en el 2do y 3er trimestre.

Las IU (infecciones urinarias) en la embarazada se presentan en tres formas clínicas:

- Bacteriuria asintomática.
- Cistitis (disuria, tenesmo vesical y/o incontinencia).
- Pielonefritis aguda (fiebre, dolor lumbar, disuria, náuseas y/o vómitos).

El diagnóstico, tratamiento y seguimiento varían en cada una de ellas, según se detalla en el cuadro siguiente

**Figura 9: Diagnóstico y tratamiento de las infecciones urinarias durante el embarazo**

	Bacteriuria asintomática	Cistitis	Pielonefritis aguda
Diagnóstico	<p>Urocultivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ En mujeres asintomáticas: presencia de dos urocultivos positivos consecutivos que desarrollan &gt;105 UFC/ml, del mismo germen.</li> <li>■ Una única muestra tomada con &gt; 102 UFC/ml, de un único germen tomada por cateterismo vesical.</li> </ul>	<p>Urocultivo.</p> <p>En pacientes con síntomas de Cistitis y urocultivo negativo se debe descartar síndrome uretral y solicitar búsqueda de Chlamydia Trachomatis.</p>	<p>Urocultivo antes de iniciar el tratamiento antibiótico.</p> <p>Ecografía Renal o pielografía IV abreviada.</p>
Tratamiento	<p>Se recomiendan cursos de tratamiento de 3 a 7 días.</p> <p>Cefalexina 500 mg (2-4 veces/día)</p> <p>Nitrofurantoína 100 mg (4 veces/día)</p> <p>Amoxicilina-clavulanico 500 mg (2-3 veces/día)</p> <p>Fosfomicina 3 g única dosis.</p>	<p>El tto ATB se inicia antes de tener el resultado del cultivo.</p> <p>La duración del tratamiento será de 7 días.</p> <p>Los ATB serán los mismos que para el Tto de la Bacteriuria asintomática.</p>	<p>Internación (puede evitarse si las condiciones clínicas son buenas)</p> <p>ATB vía oral: Cefalosporinas de la primera generación o Amoxicilina-Clavulanico.</p> <p>ATB vía parenteral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ceftriaxona 1 g/24hs.</li> <li>■ Cafalotina 1 g/8hs.</li> <li>■ Ampicilina-Sulbactan 3 g/8hs.</li> <li>■ Gentamicina 5 g/kg/24hs.</li> </ul> <p>El tratamiento ATB debe extenderse durante 10 a 14 días.</p>
Seguimiento	<p>Repetir urocultivo luego de finalizado el tto antibiótico.</p>	<p>Repetir urocultivo en la primera y en la segunda semana post-tratamiento.</p> <p>Los pacientes que recurren deben ser evaluados para profilaxis ATB hasta la finalización del embarazo.</p>	<p>Urocultivos Mensuales.</p> <p>Si se registra Bacteriuria persistente o nuevos episodios se iniciará ATB hasta el parto.</p>

Fuente: Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Edición 2013.

## DetECCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL

La diabetes gestacional es una alteración en la tolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable, que comienza, o es diagnosticada por primera vez, en el embarazo en curso.

En la primera consulta se debe solicitar a todas las embarazadas una glucemia plasmática en ayunas e identificar la presencia de los siguientes factores de riesgo para desarrollar diabetes gestacional<sup>45</sup>:

- Antecedente de diabetes gestacional en embarazos anteriores.
- Edad mayor o igual a 30 años.
- Índice de masa corporal preconcepcional o al inicio del embarazo mayor o igual a 25.
- Antecedentes de familiares en 1er grado con diabetes.
- Antecedentes de recién nacidos macrosómicos.
- Antecedentes de morbilidad perinatal previa inexplicada.
- Antecedente de madre de alto o bajo peso al nacer.
- Antecedente de síndrome de ovario poliquístico o insulinoresistencia preconcepcional.
- Preeclampsia, hipertensión inducida por el embarazo sin preeclampsia y/o antecedentes de hipertensión preconcepcional.
- Multiparidad.
- Circunferencia abdominal fetal superior al percentilo 75 a partir de la semana 28.
- Pertenencia a grupos étnicos con alta prevalencia de diabetes gestacional (hispanas, asiáticas, afro-americanas, indias nativas de América del Sur o Central).
- Embarazo múltiple.
- Utilización durante el embarazo de drogas hiperglucemiantes (glucocorticoides, betamiméticos, etc.)

*Solicitar una glucemia en ayunas en la primera consulta y una prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75 g de glucosa (p75) a todas las embarazadas entre la semana 24 y 28. Si la paciente tiene factores de riesgo para el desarrollo de diabetes gestacional repetir la p75 entre las semanas 31 y 33. Si la paciente tiene factores de riesgo importantes (por ejemplo obesidad) se puede considerar efectuar la p75 antes de la semana 24.*

*El diagnóstico de diabetes gestacional se realiza por 2 valores de glucemia plasmática luego de al menos 8 horas de ayuno de 100 mg/dl o más (5,5 mmol/l).*

*Un valor de glucemia plasmática a los 120 minutos de una prueba de tolerancia con 75 gramos de glucosa (P75) de 140 mg/dl o más (7,8 mmol/L), se considerará también positiva para el diagnóstico de diabetes gestacional. En el embarazo la intolerancia a la glucosa se clasifica como diabetes gestacional.*

<sup>45</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Edición 2013.

<sup>46</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Edición 2013

## Estudios complementarios para evaluar la salud fetal: ecografía obstétrica

Se recomienda realizar tres ecografías en el embarazo normal, una por trimestre de gestación. La primera entre la semana 11 y 14, la segunda entre la semana 20 y 22, y la tercera en la semana 30<sup>46</sup>.

Para recordar

*En la primera consulta se deberán solicitar los siguientes exámenes complementarios:*

- Hemograma.
- Glucemia.
- VDRL.
- Serología para VIH (previo consentimiento informado, haciendo extensivo el ofrecimiento a la pareja).
- Serología para hepatitis B, toxoplasmosis y Chagas.
- Orina completa.
- Urocultivo.
- Grupo sanguíneo y factor Rh.
- Ecografía obstétrica.

## Detección del Estreptococo B hemolítico del grupo B

El *Streptococo*  $\beta$  hemolítico del Grupo B (EGB), también llamado *Streptococcus agalactiae*, puede encontrarse como colonizante en el aparato digestivo del ser humano y en el aparato genital de las mujeres, sin causar síntomas o enfermedad. Pero también es uno de los gérmenes que producen con mayor frecuencia infección bacteriana perinatal.

Según la literatura internacional, alrededor del 20% (con un rango de 10 a 40%) de las mujeres embarazadas son portadoras de este germen en vagina y /o recto al final del embarazo. En ellas puede ser causa de infección urinaria, corioamnionitis y endometritis. En el niño puede manifestarse como infección localizada o sistémica desde el nacimiento hasta los 3 meses, raramente después. La mayoría de los casos son de inicio precoz y casi todas las infecciones mortales suceden en el primer día de vida.

De cada madre portadora de EGB, entre un 50 a 70% de sus hijos se colonizan intraútero por vía ascendente o en el momento del nacimiento por su pasaje a través del canal de parto; pero solo del 1 a 2% desarrolla un cuadro de sepsis.

*La profilaxis antibiótica en el momento del parto reduce en un 60-80% la infección neonatal precoz por EGB.*

Factores de riesgo para portación de EGB<sup>47</sup>:

- Hijo previo con infección invasiva por EGB.
- Bacteriuria o infección urinaria durante el embarazo por EGB.
- Corioamnionitis o fiebre materna intraparto (> 38° C).
- Rotura prolongada de membranas igual o mayor a 18 horas.
- Parto prematuro (menor a 37 semanas de edad gestacional).

En la República Argentina se aprobó la Ley Nacional No 26.369 donde establece como práctica rutinaria de control y prevención la realización del examen de detección del Estreptococo Grupo B agalactiae a todas las embarazadas con edad gestacional entre las semanas 35 y 37, presenten o no condiciones de riesgo.

*Procedimiento para la toma de muestra y cultivo de EGB a las 35-37 semanas<sup>48</sup>:*

- *Hisopar el introito vaginal y luego el recto introduciendo el hisopo en el esfínter utilizando uno o dos hisopos diferentes (no se recomiendan los cultivos endocervicales ni la utilización de espejito).*
- *Colocar cada hisopo o ambos hisopos en tubo con solución salina, a temperatura ambiente o refrigerado.*

*Si el parto no ocurrió dentro de las 5 semanas de tomada la muestra y esta era negativa, se deberá repetir nuevamente el estudio.*

*Se realizará profilaxis antibiótica en el momento del parto a todas las mujeres con cultivos positivos o aquellas que presenten factores de riesgo de portar EGB.*

Realizar en TODAS las Instituciones de nuestro país, la estrategia de profilaxis intraparto a mujeres con factores de riesgo de portar EGB<sup>49</sup>.

### **Vacunación en el embarazo<sup>50</sup>**

Según el calendario oficial de nuestro país, las vacunas que se pueden administrar a la embarazada son: dTpa (triple bacteriana acelular: toxoide diftérico, toxoide tetánico, componente pertussis), dT (doble adultos – Difteria y Tétanos), antigripal.

- Vacunación Triple Bacteriana Acelular (dTpa)

Presenta las siguientes indicaciones:

- Todas las embarazadas deben recibir una dosis de dTpa luego de la semana 20 de gestación en su primer embarazo, independientemente de su estado de vacunación previo. Si ya hubiera recibido una dosis de dTpa en un embarazo anterior, deberá volver a recibirla sólo si transcurrieron tres años o más de la dosis previa.
- Madres de neonatos con peso al nacimiento menor a 1.500 gramos, durante el puerperio inmediato (previo al egreso de la maternidad), en caso de no haberse vacunado durante el embarazo.

<sup>48</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Edición 2013.

<sup>49</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de salud Materno infantil. Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección neonatal precoz por Estreptococo Hemolítico del Grupo B (EGB). 2004 .

<sup>50</sup> Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. 2015. Ministerio de Salud de la Nación.

### ■ Vacunación doble adultos (dT)

Plan de vacunación recomendado para la primo vacunación en embarazadas: el esquema completo comprende tres dosis doble adultos (dT). Este se indicará para aquellas embarazadas que no hayan iniciado esquema de vacunación.

- Primera dosis entre las 20 y 24 semanas.
- Segunda dosis entre las 26 y 32 semanas, respetando un intervalo mínimo de cuatro semanas entre la primer y segunda dosis.
- Tercera dosis al menos seis después de la segunda.

Al menos una de las dosis administradas durante el embarazo debe ser con vacuna dTpa luego de la semana 20 de gestación. A las embarazadas que hayan recibido previamente el esquema completo de vacunación con DTP-dT y el lapso transcurrido desde entonces sea inferior a 10 (diez) años, no se las vacunará con dT, pero deberán recibir una dosis de dTpa para refuerzo del componente pertussis. Si el tiempo transcurrido es mayor de diez años o el esquema de vacunación fue incompleto se le dará una dosis de refuerzo con dTpa, no solo para el componente pertussis sino también para el componente tetánico.

### ■ Otras vacunas durante el embarazo

**Vacuna de Influenza (Antigripal):** debe ser indicada a todas las mujeres embarazadas, en cualquier trimestre de la gestación.

**Hepatitis B:** todas las embarazadas deben tener esquema completo (3 dosis) de vacunación contra Hepatitis B. En caso de no estar vacunadas, pueden recibir la vacuna durante el embarazo.

## Cronología de actividades para las consultas prenatales de bajo riesgo

Se listan a continuación las actividades para el control prenatal que deben realizarse en cada una de las visitas de la embarazada. En cada consulta debe confluír la mayor cantidad de actividades con la finalidad de reducir el número de controles al mínimo útil, siempre que las características del embarazo continúen siendo de bajo riesgo.

**Figura 10:** Actividades a realizar en cada control prenatal

CONSULTA	Consulta Preconcep.	Antes de las 20	Entre las 22 y 24	Entre las 27 y 29	Entre las 33 y 35	Entre las 38 y 40
		1° visita	2° visita	3° visita	4° visita	5° visita
Cálculo de la Edad Gestacional.		■	■	■	■	■
Historia Médica y Evaluación de Riesgo.	■	■	■	■	■	■
Examen Clínico completo.	■	■				
Peso corporal.	■	■	■	■	■	■
Talla.	■	■				
Medida de la tensión arterial	■	■	■	■	■	■
Suplementación con hierro y ácido fólico.	■	■	■	■	■	■
Examen Ginecológico, Papanicolau y colposcopia.	■					
Detección de ETS y Vaginosis Bacteriana.	■	■				
Detección de Sífilis.	■	■			■	
Detección de VIH con consentimiento informado.	■	■			■	
Detección de Hepatitis B.	■	■			■	
Detección de Chagas.		■			■	
Detección de Toxoplasmosis.	■	■			■	
Medida de la altura uterina.		■	■	■	■	■
Diagnóstico de vitalidad fetal.		■	■	■	■	■
Determinar Grupo y Factor Rh (si no fue determinado en la consulta preconcepcional se reiterará el pedido en la primer consulta prenatal).	■	■				
Aplicación de gamma globulina Anti D (en pacientes Rh no sensibilizadas-recomendación entre las semanas 28 y 32).				■		
Detección de Hemoglobina.	■	■		■		
Detección de Glucemia para descartar Diabetes.	■	■		■		
Orina completa.		■			■	
Cultivo de orina.		■			■	
Examen odontológico.		■				
Examen mamario.	■	■	■	■	■	■
*Estudio ecográfico	■	■ ■				
Descartar embarazo múltiple.		■				
Preparación integral para la Maternidad/Paternidad				■	■	■
Recomendaciones para la detección de signos de alarma.	■	■	■	■	■	■
Asesoramiento en Lactancia Materna.	■	■	■	■	■	■

CONSULTA	Consulta Preconcep.	Antes de las 20	Entre las 22 y 24	Entre las 27 y 29	Entre las 33 y 35	Entre las 38 y 40
		1° visita	2° visita	3° visita	4° visita	5° visita
Consejería sobre Métodos Anticonceptivos.				■	■	■
Actividades para reducir el tabaquismo.	■	■	■	■	■	■
Descartar presentación pelviana.						■
Evaluar capacidad pelviana y relación feto-pélvica.						■
Detección de Estreptococo Grupo B Agalactiae (se solicita cultivo entre las 35 y 37 semanas de edad gestacional).					■	

\* Estudio ecográfico: Primera ecografía entre la semana 11 y 14. Segunda ecografía entre la semana 20 y 22.

*Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Edición 2013.*

## ■ Puntos clave

- El control prenatal es un conjunto de prácticas que se ejercen sobre la embarazada con la finalidad de que ella y su hijo lleguen al nacimiento con el mejor grado de salud posible.
- Garantizar que las embarazadas tengan acceso a un control de salud mensual, estableciendo un mínimo de 5 controles en el embarazo de bajo riesgo y promover la captación precoz (primer control prenatal antes de la semana 14 de gestación).
- La primera consulta deberá realizarse precozmente (antes de la semana 14).
- Realizar a la mujer embarazada un examen completo: clínico, obstétrico, ginecológico, odontológico y nutricional.
- Solicitar las serologías de las infecciones de transmisión vertical.
- Prescribir hierro a las embarazadas.

## \* Ejercicio 3 de Comprensión y Aplicación

### ■ Sofía, 23 años.

Concurre a su consulta para realizar un control prenatal ya que se encuentra embarazada de 20 semanas. Sofía venía realizando los controles en otro centro de salud pero hace 1 mes se mudó con su pareja y este centro de salud es el que está en su barrio. No refiere antecedentes personales de relevancia y el embarazo según refiere venía desarrollándose en forma normal. No trae su carnet perinatal. Está en pareja con Matías hace 9 meses, ambos se conocen del colegio, donde fueron compañeros hasta 4to año del secundario. Luego Sofía refiere que abandonó la escuela para comenzar a trabajar. Hasta hace 3 meses lo hacía como vendedora en un local de ropa.

Trae unos análisis realizados hace 2 meses en los que se constata que tiene una hemoglobina de 10 mg/dl, una glucemia en ayunas de 89 mg/dl y un urocultivo positivo para *E. coli*. El resto de los análisis no presenta particularidades. En el carnet de vacunación consta que tiene todas las vacunas del calendario oficial aplicadas, según su edad.

Sofía actualmente no está tomando ninguna medicación, se siente bien, no refiere ningún síntoma. El examen físico es normal: TA es de 110/60 mm Hg, P 84, T 1.60 mts.

**1er paso:** Defina los problemas de salud de Sofía.

.....  
 .....

¿Cómo completaría el examen físico de Sofía?

.....  
 .....

¿Qué estudios le solicitaría? Justifique sus respuestas

.....  
 .....

Si el valor de glucemia hubiera sido de 105mg/dl, ¿Qué conducta tomaría?

.....  
 .....

**2do paso:** ¿Cuáles serían sus objetivos terapéuticos con esta paciente?

.....  
 .....

¿Qué vacunas le prescribe a Sofía?

.....  
 .....

**3er paso:** ¿Qué conducta terapéutica adopta para conseguir los mismos?

.....  
 .....

## \* Ejercicio 3 de Comprensión y Aplicación

**4to paso:** ¿Realizaría alguna prescripción?

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Sofía.

remediAR				
Diagnóstico	CEPS-AP			

Describa como le indica la toma de hierro.

.....

.....

**5to paso:** De instrucciones a la paciente.

.....

.....

**6to paso:** ¿Qué seguimiento realizaría con esta paciente? ¿Cuándo la vuelve a citar?

.....

.....

■ **Sol, 38 años.**

Se encuentra cursando su semana 9 de embarazo y este es el primer control que va a realizar. Sol tiene 2 hijos de 10 y 8 años, tuvo embarazos controlados y partos normales. Trabaja como cajera en un supermercado por la mañana cuando sus hijos van al colegio y su esposo tiene un almacén. Como antecedentes refiere que dejó de fumar hace 2 semanas cuando se enteró del embarazo, es vegetariana, a veces come huevos y lácteos. No tiene carnet de vacunación, cree haber recibido vacunas en sus embarazos anteriores pero no lo recuerda bien, es 0 Rh (-) y su esposo A (+). Le comenta que tiene muchas náuseas, acidez y sueño.

**1er paso:** Defina los problemas de salud de Sol.

.....

.....

Describa como debe realizar el examen físico, ginecológico y obstétrico de Sol. Justifique sus respuestas.

.....

.....

¿Qué estudios le solicitaría? Justifique sus respuestas

.....

.....

**2do paso:** ¿Cuáles serían sus objetivos terapéuticos con esta paciente?

.....  
.....

¿Qué vacunas le prescribe a Sol?

.....  
.....

**3er paso:** ¿Qué conducta terapéutica adopta para conseguir los mismos?

.....  
.....

**4to paso:** ¿Realizaría alguna prescripción?

.....  
.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Sol.

remediAR				
Diagnóstico	CEPS-AP			

.....  
.....

**5to paso:** De instrucciones a la paciente

.....  
.....

**6to paso:** ¿Qué seguimiento realizaría con esta paciente? ¿Cuándo la vuelve a citar?

.....  
.....

Sol concurre con los estudios solicitados por usted:

Urocultivo negativo, Hb 9.6 mg/dl, Hto 30, homocisteína elevada, creatinina de 0.6 mg/dl, glucemia de 90 mg/dl, TG 350 mg/dl, CT 200 mg/dl, HDL 50 mg/dl y LDL 120 mg/dl.

¿Qué conducta adopta con estos resultados? Describa las prescripciones e indicaciones adoptadas y próximos controles a realizar. Justifique sus respuestas.

.....  
.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Sol.

<b>remediAR</b>	
Diagnóstico	CEPS-AP

.....

.....

**RECUERDE**  
LLEVAR SUS RESPUESTAS  
Y COMENTARIOS AL ENCUENTRO PRESENCIAL  
PARA DISCUTIR CON SUS COLEGAS.



# *Control puerperal*



Motivos de Consulta Frecuentes en el PNA



Es el periodo en el que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas. Esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregrávido. Este periodo se extiende convencionalmente hasta 45-60 días del postparto. Estos cuidados centrados en la madre, el niño y su familia deben brindarse con amabilidad, respeto y dignidad, siendo esencial establecer una adecuada comunicación del equipo de salud con la mujer y su familia, tomando en cuenta su cultura, sus costumbres, su nivel de educación y su idioma.

Las mujeres deberán recibir información relevante y oportuna que las ayude a tomar un rol protagónico en sus propios cuidados en salud y los de su bebe y a reconocer y responder ante un problema.

El cuidado que ambos deben recibir durante esta etapa deberá garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos y adecuados de cualquier desviación en la recuperación satisfactoria luego del nacimiento.

## Etapas del puerperio

Desde el punto de vista clínico se divide en diferentes momentos evolutivos:

**Puerperio inmediato** que comprende las primeras 24 hs posteriores al nacimiento.

**Puerperio precoz** que abarca del día 2 al día 10 posnatales.

**Puerperio alejado**, el cual se extiende desde el día 11 hasta los 42 días luego del parto

**Puerperio tardío**, desde el día 43 hasta los 60 días posteriores al nacimiento.

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10, este periodo se extiende hasta los 364 días cumplidos.

### Puerperio inmediato

Luego del parto comienza un tiempo de observación por parte del personal de salud (enfermero/a, obstétrico/a, médico/a) de la madre y el recién nacido. Durante las primeras dos horas, ambos se adaptan a este nuevo estado. La permanencia continua del recién nacido con su madre en interacción conjunta favorece el vínculo temprano y el comienzo precoz de la lactancia materna.

Se deben realizar los controles de rutina ya que durante dicho período se producen la mayoría de las hemorragias postparto, causadas principalmente por atonía uterina, retención de restos placentarios y desgarros cervicales o vaginales.

Por ello deberá vigilarse el estado general, evaluando el sensorio, mucosas y conjuntivas coloreadas. La temperatura axilar, es un parámetro clínico de suma importancia en el control puerperal. Se recomienda su registro por parte del personal de enfermería cada 6 a 8 hs, salvo que existan situaciones individuales que ameriten mayor frecuencia de control. Habitualmente los valores oscilan entre  $\geq 36^{\circ}\text{C}$  a  $\leq 37^{\circ}\text{C}$ . Coincidiendo con la "bajada de la leche", alrededor de las 8-72 hs el nacimiento, puede registrarse un leve y transitorio aumento de la temperatura axilar, que no supera los  $38^{\circ}\text{C}$ .

El pulso, evaluando la frecuencia, si es regular y amplio; la frecuencia habitual del pulso de la puérpera normal oscila entre 60 y 70 latidos por minuto. Tener en cuenta que registros cercanos a 100 latidos por minuto obligan a descartar cuadro infeccioso, anemia u otras patologías subyacentes.

La tensión arterial es también un parámetro clínico de importancia en el control puerperal. Se recomienda su registro por parte del personal de enfermería cada 6 a 8 hs, salvo que existan situaciones individuales que ameriten mayor frecuencia de control. Los valores del control tensional durante el puerperio siguen los mismos estándares de normalidad establecidos para el embarazo.

La palpación abdominal permite evaluar la involución uterina, se debe constatar la formación y permanencia del globo de seguridad de Pinard que indica una efectiva retracción uterina. El útero se encontrará a nivel de la línea umbilical o infraumbilical, con límites bien definidos y una consistencia firme y elástica. Durante este periodo continua la actividad contractil del miometrio, lo que puede generar una sensación de dolor leve, especialmente coincidiendo con la succión del recién nacido, que cede espontáneamente o con analgesia de primera línea (AINE's)

En las primeras 48 horas después del parto o cesárea los loquios son abundantes, su aspecto y color es sanguinolento. Recién al tercer día se vuelven serosanguinolentos, disminuyendo su cantidad progresivamente. Alrededor del 10º día son serosos y suelen desaparecer a los 15-20 días. Tener en consideración cualquier modificación de la cantidad (en demasía o ausencia), aspecto u olor, a fin de diagnóstico y tratamiento oportuno de alguna complicación.

Evaluar la evacuación de los emuntorios, la diuresis espontánea y las deposiciones. Estas ocurren habitualmente al tercer día y se ven facilitadas con una adecuada hidratación, alimentos ricos en fibras y deambulación.

## Cuidados locales

Para la higiene corporal se procederá al baño de ducha DIARIO y se evitara el de inmersión. La región perineal deberá higienizarse con un simple lavado externo, con agua tibia y jabón neutro o antisépticos por lo menos 2 veces al día o luego de las deposiciones. Las duchas vaginales no son útiles ni beneficiosas. La episiotomía debe mantenerse limpia, y seca. Una vez finalizada la limpieza, es necesario colocar un apósito, compuesto por una planchuela de algodón hidrófilo rodeado de gasa. No se debe utilizar algodón directamente, porque al retirarlo las hilachas que quedan adheridas favorecen la contaminación. El apósito se renovara varias veces al día.

Ante la presencia de dolor en el puerperio inmediato o después de un parto normal puede ser causa de la episiotomía o de los dolores tipo cólicos en el hipogastrio (entuerfos). Para el tratamiento del dolor se prescriben antiespasmódicos como el bromuro de hioscina 1 comprimido cada 8 hs y analgésicos del grupo AINE como paracetamol 500 mg/6hs o diclofenac 50 mg/8 hs O ibuprofeno 400 mg-600 mg/6 horas.

Se vigilará el estado de turgencia de las mamas, la secreción de calostro y de leche, la ausencia de signos inflamatorios, presencia de grietas en el pezón, la posición en la que amamanta y la prendida del bebé, también se hará hincapié en la importancia del amamantamiento a libre demanda.

El profesional de salud debe conocer y transmitir los beneficios a corto, mediano y largo plazo sobre los beneficios de la lactancia materna, tanto para la madre como para el bebé.

## Consejería en salud sexual y salud reproductiva

Luego del nacimiento, la mujer suele disminuir su deseo sexual durante un tiempo, periodo que suele coincidir con la etapa de los loquios. Comenzar la actividad sexual mientras la mujer aún tiene loquios puede elevar el riesgo de infecciones uterinas, por lo que se sugiere abstenerse durante este tiempo. Posteriormente, la mujer puérpera junto a su pareja decidirán cuando recomenzar la actividad sexual, recordando que es conveniente haber elegido un método anticonceptivo en forma previa, ya que si bien es raro que la mujer que amamanta ovule en los primeros tres meses de puerperio, esta posibilidad puede ocurrir. De optar por anticonceptivos orales, se indicaran aquellos formulados solo de progestágeno (Minipildora), sin estrógenos, ya que los estrógenos son secretados por la lactancia materna.

La lactancia materna exclusiva mantiene inhibido el eje hormonal femenino, produciendo frecuentemente anovulación. Sumado a eso, el mecanismo de acción de la progesterona, que produce un espesamiento del moco cervical dificultando el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, provee una anticoncepción altamente efectiva. Si la lactancia materna no es exclusiva, este anticonceptivo disminuye su efectividad.

## Vacunación en el puerperio

- **Antigripal:** se indicará en caso de no haber recibido la misma durante el embarazo hasta el egreso de la maternidad, máximo 10 días postparto.
- **Doble viral (rubeola, sarampión) o triple viral (rubeola, sarampión y parotiditis):** todo adulto debe constar con dos dosis recibidas desde el año de vida.
- **Triple Bacteriana Acelular (dTpa):** se indicará en caso de no haber recibido la misma durante el embarazo, en caso de madres de neonatos con menos de 1500 gr al nacimiento.
- **Hepatitis B:** toda la población adulta debe tener esquema completo (3 dosis) de vacunación contra Hepatitis B.

## Alta hospitalaria

Será otorgada siempre y cuando las condiciones físicas y emocionales maternas sean las adecuadas.

Después de un parto vaginal, el alta hospitalaria se indicará a partir de las 48 horas postparto y a partir de las 72 horas de un postoperatorio de cesárea.

Debemos aprovechar que el puerperio inmediato transcurre durante la internación de la madre y el recién nacido para instalar una práctica diaria institucionalizada en la maternidad, el Consultorio de Alta Conjunta de Madres y Recién Nacidos. Además de la madre y el bebé que se van de alta, mas algún familiar si lo deseara, participan de el:

- Un/a licenciado/a en obstetricia/ enfermería/ psicología/trabajo social.
- Un profesional médico tocoginecólogo.
- Un neonatólogo o pediatra.

Sus objetivos son:

- Completar el llenado de la historia clínica y el carnet perinatal del binomio madre-hijo que se va de alta, con fines documentales y estadísticos.
- Certificar que las pacientes han recibido la información prevista sobre lactancia, cuidados postparto, consejería en SS y PR y puericultura prevista en este proceso.
- Confirmar que se ha realizado la pesquisa neonatal prevista en la ley.
- Confirmar la entrega de materiales previstos en esta estrategia (elementos sanitarios, folletos, libreta sanitaria).
- Constituir un espacio de consejería y de atención de dudas y consultas acerca de los cuidados de la madre y el recién nacido.
- Realizar la evaluación del riesgo socio sanitario.
- Realizar la contrarreferencia al Primer Nivel de Atención.
- Establecer los mecanismos de derivación en función del riesgo social detectado.

## Situaciones especiales

### Cesáreas

Las púérperas de postoperatorio de cesárea recibirán indicaciones para el cuidado de la herida que deberán realizar en su casa, antes de concurrir al primer control puerperal en el centro de salud.

Estas indicaciones incluirán:

- Descubrir diariamente la herida, previa higiene de manos y cepillado de uñas.
- Realizar cura plana con gasas estériles embebidas en alcohol de 96° o antiséptico tipo iodopovidona.
- Observar signos de alarma como dolor, rubor, tumefacción o secreción. Si aparece alguno de estos signos luego del alta a las 72 horas del post operatorio, consultar al centro de salud más cercano al domicilio.
- Cubrir nuevamente la herida con gasa estéril y seca, y sostener con cinta adhesiva, hasta el día siguiente.
- Antibióticos, en caso de ser necesarios y prescriptos.
- Analgésicos del grupo AINE como paracetamol 500 mg/ 6-8 hs o ibuprofeno 400 mg/ 6-8 hs o diclofenac 50 mg/ 8 hs.

Durante el primer control puerperal, al 7° día del post operatorio, además de las actividades antes detalladas que corresponden al control en esta etapa, se realizara la cura plana y la evaluación de la herida en el centro de salud por el profesional a cargo del control puerperal. En caso de identificar alguno de los signos de alarma se evaluara el riesgo. Si se considera necesario, se derivara a un centro de complejidad. Se realizara un 2° control a los 14 días del postoperatorio y se evaluará la herida teniendo en cuenta el retiro de los puntos de sutura de piel.

Las mujeres que han tenido una cesárea tienen un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica (tanto de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar), por lo que los profesionales de salud deben prestar especial atención a las mujeres que tienen síntomas respiratorios (como tos o falta de aliento) o bien síntomas en los miembros inferiores (como inflamación dolorosa de los mismos).

Solo después de haber alcanzado plenamente su recuperación, podrán reanudar actividades habituales tales como conducir un vehículo, cargar objetos pesados, hacer ejercicio físico o mantener relaciones sexuales. Los profesionales de la salud que atienden a las mujeres que han tenido una cesárea deben informarles que esta circunstancia no aumenta su riesgo de tener dificultades para la lactancia materna, depresión, síntomas de estrés postraumático, dispareunia o incontinencia del esfínter anal.

### **Puérperas postaborto, muerte perinatal o RN malformado**

Se debe asegurar la rehabilitación integral (bio-psico-social) de las puérperas con aborto espontáneo habitual, muerte perinatal o recién nacido malformado, evaluando la necesidad de un manejo interdisciplinario.

## **Puerperio precoz**

Constituye el periodo de máxima involución de los órganos genitales y de instalación de la lactancia materna. La puérpera de bajo riesgo será referida al centro de salud de origen, a fin de que el profesional realice el control de salud materna evaluando:

- Estado general (facies, conjuntivas, mucosas, edemas, varices).
- Pulso, temperatura, peso y presión arterial.
- Examen mamario, promoción y consejería en la lactancia materna (evaluar posibles problemas en la lactancia).
- Involución uterina.
- Examen ano-perineo-vulvar (genitales externos, episiorrafia, loquios).
- Evaluación de diuresis y catarsis.
- Evaluación alimentaria materna.
- Consejería en salud sexual y procreación responsable.

## **Puerperio alejado**

Al finalizar este período concluye prácticamente la involución genital y se alcanza, en términos generales, el estado pregravídico. Si no se ha establecido la lactancia, sobreviene la primera menstruación.

Se recomienda el segundo control puerperal con el objeto de evaluar la evolución de la salud materna y brindar asesoramiento sobre salud reproductiva y procreación responsable, con el objeto de lograr un periodo intergenésico adecuado.

En algunos casos, este será el último control entre la mujer y el equipo de salud, por lo que es recomendable efectuar un examen clínico general y ginecológico en caso de que fuere necesario.

## **Puerperio tardío**

Se asocia, en la mayor parte de los casos, con la mujer que amamanta. Se deben reforzar acciones de promoción de la salud (prevención de cáncer genito mamario, beneficios de la planificación familiar, continuidad de la lactancia materna).

## Patologías puerperales prevalentes

Se pueden clasificar las complicaciones postparto en tempranas, aquellas que se manifiestan en las primeras 48 horas, y tardías las que aparecen desde el 3er día a la 6ta semana.

Existen etiologías infecciosas y no infecciosas, dentro de estas últimas, la tensión mamaria y la reabsorción de líquidos y hematomas ocupan un lugar importante. La incidencia global de infección es del 5% al 7%, siendo la endometritis el proceso mas frecuente.

La fiebre en el puerperio se define como fiebre en la paciente postparto a la detección de dos o mas picos febriles  $> 38^{\circ} \text{C}$  que se manifiesta entre el 1º y 10º día del puerperio. La causa de la fiebre es detectable al realizar un examen físico completo. El examen debe abarcar tanto las áreas genitales como extragenitales. Además, exige la solicitud de exámenes complementarios tales como hemograma completo, urocultivos, hemocultivos, y muestras de punciones y aspiraciones de áreas flogóticas para cultivo. Los cuadros que más frecuentemente originan fiebre en el puerperio son: endometritis e infección mamaria puerperal.

### Endometritis

Es la infección del endometrio y decidua. Si se extiende al miometrio se denomina endometritis. La incidencia de endometritis postparto vaginal es de 1% a 3 %, presentando una incidencia 10 a 20 veces mayor luego de una cesárea.

La endometritis puerperal es una infección polimicrobiana (cocos gram positivos aerobios y anaerobios; bacilos gram negativos aerobios y anaerobios). Cuando una paciente manifiesta fiebre alta y sostenida en las primeras 24 a 48 horas postparto, es importante considerar al *Streptococo agalactiae* y al *Hemolitico grupo A*. En las endometritis tardías (14 a 40 días postparto), puede estar involucrada la *Chlamydia trachomatis* y debe ser contemplada en la elección del esquema antibiótico empírico.

### Diagnóstico

El diagnostico de endometritis es fundamentalmente clínico. Si bien los síntomas son fiebre, dolor pelviano, secreciones vaginales purulentas, hemorrágicas o malolientes, y leucocitosis, no siempre están presentes en forma completa. Las manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas. En el 50 % de los casos se presenta como fiebre sin foco.

Cuando la fiebre se prolonga mas allá de 48 horas y se acompaña de repercusión del estado general, se deberá realizar una evaluación integral que incluya examen físico completo y ginecológico, con colocación de especulo para visualizar loquios y el aspecto macroscópico del cuello. La inspección bimanual (tacto vaginal y la palpación abdominal) permitirá evaluar si la infección ha excedido los límites del aparato genital.

En relación con el inicio de las manifestaciones clínicas, el 25 % de los casos de endometritis se manifiestan en las primeras 48 horas postparto; el 50 % entre los días 3 y 7; y el 25 % restante, más allá de los 7 días. Es importante tener en cuenta que no es necesario el diagnostico etiológico en la endometritis para realizar un tratamiento antibiótico adecuado. Los microorganismos implicados son predecibles. Por otro lado, las técnicas de obtención de muestras de la cavidad uterina son complejas. Se produce una alta tasa de contaminación de los cultivos tomados a través de la vagina, y no son de utilidad clínica. La muestra mas útil

y representativa (por menor tasa de contaminación) son los hemocultivos, con una tasa de recuperación del 10% al 20 %, y hasta el 50% en pacientes febriles postcesárea.

La toma de urucultivos también esta recomendada, ya que su resultado contribuirá en la posibilidad de descartar otros focos en los diagnósticos diferenciales. El hemograma y la eritrosedimentación no resultan definitorios en la evaluación de la paciente febril postparto. Asimismo, se han detectado valores de recuentos de glóbulo blancos con leucocitosis en púerperas normales. Lo mismo ocurre con la eritrosedimentación.

La ecografía abdominal suele detectar un útero aumentado de tamaño y una cavidad uterina ocupada por pequeños hematomas, que suelen ser parte de un puerperio normal. La mayoría de las veces la ecografía no ayuda a definir el diagnóstico de endometritis, pero si a descartar otras patologías.

En la paciente con falta de respuesta al tratamiento antibiótico, se evaluara la solicitud de tomografía computada con contraste para el diagnóstico de absceso, hematoma, celulitis pelviana o tromboflebitis séptica. Ante esta situación se deberá derivar a la paciente a un centro de complejidad.

Otra posibilidad es la emergencia de infecciones por *Enterococcus faecalis* o *Enterobacter cloacae*, especialmente frecuente en infecciones postcesárea con regímenes de antibióticos profilácticos o previos prolongados.

También esta justificado descartar infecciones nosocomiales secundarias, bacteriemias asociadas a catéteres endovasculares o infecciones urinarias en pacientes que hayan requerido colocación de sonda vesical.

## Tratamiento

*Estas pacientes no son tratadas en el PNA, se derivarán a un centro de mayor complejidad debido a que los esquemas antibióticos son de administración parenteral.*

En pacientes con fiebre y descartados otros focos, se comenzará tratamiento antibiótico empírico y se evaluará la respuesta al tratamiento. Se sugiere utilizar en el tratamiento empírico, antibióticos con cobertura para bacilos Gram (-), estreptococos y anaerobios. Los antibióticos generalmente no modifican las manifestaciones clínicas en las primeras 24 horas de evolución, pero evitan que la infección se torne más severa.

Si se eligen combinaciones antibióticas se tendrán en cuenta las combinaciones mas recomendadas en la bibliografía tales como clindamicina + gentamicina; ampicilina + gentamicina + metronidazol; ceftriaxona + metronidazol.

## Prevención

El uso de antibióticos profilácticos en las cesáreas reduce en forma significativa la incidencia de endometritis postparto. Los esquemas recomendados plantean monodosis de cefalosporinas

de primera generación, previo a la incisión en piel, dado que reducen la incidencia de endometritis e infecciones postparto sin modificar los resultados neonatales.

Es fundamental el cumplimiento de medidas de bioseguridad que incluyen, entre otras, minimizar el número de tactos vaginales, realizar el adecuado lavado de manos y usar guantes para el examen ginecológico de las pacientes

Para recordar:

- La mitad de las veces, la fiebre es el único síntoma presente en una endometritis postparto, y la respuesta al tratamiento antibiótico confirma el diagnóstico.
- Los tratamientos antibióticos son parenterales y cortos. Se sugiere no extender más allá de las 24 a 48 horas, luego de la respuesta clínica.
- El cultivo de loquios resultan muy trabajosos en su procesamiento y no aportan información útil clínicamente. No se recomienda realizarlos.

## Infeción mamaria puerperal

### Grietas y fisuras del pezón

Las grietas constituyen heridas superficiales, mientras que las fisuras se profundizan hasta alcanzar la dermis. Generalmente ocupan una parte de la base del pezón, en semicírculo o circundándolo por completo. Su etiología se relaciona con defectos en la colocación al pecho y o la prendida del bebe, y no con succión frecuente ni mamadas prolongadas.

A veces son lesiones múltiples ubicadas a distintas alturas del cono del pezón, en cuyo caso adquieren el aspecto de una vesícula del tamaño de una cabeza de alfiler, que al romperse deja salir un líquido claro. La cubierta cae y deja una superficie ulcerada, que se agranda y se profundiza, o bien evoluciona hacia la curación. La grieta se cubre de una costra que se forma cuando sangra, por la succión del niño, quien en la siguiente lactada puede desprenderla, dejando la herida nuevamente al descubierto deja salir un líquido claro.

El síntoma más importante es el dolor, generalmente muy intenso, con irradiación al parénquima mamario. Si el niño presenta vómitos de sangre o deposiciones en forma de melena, habrá que tener en cuenta, antes de alarmar a los familiares, que ello puede deberse a la succión de la sangre que sale por la grieta. El diagnóstico se hace al localizar la grieta o la fisura. El pronóstico de la grieta en si es benigno, pero constituye una indiscutible puerta de entrada para la infección. Otra consecuencia es que en algunos casos puede llevar, por el dolor, a espaciar las mamadas, a la hipogalactia o aun a la supresión total de la lactancia.

### Tratamiento curativo

- Evaluar y corregir la técnica de ser necesario (postura y prendida)
- Comenzar a amamantar por el pecho menos dolorido.
- Buscar la posición en que haya menos dolor (las mandíbulas paralelas al eje mayor de la grieta para evitar que la misma se abra).
- No disminuir el tiempo de las mamadas.
- Para retirar al bebé del pecho romper el vacío con el dedo.

- Luego de cada mamada colocar unas gotas de leche sobre los pezones (la leche materna tiene propiedades cicatrizantes) y permitir que se sequen al aire.
- Exponer los pechos diariamente al aire y al sol.
- Eventualmente aplicar pomadas cicatrizantes que contengan vitamina A (sin corticoides ni antibióticos).
- Promover medidas de higiene básicas para disminuir el riesgo de infección.
- Brindar contención emocional a la madre.

La lactancia proseguirá, eventualmente mediante el uso de pezoneras siliconadas cuya higiene entre tomas debe ser meticulosa; en casos de dolor intolerable puede ser necesario el reposo mediante la suspensión transitoria de tal función en la mama agrietada indicando la extracción de leche (en estos casos preferentemente manual) a fin de prevenir la estasis láctea. Si se sospecha de alguna infección, por ejemplo *Cándida albicans*, en la boca del bebé, los pezones de la madre, y/o la zona del panal, se deberá tratar al binomio consultando previamente al profesional médico.

## Taponamiento de Conductos

Se manifiestan por zonas del pecho endurecidas y dolorosas. En una etapa posterior se agregan rubor y calor locales. Se observa con frecuencia cuando el bebé toma menos leche de la que produce la madre, y/o cuando no se varía la posición para amamantar. Es importante su atención temprana para evitar el dolor y las complicaciones, como la mastitis durante la lactancia.

### Prevención

- Variar las posiciones para amamantar.
- Colocar la barbilla del bebé en dirección a la dureza para favorecer el vaciamiento de dicha zona.
- Reforzar la libre demanda y aumentar la frecuencia de mamadas.
- Masajear suavemente la región afectada antes y durante la mamada.
- Colocar paños de agua tibia varias veces al día en la zona afectada masajeando en dirección al pezón.
- Extraer pequeñas cantidades de leche para disminuir la molestia del área afectada.
- Aconsejar el uso de corpiños holgados y sin aro.

## Mastitis

La mama de la púerpera presenta, a partir de las 48 a 72 horas postparto, un proceso de tensión mamaria fisiológica no eritematosa de 4 a 16 horas de evolución que refleja la lactogénesis II o inicio de la secreción copiosa de leche. El manejo de esta tensión mamaria fisiológica consiste en mamadas frecuentes y efectivas, y en ciertos casos exige la expresión manual o mecánica de la mama.

Los procesos que involucran a la glándula mamaria en el puerperio pueden clasificarse en estasis de la leche, inflamación no infecciosa y mastitis infecciosa. Esta última se diferencia del resto porque la muestra de leche tendrá recuentos de leucocitos  $> 106/ml$  y recuento bacteriano  $> 103/ml$ ; sin embargo, el diagnóstico es generalmente clínico. Algunas investigaciones reportan prevalencias de mastitis postparto de hasta el 30%, con formación de abscesos en 10% de los casos. Otras, plantean prevalencias del 5%. Se han identificado

tres factores como determinantes de la génesis de la mastitis: colonización materna por *Staphylococcus aureus*, flora nasofaríngea del recién nacido y la estasis de leche.

Generalmente se presenta después de la primera semana postparto. Se especula que hasta un 10% de las mujeres que presentaron tumefacción mamaria no resuelta tendrán luego mastitis. Esto puede asociarse a la introducción de complementos alimentarios que al disminuir la frecuencia de las mamadas produce retención de leche en los conductos con tumefacción.

En general, muchas pacientes con este diagnóstico, al ser reinterrogadas revelan déficit en la técnica de amamantamiento así como antecedentes de episodios de mastitis en gestas previas.

### Prevención

- Medidas de prevención señaladas para posibles dificultades de la lactancia.
- Atención temprana de grietas, fisuras y pezones dolorosos.
- Detección temprana de madres con episodios de mastitis en gestas previas.

### Etiología

Los agentes más frecuentes involucrados son el *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, estreptococos y, con menor probabilidad, las enterobacterias. Si bien los cultivos de leche materna no se realizan de rutina, ya que los agentes causales pueden ser predecibles, el aislamiento de los *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus agalactiae* se asocia con mayor morbilidad y mayor posibilidad de desarrollar abscesos.

En los últimos años, se han reportado infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino resistentes en comunidades donde las infecciones de piel y partes blandas por este agente son prevalentes. Este germen posee mayor facilidad para evolucionar formando abscesos.

### Manifestaciones clínicas

Las más frecuentes son el dolor, la tumefacción localizada en un cuadrante de la glándula y fiebre. En ocasiones la hipertermia precede a la aparición de la inflamación en la mama. En general los síntomas y signos se establecen en forma aguda refiriendo la paciente malestar general, cefalea y, en ocasiones, escalofríos.

Si se interrumpe la lactancia, la isquemia tisular asociada con el estasis de la leche y la demora en la instalación del tratamiento antibiótico, favorecen la formación de abscesos que están presentes en el 1 % de las pacientes.

### Diagnóstico

El diagnóstico de mastitis y abscesos superficiales se realiza a través del examen físico. En general son subareolares y se identifican al palpar el área eritematosa y dolorosa. Dado el actual aumento de prevalencia de esta patología y su mayor gravedad, la sospecha de mastitis requiere la consulta inmediata.

Algunas estructuras de la mama (ligamentos de Cooper), actúan como barrera para mantener el proceso restringido a un solo lóbulo. Las colecciones retromamarias son más difíciles de identificar y en estos casos la mamografía o ecografía es necesaria.

## Tratamiento

El tratamiento antibiótico y el drenaje manual de la glándula deben ser instituidos precozmente. En general se trata de una patología no complicada que puede ser adecuadamente tratada en forma ambulatoria, sin embargo, es importante indicar reposo para la madre y licencia por enfermedad si trabaja en relación de dependencia.

El tratamiento farmacológico solo será indicado por profesional médico. Las cefalosporinas de primera generación (250 a 500 mg cada 6 horas) por vía oral durante 7-10 días son la primera opción terapéutica, siempre que no se sospeche *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente.

También están recomendados otros antibióticos como amoxicilina/ácido clavulánico (500 mg/125 mg/8 hs) y TMP-SMZ (800 mg/160 mg/12 has), clindamicina 300 mg /8hs por iguales períodos. Algunos autores recomiendan eritromicina, ampicilina o penicilinas cuando se aíslan microorganismos sensibles. Solo en casos excepcionales deberá indicarse antibióticos parenterales (compromiso del estado general o falla de respuesta al tratamiento).

*La mayor parte de las veces no es necesario contraindicar la lactancia*

## Absceso

Proceso infeccioso que compromete todo el tejido mamario. Es una complicación no muy frecuente de la mastitis. Para comprobar si existe material purulento junto con la leche, colocar unas gotas de esta sobre un algodón: si hay pus, quedara en la superficie del algodón; la leche, por el contrario, escurrirá fácilmente. Ante el diagnostico de absceso se indicaran antibióticos (pueden plantearse los mismos esquemas referidos para la mastitis), debe realizarse el drenaje por punción o quirúrgico, y enviar material a cultivo y a estudio anatomo-patológico.

Se suspenderá transitoriamente la lactancia de la mama afectada, empleando técnicas suaves de ablandamiento (masaje y/o extracción manual para mantener buen flujo y no disminuir la producción). Restablecer el amamantamiento del pecho afectado apenas cese la eliminación canalicular de pus. Esta decisión debe ser consensuada entre los profesionales que atienden al binomio.

## ■ *Puntos clave*

- Durante el control los cuidados deben estar centrados en la madre, el niño y su familia y brindarse con amabilidad, respeto y dignidad, siendo esencial establecer una adecuada comunicación del equipo de salud con la mujer y su familia, tomando en cuenta su cultura, sus costumbres, su nivel de educación y su idioma.
- Las mujeres deberán recibir información relevante y oportuna que las ayude a tomar un rol protagónico en sus propios cuidados en salud y los de su bebe y a reconocer y responder ante un problema.
- El cuidado que ambos deben recibir durante esta etapa deberá garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos y adecuados de cualquier desviación en la recuperación satisfactoria luego del nacimiento.

## \* Ejercicio 4 de Comprensión y Aplicación

### ■ Marina, 35 años.

Concurre al centro de salud porque le duele la mama derecha hace 2 días. Marina tiene un bebé, Juan, de 4 meses que es alimentado con leche materna exclusivamente. Sus antecedentes ginecológicos son: primer embarazo el de Juan, actualmente utiliza preservativos como método anticonceptivo. Durante su embarazo realizó los controles en el centro, tuvo un parto normal, Juan pesó 3.800 kg, midió 53 cm. No presenta antecedentes de enfermedades. Actualmente no trabaja fuera de su casa y su esposo de 42 años trabaja en la municipalidad, es administrativo. Durante la anamnesis Marina comenta que no puede darle el pecho con esa mama por el dolor, que no vio sangre y tuvo un registro febril hoy a la mañana.

Al examen usted constata: T 38°C, mama derecha aumentada de tamaño, con aumento de la temperatura y enrojecimiento de la zona; dolor intenso a la palpación de la mama y de la axila.

**1er paso:** Defina los problemas de salud de Marina

.....  
.....

¿Solicitaría estudios? Justifique sus respuestas

.....  
.....

**2do paso:** ¿Cuáles serían sus objetivos terapéuticos con esta paciente? ¿Qué consejos le brindaría?

.....  
.....

**3er paso:** ¿Qué conducta terapéutica adopta para conseguir los mismos?

.....  
.....

**4to paso:** ¿Realizaría alguna prescripción? ¿Continúa la lactancia materna?

.....  
.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Marina.

remediAR	
Diagnóstico	CEPS-AP

.....  
.....

**5to paso:** De instrucciones a la paciente

.....

.....

**6to paso:** ¿Qué seguimiento realizaría con esta paciente?

.....

.....

■ **Eugenia, 29 años.**

Concurre al centro de salud para realizar su primer control postparto luego del alta hospitalaria. Hace 10 días tuvo su primer hijo, Camilo. Eugenia realizó los controles del embarazo en el centro, excepto en los últimos dos meses, ya que fue derivada a otro centro por presentar diabetes gestacional. No requirió insulina, si un plan nutricional. Camilo nació por parto natural, pesó 3.550 kg, midió 50 cm. Eugenia refiere que se encuentra bien, algo cansada, que Camilo se prende bien al pecho, que es alimentado solo con su leche y que siente dolor en la herida del parto hace 2 días y olor feo por momentos. Le comenta que se higieniza la herida varias veces al día.

Al examen los pechos se encuentran sin dolor a la palpación y los pezones no presentan grietas. Al realizar el examen ginecológico usted observa la zona de la episiotomía con los bordes eritematosos, herida húmeda, no supura, si tiene olor y dolor. Afebril.

**1er paso:** Defina los problemas de salud de Eugenia

.....

.....

¿Qué otras prácticas realizaría en el examen físico? ¿Solicitaría estudios? Justifique sus respuestas

.....

.....

**2do paso:** ¿Cuáles serían sus objetivos terapéuticos con esta paciente? ¿Qué consejos le brindaría?

.....

.....

**3er paso:** ¿Qué conducta terapéutica adopta para conseguir los mismos?

.....

.....

**4to paso:** ¿Realizaría alguna prescripción? ¿Continúa la lactancia materna?

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Eugenia

remediAR	
Diagnóstico	CEPS-AP

.....  
.....

**5to paso:** De instrucciones a la paciente

.....  
.....

**6to paso:** ¿Qué seguimiento realizaría con esta paciente?

.....  
.....

¿Qué vacunas tiene que tener aplicadas Eugenia?

.....  
.....

Eugenia concurre al control al 4to día refiriendo que se encuentra bien, usted la examina y la herida está evolucionando adecuadamente, no se encuentran los bordes eritematosos, no tiene dolor ni olor y se está secando. Durante el examen ella le pregunta cuando puede retomar su actividad sexual y qué métodos anticonceptivo podría utilizar. ¿Qué consejos le brinda?

.....  
.....  
.....

**RECUERDE**  
LLEVAR SUS RESPUESTAS  
Y COMENTARIOS AL ENCUENTRO PRESENCIAL  
PARA DISCUTIR CON SUS COLEGAS.

## Anexo 1

# Crterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuaci3n del uso de m3todos anticonceptivos.

## Resumen

		ACO	ACI	ASPO	AMPD	IMPLANTE	DIU cobre			
1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA	Edad	Desde la menarca hasta los 18 años	1	1	1	2	1	2		
		Desde los 18 a los 39 años	1	1	1	1	1	1		
		Desde los 40 años y más	2	2	1	1	2	1	1	
	Nuliparas		1	1	1	1	1	1	2	
			1	1	1	1	1	1	2	
	Lactancia materna	Hasta las 6 semanas post parto	4	4	3	3	3			
		6 semanas a 6 meses post parto (con lactancia exclusiva)	3	3	1	1	1			
		6 meses post parto o más	2	2	1	1	1			
	Post parto (no amamantando)	Menor a 21 días	3	4	3	4	1	1	1	
		Entre 21 días y 42 días	2	3	2	3	1	1	1	
		Mayor a 42 días	1	1	1	1	1	1	1	
	Post parto (amamantando o no, incluido post cesárea)	Menor a 48 horas							1	
		Entre 48 horas y 4 semanas							3	
		Mayor a 4 semanas							1	
	Post aborto	Primer trimestre	1	1	1	1	1	1	1	
Segundo trimestre		1	1	1	1	1	1	2		
Tabaquismo	Edad menor a 35 años	2	2	1	1	1	1	1		
	Edad mayor o igual a 35 años y consume MENOS de 15 cig/día	3	2	1	1	1	1	1		
	Edad mayor o igual a 35 años y consume MAS de 15 cig/día	4	3	1	1	1	1	1		
Obesidad (IMC mayor a 30 kg/m2)		2	2	1	1	1	1	1		
2. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad mayor, fumar, DBT, HTA, etc)		3	4	3	4	2	3	2	1
	Hipertensi3n	Historia de presi3n alta donde no se puede evaluar	3	3	2	2	2	2	1	
		Antecedentes de HTA con presi3n controlada y se puede evaluar	3	3	1	2	1	1	1	
		Máxima entre 140 y 159 / Mínima entre 90 y 99	3	3	1	2	1	1	1	
		Máxima mayor de 160 y/o Mínima mayor de 100	4	4	2	3	2	2	1	
	Antecedente de HTA durante el embarazo con TA actual normal		2	2	1	1	1	1	1	
	Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar	Antecedentes	4	4	2	2	2	2	1	
		Aguda	4	4	3	3	3	3	1	
		Con tratamiento anticoagulante	4	4	2	2	2	2	1	
	Cirugía menor sin inmovilizaci3n		1	1	1	1	1	1	1	
	Trombofilias conocidas (Factor V de Leiden, deficiencia de Proteína S, C antitrombina, etc)		4	4	2	2	2	2	1	
	Anticuerpos antifosfolípidos positivos		4	4	3	3	3	3	1	
	Hiperlipidemia diagnosticada <sup>5</sup>		2	3	2	3	2	2	1	
	3. ENFERMEDADES ENDOCRINOLÓGICAS	Trastornos tiroideos	Hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1	1
			Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	1	1
Diabetes		Sin enfermedad vascular y NO insulina dependiente	2	2	2	2	2	2	1	
		Sin enfermedad vascular e insulina dependiente	2	2	2	2	2	2	1	
		Neuropatía/ retinopatía/ nefropatía	3	4	3	4	2	3	2	1
		Otra enfermedad vascular o DBT de más de 20 años de evoluci3n	3	4	3	4	2	3	2	1
4. TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	Cefaleas <sup>6</sup>	No migrañosas	I1	C2	I1	C2	1	1	1	
		Migraña sin aura en menores de 35 años	I2	C3	I2	C3	I1	C2	2	1
		Migraña sin aura en mayores de 35 años	I3	C4	I3	C4	I1	C2	2	1
		Migraña con aura (preguntar: "¿ve una mancha luminosa antes de que aparezca el dolor de cabeza?")	4	4	I2	C3	I2	C3	I2	C3
Epilepsia (VER DETALLADAMENTE INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS)		1	1	1	1	1	1	1		
Miomas uterinos		1	1	1	1	1	1	1		
5. INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO	Cánceres	Cáncer de mama (actual)	4	4	4	4	4	4	1	
		Historia familiar de cáncer de mama	1	1	1	1	1	1	1	
		Cáncer cérvico-uterino	2	2	1	2	2	2	I4	C2
		Cáncer de ovario	1	1	1	1	1	1	I3	C2
	Neoplasia intraepitelial cervical		2	2	1	2	2	2	1	
	Hemorragia genital inexplicada (antes de la evaluaci3n)		2	2	2	3	3	3	I4	C2
	Enfermedad inflamatoria pélvica	Actual	1	1	1	1	1	1	I4	C2 <sup>8</sup>
		Pasada	1	1	1	1	1	1	1	2 <sup>1</sup>
Infecciones de transmisi3n sexual (ITS) Ver también interacciones medicamentosas	Gonorea y clamidiasis u otras formas de cervicitis purulenta		1	1	1	1	1	1	I4	C2
	Otras ITS y vaginitis		1	1	1	1	1	1	2	
	Alto riesgo de ITS		1	1	1	1	1	1	I2/3	C2
	Infecci3n por VIH o SIDA <sup>10</sup>		1	1	1	1	1	1	I2/3 <sup>11</sup>	C2
6. ENFERMEDADES DEL HIGADO	Hepatitis viral	Hepatitis aguda o exacerbaci3n	I4	C2	I3	C2	1	1	1	1
		Portadora de hepatitis viral o hepatitis cr3nica	1	1	1	1	1	1	1	1
	Cirrosis	Leve (compensada)	1	1	1	1	1	1	1	1
		Grave (descompensada)	4	3	3	3	3	3	1	
	Antecedente de colestasis	Relacionada con el embarazo	2	2	1	1	1	1	1	
		Relacionada con los anticonceptivos orales	3	2	2	2	2	2	1	
7. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS	Antibióticos	Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1	1	1	
		Rifampicina o rifabutina <sup>12</sup>	3	2	3	1	2	1	1	
	Antifúngicos/ antiparasitarios		1	1	1	1	1	1	1	
	Anticonvulsivantes	Algunos anticonvulsivantes <sup>13</sup> (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato)	3	2	3	1	2	1	1	
		Lamotrigina <sup>14</sup>	3	3	1	1	1	1	1	
	Antirretrovirales <sup>15</sup>	Inhibidores nucleosidos de la transcriptasa reversa		1	1	1	1	1	1	
Inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa reversa		2	2	2	2	2	2			
Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir		3	3	3	3	2	2			

Fuentes: - Organizaci3n Mundial de la Salud: Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4<sup>a</sup> ed, Ginebra. OMS, 2009

- Department of Reproductive Health and Research: Combined hormonal contraceptive use during the postpartum period. OMS, 2010.

- Este cuadro es un resumen. Para ampliar informaci3n sobre lo que aqu3 aparece o sobre otras situaciones o patologías, consultar <http://www.who.int/reproductivehealth/publications>

## REFERENCIAS/CATEGORÍAS

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

## ABREVIATURAS

- ACO:** Anticonceptivo combinado oral  
**ACI:** Anticonceptivo combinado inyectable (mensual)  
**ASPO:** Anticonceptivo Sólo de Progestágeno Orales  
**AMPD:** Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito (anticonceptivo sólo de progestágeno inyectable trimestral)  
**DIU:** Dispositivo intrauterino

## INICIO Y

## CONTINUACIÓN

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

- Anticonceptivo Hormonal de Emergencia: NO tiene contraindicaciones. Todas las situaciones son categoría 1 y 2.

1. En mujeres de 45 años o más, el AMPD es categoría 2.

2. Según los criterios de elegibilidad del REINO UNIDO el ASP Orales e implante son categoría 1 y el AMPD 2; y según los criterios del CDC de EEUU, los tres métodos son categoría 2. La recomendación del PNS-SyFR es que la mujer se retire al alta médica con el método (en caso de haber optado por alguna de estas opciones). Se prioriza no perder la oportunidad.

3. Si la mujer presenta otros factores de riesgo de TVP (antecedente personal de TVP, trombofilia, inmovilidad, transfusión sanguínea en el parto, BMI mayor a 30 kg/m<sup>2</sup>, hemorragia postparto, preeclampsia, tabaquismo), es categoría 4.

4. Si la mujer presenta otros factores de riesgo de TVP (idem anterior), es categoría 3.

5. NO son necesarios los estudios de lípidos de rutina para el uso seguro de los métodos anticonceptivos.

6. Si la mujer desarrolla cefalea durante el uso de anticonceptivos, debe realizarse la correspondiente consejería de seguimiento y evaluación.

7. Si existe distorsión de la cavidad uterina es categoría 4.

8. Si se diagnostica EPI durante el uso de DIU, no es necesario retirarlo para iniciar el tratamiento antibiótico. Se evaluará el retiro en función de la evolución de la enfermedad y de la respuesta al tratamiento.

9. Si no ha tenido partos después del episodio de EPI, es categoría 2.

10. Para ampliar la información de Anticoncepción y VIH consultar: Guía de atención integral de las mujeres con infección por VIH. Msal-UNFPA 2009 [www.msal.gov.ar/sida](http://www.msal.gov.ar/sida)

11. Si la mujer se encuentra clínicamente bien con la terapia antirretroviral, tanto la inserción como la continuación son categoría 2.

12. Si bien la terapia con ACO y rifampicina no produce daño en las mujeres, podría reducir la eficacia del anticonceptivo. Por este motivo debe recomendarse el uso de otros métodos. De elegir ACO, debe usar una preparación que contenga un mínimo de 0,03 mg de etinilestradiol.

13. Si bien la interacción con ACO y ASP Orales no produce daño en las mujeres, podría reducir la eficacia del anticonceptivo. Por este motivo debe recomendarse el uso de otros métodos en usuarias crónicas de estos fármacos anticonvulsivantes. De elegir ACO, debe usar una preparación que contenga un mínimo de 0,03 mg de etinilestradiol.

14. La recomendación se aplica sólo en los casos de monoterapia con lamotrigina. Los niveles de lamotrigina pueden disminuir durante el uso de los ACO.

15. Ver Guía de atención integral de las mujeres con infección por VIH. Msal-UNFPA 2009 [www.msal.gov.ar/sida](http://www.msal.gov.ar/sida). Ante el riesgo de que las interacciones puedan afectar la seguridad y eficacia del anticonceptivo y el antirretroviral, se recomienda siempre el uso sistemático de condones. El objetivo es prevenir la transmisión del VIH y compensar cualquier reducción posible en la eficacia del método anticonceptivo. Si se usa ACO, usar una preparación que contenga como mínimo 0,03 mg de etinilestradiol. Para más información: [www.hiv.druginteractions.org](http://www.hiv.druginteractions.org)

## PRÁCTICAS Y NIVEL DE RECOMENDACIÓN

Existen tres categorías con niveles de recomendación en las cuales se organizan las prácticas para el uso seguro de los MAC. Conocer estas categorías es necesario para identificar qué prácticas son recomendadas o innecesarias al evaluar la elegibilidad de cada método anticonceptivo:

- **Categoría A:** Esencial y obligatoria en todas las circunstancias para un uso seguro y efectivo.
- **Categoría B:** Contribuye sustancialmente para un uso seguro y efectivo, pero su implementación puede ser considerada según el contexto. Se debe realizar una valoración costo-beneficio.
- **Categoría C:** Puede ser apropiado como prevención del cuidado de la salud pero no contribuye sustancialmente para el uso seguro y efectivo del método.

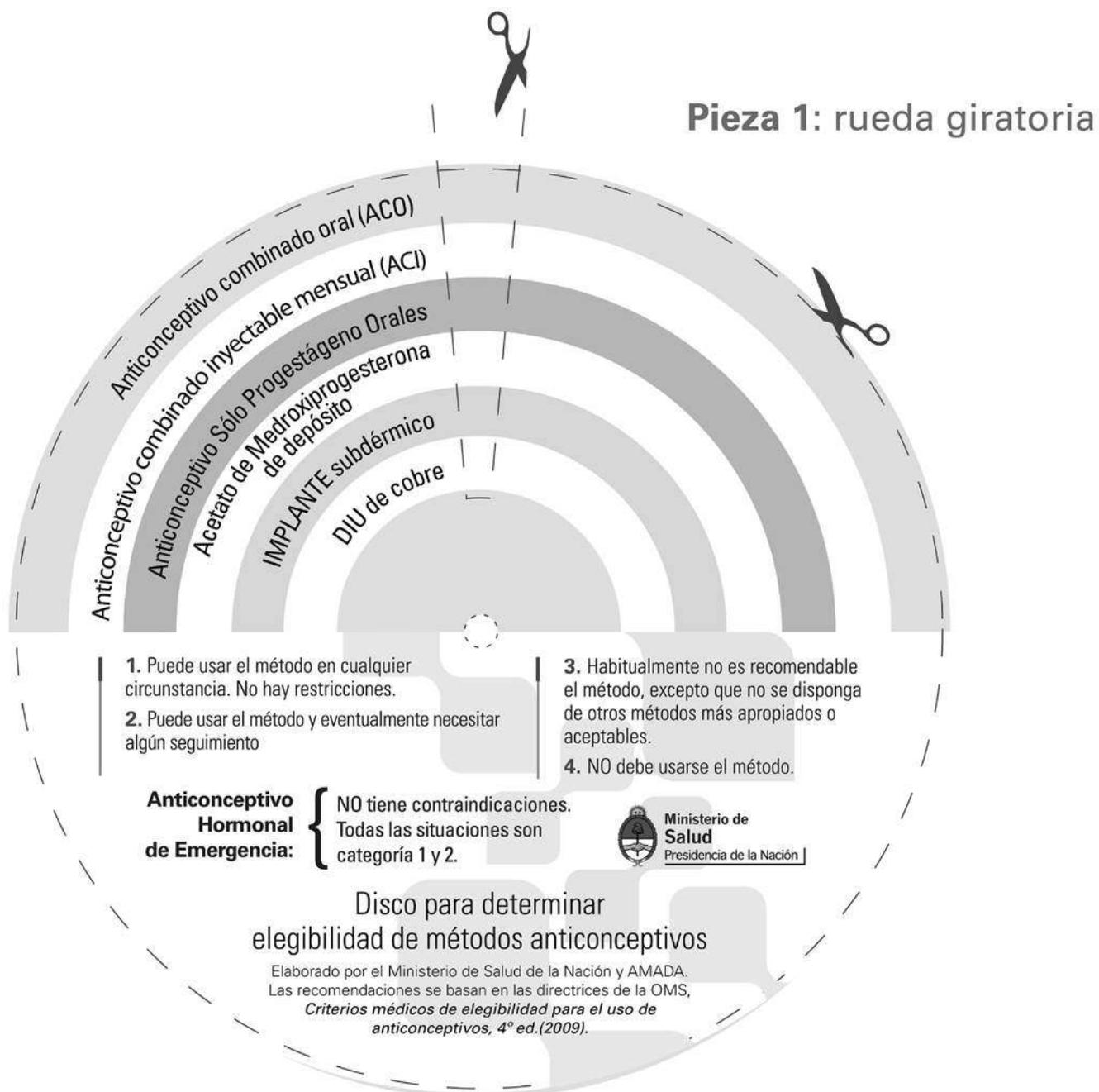
Método anticonceptivo	A. hormonales combinados	A. sólo de progestágenos	DIU	Métodos de barrera
Examen ginecológico	C	C	A	C/A
Examen mamario	C	C	C	C
Citología cervical - Colposcopia	C	C	C	C
Laboratorio de rutina	C	C	C	C
Pesquisa de ITS	C	C	B <sup>1</sup>	C
Tensión arterial	A/B <sup>2</sup>	C	C	C

1. Se recomienda evaluar con la mujer la posibilidad de estar cursando de modo asintomático una infección por Clamidia o Gonorrea al momento de la colocación del DIU.

2. En situaciones en donde los riesgos de embarazo son altos, y los métodos hormonales están entre los pocos métodos ampliamente disponibles, no debe negarse a la mujer el uso de métodos hormonales solamente porque no se le puede medir la presión arterial.

• Fuentes: Adaptado de "Selected practice recommendations for contraceptive use OMS" 2<sup>a</sup> edición 2004 y Update 2008. Basado del Johns Hopkins. Baltimore. USA - 1999

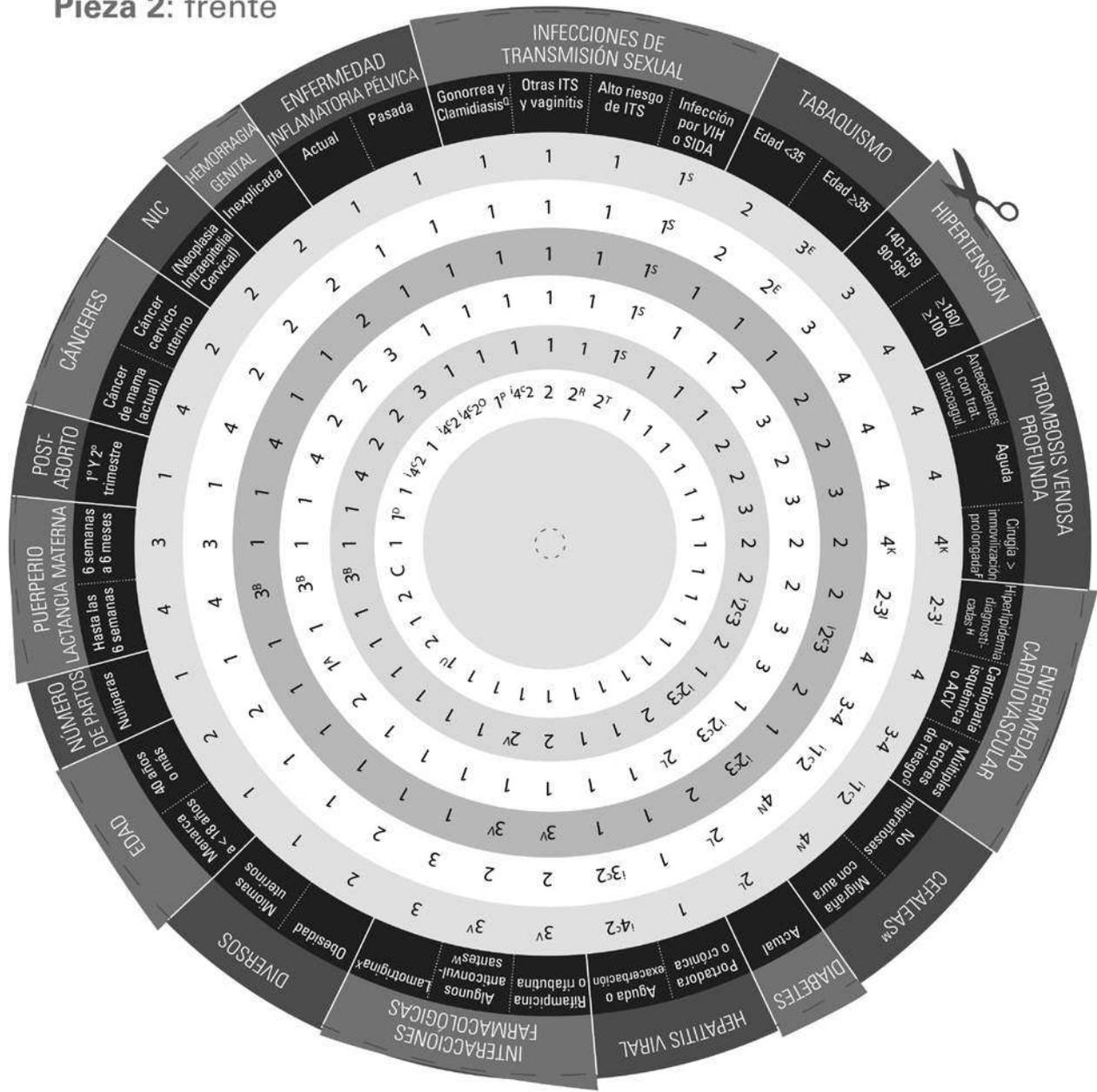
## Rueda de criterios de elegibilidad



Las instrucciones de armado son las siguientes:

- 1) Recortar por la línea de puntos las tres piezas.
- 2) Pegar entre sí las piezas 2 y 3 para que formen 2 caras de un mismo círculo (frente y dorso).
- 3) Colocar la pieza 1 delante de la pieza 2 y unirlas por el centro con gancho mariposa.

Pieza 2: frente



## Pieza 3: dorso

**Características y afecciones en las que todos los métodos entran dentro de las categorías 1 y 2 (se pueden utilizar)**

Alto riesgo de VIH	Edad: 18-39	Tras un aborto (sin sepsis)
Anemias, entre ellas la drepanocitosis y la talasemia	Endometriosis	Trastornos tiroideos
Antecedentes de cirugía pélvica, incluida la cesárea	Epilepsia	Tratamientos con antibióticos (excluida la rifampicina o rifabutina)
Antecedentes de diabetes gestacional	Esquistosomiasis (bilharziasis)	Tratamientos con antibióticos o antiparasitarios
Antecedentes de embarazo ectópico	Hemorragias menstruales irregulares, intensas o prolongadas	Tuberculosis (aunque en caso de tuberculosis genital no se puede utilizar el DIU)
Antecedentes de hipertensión durante el embarazo	Hepatitis vírica (portadora o crónica)	Tumores ováricos benignos, incluidos los quistes
Cirrosis leve	Intervención quirúrgica sin inmovilización prolongada	Valvulopatía cardíaca no complicada
Depresión	Mastopatías: antecedentes familiares, mastopatías benignas y tumoraciones no diagnosticadas	Venas varicosas
Dismenorrea	Paludismo	

**Notas acerca de las afecciones**

- A. 2 si es > 45 años.
- B. Según los criterios de elegibilidad del REINO UNIDO los ASP Orales e implante son categoría 1 y el AMPD 2; y según los criterios del CDC de EEUU, los tres son categoría 2.
- C. Puede insertarse ≤ 48 horas o ≥ 4 semanas postparto.
- D. 2 si es del 2º trimestre.
- E. Si consume mas de 15 cigarrillos/día, ACO es 4 y ACI es 3.
- F. Cirugía menor sin inmovilización; 1 para todos los métodos.
- G. Incluyen: edad mayor, fumar, DBT, HTA.
- H. NO es necesario lipidograma de rutina para el uso seguro de MAC.
- I. Depende del tipo, severidad, y presencia de otros factores de riesgo cardiovascular. 2 si es sin inmovilización prolongada.
- J. Se aplica igual categoría para hipertensión controlada y para historia de presión alta donde no se puede evaluar.
- K. Se sugiere suspensión de los anticonceptivos previo a la cirugía.
- L. 3 y 4 en caso de diabetes complicada o de duración > 20 años.
- M. Si la mujer desarrolla cefalea durante el uso de anticonceptivos, debe realizarse la correspondiente consejería de seguimiento y evaluación.
- N. 1,2, C:3 en caso de migraña sin aura y edad < 35 años. 1:3 y C:4 en caso de migraña sin aura y edad > 35 años.
- O. Si aparece durante el uso de DIU, puede seguir utilizándolo durante el tratamiento.
- P. 2 si no ha tenido partos posteriormente.
- Q. U otras formas de cervicitis purulenta.
- R. 3 si hay gran probabilidad de exposición a gonorrea o clamidiasis.
- S. 2 si esta con INNTI. 3 si esta con IP reforzados con Ritonavir.
- T. 3 si tiene Sida, mal estado general o sin adecuada respuesta al tratamiento antiretroviral.
- U. 4 si existe distorsión de la cavidad uterina.
- V. Podría reducir la eficacia del anticonceptivo.
- W. Fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato.
- X. Se aplica sólo en los casos de monoterapia con lamotrigina, ya que sus niveles pueden disminuir con el uso de ACO.

**Notas de Inicio y Continuación de uso**

i: inicio  
c: continuación

Se ubican delante del número de referencia.  
Ej: 1<sup>i</sup> 2<sup>c</sup> 3



## Disco Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

### EL DISCO

Este disco resume los criterios médicos que hay que tener en cuenta al momento de elegir un método anticonceptivo, y está basado en la publicación *Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la OMS, 4ª ed.* (2009). Fue adaptado a los métodos anticonceptivos de la canasta básica del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación.

El disco orienta a los equipos de salud sobre la seguridad y efectividad de los diferentes métodos anticonceptivos frente a posibles situaciones o afecciones que pueda presentar una usuaria.

“El disco ofrece recomendaciones sobre seis tipos de anticonceptivos de uso común:

1. Anticonceptivo combinados orales ACO
2. Anticonceptivos combinados inyectables (mensual) ACI
3. Anticonceptivos solo de progestágeno orales ASPO
4. Anticonceptivos inyectables solo con progestágenos: acetato de medroxiprogesterona de depósito (trimestral) AMPD
5. Implante subdérmico
6. Dispositivos intrauterinos de cobre (DIU)”

**Condiciones médicas sin restricciones:** hay algunas condiciones médicas en las que se pueden utilizar todos los métodos, es decir que entran en las categorías 1 o 2. Estas figuran al dorso del disco.

Las orientaciones de este disco se aplican especialmente al inicio del tratamiento anticonceptivo. En la directriz Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos figuran las recomendaciones acerca de la continuación del tratamiento en caso de que la mujer presente un trastorno médico durante la utilización de un método anticonceptivo.

### CÓMO USAR EL DISCO

El instrumento alinea los métodos anticonceptivos con los diferentes trastornos médicos. Los números que aparecen en la ranura indican si una mujer con un determinado trastorno puede comenzar a usar el método anticonceptivo correspondiente:

- 1= Sí:** se puede utilizar el método en cualquier circunstancia
- 2= Sí:** generalmente se puede utilizar el método
- 3= No:** habitualmente no se recomienda el método, a no ser que no haya otros métodos más apropiados disponibles o aceptables
- 4= No:** NO utilizar el método

Las categorías 1 y 4 son recomendaciones claramente definidas. Las categorías 2 y 3 requieren más elementos clínicos de juicio y pueden necesitar un seguimiento cuidadoso. Si la capacidad clínica es limitada, las categorías 1 y 2 significan que se puede utilizar el método, mientras que las categorías 3 y 4 significan que no se debe utilizar.



Ministerio de  
Salud  
Presidencia de la Nación

## – Bibliografía

### Introducción al ciclo reproductivo y Trastornos del ciclo menstrual

- Pérez Sánchez A. Capítulo: Ciclo menstrual. Ginecología. 2º edición. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. 1995.
- Rubinstein A, Terrasa S. Capítulo: Trastornos del ciclo menstrual. Medicina Familiar y Práctica ambulatoria. 2.ª Ed. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2006.
- Vigil y col. Predicción de ovulación en mujeres normales. Rev Latinoam Fertil Estéril. 1992. 6:87-91.
- Dreyer C, Bakalar K y coll. Introducción a Trastornos del Ciclo Menstrual. Amenorrea Secundaria. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria. Vol 4 N°. 2. Marzo Abril 2001.

### Métodos anticonceptivos

- Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Programa nacional de Salud Sexual y Procreación responsable – Ministerio de Salud de la Nación, Bs. As, 2012.
- Anticoncepción hormonal de emergencia. Guía de procedimientos para profesionales de la salud. Métodos anticonceptivos. Programa nacional de Salud Sexual y Procreación responsable, Ministerio de Salud de la Nación, Bs. As. 2007.
- Ligadura tubaria. Documento científico. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación. Marzo 2009.
- Anticoncepción quirúrgica. Varones. Métodos anticonceptivos. Secretaría Programas Sanitarios. Ministerio de Salud de la Nación. Marzo 2008.

### Seguimiento del embarazo normal o de bajo riesgo

- Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Edición 2013.
- Zarate M. Seguimiento del embarazo normal. PROFAM Salud de la mujer. Rubinsten E, Zarate M y coll. 3era Edición. Buenos Aires. Fundación MF "Para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud". 2006.
- Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires. Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parte y puerperio de bajo riesgo. Buenos Aires Salud.
- Ministerio de Salud de la Nación. Nutrición y Embarazo. Recomendaciones en Nutrición para los equipos de salud –Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2012.
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de salud Materno infantil. Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección neonatal precoz por Estreptococo Hemolítico del Grupo B (EGB).2004.

### Control puerperal

- Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Edición 2013 of streptococcal pharyngitis or pyoderma alter the risk of glomerulonephritis? J Infect Dis 1971; 124:229.

## *– Autores 2015*

### **Introducción al ciclo reproductivo y Alteraciones del ciclo menstrual**

Iara Alonso, médica. Especialista en Medicina Familiar. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Unidad de Desarrollo Estratégico y Gestión para la Calidad, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP).

### **Métodos anticonceptivos y Seguimiento de embarazo normal**

Silvia Spina, médica. Especialista en Medicina Familiar. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Unidad de Desarrollo Estratégico y Gestión para la Calidad, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP).

### **Control puerperal**

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud de la Nación.

## *– Revisores 2015*

### **Introducción al ciclo reproductivo y alteraciones del ciclo menstrual**

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación.

### **Métodos anticonceptivos**

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación.

### **Seguimiento de embarazo normal y control puerperal**

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud de la Nación.

### **Vacunación durante la planificación familia, embarazo y puerperio**

Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

### **Responsable Editorial:**

Dr. Ernesto Antunez

### **Coordinación Editorial 2015:**

Médica, Romina Gaglio.

Médica, Analía Gil.

### **Procesamiento Didáctico 2015:**

Lic. Amanda Galli.

## **Comisión Asesora 2015**

### **Grabriel Battistella. Universidad de Buenos Aires**

Médico. Especialista en Clínica Médica y Medicina Familiar. Docente del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad de Buenos Aires. Director del Centro de Salud y Acción Comunitaria N°41, Hospital Cosme Argerich.

### **Ariel Sergio Gómez. Universidad Adventista del Plata**

Médico. Especialista en Clínica Médica. Médico de planta del Servicio de Clínica Médica del Sanatorio Adventista del Plata. Docente Titular de la Cátedra de Farmacología, Carrera de Medicina, Universidad Adventista del Plata.

### **Mario Germán Pagno. Universidad Nacional del Nordeste**

Médico. Especialista en Medicina Interna. Profesor adjunto Cátedra I Medicina, Facultad de Medicina de Universidad Nacional del Nordeste. Director asociado del Área docencia e investigación del Hospital Escuela General San Martín, provincia de Corrientes-Argentina.

### **Andrea Perrot. Instituto Universitario CEMIC**

Médica. Especialista en Medicina Familiar y General. Docente del Instituto Universitario CEMIC, Facultad de Ciencias de la Salud.

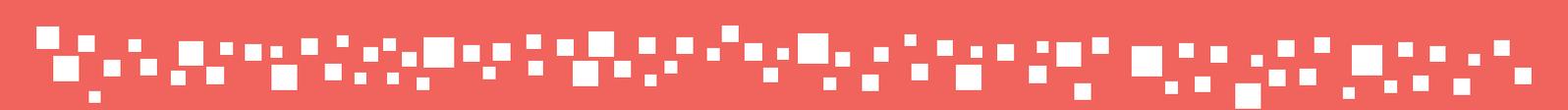
### **Daniela Pirotti. Universidad Maimónides**

Médica. Especialista en Medicina Familiar y General. Docente de la Universidad Maimonides, Facultad de Ciencias de la Salud.

### **Tefaha Liliana. Universidad Nacional de Tucumán**

Médica. Especialista en Clínica Médica y en Dirección de Sistemas de Salud. Profesora asociada de la Primera Cátedra de Patología y Clínica Médica. Coordinadora del Practicantado Rotatorio. Universidad Nacional de Tucumán, Facultad de Medicina.

**Diseño y puesta en página:** DCV María Angeles Méndez / COUVIC comunicación visual



*CEPS-AP*

*Clasificación Estadística  
de Problemas de Salud en  
Atención Primaria*

*Índice*



## AUTORIDADES NACIONALES

PRESIDENTA DE LA NACIÓN  
*Dra. Cristina Fernández*

MINISTRO DE SALUD  
*Dr. Daniel Gollan*

SECRETARIO DE SALUD COMUNITARIA  
*Dr. Nicolás Kreplak*

COORDINADOR GENERAL  
PROGRAMA REMEDIAR  
*Lic. Mauricio Monsalvo*

## ÍNDICE ALFABÉTICO

La *Clasificación tabular de problemas de salud* es la herramienta primordial para la codificación, pero el *Índice alfabético* es un complemento que facilita la búsqueda. De todas maneras siempre será necesario consultar la *Clasificación tabular* y sus notas.

## • Estructura

Para evitar repeticiones innecesarias, el *Índice* se ha organizado por "términos principales" que empiezan en el extremo izquierdo de una columna, y varios niveles que se desplazan hacia la derecha (términos modificativos). El término "principal" es el nombre de una enfermedad o estado patológico mientras que los términos debajo de él (los modificativos) se refieren ya sea a variaciones del estado patológico, a sitios anatómicos afectados o a circunstancias que afectan la codificación. Ejemplo:

Anemia 128  
- debida a deficiencia de  
- - hierro 125

Sin embargo en algunas expresiones diagnósticas el término principal puede ser un sitio anatómico. Ejemplo:

Corazón pulmonar (agudo) (crónico) 354

También el "término principal" -particularmente en atención primaria- puede ser una circunstancia. Así

un control de salud de un niño sano aparece en el Índice de la siguiente forma:

Control de salud  
- niño (de rutina) (sano) (normal) 800

## • Convenciones

*Paréntesis.* Los paréntesis encierran palabras complementarias que puede hallarse a continuación de un término diagnóstico sin afectar el código que corresponde a las palabras que están fuera del paréntesis. Ejemplo: **Faringitis aguda** se encuentra en el *Índice* de la siguiente forma:

Faringitis (aguda) (catarral) (infecciosa) (subaguda) 402

Si el diagnóstico fuera **Faringitis**, sin otro calificativo se le asignaría también el código 402.

Con el mismo criterio se emplean los paréntesis en la Lista tabular.

## • Referencias cruzadas

El término *ver* se utiliza en el *Índice* para evitar repeticiones. Por ejemplo:

Examen (médico) (de) (del) (por) (para) - *ver*  
Control

**NOTA:** Considerar como causa materna todas las enfermedades clasificables en otra parte cuando complican el embarazo, el parto y el puerperio (ver Nota en Capítulo XV Embarazo, parto y puerperio y categoría 624).

## A

## A

Abdomen, abdominal, dolor (es) (agudo) 710  
Abortadora habitual 624  
- sin embarazo actual 545  
Aborto (completo) (incompleto) 600  
- accidental (espontáneo) 600  
- amenaza de 602  
- complicaciones consecutivas a 600  
- intento fallido 600  
- retenido 600  
Abrasión - *ver* Traumatismo superficial 757  
Absceso (embólico) (infeccioso) (metastásico) (múltiple) (piógeno) (séptico) 450  
- abdomen, abdominal (pared) 450  
- - cavidad (peritoneo) 435  
- axila [piel] 450  
- boca (piso) 426  
- conductos y glándulas lagrimales 250  
- cutáneo 450  
- dental, dentario 425  
- faringe 418  
- hepático, hígado 436  
- intracraneal, intrarraquídeo 226  
- mama 541  
- nalga 450  
- nariz 418

- oído (medio) 301
- -externo 300
- órbita, párpado 250
- oreja 300
- órganos genitales [externos]
  - - femenino 542
  - - masculino 540
- ovario, vulva 542
- páncreas (conducto) 438
- periamigdalino 418
- perianal 434
- piel 450
- recto, rectal 434
- submandibular 426
- uterino 542
- Abstinencia, síntomas o síndromes
  - alcohol, droga 210
- Abulia 739
- Abuso (de) (del) (sin dependencia)
  - alcohol 201
  - analgésicos 206
  - antidepresivos 206
  - antiácidos 206
  - físico, sexual o psicológico 765
- Acceso (convulsivo) 731
  - epiléptico 231
- Accidente 762 – *ver naturaleza de la lesión*

- cardiovascular 358
- cerebrovascular 371
- coronario 353
- sin otra especificación 762
- Acidez 712
  - gástrica 430
- Acidosis 160
  - diabética - *ver* 151-153
  - láctica 180
- Acné (queloide) 457
- Acúfenos 324
- Acromegalia 165
- Adelgazamiento 734
- Adenitis - *ver* Linfadenitis (cervical) (mesentérica) 377
- Adenocarcinoma – *ver* Tumor maligno
- Adenoiditis adenoides (crónica) 418
  - aguda 403
- Adenoma – *ver* Tumor benigno, *excepto que se indique lo contrario*
  - de próstata 536
- Adenomegalia 739
- Adenopatía 739
- Adherencias
  - peritoneales 435
  - con estrechez del prepucio 539
- Adicción 202

## A

- Adiposidad localizada 159
- Aerofagia (psicogénica) 205
- Afagia 734
  - psicógena 206
- Afasia 725
- Afonía 725
- Afta 070
  - estomatitis 426
- Agitación 724
- Agotamiento (físico) 729
  - ejercicio excesivo 768
  - senil 730
- Agranulocitosis 149
- AIDS (SIDA) 063 – *ver* Enfermedad VIH
- Aislamiento (medidas profilácticas) 819
- Alcalosis (metabólica)(respiratoria) 160
- Alcoholismo (crónico) (con psicosis) 201
- Alergia , alérgico (reacción) (alimento) 768
  - animal [pelo, plumas, etc.] 418
  - asma 421
  - bronquitis, bronquial 419
  - cosméticos, perfumes 453
  - dermatitis 453
  - droga, medicamento, producto biológico 769
  - eccema 453
  - lana, polen, polvo 418

- rinitis 418
- sustancias transportadas por el aire 418
- vías respiratorias superiores 418
- Aleteo auricular 358
- Algia 728 - *ver* Dolor *por localización*
- Alimentación, problemas de 734
  - hábitos o dieta inapropiados 869
  - origen no orgánico 210
  - - en la infancia y la niñez 210
- recién nacido 649
- régimen de 869
- Alimento (s)
  - asfixia (por aspiración o inhalación) (atoro con atragantamiento) 762
  - falta de 768
  - sofocación 762
- Alopecia 456
- Alteración – *ver* estado patológico
  - endócrina, hormonal 165
  - visión, visual 299
  - voz 725
- Alucinaciones 724
- Alzheimer, enfermedad de 229
- Amebiasis, amibiasis 005
- Amenaza de
  - aborto 602
  - parto prematuro 608

## A

Amenorrea 544  
 Ametropía 256  
 Amigdalitis (aguda) (subaguda) (infecciosa) (pultácea) (séptica) 403  
 - crónica 418  
 Amnesia 724  
 Ampolla, no por quemadura – *ver*  
 Traumatismo superficial *por localización*  
 Amputación traumática (completa) (parcial) (múltiples regiones del cuerpo) 762  
 Anemia 128  
 - aplásica 127  
 - debida a deficiencia de  
 - - folato 125  
 - - hierro 125  
 - - proteínas 125  
 - - vitamina B12 125  
 - ferropénica 125  
 - hemolítica adquirida 126  
 - hemolítica hereditaria 126  
 - hipocrómica 125  
 - megaloblástica 125  
 - nutricional 125  
 - post hemorrágica aguda 127  
 - que complica el embarazo, parto y puerperio 612  
 - secundaria a pérdida de sangre (crónica)

125  
 - sideropénica 125  
 Aneurisma 373  
 - aorta 373  
 - arteria coronaria 353  
 - arteria pulmonar 354  
 - arteriovenoso (periférico)  
 - congénito 650  
 - adquirido 373  
 - cardíaca, corazón, coronario 353  
 - cerebral (con y sin ruptura) 371  
 - otras localizaciones 373  
 Anexitis 542 – *ver* Salpingooforitis  
 Angina  
 - aguda, de garganta 402  
 - cardíaca 353  
 - crónica 416  
 - de Vincent 353  
 - de esfuerzo 353  
 - de pecho, pectoris 353  
 - estreptocócica 402  
 - garganta (bacteriana) (con placas) 402  
 - herpética 052  
 - monocítica 066  
 - pultácea 402  
 - roja 402  
 viral, virósica 402

A

Angioedema (cualquier sitio) 768  
 Angustia 205  
 Ano imperforado 653  
 Anomalía (s) – *ver* Malformación  
 - cromosómicas 699  
 - dentofacial 425  
 Anorexia 734  
 - nerviosa 206  
 - relacionada con la ingestión de alimento 734  
 Anormalidad (de) (la)  
 - fetal, complicando el embarazo 608  
 - latido cardíaco 700  
 - - período perinatal 649  
 - marcha (movilidad) 722  
 - órganos pelvianos en embarazo 608  
 - respiración 705  
 Anquilostomiasis 080  
 Ansiedad 205  
 Anticoncepción, atención para:  
 - asesoramiento, consejo 820  
 - drogas para 820  
 - inserción de dispositivo intrauterino 820  
 - oral 820  
 - supervisión del uso de dispositivo intrauterino 820  
 Ántrax 450

Anuria, oliguria 723  
 - en aborto o embarazo ectópico o molar 600  
 - embarazo y parto 624  
 - puerperio 609  
 - recién nacido 649  
 Apendicitis 431  
 - aguda (con peritonitis generalizada) 431  
 - crónica (recurrente) 431  
 Aplastamiento 762  
 - tórax 762  
 Apnea 705  
 - del sueño 249  
 - recién nacido 649  
 Apósito, cambio, remoción 831  
 Aprendizaje, problemas de 209  
 Aptitud física, examen 804  
 Aracnoiditis bacteriana 225  
 Arritmia (cardíaca) (corazón) (especificada) 358  
 Arteriosclerosis – *ver* Aterosclerosis 372  
 Arteriopatía 373  
 Arteritis 373  
 - luética 030  
 - temporal, células gigantes 502  
 Artralgia 501  
 Artritis (aguda) (crónica) (subaguda) 500  
 - alérgica 500

A

- atrófica 501
- deformante 501
- gonocócica 031
- juvenil (reumática) 500
- piógena 500
- reumática (aguda)(subaguda) 350
- reumatoide 500
- - columna vertebral 503
- Artropatía (infecciosa) (reactiva) (psoriásica) 500
- Artrosis 501
- cervical 503
- columna vertebral 503
- lumbar 503
- rodilla 501
- Ascariasis, ascaridiasis (con) (complicaciones intestinales) (neumonía) (neumonítis) 080
- Ascitis 719
- Asfixia (por) 709
- inhalación
- - alimento, cuerpo extraño 757
- - monóxido de carbono, otros gases, humos y vapores 799
- Asma (bronquial) (catarral) (espasmódica) (aguda) (alérgica) 421
- obstructiva (crónica) 420

- Astenia, asténica 729
- Astenopía 299
- Astigmatismo 256
- Ataques (convulsiones)
- acinético, aquinético – ver Epilepsia 231
- angina (de pecho) 353
- angustia 205
- ansiedad 205
- bilioso - ver Vómito
- calor 768
- cardiovascular 358
- cerebral 371
- convulsivo (no especificado) 731
- corazón 353
- disociativos 205
- encefálico 371
- febril 726
- histérico 205
- isquemia cerebral transitoria 233
- pánico 205
- Ataxia 722
- hereditaria 249
- Atención (para la):
- anticoncepción – ver Anticoncepción 820
- cuidados posteriores a cirugía (orificios artificiales [Ej: colostomía] 831
- materna (por) 608

## A

- - anestesia durante el embarazo 624
- - anomalía de órganos pelvianos 608
- - embarazo prolongado 608
- - falso trabajo de parto 608
- hallazgos anormales en el examen prenatal 624
- - hemorragia anteparto 608
- - por anomalía del feto (conocida o presunta) 608
- - por muerte intrauterina 608
- - post parto 609
- - problemas de gestación múltiple 608
- - problemas de peso 624
- trastornos
- - - de la lactancia 610
- - - líquido amniótico y membranas 608
- - - placenta 608
- - retención de dispositivo anticonceptivo intrauterino 624
- médica 831
- procreación 821
- - asesoramiento, consejo 821
- riesgo quirúrgico 899
- valoración cardiológica 899
- Aterosclerosis, arteriosclerosis 372
- cerebral 371
- coronaria 353

- mesentérica 434
- pulmonar 354
- riñón 352
- Atraso (retraso)
- menstrual 544
- mental 208
- Atrofia
- mama 541
- riñón 535
- Aumento de peso en el embarazo (anormal) 624
- Autismo (infantil) (niñez) 209
- Avulsión (traumática) 761
- Ayuno (inanición) debido a falta de alimento 768
- Azoospermia 540

## A

**B**

Bacteriemia, infección 023  
51  
Bacteriuria 535  
- del embarazo 605  
- del puerperio 609  
Baja tensión 399  
Bajo peso 739  
- al nacer 626  
Bala (herida por) 761  
Balanitis, balanopostitis 540  
Balbuceo 210  
Bartholin (enfermedad de la glándula) 542  
Bartholinitis 542  
Basedow (enfermedad o síndrome) 150  
Basofilismo (Enfermedad o síndrome de Cushing) 165  
Bazo – *ver también* estado patológico  
- agrandado, esplenomegalia 715  
- estado patológico congénito 653  
- estado patológico idiopático 715  
Bebida Alcohólica (alcoholismo crónico, con psicosis) 201  
Berrinche (de la niñez) 210  
Biopsia 809  
Blastoma 108  
Blefaritis, blefaroptosis 250

Blefarconjuntivitis 251  
Blenorragia, blenorrea - *ver también*  
Gonorrea 031  
Bloqueo cardíaco (auriculoventricular) (ventricular) (trastornos de la conducción: intra ventricular) (miocárdico) 356  
- de rama izquierda y derecha del haz 356  
Bloqueo renal - *ver* Insuficiencia renal 532  
Bloqueo venoso 377  
Boca – *ver también* estado patológico  
- seca 739  
Bocio (endémico) (multinodular) (nodular) (no tóxico) (tóxico) 150  
Bolo fecal 434  
Boquera 426  
Borrachera 201  
Bostezo 705  
Bostezo psicógeno 205  
Bot, pie (congénito) 652  
Botulismo 004  
Bradiarritmia cardíaca 358  
Bradycardia (cualquier tipo) (sinusal) (vagal) 700  
Bradycardia-taquicardia, síndrome de 358  
Bradipnea 705  
Braquicardia 700  
Bridas (adherencias) (intestinales) (peritone-

**B**

ales) 435  
Broncoespasmo 424  
- con bronquiolitis aguda 414  
- con bronquitis aguda 413  
Broncoestenosis 424  
Broncolitiasis 424  
Bronconeumonía (bacteriana) (difusa) (diseminada) (lobar) NE 412  
- alérgica 424  
- con influenza o gripal 411  
- debida a aspiración sólidos y líquidos 422  
Broncopatía, bronconeumopatía 424  
Broncorragia (hemoptisis) 703  
- del recién nacido 649  
- tuberculosa 010  
Broncorrea 424  
- crónica 419  
- infecciosa 419  
- purulenta 419  
Bronquiectasia 424  
- congénita 653  
- tuberculosa 010  
Bronquiolitis (aguda) (infecciosa) (con broncoespasmo) 414  
Bronquitis (15 o más años de edad) (difusa) (hipostática) (inflamatoria) 419  
- aguda o subaguda (con broncoespasmo u

obstrucción) (séptica) (membranosa) 413  
- alérgica (asmática) 421  
- asmática 421  
- con traqueítis crónica 419  
- crónica asmática (obstruktiva) 420  
- crónica NE 419  
- del fumador 419  
- enfisematosa 420  
- en menores de 15 años 413  
- espasmódica 413  
- mucopurulenta 419  
Brucelosis (infección) 015  
Bruxismo 205  
Bulimia (nerviosa) 206  
Bursitis, bursopatía 524  
- gonocócica 031

**B**

## C

Calacio 250  
 Calambres 722  
 Cálculo  
 - biliar, vesicular 437  
 - próstata 536  
 - riñón, renal 533  
 - - con uréter e hidronefrosis 531  
 - uréter 533  
 - urinario 533  
 - vejiga, uretra 533  
 - vías urinarias inferiores 533  
 Calor, efectos de 768  
 Callo plantar 499  
 Cambio de apósitos 831  
 - molde de yeso 831  
 Campo visual 803  
 Cáncer – ver Tumor maligno  
 Candidiasis 070  
 - vagina, vulva y otras localizaciones urogenitales 070  
 Caquexia 739  
 Carhunco 015  
 Carcinoma – ver Tumor maligno  
 Cardiomegalia 358  
 Cardiomiopatía 355

- hipertensiva 352  
 - isquémica 353  
 - que complica el embarazo 613  
 - puerperal 609  
 Cardiopatía 358  
 - isquémica (crónica) 353  
 Cardiosclerosis 353  
 Carditis (aguda) (crónica) 358  
 - viral 069  
 Caries dental 425  
 Carnet escolar 800  
 Caso social 833  
 Catarata (senil) (otras cataratas) 253  
 - congénita 653  
 - diabética 153  
 Catarro 400  
 - bronquial 419  
 - crónico 418  
 - nasal (agudo) (febril) 400  
 - tubario 301  
 - vías aéreas  
 - - inferiores 415  
 - - superiores 410  
 Causa desconocida de morbilidad o no especificada 740  
 Cefalalgia, cefalea 727  
 Ceguera 299

## C

Celulitis 451  
 - boca 426  
 - nariz 418  
 - pélvica 542  
 - regiones anal y rectal 434  
 Cera oído (acumulada) (impactada) 300  
 Certificado clínico, médico, de salud, de aptitud física, incapacidad, invalidez 804  
 Cervicalgia 503  
 Cervicitis, cervicocolpitis 542  
 - debida a clamidias 032  
 Cervicobraquialgia 503  
 Cervicovaginitis 542  
 Cetoacidosis, cetosis 160  
 - diabética 153  
 - - insulino dependiente 151  
 Chagas, enfermedad 076  
 Chalazión 250  
 Chancro blando 032  
 Chequeo - ver Control de salud 800  
 Choque(shock) (cardiogénico) (hipovolémico) 732  
 - anafiláctico 769  
 - - efecto adverso de sustancia medicinal administrada correctamente 769  
 - emocional 724  
 - postoperatorio 769

Cianosis 721  
 Ciática, ciatalgia 503  
 Cicatriz (queloide) 499  
 Ciclotimia 224  
 Cifosis, Cifoscoliosis 503  
 - congénita 652  
 Cirrosis (alcohólica) (biliar) (hígado) 436  
 Cisticercosis 080  
 Cistitis (aguda) (crónica) 534  
 - debida a clamidias 032  
 Cistocele  
 - femenino 543  
 - masculino 535  
 Clamidias, enfermedad por 036  
 - debida a  
 - - transmisión sexual 032  
 Claudicación intermitente 373  
 Climaterio 544  
 Cloasma 499  
 Coagulación (defectos de) (intravascular diseminada) 129  
 Colágeno, enfermedad del 502  
 Colangitis 437  
 Colapso [síncope]  
 - cardiovascular 732  
 Colecistitis, colelitiasis (aguda) (crónica) 437  
 Cólera 006

## C

Colesteatoma, oído externo (300)  
 Colesteremia, colesterolemia 160  
 Cólico (abdominal) (recurrente) 710  
 - biliar 437  
 - hepático, hepatobiliar 437  
 - infantil 710  
 - intestinal 710  
 - renal 533  
 Colitis 001  
 - no infecciosa 433  
 - ulcerativa 433  
 Colon irritable, síndrome 434  
 Colpitis 542  
 Coma 724  
 Comedón 457  
 Comezón 453  
 Complejo venoso (trastorno) 377  
 Complicaciones (de) (del) (de la) (transfusión, inyección, dispositivos protésicos e injertos; desgarros de herida operatoria, infección post procedimientos)  
 - atención médica y quirúrgica 769  
 - del embarazo, del parto o del puerperio  
*Nota: ver Clasificación tabular de problemas de salud - Capítulo XV. Considerar como causa materna todas las enfermedades clasificables en otra parte cuando complican el*

*embarazo, el parto o el puerperio.*  
 - fertilización artificial 545  
 - tratamiento 769  
 Compresión  
 - medular, medula espinal 249  
 - nervio 235  
 Concusión [cualquier localización] 762  
 - síndrome de postconcusión 200  
 Condiloma acuminado (HPV) 032  
 Condititis 524  
 Condromalacia 524  
 - patelar (rotuliana) 501  
 Confusión 724  
 - mental 205  
 Congénita, anomalía (s) – ver Anomalías congénitas 653  
 Congestión 739  
 - bronquial 424  
 - corazón 357  
 - nasal 418  
 - ocular 251  
 - pelviana 544  
 - pulmón, pulmonar 424  
 - vías respiratorias 424  
 Conjuntivitis 251  
 - gonocócica 031  
 - perinatal 627

C

- por clamidias 036  
 - viral 067  
 - virus del herpes simple y zoster 052  
 Conmoción cerebral 762  
 Consolidación defectuosa de fractura 504  
 Constipación 434  
 Consulta (para) (por)  
 - aberturas artificiales 899  
 - anticoncepción 820  
 - asesoría sobre HIV 869  
 - dependencia de máquinas y dispositivos capacitantes 899  
 - estado de agotamiento vital, tensión física y mental 861  
 - extensión de certificado médico 804  
 - instrucción y vigilancia de dietas 869  
 - presencia de implantes 899  
 - repetición de receta 860  
 - riesgos potenciales para la salud 899  
 - sobre orientación sexual 861  
 - temor a enfermedad, sin diagnóstico 869  
 - uso de drogas, alcohol o tabaco 869  
 Contacto (con)  
 - animales venenosos 799  
 - enfermedades transmisibles 819  
 Contracción (es), contractura 722  
 - articular 501

- cervical 503  
 - músculo, muscular 524  
 - uterinas 545  
 - - cuando complica el parto 623  
 Control  
*Nota: cuando se antepone a una patología, buscar según enfermedad.*  
 - de salud 800  
 - dispositivo 830  
 - DIU 820  
 - embarazo 823  
 - - alto riesgo 824  
 - general a poblaciones definidas 808  
 - - equipos deportivos 808  
 - ginecológico 803  
 - lactante (de rutina) (sano) (normal) 800  
 - niño (de rutina) (sano) (normal) 800  
 - - residentes en instituciones 808  
 - ortopédico 803  
 - postquirúrgico 831  
 - prenatal 823  
 - prequirúrgico 803  
 - puerperio (postcesárea) 829  
 - recién nacido 800  
 Contusión (superficie cutánea intacta) [cualquier localización] 762  
 Convalecencia (consecutiva a) procedimien-

C

- tos 831  
 Convulsión (es) 731  
 - epiléptica 231  
 - febril 731  
 - histérica 205  
 - recién nacido 649  
 Coqueluche 022  
 Cor – *ver* Corazón  
 Corea 228  
 Corazón  
 - pulmonar (agudo) (crónico) 354  
 Coriorretinitis 254  
 Coriza 400  
 Coroiditis 254  
 Coronariopatía 353  
 Corrosión [cualquier localización] (lesión) (ácida) (cal) (caústica) (externa) (interna) (química) 756  
 Corte (externo) 761  
 Corticopleuritis 709  
 Coxalgia, coxartrosis 501  
 Cretinismo 150  
 Criptococosis 070  
 Crisis 740  
 - asmática 421  
 - convulsiva 731  
 - epiléptica 231  
 - hiperglucemia 741  
 - hipertensiva 351  
 - histérica 205  
 - nerviosa 724  
 - vagal 235  
 Crup (catarral) (infeccioso) (inflamatorio) (no diftérico) 403  
 Cuadruplejía 238  
 Cuerpo extraño, remoción – *ver* Herida por sitio  
 - que penetra por orificios naturales 762  
 - superficial 762  
 Curación 831  
 Cushing, síndrome de 165

## C

## D

- Dactilitis 451  
 Débil mental 208  
 Debilidad (crónica) (general) 729  
 - senil 730  
 - congénita o neonatal 649  
 Decaimiento (general) 729  
 Dedo en garra (congénito) 652  
 - adquirido 501  
 Defecto de la coagulación 129  
 Deficiencia, déficit –*ver* estado patológico  
 -de potasio 160  
 -de tiamina 158  
 -de vitamina A- D 158  
 - de yodo 158  
 -mental 208  
 - niacina (Pelagra) 158  
 - nutricional 158  
 Deformidad  
 - cromosómica – *ver* Anomalía  
 - dedos de la mano, pie, miembros (adquirida) 501  
 Degeneración  
 - macular 254  
 - miocárdica (grasa) (senil) 358  
 - retina 254  
 Delirio, delirante (no por sustancia psicoactiva) 200  
 Denuncia de violación 805  
 - debido a  
 - - alcohol 201  
 - - otras sustancias psicoactivas 202  
 Demencia (vascular) 200  
 Dengue clásico y hemorrágico 050  
 Dentición 425  
 Dependencia, adicción 202  
 Depleción de volumen 160  
 Depresión (episodio) 204  
 - ansiosa 205  
 - persistente 224  
 - postparto 206  
 Dermatitis (atópica) (de contacto) 453  
 - alérgica 453  
 - del pañal 453  
 - exfoliativa por sustancia ingerida 453  
 - gangrenosa 499  
 - herpetiforme (bullosa) (eritematosa) (pustular) (vesicular) 452  
 - párpados (eczematosa) (no infecciosa) 250  
 - peribucal 457  
 - piel seca 499  
 - por irritantes 453

## D

- purulenta 451
- seborreica 453
- séptica, supurativa 451
- Dermatofitosis 070
- Dermatomicosis 070
- Dermatomiositis juvenil 502
- Dermatopolimiositis 502
- Dermatosis 499
- Derrame
  - pericardiaco agudo 355
  - pezón 541
  - pleural 424
- Descalcificación (hueso) 504
- Descamación de la piel 721
- Descompensación 740
- Desequilibrio emocional 224
- Desgarro (traumático) 755
  - (ligamento) de rodilla 754
  - tobillo 754
  - pie 754
  - de herida operatoria 769
  - muscular 762
  - retina 254
- Deshidratación 160
  - debido a diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso 001
  - recién nacido 649

- Desmayo 739
- Desnutrición 157
  - en el embarazo 607
  - leve 156
  - moderada 155
  - severa 154
- Desorientación (confusión) 724
- Desprendimiento de retina 254
  - prematuro de placenta 608
- Desproporción fetopélvica en el embarazo (conocida o presunta) 608
- Desvanecimiento 724
- Desviación sexual 207
- Deterioro del sensorio 724
  - físico general 729
- Diabetes (mellitus) (insulino dependiente) (tipo I) 151
  - con desnutrición 153
  - en el embarazo 606
  - especificada y no especificada 153
  - juvenil (labil) 151
  - neonatal 649
  - no insulino dependiente (tipo II) 152
  - propensión a la cetosis 151
- Diarrea (de presunto origen infeccioso) (del verano) (endémica) (aguda) (entérica) (infecciosa) (disentérica) 001

**D**

- alérgica 433
- bacteriana 003
- crónica 433
- debida a Escherichia coli 003
- funcional 434
- neonatal 649
- no infecciosa 433
- vírica y otros organismos especificados 006
- Diente, dental, enfermedades de 425
- Dificultad
  - para tragar 713
  - respiratoria (del adulto) 424
  - - recién nacido 649
- Difteria 021
- Dilatación
  - abdominal en distensión (gaseosa) 714
  - cardíaca 358
  - estómago (aguda) 430
  - ventricular 358
- Diplejía 238
- Discapacidad 869
  - mental 224
- Disentería 001
- Disfagia 713
- Disfasia 725
- Disfonía 725
- Disfunción

- auditiva 324
  - neuromuscular vejiga 535
  - ovárica 165
  - sexual no orgánica 206
- Dishidrosis 453
- Dislalia (del desarrollo) 209
- Dislexia 725
- Dislipemia 160
- Dismenorrea 544
- Disnea (de esfuerzo) (paroxística) 705
  - asmática (bronquial) 421
- Dispepsia 430
  - biliar 437
- Dislipemia 160
- Disminución
  - agudeza
  - - auditiva 305
  - - visual 299
- Dispepsia
  - nerviosa, neurótica, psicógena 205
- Displasia 653
  - cuello uterino 545
  - fibrosa 504
  - mamaria benigna 541
  - vagina , vulva 545
- Distensión
  - abdominal 714

**D**

- muscular 524  
 Distonía (idiopática) (neurovegetativa) 228  
 Distrofia 734  
 - muscular 237  
 Disuria 723  
 Disquinesia 228  
 - biliar 436  
 Divertículo (diverticulitis) (diverticulosis)  
 (aguda) (múltiple) (intestinal) (duodeno) 434 -  
 esófago 427  
 - gástrico 430  
 Dolor (es) (agudo) (crónico) (generalizado)  
 728  
 - abdominal 710  
 - articular 501  
 - cabeza 727  
 - cervical, columna, dorsal, espalda, lumbar  
 radicular 503  
 - coronario 353  
 - dental, diente 425  
 - epigástrico 710  
 - espalda 503  
 - facial 727  
 - faríngeo 418  
 - fosa ilíaca 710  
 - garganta 706  
 - gas 714

- gástrico, epigástrico 710  
 - hombro 524  
 - hueso (s) 524  
 - inguinal 710  
 - isquémico 353  
 - intermenstrual 544  
 - lengua 426  
 - lumbar 503  
 - mama 541  
 - micción 723  
 - miembros, inferior (es) superior (es) 524  
 - muscular, neuromuscular 524  
 - nasal 418  
 - oído 324  
 - ojo, ocular 299  
 - parrilla costal 503  
 - pélvico, perineal 710  
 - precordial (pecho) 706  
 - rectal 434  
 - testículo 540  
 - torácico 728  
 - vejiga 723  
 Dorsalgia 503  
 Dorsopatías 503  
 Dracontiasis 080  
 Drenaje - *ver afección*  
 Duodenitis (péptica) 429

**D****E**

Eccema, eczema 453 – *ver* Dermatitis  
 Eclampsia 601  
 Ectropión cuello útero 545  
 - con mención de cervicitis 542  
 Edema (localizado) (generalizado) 733  
 - gestacional (con proteinuria) 601  
 - glotis 418  
 - laríngeo, faríngeo y nasofaríngeo 418  
 - nutricional 154  
 - pulmonar 424  
 - recién nacido 649  
 Efecto (adverso) (del) (de la) (al) 768  
 - calor, frío, luz, presión de aire y agua, bajo  
 contenido de oxígeno, 768  
 - privación de alimentos, agua 768  
 - radiación 768  
 - rayo, corriente eléctrica 768  
 Efecto tóxico  
 - comestibles nocivos 799  
 Ejercicio (s)  
 - excesivo, agotamiento por 768  
 - terapéuticos 831  
 Electricidad, efecto de 768  
 Embarazo, estado de (confirmado) (no con-  
 firmado) 822

- de alto riesgo, supervisión 824  
 - complicado por  
 -- anemia 612  
 -- desnutrición 607  
 -- diabetes (mellitus) 606  
 -- enfermedades infecciosas y parasitarias  
 611  
 -- hemorragia precoz 602  
 -- hipertensión 601  
 -- infección genitourinaria 605  
 -- mastitis 610  
 - ectópico 600  
 - múltiple 608  
 - no deseado 833  
 - normal, supervisión 823  
 - prolongado 608  
 - psicológico 205  
 - terminado en aborto 600  
 Embolia (séptica) 373  
 - arterial 373  
 - obstétrica 609  
 - pulmonar (arteria) (vena) 354  
 - venosa 377  
 Empacho 430  
 Empiema (pleural) (pulmonar) (torácico) 424  
 Enanismo nutricional 157  
 Encefalitis, encefalomiелitis 226

**E**

- viral, vírica (aguda) 040
- Encefalopatía (aguda) 249
  - alcohólica 229
  - hipertensiva 371
- Encopresis 719
- Endocarditis (crónica) (no bacteriana) (trombótica) (valvular) 355
  - aguda o subaguda 355
  - - infecciosa (bacteriana) (maligna) (séptica) 355
  - aórtica (no reumática) (válvula) 355
    - - arteriosclerótica 355
    - - causa especificada 355
    - - con
      - - - enfermedad mitral 350
      - - - enfermedad tricúspide 350
    - - reumática 350
  - mitral (válvula) (crónica) (aguda) (reumática) 350
    - - arteriosclerótica 355
    - - con enfermedad tricúspide 350
    - - con enfermedad válvula aórtica 350
    - - especificada 350
    - - no reumática 355
  - múltiples válvulas 350
  - reumática 350
- Endocervicitis (con o sin erosión del cuello)

- 542
- Endometriosis 545
- Endometritis, endometriosis 542
  - post aborto 600
  - puerperal 609
- Enfermedad (de) (no especificada) (no diagnosticada) - *ver también* Síndrome 740
  - amígdalas (y adenoides) (crónica) 418
  - apéndice 431
  - arteria (s), arteriola (s) 373
  - autoinmune [sistémica] 502
  - bacteriana 023
  - Basedow 150
  - bazo 149
  - cardíaca , corazón 358
    - - hipertensiva 352
    - - isquémica (aguda) (crónica) 353
    - - reumática (antigua) (crónica) (aguda) 350
  - cardiopulmonar (crónica) 354
    - - cuando complica
      - - - aborto, embarazo ectópico o molar 600
      - - - embarazo y puerperio 609
  - cardiorrenal hipertensiva 352
  - cardiovascular 358
    - - aterosclerótica 353
  - celíaca 449
  - cerebrovascular 371

E

- - secuelas 399
- Chagas 076
- cifoescoliótica del corazón 354
- circulatoria (sistema) 399
  - - que complica el embarazo, parto o puerperio 613
- clamidias 036
- colágeno 502
- corazón 358
  - - aterosclerótica (senil) 353
  - - hipertensiva 352
  - - isquémica (crónica) 353
  - - pulmonar 354
  - coronaria 353
  - Crohn 433
  - degenerativa
    - - sistema nervioso 229
  - desmielinizante
    - - sistema nervioso central 230
  - diarreica 001
  - dientes 425
  - digestiva (aparato) 449
    - - que complica el embarazo, parto o puerperio 613
  - diverticular - *ver* Divertículo
  - endócrina
    - - que complica el embarazo, parto o puer-

- perio 613
- esófago 427
- espiroquetas 035
- estómago, duodeno 430
- fibroquística del páncreas 160
- ganglio linfático 377
- garganta 418
- glándula de Bartholín 542
- glándulas salivales 426
- glomerular 530
- hígado (alcohólica) (tóxica) 436
- Hodgkin 107
- infecciosa 099
  - - congénita (neonatal) 627
  - - sistema nervioso central 226
  - - - secuelas 249
- inflamatoria
  - - pélvica (aguda) femenina 542
  - - - gonocócica 031
- útero 542
- intestino (funcional) 434
- labio, mucosa bucal 426
- lengua 426
- ligamento ancho (no inflamatoria) 545
- Lyme 035
- materna
  - - infecciosa y parasitaria 611

E

- Ménière (de) 304
- metabólica 160
- - que complica el embarazo, parto o puerperio 613
- miocárdica 358
- músculo ocular 256
- nutricional
- - que complica el embarazo, parto o puerperio 613
- ojo y sus anexos 299
- órgano genital
- - femenino 544
- - masculino 540
- ovario (no inflamatoria) 545
- páncreas 438
- parasitaria 088
- Parkinson (parkinsonismo) 227
- pelvis, pélvica, femenina 544
- periodontal 425
- peritoneo 435
- Pfeiffer 066
- piel (tejido subcutáneo) 499
- - que complica el embarazo, el parto o puerperio 613
- próstata 536
- protozoarios 079
- - intestinal 005
- - pulmonar
- - - debida a agentes externos 422
- - obstructiva crónica 420
- pulpa (dentaria) 425
- quinta (eritema infeccioso) 059
- reflujo gastroesofágico 427
- renal, riñón 535
- - aguda, crónica 530
- - hipertensiva 352
- - tubulointersticial 531
- respiratoria 424
- - que complica el embarazo, el parto o puerperio 613
- reumática (crónica) (antigua) (inactiva) 350
- - activa o aguda 350
- sangre y órganos hematopoyéticos 149
- - que complica embarazo, parto y puerperio 613
- sistema nervioso 249
- - que complica embarazo, parto o puerperio 613
- tejido periapical 425
- transmisión sexual (clamidias) 032
- - que complica embarazo, parto y puerperio 611
- trompa de falopio (no inflamatoria) 545
- uréter, uretra 535

**E**

- urinaria (vías) 535
- válvula, valvular -ver Endocarditis
- vascular periférica 373
- vejiga 535
- vena, vaso linfático 377
- venérea 032
- vesícula biliar (tracto) (vías) 437
- vías aéreas debidas a
- - aspiración, inhalación de agentes externos 422
- VIH (Virus de inmunodeficiencia adquirida) 063
- - en embarazo, parto o puerperio 063
- Vincent 035
- viral 069
- - citomegálica, 069
- - congénita 627
- Wilson 160
- zoonótica 015
- Enfisema (pulmón) (pulmonar) 420
- Engrosamiento de la piel 721
- Enteritis, enterocolitis 001
- bacteriana 003
- - por
- - - escherichia coli 003
- - - salmonella 002
- necrotizante recién nacido 649
- no infecciosa 433
- viral 006
- Enterocole vaginal 543
- Enterorragia 449
- Enteropatía 434
- Entorsis de tobillo 754
- Enuresis 723
- psicógena 210
- Envenenamiento (por) 799
- drogas y medicamentos 799
- en embarazo, parto o puerperio 799
- secuelas 770
- sustancias no medicinales 799
- Epicondilitis (codo) 524
- Epididimitis 538
- gonocócica 031
- Epifisiolisis 524
- Epigastralgia 710
- Epilepsia, epiléptico (todas las formas) (estado del mal) 231
- Epistaxis 703
- Equinococosis 080
- Erisipela 023
- Eritema, eritematoso 455
- debido al calor - ver Quemadura
- del pañal 453
- infeccioso 059

**E**

- migrans 015
- pernio [sabañón] 768
- solar 499
- Eritroblastopenia 127
- Eructo 714
- Erupción
  - cutánea 720
  - dientes (trastornos) 425
- Escabiosis 086
- Escaras (úlceras de decúbito) 499
- Escaldadura 756
- Escarlatina 023
- Escleroderma, esclerodermia (difuso) (generalizado) 502
- Esclerosis
  - cerebral 230
  - generalizada (progresiva) 502
  - múltiple, en placas 230
  - presenil (de Alzheimer), 229
  - sistémica 502
- Escoliosis (adquirida) (postural) 503
  - congénita 652
- Esguince (articulación) (ligamento) - *ver*
- Luxación 755
  - antiguo 501
  - miembro inferior 754
  - resto de localizaciones, incluso múltiples

- regiones del cuerpo 755
- Esofagitis 427
- Espasmo, espasmódico 722
  - arteria cerebral 233
  - bronquio, bronquiolo 424
  - cardíaco, corazón, coronario 353
  - esófago 427
  - infantil 231
  - neurótico 205
  - pilórico 430
  - sollozo 205
- Espolón (hueso calcáneo) 524
- Espondilitis, espondilosis (anquilosante) 503
- Espondiloartrosis 503
- Espermatocele 537
- Espina bífida 653
- Esplenomegalia 715
- Espujo
  - anormal [cantidad, olor, color] 709
  - con sangre 703
- Esquistosomiasis 080
- Esquizofrenia 203
- Estado - *ver según patología*
  - infección asintomática por VIH 810
- Estafilococo, estafilocócico - *ver estado patológico* 099
- Estenosis, estrechez 739

**E**

- aórtica 355
- bronquial 424
- colon, intestino 434
- mitral 350
  - no reumática 355
- píloro, pilórica 430
- uretral 535
- valvular 355
- Esterilidad - *ver* Infertilidad
- Estomatitis 426
  - aftosa 426
  - candidiásica 070
  - herpética 052
  - herpetiforme 426
  - ulcerativa necrotizante 035
  - vesicular con exantema (enteroviral) 059
- Estomudo 705
- Estrabismo (alternante) (congénito) (no paralítico) 256
- Estrechez - *ver* Estenosis
  - prepucio 539
- Estreñimiento 434
- Estrés, estresante (físico) (mental) 869
  - reacción 205
- Estridor 705
  - de laringe (congénito) 649
- Estudio (sin diagnóstico) 809

- prequirúrgico 803
- Estupor 724
- Evaluación- *ver* Examen
- Eventración 432
- Evidencia de laboratorio del VIH (prueba no concluyente de hallazgo en niños) 741
- Examen (médico) (de) (del) (por) (para) 800 - *ver también* Control
  - adolescente y del niño, estado de desarrollo 800
  - adopción 804
  - admisión a instituciones educativas, residenciales, campamento de verano 804
  - aptitud 804
  - audición 803
  - cardiológico 803
  - certificado médico (de) 804
  - colposcopia 803
  - consecutivo a
    - accidente 805
    - tratamiento (de) (por) 806
  - contacto con y exposición a enfermedades transmisibles 819
  - defunción 804
  - escolar, preescolar 807
  - competencias deportivas 804
  - fines medicolegales 805

**E**

- - psiquiátrico 805
- general 800
- ginecológico (general) (de rutina) 803
- inmigración 804
- laboratorio 803
- lesión 757
- infligida, víctima o acusado 805
- licencia de conducir 804
- mamografía (de rutina) 803
- naturalización 804
- odontológico 803
- oído, ojos 803
- periódico (anual) (físico) 800
- pesquisa especial (para) 809
- - enfermedades infecciosas, parasitarias, tumor maligno 809
- postquirúrgico 806
- preempleo 804
- prequirúrgico 803
- prenupcial 804
- presión sanguínea 803
- pruebas de alergia 803
- psíquico, psiquiátrico 800
- radiológico 803
- repetición de anticonceptivos 820
- seguimiento consecutivo a tratamiento por tumor maligno 806

- salud – ver Examen médico
- seguro 804
- vigilancia médica consecutiva a tratamiento de otras afecciones 807
- violación, denuncia de 805
- Exantema 720
- súbito 059
- Excitación psicomotriz 205
- Excoriaciones [cualquier localización] 762
- Exocervicitis 543
- Exoftalmia 250
- Exotropía (alternante)(molecular) 256
- Exposición a enfermedades transmisibles 819
- Extrapiramidal 249
- Extrasístole 358

**E****F**

- Falso trabajo de parto 608
- Falta de aire [Disnea] 705.
- Falta de consolidación de fractura 504
- Faringitis (aguda) (catarral) (infecciosa) (subaguda) 402
- crónica 416
- gonocócica 031
- vesicular enterovírica 059
- Faringotraqueítis, faringolaringitis aguda 410
- Faringoamigdalitis 410
- Fatiga (por) 729
- astenia senil 730
- durante el embarazo 624
- intelectual 869
- muscular 524
- nerviosa 224
- síndrome de 205
- - post viral 249
- Fecundación artificial, complicaciones asociadas con 545
- Fertilidad
- problemas de 829
- control 829
- Fibrilación y aleteo auricular 358
- Fibroadenoma

- mama 113
- próstata 536
- sitio especificado – ver Tumor benigno
- - no especificado 113
- Fibroadenosis y fibroesclerosis de la mama 541
- Fibroma –ver Tumor benigno tejido conjuntivo
- Fibromatosis 524
- Fibromialgia 524
- Fibromioma uterino 112
- Fibrosis 740
- hepática 436
- mama 541
- pulmonar 424
- quística 160
- útero 545
- Fiebre 726
- glandular 066
- hemorrágica de Junín [Argentina] 051
- heno con asma 418
- puerperal 609
- recién nacido, origen desconocido 649
- recurrente 035
- reumática (activa) (aguda) (crónica) (subaguda) 350
- - con complicación cardíaca (aguda) 350

**F**

- tifoidea y paratifoidea 002  
 - urliana 065  
 Filariasis 080  
 Fimosis, parafimosis 539  
 Fístula 499  
 - anal, perianal, rectal 434  
 - estómago, duodeno 430  
 - tracto genital femenino 545  
 - vesícula biliar 437  
 Fisura (congénita) paladar (con labio leporino) 653  
 - anal 434  
 - pezón 541  
 Flatulencia 714  
 Flebectasia, miembros inferiores 375  
 Flebitis (infecciosa) (piémica) (séptica) (supurativa) 374  
 - en el embarazo 604  
 - intracraneal, intrarraquídea 226  
 Flebotrombosis 374  
 Flemón - *ver* Absceso  
 Foliculitis 457  
 Forúnculo, furúnculo, furunculosis 450 -*ver también* Absceso *por localización*  
 Flujo vaginal 545  
 Fobia 205  
 Fractura (abducción) (abierta) (aducción)

(avulsión) (cerrada) (conminutiva) (compresión) (desplazada) (dislocación) (luxada) (oblicua) (separación) 753  
 - antebrazo, brazo, muñeca 750  
 - cadera 752  
 - cara, cráneo 753  
 - columna (dorsal) (lumbar) (vertebral) 753  
 - costillas, esternón, cuello 753  
 - fémur 752  
 - hombro 750  
 - mano 750  
 - miembro  
 - -inferior 752  
 - -superior 750  
 - múltiple 753  
 - pelvis 753  
 - peroné 752  
 - patológica (espontánea) (falta de consolidación) (consolidación retardada) 504  
 - - con osteoporosis 504  
 - pie - *excepto* tobillo 752  
 - pierna 752  
 - por tensión 504  
 - por trauma al nacer 649  
 - rótula 752  
 - tibia 752  
 - tobillo 752

F

- vértebra 753  
 Fragilidad  
 - cabello 456  
 - capilar (hereditaria) 129  
 Frambesia 035  
 Frenillo sublingual 653  
 Fondo de ojo 803  
 Funguemia 070

G

Galactocele 541  
 Galactorrea 610  
 - no asociada con el parto 541  
 Gangrena, gangrenoso (a) 709  
 - gaseosa 023  
 Gastralgia 710  
 Gastritis 429  
 - alcohólica crónica 429  
 - eosinofílica 433  
 - erosiva (aguda)(hemorrágica) 429  
 - no infecciosa (eosinófila) 433  
 Gastroduodenitis 429  
 Gastroenteritis, gastroenterocolitis 001  
 - eosinofílica 433  
 Genitorragia 544  
 Gesta, gestación, (simple) (uterina) 822 *ver también* embarazo  
 - múltiple 608  
 Gestosis 601  
 Giardiasis, giardiasis 005  
 Ginecomastia 541  
 Ginecorragia - *ver* Genitorragia  
 Ginecorrea - *ver* Leucorrea  
 Gingivitis 425  
 Glándulas salivares, enfermedades de 426

G

Glaucoma 255  
 - congénito 653  
 Glomerulonefritis (aguda) (crónica) 530  
 - esclerosante difusa 532  
 Glositis, glosopatía 426  
 Glosostomatitis 426  
 Golpe de calor 768  
 Gonalgia 524  
 Gonartrosis 501  
 Gonococia, gonocócica (infección) 031  
 Gonorrea 031  
 - cuando complica el embarazo, parto y puerperio 611  
 Gota 500  
 Gran mal 231  
 Granuloma 499  
 - inguinal (venéreo) 032  
 Gravidéz 822  
 Grieta del pezón 610  
 Gripe [Influenza] (compromiso tracto gastrointestinal) 411  
 Guillain Barré, síndrome de 236  
 Gusanos (infestación) 080

## H

Hallazgo anormal  
 - exámen orina, sin diagnóstico 742  
 - exámen prenatal (madre) 624  
 - exámen sangre, sin diagnóstico 741  
 - otros exámenes sobre líquidos, sustancias y tejidos corporales 743  
 - síntomas y signos detectados por imágenes y estudios funcionales 744  
 Hantaan, con síndrome renal o respiratorio 051  
 Halitosis 719  
 Hallux valgus (adquirido) 501  
 - congénito 652  
 Hansen, enfermedad, mal de 023  
 Helmintiasis intestinal 080  
 Hemangioma, cualquier sitio 111  
 Hematemesis 449  
 - en el recién nacido 649  
 Hematoma (superficie cutánea intacta) (traumático) [cualquier localización] 762 - *excepto* no traumático (por):  
 - causas obstétricas 623  
 - encéfalo, intracraneal, epidural, subdural, subaracnoideo 371  
 - testículo 540

## H

- traumatismo al nacer 649  
 - vagina 545  
 Hematuria 723  
 - persistente, recurrente 530  
 Hemiplejía, hemiparesia 238  
 Hemiparestesia 721  
 Hemocromatosis 160  
 Hemofilia 129  
 Hemoperitoneo 435  
 - traumático 762  
 Hemoptisis 703  
 Hemorragia 739  
 - anteparto 608  
 - cerebral, no traumática 371  
 - conjuntiva 251  
 - dental 425  
 - digestiva 449  
 - en el embarazo, precoz 602  
 - garganta 703  
 - gástrica, gastrointestinal 449  
 - - neonatal 649  
 - gastroesofágica 427  
 - intermenstrual (irregular) 544  
 - intraencefálica, intracraneal, no traumática 371  
 - nariz 703  
 - post-aborto 600

- post-parto 623  
 - próstata 536  
 - pulmón, pulmonar 703  
 - - perinatal 649  
 - subaracnoidea 371  
 - útero, vagina 593  
 - vaginal neonatal 649  
 - vías respiratorias 703  
 Hemorroides 376  
 - en el embarazo 604  
 - puerperal 609  
 Hepatitis 436  
 -aguda, tipo A y B y otras agudas y crónicas 060  
 - citomegalovirus 069  
 - crónica 435  
 - cuando complica el embarazo, 624  
 - herpética 052  
 - viral 060  
 - - cuando complica el embarazo, parto y puerperio 611  
 Hepatomegalia 715  
 Hepatopatía 436  
 Herida (abierta) (cortante) (infectada) (punzante) (lacerante) (con cuerpo extraño) (mordedura) 761  
 - abdomen, región lumbosacra y pelvis 758

## H

- cabeza, cuello (incluye cara) 757
- cadera, muslo 760
- miembro inferior 760
- miembro superior 759
- múltiples regiones del cuerpo 761
- región del cuerpo NE 761
- tórax 758
- superficial
- - por cuerpo extraño 762
- Hernia (abdomen, abdominal) (adquirida) (recurrente) 432
- diafragmática 432
- - congénita 652
- disco 503
- esofágica 432
- femoral 432
- hiatal 432
- - congénita 653
- inguinal 432
- ovario, trompa de falopio 545
- umbilical 432
- ventral 432
- Herpangina 059
- Herpes, herpética, simple, zoster 052
- genital 032
- gestacional 624
- recién nacido 627

- Hidatidosis 080
- Hidrartrrosis 501
- Hidrocefalia (adquirida) (externa) (interna) (maligna) (recurrente) 249
- congénita 653
- Hidrocele (cordón espermático) (testículo) (túnica vaginal) 537
- congénito 649
- Hidronefrosis 531
- Hígado, enfermedad 436
- alcohólica 436
- tóxica 436
- Hiperactividad 724
- Hiperacusia 324
- Hiperalimentación 734
- Hiperbilirrubinemia
- constitucional o familiar 160
- recién nacido 649
- Hipercolesterolemia 160
- Hiperemesis 711
- gravídica 603
- Hiperestesia 721
- Hiperfagia psicógena 206
- Hiperglicemia, hiperglucemia 741
- Hiperhidrosis [sudoración excesiva] 739
- Hiperlipidemia (todas las formas) 160
- Hipermenorrea 544

**H**

- Hipermetropía 256
- Hiperplasia de próstata 536
- Hiperpotacemia 160
- Hiperquinesia, hiperquinético 210
- Hipertensión (arterial) (benigna) (esencial) (idiopática) (maligna) (primaria) (sistémica) 351
- encefalopatía 371
- gravídica, gestacional 601
- materna (preexistente) (cardíaca) (renal) (cardiorenal) 601
- neonatal 649
- ocular 255
- portal (debida a enfermedad crónica del hígado) (idiopática) 436
- puerperal 601
- pulmonar (arteria) (idiopática) (primaria) 354
- secundaria 352
- Hipertermia 726
- Hipertiroidismo 150
- Hipertricosis 456
- Hipertrofia
- adenoides, amígdalas 418
- cardíaca 358
- mama 541
- prostática 536

- riñón 535
- Hiperventilación 705
- Hipo 705
- Hipoacusia 305
- conductiva y neurosensorial 305
- Hipocondría, hipocondríaco 205
- Hipoglucemia 165
- Hipohidrosis 457
- Hipomenorrea 544
- Hipomnesia 724
- Hipopotasemia 160
- Hipospadias 651
- Hipotensión (arterial) (constitucional) 399
- Hipotermia (accidental) (debida a) 768
- neonatal 649
- no asociada a temperatura ambiental baja 739
- temperatura ambiental baja 768
- Hipotiroidismo (adquirido) 150
- por deficiencia de yodo 150
- Hipotropía 256
- Hipovitaminosis 158
- Hipovolemia 160
- Hirsutismo 456
- Histeria, histérica 205
- Histoplasmosis 070
- Historia personal y familiar de trastornos que

**H**

implican riesgos potenciales para la salud  
899

Hodking, enfermedad de 107

Hongos, micosis, funguemia 070

Hormigueo, punzadas 721

## I

Ictericia 719

- del recién nacido 649

Ictus solar 768

Ideación suicida (tendencia) 724

Ileo (obstructivo, paralítico) 434

- meconial 160

Impétigo (cualquier sitio) 451

- herpetiforme 454

Impotencia sexual (psicógena) 206

- origen orgánico 540

Inapetencia 734

Inconciencia 724

Incontinencia (urinaria) 723

- fecal 719

- - de origen no orgánico 210

Indigestión 430

Induración de la piel 721

Inestabilidad en la marcha 722

Infarto (de) (del) 740

- cerebral 371

- corazón 353

- miocardio (agudo) 353

- - subsecuente, recurrente 353

- pulmón, pulmonar (arteria) (vena) 354

- riñón 535

Infección, infectado (oportunista) 099

- aguda (por) VIH (síndrome de) 063

- alimentaria debida a listeria 010

- asintomática por VIH 810

- bacteriana 023

- - intestinal 003

- dental 425

- espiroquetas, rickettsia 035

- genital (aparato)

- - con complicación en el embarazo 605

- - femenina (pélvica) 542

- - masculina 540

- - post parto 609

- - virus del herpes 032

- gonocócica 031

- herida quirúrgica 769

- herpética 052

- intestinal 001

- - adenovirus, rotavirus 006

- - escherichia coli 003

- - salmonella 002

- meningocócica 026

- ojo 299

- piel, tejido subcutáneo 451

- - recién nacido 627

- puerperal (excluye sepsis) 609

- recién nacido 627

- respiratoria 424

- retrovirus 069

- riñón 531

- salmonellas 002

- tripanosoma cruzi 076

- urinaria (vías) 535

- - en el embarazo 605

- - recién nacido 627

- vías respiratorias inferiores (aguda) 415

- vías respiratorias superiores (aguda) 410

- Vincent 035

- viral del sistema nervioso central 040

Infertilidad

- femenina 545

- masculina 540

Infestación 088

Inflamación 740 – *ver por localización*

- abdominal 449

- muslo 451

- oído (medio) 301

- - interno 304

- - externo 300

- ojo 251

- ombligo 451

- párpado 250

- piel 451

- pierna 451

- trompa de eustaquio 302
- umbilical 451
- - recién nacido 627
- vagina, vulva 542
- Influenza (gripe) 411
- Ingreso 804
- Inmunización profiláctica 811
- Inmunodeficiencia, inmunodepresión 149
- Inmunoterapia profiláctica 819
- Insomnio (orgánico) 234
- origen no orgánico (primario) 206
- Insolación 768
- Insuficiencia 740 –*ver localización*
- biliar 437
- cardíaca, corazón, miocardio (congestiva) (descompensada) 357
- - con enfermedad renal 352
- - hipertensiva 352
- cardiorrespiratoria 709
- cerebrovascular aguda 371
- circulación, circulatoria 399
- coronaria (aguda o subaguda) (crónica) 353
- hepática (aguda) (subaguda) 436
- - en aborto, embarazo ectópico o molar 600
- - en embarazo o puerperio 624
- mitral 355
- renal 532

- - complicando el aborto, el embarazo ectópico o molar 600
- - congénita 649
- - hipertensiva 352
- respiratoria (aguda) (crónica) 424
- - recién nacido 649
- urinaria 532
- valvular 355
- - aórtica 355
- - reumática 350
- ventrículo, ventricular 357
- Intento fallido (de)
- aborto 600
- suicidio 898
- Intolerancia a la glucosa 160
- Intoxicación (envenenamiento) 799
- alcohólica 201
- alimentaria, bacteriana 004
- - escherichia coli 003
- - salmonella 002
- droga administrada al recién nacido 649
- sustancia psicoactiva 202
- por sustancias medicinales, no medicinales - *ver Envenenamiento*
- Invaginación colon, intestino, recto 434
- Iridociclitis 252
- Iris, trastorno 252

- Irritabilidad, irritable 724
- intestinal 434
- Isquemia 399
- cerebral 371
- - transitoria 233
- corazón 353
- riñón 535

## J

- Jaquema 229
- oftálmica 232
- Juanete 501
- Junin, fiebre hemorrágica de 051

## K

- Kaposi, sarcoma de 108
- asociado con VIH 063
- Köhler, enfermedad o síndrome de
- hueso navicular del tarso 524
- rótula 524
- Krohn, enfermedad de 433
- Kwashiorkor (marasmático) 154

J-K

## L

Laberintitis 304  
 Labio leporino 653  
 Laceración [cualquier localización] 761  
 - antigua 501  
 - -del aparato genital femenino 545  
 Lactancia (madre) (supervisión) 829  
 - trastornos asociados con el parto 610  
 Laringitis (aguda) 403  
 - crónica 418  
 - obstructiva (aguda) 403  
 Laringofaringitis, (aguda) 410  
 Laringotraqueítis (aguda) (infecciosa) 403  
 - crónica 418  
 Latido cardíaco anormal 700  
 Lectura presión sanguínea anormal (sin diagnóstico) (hallazgo incidental aislado) 702  
 Legrado 624  
 Leiomioma 112  
 Leishmaniasis 077  
 Lepra 023  
 - secuelas 099  
 Leptomeningitis bacteriana 225  
 Leptospirosis 015  
 Lesión (no traumática) 740  
 - nervio cubital, radial 235

- traumática 762  
 Letargo 724  
 Leucemia 107  
 Leucocitosis 149  
 Leucoma (córnea) 252  
 Leucoplasia  
 - bucal, oral, lengua 426  
 - cervical 545  
 - cuerda vocal 418  
 - esófago 427  
 - pene 540  
 - recto 434  
 - riñón (pelvis) (uréter) (uretra) (vejiga) 535  
 - útero, vagina y vulva 545  
 Leucorrea 545  
 Linfadenitis (crónica) (inespecífica, cualquier sitio) (mesentérica) 377  
 - aguda 451  
 Linfadenopatía 739  
 Linfangioma 111  
 Linfedema 377  
 Linfogranuloma venéreo 032  
 Linfoma (maligno) (no Hodgkin) (Hodgkin) 107  
 Linfangioma, linfohemangioma [cualquier localización] 111  
 Linfossarcoma 107

## L

Lipoma [cualquier localización] 110  
 Lipotimia 739  
 Liqueen (simple) (crónico) 453  
 - plano 454  
 Listeriosis 023  
 Litiasis – ver Cálculo  
 Lordosis 503  
 Lumbago 503  
 Lumbalgia, lumbociatalgia 503  
 Lupus eritematoso 499  
 - sistémico (diseminado) 502  
 Luxación y subluxación (articular) (ligamento) (múltiples regiones del cuerpo) [cualquier localización] 755 - *excepto*  
 - antigua 501  
 - - del aparato genital femenino 545  
 - congénita del sistema osteomuscular 652  
 - miembro inferior 754  
 - que afecta al ojo y sus anexos 299  
 - perineal en aborto 600  
 - por trauma obstétrico 624  
 - que afecta al recién nacido 649

## M

Machacamiento – ver Aplastamiento 762  
 Macromastía – ver también Hipertrofia mamaria 541  
 Maculopatía 254  
 Madre RH negativo que afecta al feto o al recién nacido 649  
 Magulladura – ver también Aplastamiento 762 [cualquier localización] 762 *Excepto con:*  
 - con fractura – ver Fractura  
 - con superficie de la piel intacta 762  
 - herida – ver Herida  
 - recién nacido 649  
 Malabsorción (intestinal) (congénita) 449  
 Malaria - ver Paludismo 075  
 Mal comicial - ver Epilepsia  
 Malestar 729  
 Malformación [congénita] 653  
*Nota: por sistema u otra especificación ver en Clasificación tabular Capítulo XVII - Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.*  
 - ojo, oído, cara y cuello 653  
 - sistema  
 - - circulatorio 650  
 - - nervioso, respiratorio, digestivo, urinario y

## M

resto de afecciones de los órganos genitales 653  
 - - osteomuscular 652  
 Malnutrición – ver Desnutrición  
 Maloclusión, mala oclusión 425  
 Maltrato (a)  
 - niño (emocional) (nutricional) 765  
 - síndrome, efecto de (abuso) (adulto) (niño) 765  
 Marasmo nutricional 154  
 Marcapaso cardíaco  
 -colocación, ajuste, control 830  
 -presencia 899  
 Mareos 724  
 Masa o prominencia  
 - intraabdominal y pélvica 719  
 - mama 541  
 Mastalgia 541  
 Mastitis (aguda) (infecciosa) (no puerperal) (subaguda) 541  
 - neonatal 627  
 - no infecciosa 649  
 - puerperal, gestacional 610  
 Mastodinia, mastalgia, mastopatía 541  
 Mastoiditis (aguda) (crónica) (hemorrágica) (subaguda) (supurativa) 303  
 Mastopatía fibroquística 541

Medicamento, retiro 860  
 Megacolon 434  
 - congénito 653  
 - en enfermedad de Chagas 076  
 Melanoma (maligno) 102 – ver Tumor maligno  
 - benigno (piel) 113  
 - piel órgano genital  
 - - femenino 104  
 - - masculino 105  
 Melasma 499  
 - adrenal (glándula) 165  
 - suprarrenal (glándula) 165  
 Melena 449  
 - neonatal 649  
 Meningismo 722  
 Meningitis (basal) (cerebral) (espinal) (no específica) (no bacteriana) 226  
 - bacteriana, estafilocócica 225  
 - meningocócica (aguda) (crónica) 026  
 - tuberculosa 011  
 - viral 040  
 Meningoencefalitis, meningomielitis bacteriana 226  
 Menopausia (trastornos) (síndrome) (síntomas) 544  
 - prematura 165

M

Menstruación, menstrual (normal) 869  
 - ausente, escasa, rara, excesiva, frecuente, irregular 544  
 - precoz 165  
 Metatarsalgia 524  
 Meteorismo 714  
 Metrorragia, menorragia (climaterica) (menopáusica) (preclimaterica) (premenopáusica) 544  
 Mialgia 524  
 - epidémica 069  
 Miasis 087  
 Miastenia gravis 237  
 - neonatal 649  
 Micción dolorosa [dolor al orinar] (trastorno) 723  
 - psicógena 205  
 Micosis, micótico (cutánea) (genital) 070  
 Microftalmia 653  
 Mielitis 226  
 - transversa aguda 230  
 Mieloma (múltiple) (solitario) 107  
 Mielomeningocele 653  
 Migraña 232  
 Miocardiopatía - ver Cardiomiopatía 355  
 - isquémica 353  
 Miocarditis (crónica) 358

- aguda 355  
 - infecciosa 355  
 - reumática (aguda) (crónica) 350  
 Mioclonía 228  
 Mioma próstata 536  
 Miomatosis 112  
 - uterina 112  
 Miopatía (congénita) (hereditaria) 237  
 Miopía 256  
 Miositis 524  
 Mixedema 150  
 Mola hidatiforme 600  
 Molusco contagioso 059  
 Mononucleosis (infecciosa) (citomegalovirus) 066  
 Mordedura de animal 761  
 - venenoso 799  
 Movimientos involuntarios anormales 722  
 Muguet (bucal) (oral) (candidiasis de la boca) (urogenital) 070  
 Multiparidad (problemas) 833

M

## N

## Nacimiento

- desatención o descuido, negligencia, durante o después del 765

Náuseas 711

Necatoriasis 080

Necropatías necrotizantes 502

Necrosis 709

- cadera 524

- glándula hipófisis en el post-parto 165

- páncreas 438

Nefritis, nefrítico (aguda) (crónica) 530

- arteriosclerótica 352

- en el embarazo, parto o puerperio 613

- intersticial 531

Nefrosclerosis

- hipertensiva 352

Nefroma 106

Nefropatía, nefrorragia 535

- aguda 530

- hipertensiva 352

Nefroptosis – ver Enfermedad renal 535

Nefrosclerosis (arteriolar, arteriosclerótica, crónica) 352

Nefrosis, nefrítico (congénita) (síndrome) 530

Negligencia o abandono (adulto) (niño) (recién nacido) 765

Neo, neoplasia – ver Tumor maligno

Nerviosismo 724

Neumocitosis por protozoarios 079

Neumoconiosis 422

Neumonía (aguda) (bacteriana) (doble)

(intersticial) (purulenta) (séptica) (viral)

(lobar) (basal) 412

- congénita 649

- debida a

- - aspiración de sólidos y líquidos 422

- neonatal 649

- por clamidias 412

- - neonatal 649

Neumonitis (aguda) (primaria) 412

- alérgica, debida a agentes externos 422

- debida a

- - aspiración de sólidos y líquidos 422

- - radiación 422

Neumopatía 424

- aguda 412

Neumotórax 424

- traumático 762

Neuralgia (aguda), neuritis 524

- nervio facial, trigémino 235

Neurastenia 205

## N

Neuritis 524

- óptica 299

- periférica en el embarazo 624

Neurodermatitis (circunscrita) (localizada) 453

Neurofibromatosis (no maligna) 653

Neuropatía 235

Neurosis 205

- depresiva 224

Neutropenia (congénita) (crónica) (tóxica) 149

Nevo (nevus) (azul) (pigmentado) (piloso) 113

- en araña 373

- no neoplásico 373

Nistagmo 299

Nocturia 723

- psicógena 205

Nódulo (s)

- cuerdas vocales 418

- cutáneo 721

- mamario 541

- próstata 536

- tiroides 150

- vía respiratoria superior 418

Nutrición deficiente, insuficiente 157

- por falta de alimento, de cuidado 765

## O

Obesidad (simple) 159

Observación médica (por) 805

- contacto con enfermedades transmisibles 819

- crecimiento y desarrollo 800

- exposición enfermedades transmisibles 819

- sospecha de:

- - enfermedades y afecciones 809

- - - cardiovasculares 809

- - efectos tóxicos de sustancias ingeridas 809

- - trastorno NE 809

- - - del comportamiento 809

- - - del sistema nervioso 809

- - - mental 809

- - TBC 809

- - tumor maligno 809

- traumatismo (accidental) 805

Obstrucción

- arteria 373

- - carótida, basilar, vertebral 371

- - coronaria 353

- duodeno 430

- esófago 427

- intestinal sin hernia 434

## O

- lagrimal (conducto) 250  
 - nasal, nasofaringe 418  
 - piloro 430  
 - - congénita o infantil 653  
 - próstata 536  
 - trompa de eustaquio 302  
 - urinaria (vías) (tracto) 531  
 - vesícula biliar (con cálculos) 437  
 Oclusión  
 - arteria - ver Embolia arterial  
 - colon, intestino, recto 434  
 Odinofagia 713  
 Odontalgia 425  
 Odontorragia 425  
 Oftalmía 251  
 Oftalmoplejía 256  
 Oído, enfermedad del 324  
 Ojo seco 250  
 Oligofrenia 208  
 Oligohidramnios 608  
 Oligomenorrea 544  
 Oligospermia 540  
 Oliguria (en) 723  
 - aborto y embarazo ectópico 600  
 - embarazo y parto 624  
 - postprocedimiento 599  
 - puerperio 609

Oncocercosis 080  
 Onfalitis (del recién nacido) 627  
 - no del recién nacido 451  
 Onfalocele 652  
 Onicodistrofia 456  
 - congénita 653  
 Onicogriposis 456  
 Onicomiosis 070  
 Ooforitis 542  
 - post aborto 600  
 Orina (incontinencia) (retención) 723  
 Ornitosis 036  
 Orquitis (con absceso) 538  
 - debida a clamidias 032  
 - gonocócica 031  
 Ortopedia, cuidados posteriores 831  
 Ortopnea [falta de aire] 705  
 Orzuelo (externo) (interno) 250  
 Osteitis condensante 504  
 Osteoartritis - ver Artrosis  
 Osteocondrosis, osteocondritis 524  
 - columna vertebral 503  
 Osteogenesis 652  
 Osteomalacia  
 - del adulto 504  
 - infantil y juvenil 158  
 - puerperal 504

O

Osteomielitis 524  
 - gonocócica 031  
 Osteopenia 504  
 Osteoporosis (con o sin fractura patológica) 504  
 Otagia 324  
 Otitis (aguda) (subaguda) (media) (purulenta) (supurativa) (no supurativa) (crónica) 301  
 - externa (aguda) (crónica) 300  
 Otodinia 324  
 Otomicosis 070  
 Otopatía 324  
 Otorragia (no traumática) 324  
 Otorrea 324  
 Otosclerosis 304  
 Oxiuros, oxiuriasis 080

P

Palidez 721  
 Palpitaciones 700  
 Paludismo 075  
 Panadizo (con linfangitis) 451  
 Pancarditis (aguda) (crónica) 358  
 Pancitopenia 127  
 Pancreatitis (aguda) (crónica) 438  
 Pánico (ataque) (estado de) 205  
 Pap, papanicolau 803  
 Paperas - ver Parotiditis infecciosa  
 Papiloma  
 - cuello del útero 113  
 - laringe 113  
 - vejiga 120  
 Paquimeningitis bacteriana 225  
 Parálisis, paralítico (síndrome) 238  
 - agitante 227  
 - cerebral (infantil) (congénita) 238  
 - facial (nervio) 235  
 - infantil (infecciosa) 040  
 - intestino 434  
 - nervio (cubital) (radial) (peroneo) 235  
 Parametritis 542  
 Paraplejía 238  
 Parasitismo, parasitosis

P

- intestinal 080
- piel 088
- Paratifoidea 002
- Parestesia 721
- Parkinson, enfermedad de (parkinsonismo secundario) 227
- Paro cardíaco 358
- Paro respiratorio 709
- Parotiditis (no infecciosa) (sialadenitis) 426
  - infecciosa, urliana, epidémica 065
- Parto (único) (normal) (trabajo de) 623
- Patomimia 869
- Pediculosis 085
- Pelagra 158
- Pelviperitonitis
  - femenina 542
  - gonocócica 031
  - masculina 435
- Pénfigo 452
  - neonatal 451
- Pequeño mal 231
- Pérdida (de)
  - apetito 734
  - conciencia (coma), memoria 724
  - conocimiento (desmayo) 739
  - peso (anormal) (causa desconocida) 734
- Perforación
  - esófago (adquirido) 427
  - tímpano 303
- Periartritis (articulación) (hombro) 524
- Pericarditis, pericardio, enfermedad del (no reumática) (crónica) 355
  - aguda, infecciosa (no reumática) 355
  - reumática (activa) (aguda) 350
- Períodos (menstruales) irregulares 544
- Peritonitis 435
- Persistencia, (congénita)
  - circulación fetal 649
- Personalidad (trastorno de la) 207
  - depresiva 204
- Perturbación de la atención 210
- Pesadillas 206
- Peso, pérdida de 734
- Pesquisa prenatal 829
- Peste 015
- Petequias 721
- Picadura, mordedura (de)
  - abeja 799
  - araña 799
  - - no venenosa - ver Traumatismo superficial
  - culebra (serpiente) 799
  - - no venenosa - ver Herida
  - insecto (no ponzoñoso) 762

## P

- - ponzoñoso 799
- Picazón 453
- Pie bot 652
- Pie diabético 153
- Pie plano, en garra, varus, valgus 501
- Pielitis, pielonefritis 531
  - calculosa 533
  - cuando complica embarazo o puerperio 605
- Pieloureteritis, pielitis,pielouretritis quística 535
- Pinguecula 251
- Pinta 035
- Piodermitis, piodermatitis 451
- Pirexia
  - puerperal 609
- Pirosis 712
- Pitiriasis 085
  - rosada 454
- Piuria 535
- Placenta previa, desprendimiento prematuro 608
- Planificación familiar, asesoramiento, consejo 820
- Plaquetopenia, 129
- Pleuresía 709
  - tuberculosa 010
- Pneumocystis carinii
  - por protozoarios 079
- Podalgia 524
- Poliadenopatía 739
- Poliarteritis nudosa 502
- Poliartralgia 501
- Poliartropatía 500
- Poliartritis 500
- Poliartrosis 501
- Policitemia (vera) 120
  - neonatal 649
  - secundaria 149
- Polidipsia, polifagia 734
- Polihidramnios 608
- Polimenorrea 544
- Polineuritis, polineuropatía 236
- Poliomielitis 040
  - secuelas 099
- Pólipo
  - ano, recto 434
  - cuerdas vocales, laringe, nasal 418
  - tracto genital femenino 545
  - vías aéreas superiores 418
- Poliposis nasal 418
- Poliuria, polaquiuria 723
- Portador o sospechosos, de enfermedad infecciosa o parasitaria 819
- Postmaturidad 626

## P

- Postparto, atención 829  
 Precordialgia 706  
 Preeclampsia (con hipertensión preexistente) (leve) (grave) (moderada) 601  
 Prematuridad 626  
 Presbicia 256  
 Prescripción (inicial) (repetición) anticonceptivos 820  
 Presentación anormal del feto en atención materna 608  
 Presión sanguínea anormal, sin diagnóstico (baja) (elevada) 702  
 Problema (s) (de) (relacionado con)  
 - alcoholismo en la familia 833  
 - alimentación  
 - - recién nacido 649  
 - ambiente físico (ruido) (agentes tóxicos) (contaminantes) 832  
 - - social (economía) (crianza) (relaciones familiares) (embarazo no deseado) (multiparidad) (discriminación) (inadaptación a la jubilación) (rechazo) 833  
 - - vivienda 833  
 - analfabetismo, bajo nivel de instrucción, educacional 833  
 - aprendizaje 209  
 - comportamiento (adulto) 207  
 - conducta sexual de alto riesgo 869  
 - discapacidad que limita actividades 869  
 - empleo, desempleo 833  
 - estilo de vida 869  
 - - hábitos alimentarios 869  
 - - drogas 869  
 - estrés 869  
 - exposición a factores de riesgo ocupacional 832  
 - falta de alimentos 833  
 - familiar, matrimonial 833  
 - pobreza extrema 833  
 - psicosocial 833  
 - sexo, sexual, psicógeno 206  
 - socioeconómicos 833  
 Procreación, atención para 821  
 Proctalgia, proctitis 434  
 Proctorragia 434  
 Prolapso **P**  
 - genital femenino 543  
 - ovario, trompa de falopio 545  
 - rectal 434  
 - uterovaginal 543  
 Prostatitis, prostatocistitis 536  
 - gonocócica 031  
 Proteinuria 742  
 - con trastornos en el embarazo, el parto o el

- puerperio 601  
 Prótesis, cualquier tipo, colocación, ajuste, asistencia, prueba 830  
 - presencia de 899  
 Prueba del embarazo (examen) 822  
 Prueba no concluyente de hallazgo del VIH en niños 741  
 Prúrigo 453  
 Prurito (vaginal) (anogenital) (escrotal) (vulvar) 453  
 - gravídico 624  
 - por sarna 086  
 Psicastenia, psiconeurosis 205  
 Psicoanálisis 831  
 Psicosis 203  
 - afectiva 204  
 - alcohólica 201  
 - arteriosclerótica 200  
 - depresiva 204  
 - epiléptica 200  
 - histérica 205  
 - maníaca 224  
 - orgánica, sintomática 200  
 - puerperal 206  
 - senil 200  
 Psicoterapia 831  
 Psitacosis 036  
 Psoriasis, parasoriasis 454  
 Pterigión 251  
 Ptosis párpados 250  
 Puerperio  
 - anemia 612  
 - complicado 609  
 - fiebre (cuando significa sepsis) 609  
 - seguimiento de rutina (control) 829  
 Pulmonía 412  
 Pulpitis 425  
 Punción 761  
 - como procedimiento (tratamiento) 831  
 Puñalada - ver Herida  
 Púrpura 129 **P**

## Q

Quemadura (infectada) [todos los grados y sitios] 756  
 - por electricidad, gas, líquido u objeto caliente [llama, radiación, térmica, vapor] 756  
 - solar 499  
 Queratitis (no ulcerativa) (debida a) 252  
 - enfermedad infecciosa NE 099  
 - - especificada - *ver afección*  
 Queratoconjuntivitis 252  
 Queratopatía 252  
 Queratosis NE 499  
 - congénita 653  
 - localización especificada - *ver localización*  
 Quimioprofilaxis 819  
 Quimioterapia (de, para, sesión) 831  
 Quiste (s) - *en general no son neoplásicos y se clasifican en la categoría correspondiente a la enfermedad según localización.*  
 - benigno 113  
 - congénito (embrionario) - *ver localización en Malformaciones congénitas*  
 - cuerpo amarillo 545  
 - hidatídico 080  
 - mama 541  
 - meibomio, infectado 250

- óseo 504  
 - ovario 545  
 - piel, piloso 457  
 - pilonidal 451  
 - región bucal 425  
 - riñón (congénito) (único) 653  
 - - adquirido 535  
 - - múltiple 653  
 - sebáceo 457  
 - sinovial 524  
 - tirogloso (congénito) 653

## Q

## R

Rabia 040  
 Radiculitis 503  
 Raquialgia, radiculalgia 503  
 Raquitismo (agudo) (adolescente) (adulto) (congénito) (infantil) 158  
 Reacción  
 - alérgica 768  
 - estrés 205  
 - intoxicación por droga administrada a recién nacido 649  
 - medicamento 769  
 Receta (médica) (repetición) 860  
 - anticonceptivos 820  
 Rechinamiento de dientes 205  
 Recidiva - *ver afección*  
 Recién nacido  
 - afectado por  
 - - trastornos endócrinos y metabólicos maternos 625  
 Rectocele 543  
 Reflejo anormal 722  
 Reflujo gastroesofágico 427  
 Refracción (trastorno de la) 299  
 Régimen alimenticio 869  
 Regurgitación valvular 355  
 Rehabilitación (física) (psicoterapéutica)

(cardiaca) (alcohólica) (droga) (tabaco) 831  
 Remoción, retiro  
 - cuerpo extraño - *ver Herida por sitio*  
 - dispositivo protésico externo, implantado 831  
 - puntos (sutura) 831  
 Reproducción, problemas de 821  
 Resfrío, resfriado común 400  
 Respiración con la boca 705  
 Respiración dolorosa 706  
 Retardo, retraso  
 - crecimiento fetal 626  
 - físico por desnutrición 157  
 - madurativo (del desarrollo) 739  
 - mental 208  
 - puberal 165  
 Retención  
 - dispositivo anticonceptivo intrauterino en el embarazo 624  
 - líquido 733  
 - urinaria 723  
 Retinopatía 254  
 - diabética 153  
 Retracción  
 - palpebral 250  
 - pezón 541  
 - - gestacional o postparto 610  
 Retraso - *ver Retardo*

## R

Reumatismo 524  
 Rickettsiosis 037  
 Riesgo quirúrgico (valoración), atención 899  
 Rigidez  
 - abdominal 719  
 - articular 501  
 Rinitis (catarral) (purulenta) 416  
 - aguda, infecciosa 400  
 - alérgica (vasomotora) 418  
 - crónica 416  
 Rinofaringitis (aguda) (subaguda) 400  
 - crónica 416  
 Rinorrea 418  
 Riñón contraído 535  
 Rodilla, trastornos internos 501  
 Ronquera 725  
 Ronquido 705  
 Rosácea 457  
 Rubéola (con complicaciones) 055  
 - congénita 627  
 - materna que afecta al recién nacido 625  
 Rubor 721  
 Ruptura  
 - membranas (prematura) 608  
 - traumática 762  
 - - ligamentos 755

## S

Sabañones 768  
 Sacralgia 503  
 Salmonellas, salmonelosis, infección por 002  
 Salpingitis (trompa de Falopio) (aguda) (crónica) - *ver también* Salpingooforitis 542  
 - aborto, complicación por 600  
 - trompa de Eustaquio, eustaquiana 302  
 Salpingooforitis (aguda) (crónica) (purulenta) (séptica) 542  
 - aborto complicado 600  
 - cuando complica el embarazo 605  
 - puerperal, postparto 609  
 Salpullido, sarpullido 720  
 Sangrado nasal 703  
 Sarampión (con complicaciones) 054  
 Sarcoma - *ver* Tumor maligno  
 Sarna 086  
 Secreción del oído 324  
 Secuela (s) (de) - *ver también por afección*  
 - enfermedad  
 - - cerebrovascular 399  
 - - deficiencias nutricionales [raquitismo] 165  
 - - inflamatoria del sistema nervioso central (meningitis, encefalitis) 249  
 - enfermedades infecciosas y parasitarias

S

(poliomielitis) 099  
 - traumatismos, envenenamientos y de otras consecuencias de causas externas NE 770  
 - - quemadura, corrosión, congelamiento 770  
 - - envenenamientos por drogas, medicamentos y sustancias biológicas 770  
 - - efectos tóxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal 770  
 - - traumatismos 770  
 Seguimiento post-parto de rutina 829  
 Semicoma 724  
 Senilidad, senectud, senescencia 730  
 Sensación de ahogo 705  
 Sepsis, septicemia (general) (estreptocócica) 023  
 - post-aborto 600  
 - puerperal, postparto (pelviana) 609  
 - recién nacido 627  
 - salmonella 002  
 Sesión de radioterapia, quimioterapia (de mantenimiento) 831  
 Seudo ceguera 299  
 Seudofaquia 899  
 Sexo, sexual, consulta (para) (por)  
 - actitud, conducta, consejo, orientación 861  
 - problema sexual psicógeno 207  
 Shigelosis 003

Shock (cardiogénico) (hipovolémico) 732  
 - alérgico, anafiláctico 768  
 - psíquico 205  
 - séptico 023  
 - traumático 768  
 Sialadenitis, sialadenopatía, sialorrea 426  
 SIDA 063  
 Sífilis [todas las localizaciones y estadios] 030  
 - cuando complica el embarazo 611  
 - no venérea 035  
 Silbido 705  
 Sin diagnóstico 869  
 Sin enfermedad 809  
 Síncope 739  
 Síndrome - *ver también* Enfermedad  
 - anginoso, coronario intermedio 353  
 - arteria vertebrobasilar 233  
 - cerebeloso  
 - - hereditario 249  
 - - infarto 371  
 - cerebral 200  
 - colodociano 437  
 - colon irritable 434  
 - Costen 425  
 - Couvelaire, o útero de (cuando complica el parto) 608

S

- Cushing 165
- de fatiga 205
- - post viral 249
- depresión ansiosa 205
- dificultad respiratoria del adulto y del niño 424
- Down 699
- Dressler 353
- estafilocócico de piel escaldada 451
- febril 726
- fosa iliaca derecha 710
- gripal 411
- Guillain Barré 236
- hemolítico urémico 126
- hepatorenal 436
- hipotensión materna 624
- impregnación 739
- laceración
- - y hemorragia gastroesofágica 427
- maltrato - *ver* Maltrato
- meníngeo 249
- nefrítico (agudo) (crónico) 530
- pánico 205
- posconciación 200
- postinfarto miocardio 353
- preinfarto (angina pecho) 353
- Rett 209

- seco (Sögren) 502
- tensión premenstrual 544
- túnel carpiano 235
- uretral 535
- vertiginoso 304
- Sinovitis 524
- Sinusitis (crónica) (no purulenta) (pululenta) 417
- aguda 401
- Sobrealimentación 734
- origen no orgánico 206
- Sobredosis (drogas) 799
- Sobrepeso 159
- Sofocación, sofocones 709
- por cuerpo extraño en las vías respiratorias 762
- por alimentación (regurgitación) 762
- Somnolencia 724
- Sonambulismo 206
- Sonidos abdominales anormales 719
- Soplos (sonidos) (cardiacos) 701
- originados en el período perinatal 649
- Sordera, sordomudez 305
- Sospecha (de) - *ver* estado patológico
- Sudoración excesiva 739
- Suicidio (intento de, riesgo, tendencia) 724
- Supervisión (control)

S

- embarazo (normal) 823
- - alto riesgo 824
- lactancia 829
- salud del niño abandonado 869
- Sutura (de) - *ver* Herida (abierta)
- remoción, retiro 831

## T

- Tabaquismo 202
- Talasemia 126
- Tapón de cera 300
- Taquicardia 700
- paroxística (ventricular) (supraventricular) 358
- Tartamudez 210
- Telangiectasia (verrugosa) 373
- Temblor 722
- esencial 228
- sistema nervioso 249
- Temperatura
- baja en el recién nacido 649
- corporal elevada 726
- Tendencia suicida 724
- Tendinitis, tenosinovitis 524
- Tenia, teniasis 080
- Tensión 724
- arterial
- - alta 351
- - baja 399
- Terroses nocturnos 206
- Testículo
- no descendido 651
- torsión 540

T

- Tetania 722  
 Tétanos (neonatal) (obstétrico) (otros) 020  
 Tiflitis 431  
 Tifus (fiebre) 037  
 Tímpano, perforación 303  
 Tiña 070  
 Tiroides, trastorno de la glándula 150  
 Tiroiditis, tirotoxicosis 150  
 Tirotoxicosis 150  
 - neonatal 649  
 Tonsilitis 403 - *ver* Amigdalitis  
 Torcedura (articulación) (ligamento) (desgarro) 755  
 - rodilla, tobillo y pie 754  
 Torsión  
 - testículo, cordón espermático, epidídimo 540  
 - ovario 545  
 Tortícolis 503  
 Tos 704  
 - con hemorragia 703  
 - convulsa 022  
 - ferina 022  
 - psicógena 205  
 Toxicomanía 202  
 Toxoplasmosis 078  
 - congénita 627
- Tracoma 036  
 Transfusión de sangre, sin diagnóstico informado 831  
 Transgresión alimentaria 430  
 Traqueítis, traqueolaringitis (aguda) 403  
 - con bronquitis aguda 413  
 - crónica 418  
 Traqueobronquitis (crónica) 419  
 - aguda 413  
 - mayor 15 años de edad 419  
 - menor de 15 años 413  
 Trastorno (s) (del)  
 - acomodación 256  
 - adaptación 205  
 - alimentación 734  
 - - origen no orgánico 210  
 - - - niños 210  
 - - recién nacido 649  
 - aparato lagrimal 250  
 - apófisis mastoidea 303  
 - aprendizaje 209  
 - articulación, articular 501  
 - bipolar 204  
 - carácter 207  
 - cardiovascular en el recién nacido 649  
 - cartílago 524  
 - conducción (intraventricular) (rama izquier-

- da y derecha) (Haz de His) 356  
 - conducta (en la niñez) (en la adolescencia) 210  
 - conjuntiva 251  
 - conversión, disociativo 205  
 - córnea, cuerpo ciliar 252  
 - coroides 254  
 - cristalino 253  
 - delirantes, esquizotípicos 203  
 - depresivo 204  
 - desarrollo (psicológico) 209  
 - digestivo, regulación tegumentaria y temperatura del recién nacido 649  
 - disco cervical 503  
 - emocional (persistente) 204  
 - - con trastorno de conducta 210  
 - - de la niñez 210  
 - endócrinos y metabólicos maternos  
 - - que afectan al recién nacido 649  
 - erupción de dientes 425  
 - esclerótica 252  
 - estrés 205  
 - extrapiramidal 228  
 - flictenular 452  
 - función  
 - - tubular renal 535  
 - - vestibular 304
- globo ocular 299  
 - habla y la voz 725  
 - hemorrágicos y hematológicos en el recién nacido 649  
 - hipercinéticos en la niñez y adolescencia 210  
 - hipertensivos en embarazo, parto y puerperio 601  
 - hipocondríaco 205  
 - humor 204  
 - ingestión de alimentos (psicógeno) 206  
 - - en la infancia y la niñez 210  
 - iris 252  
 - mama 541  
 - - en el embarazo, parto y puerperio 610  
 - membrana timpánica 303  
 - menopáusicos, perimenopáusicos 544  
 - mental (o del comportamiento) 224  
 - - debidos al uso de  
 - - - alcohol 201  
 - - - sustancias psicoactivas (anfetaminas) (cocaína) (marihuana) (sedantes) (opióceos) (disolventes volátiles) 202  
 - - orgánico 200  
 - metabólico 160  
 - nariz 418  
 - nervio auditivo 324

- neurótico 205
- obsesivo compulsivo 205
- oído 324
- - interno 304
- - medio 303
- olfato y del gusto 724
- órbita 250
- órgano genital masculino 540
- papuloescamoso 454
- párpado 250
- pelo, uñas 456
- pene (inflamatorio) 540
- personalidad (compulsiva) (obsesiva) (agresiva) (histérica) 207
- - orgánica 200
- piel debido a radiaciones 499
- placenta, placentario 608
- próstata 536
- refracción 256
- respiratorio en recién nacido 649
- retina 254
- sistema circulatorio (consecutivo a procedimientos) 399
- somatomorfo 205
- sudoríparo 457
- sueño 234
- - no orgánico 206
- trompa de eustaquio 302
- uñas, pelo 456
- útero 545
- valvular (cardíaca) - ver Endocarditis
- vascular (funcional) del intestino 434
- vejiga, uretra 535
- visión (alteraciones) 299
- Traumatismo (superficial) (con cuerpo extraño) (interno) (por aplastamiento) (amputación traumática) (no especificado) (de nervios y médula espinal) (de vasos sanguíneos) 762
- Cualquier tipo y localización excepto fractura, herida, quemadura, desgarró, esguince, torcedura y corrosión.*
- en embarazo, parto y puerperio - ver Lesión según tipo
- en recién nacido - ver Lesión según tipo
- nacimiento 649
- ojo, órbita 757
- Tricomoniasis 032
- Tripanosomiasis americana 076
- Triquinosis 080
- Trombocitosis 149
- Tromboflebitis 374
- en el embarazo 604
- puerperal 609
- Trombosis (múltiple) (vena) (venosa) (sépti-

- ca) 377
- arterial 373
- cerebral 371
- vena porta 377
- Trompa de Eustaquio 302
- Tuberculosis (respiratoria) 010
- congénita 627
- cuando complica el embarazo 611
- miliar y demás localizaciones 011
- no confirmada bacteriológicamente 010
- pulmonar 010
- secuelas 099
- Tularemia 015
- Tumefacción localizada 721
- Tumor - *En caso de que no se especifique el comportamiento asignarlos a incierto o desconocido* 120
- benigno 113
- - hemangioma y linfangioma 111
- - lipomatoso 110
- - mioma uterino 112
- - otros tumores, cualquier localización y NE 113
- comportamiento incierto o desconocido 120
- in situ [cualquier localización] 109
- - cuello de útero 109
- maligno (de) (del) 108
- - anexos internos 104
- - ano 100
- - bronquios 101
- - cara, cavidad bucal 108
- - cartílagos articulares 108
- - cavidad bucal 108
- - colon 100
- - conducto anal 100
- - corazón 101
- - cordón espermático 105
- - encéfalo 108
- - escroto, epidídimo 105
- - esófago, estómago 100
- - faringe 108
- - fosas nasales 101
- - glándula tiroides, endócrinas 108
- - hígado 100
- - huesos 108
- - intestino 100
- - labio 108
- - laringe 101
- - mama 103
- - - piel de la mama 102
- - mediastino 101
- - metastásico 108
- - ojo 108
- - ovario 104

- páncreas 100
- pelvis renal 106
- pene 105
- peritoneo, retroperitoneo 108
- piel 102
- placenta 104
- próstata 105
- pulmón, pleura 101
- riñón 106
- rectosigmoidea, recto 100
- secundario (todas las localizaciones) 108
- senos paranasales 101
- sistema nervioso central 108
- tejidos mesoteliales (blandos) 108
- testículo 105
- timo 101
- tráquea 101
- trompa de falopio 104
- uréter, uretra 106
- útero (cuerpo) (cuello) 104
- vagina, vulva 104
- vejiga 106
- vías genitourinarias
  - femeninas 104
  - masculinas 105
- vesícula, vías biliares 100

## U

- Úlcera (de) 499
  - bucal 426
  - córneo 252
  - decúbito (escaras) 499
  - duodenal 428
  - esófago 427
  - gástrica (estómago) 428
  - miembro inferior 499
  - pene 540
  - péptica 428
  - permanganato 756
  - piel (crónica) 499
  - pilórica, pospilórica 428
  - vagina, vulva 542
  - varicosa 375
  - yeyunal, gastroyeyunal 428
- Uncinariasis 080
- Uña encarnada, infectada 456
- Uremia 532
- Ureteritis quística 535
- Uretritis, ureteritis 535
  - clamidias, debidas a 032
  - gonocócica 031
- Uretrocele femenino 543
- Uricemia 160

## U

- Uricosuria 742
- Uropatía 535
  - obstructiva 531
- Urticaria 455
  - gigante 768
  - solar 499
- Útero
  - Couvelaire, síndrome o 608
  - enfermedad inflamatoria 542

## V

- Vacuna (profiláctica) 811
  - complicación 769
- Vagina, vaginitis, vulva, inflamación (aguda) (crónica) 542
  - atrófica (senil) 544
- Vaginismo 545
- Valvulitis, valvulopatía (crónica) (cardíaca) 355
  - mitral 350
- Varialgia 375
- Varicela (con complicaciones) 053
  - congénita 627
- Várices 375
  - esofágicas 377
  - genitales (en)
    - - embarazo 604
  - miembros inferiores 375
  - puerperio 609
- Varicocele 377
- Vasculopatía 373
- Vejiga neurogénica 535
- Venas varicosas - ver Várices
  - miembros inferiores (con úlcera o inflamación) 375
- Verrugas (virica) (simple) (vulgar) 059

## V

- venérea anogenital 032  
 Vértigo 724  
 Vigilancia médica posterior a tratamiento  
 - por tumor maligno 806  
 - otras afecciones 807  
 Virosis, viremia 069  
 - respiratoria (vías aéreas superiores)  
 (aguda) 410  
 Viruela 059  
 Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)  
 - enfermedad por 063  
 - infección asintomática 810  
 Visita anestésica 803  
 Vitíligo 499  
 Vólvulo (enroscado), (estrangulado) (torsión)  
 (colon) (intestino) 434  
 Vómitos 711  
 - consecutivo a cirugía gastrointestinal 449  
 - en el embarazo 603  
 - en el recién nacido 649  
 - psicógeno 206  
 Vulvitis, vulvopatía, vulvovaginitis 542

## X

Xeroftalmia (deficiencia de vitamina A) 158  
 - no relacionada con deficiencia de vitamina  
 A 252  
 Xerosis (piel) 499

## Z

Zoonosis bacteriana 015

Ministerio de Salud de la Nación  
Av. 9 de Julio N°. 1925 piso 8 (C1073ABA)  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - República Argentina  
0 800 666 3300 - [www.medicamentos.msal.gov.ar](http://www.medicamentos.msal.gov.ar)

Programa financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo - Préstamo OC - AR 2788

