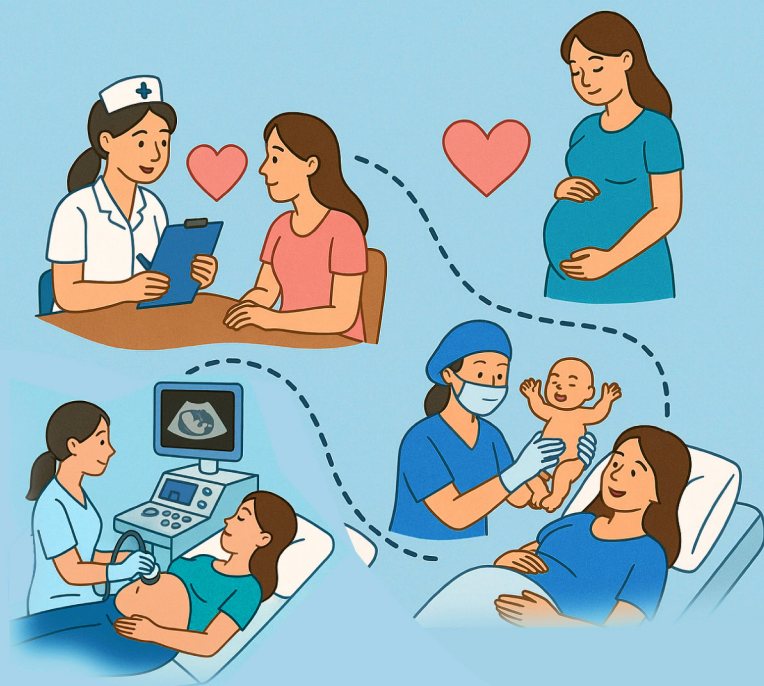


Construyendo competencias en Enfermería Gineco-Obstétrica I: Desde el camino de la preconcepción hasta la natalidad



COLECCIÓN IDEAS

Irlandia Deifilia Romero Encalada
Marlene Johana Chamba Tandazo
Elida Yesica Reyes Rueda

Construyendo competencias en Enfermería Gineco-Obstétrica I:

*Desde el camino de la preconcepción
hasta la natalidad*



Universidad Politécnica Estatal del Carchi

***Construyendo competencias en
Enfermería Gineco-Obstétrica I:
Desde el camino de la preconcepción
hasta la natalidad***

Autores

Irlandia Deifilia Romero Encalada

iromero@utmachala.edu.ec

Universidad Técnica de Machala

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7938-733X>

Marlene Johana Chamba Tandazo

mchamba@utmachala.edu.ec

Universidad Técnica de Machala

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6687-4569>

Elida Yesica Reyes Rueda

ereyes@utmachala.edu.ec

Universidad Técnica de Machala

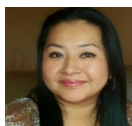
Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2466-2063>

Sobre los autores

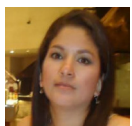


Irlandia Deifilia Romero Encalada: nació el 6 de marzo de 1968; estudio en la escuela Federico Froebel de Portovelo, estudios secundarios colegio nacional 13 de mayo de Portovelo.

Título de tercer nivel: Licenciada en enfermería otorgado por la Universidad Técnica de Machala. Posgrado: Magister en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva Título otorgado por la Universidad Estatal de Guayaquil. Profesora Titular Auxiliar 2 nivel 2 en la Cátedra de Enfermería Gineco Obstétrica I y Gestión del Cuidado en Enfermería de la Universidad Técnica de Machala. Carrera de Enfermería, Machala, Ecuador. Coordinadora de la Carrera de Enfermería; Miembro del Honorable Consejo Universitario, representante de docente. Miembro activo del Comité de Evaluación Interna de la carrera de Enfermería. Ha participado en tres proyectos de Vinculación con la sociedad (dos de servicios comunitarios). Miembro de un grupo de investigación. Participación en ponencias nacionales e internaciones en línea. Publicaciones de artículos de alcance regional. Cursos de perfeccionamiento académico y profesional; Experiencia laboral como enfermera en el Ministerio de salud Pública, Hospital Teófilo Dávila de Machala y Hospital Básico Santa Teresita de la ciudad de Santa Rosa; enfermera profesional del Hospital General IEES Machala; coordinadora de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala



Enfermera de Profesión, título otorgado por la Universidad Técnica de Machala; estudio de posgrado en la Universidad de Guayaquil: Magister en Emergencias Médicas; Docente de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, en las asignaturas de Enfermería Gineco Obstétrica II; Egresada del Doctorado en Ciencias de la Salud de la Universidad de Zulia-Maracaibo -Venezuela. Miembro del Consejo Directivo en representación docente; gestora de proyecto de vinculación; publicaciones en revistas de alcance regional y de alto impacto; ponencias en congresos regionales y nacionales; cursos de perfeccionamiento académico y profesional.



Elida Yesica Reyes Rueda: Enfermera de Profesión, título otorgado por la Universidad Técnica de Machala; estudio de posgrado en la Universidad de Guayaquil: Magister en Emergencias Médicas; Diplomado en Docencia Universitaria otorgado por la Universidad Técnica de Machala. Doctora en Ciencias de la Salud de la Universidad de Zulia-Maracaibo -Venezuela. Profesora Titular Auxiliar 2 nivel 2 en la cátedra de Enfermería Materno Infantil; Investigación en Enfermería; Enfermería Pediátrica II; Enfermería en Gineco Obstétrica II; Gestión del Cuidado. Enfermería Clínico Quirúrgico. Miembro del Consejo Directivo en representación docente; gestora del proyecto de Investigación “Parto Humanizado en el Primer Nivel de Atención”; miembro de proyecto Acompañamiento Gestacional; participación en proyectos vinculación. Directora de diseño estudio de programas de posgrado; ha dirigido trabajos de titulación de pregrado en las modalidades de análisis de casos, artículos académicos y posgrado bajo la modalidad de trabajo de Investigación. Producción científica: autora de publicaciones en el ámbito de la salud pública y académica; ponencias en congresos nacionales e internacionales. Cursos de perfeccionamiento académico, investigación y profesional.



UNIDAD DE
**PRODUCCIÓN Y DIFUSIÓN
ACADÉMICA Y CIENTÍFICA**

Para referenciar este libro:

Romero, I., Chamba, M., Reyes, E. (2025). *Construyendo competencias en Enfermería Gineco-Obstétrica I: Desde el camino de la preconcepción hasta la natalidad*. Universidad Politécnica Estatal del Carchi.

1. Enfermería; 2. Ginecología; 3. Obstetricia ; 4. Natalidad

Clasificación Thema: MKCM - Medicina maternofoetal

Clasificación Dewey: 618 - Ginecología y otras especialidades médicas

Nº 135 páginas; 12,5cmx19cm.

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI

Dr. Jorge Mina – Rector

Dra. Gladys Urgilés – Vicerrectora

PROCESO EDITORIAL

PhD. Marco Burbano – Director de Investigación

MSc. Johana Morillo – Responsable de la Unidad de Producción y Difusión Académica y Científica

MSc. Jonathan Flores – Diagramación y Diseño

MSc. Diana Ruíz – Editor

AVAL ACADÉMICO

Mg. Pablo Villegas – Universidad Tecnológica de Pereira

PhD. David Londoño Vásquez – Institución Universitaria de Envigado

DATOS DE PUBLICACIÓN

Título: *Construyendo competencias en Enfermería Gineco - Obstétrica I: desde el camino de la preconcepción hasta la natalidad*.

Autores: Irlandia Deifilia Romero Encalada - Marlene Johana Chamba Tandazo -

Elida Yesica Reyes Rueda

Diseño de portada: MSc. Jonathan Flores

DOI: <https://doi.org/10.32645/9789942625489>

ISBN PDF: 978-9942-625-48-9

Disponibilidad digital: <https://www.publicacionesupec.org/index.php/carchi>

Edición: Primera, Julio del 2025

© Universidad Politécnica Estatal del Carchi © Irlandia Deifilia Romero Encalada -
Marlene Johana Chamba Tandazo - Elida Jessica Reyes Rueda

Calle Antisana y Avenida Universitaria, Tulcán, Carchi, Ecuador.

Tel: 06 2 224 079 / 06 2 224 080 / 06 2 224 081 Ext: 1300 / 1301

publicaciones@upec.edu.ec / publicacionesupec@gmail.com

Ecuador, Tulcán. Julio de 2025

Prohibida la reproducción de este libro, por cualquier medio,
sin la previa autorización por escrito de los propietarios del copyright.

Índice

Introducción	13
Objetivo del libro	15

Capítulo I

Generalidades de la salud sexual y reproductiva	19
---	----

Capítulo II

Infecciones de transmisión sexual micóticas	49
---	----

Capítulo III

Fecundación, gestación y embarazo parto y puerperio normal parto intercultural lactancia materna	69
--	----

Capítulo IV

Planificación familiar y menopausia	107
-------------------------------------	-----

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, la salud sexual y reproductiva es un concepto integral que abarca el bienestar físico, mental y social en relación con el sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. Más que la simple ausencia de enfermedades o trastornos implica el derecho de todas las personas a una vida sexual segura y satisfactoria, sin discriminación.

La OMS, como autoridad mundial en materia de salud, subraya la importancia de la salud sexual y reproductiva como componente esencial de la salud general y del desarrollo humano. Reconoce la necesidad de promover el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, así como el derecho de las personas a tomar decisiones informadas sobre su sexualidad y reproducción.

Por su parte, la OPS, como principal agencia regional de salud para las Américas, subraya la importancia de combatir las desigualdades en salud sexual y reproductiva, particularmente entre los grupos marginados y vulnerables. Proporciona asesoramiento técnico y apoyo a los países miembros para fortalecer los sistemas de salud y garantizar la disponibilidad de servicios accesibles y culturalmente apropiados.

En consonancia con estos principios, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador se esfuerza por aplicar políticas y programas para promover la salud sexual y reproductiva en el país, dando prioridad a la educación sexual integral, el acceso equitativo a los métodos anticonceptivos y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Estas instituciones reconocen que la salud sexual y reproductiva es un derecho humano fundamental y una piedra angular para alcanzar el bienestar y la equidad en la sociedad.

Machala, 2024

Irlandia Deifilia Romero Encalada

Marlene Johana Chamba Tandazo

Elida Jessica Reyes Rueda

Objetivo general del libro

Brindar a los estudiantes de enfermería una base científica, técnica y humanística sobre la salud sexual y reproductiva, abordando los procesos fisiológicos, patológicos y socioculturales relacionados con la fecundación, gestación, parto, puerperio, planificación familiar y menopausia, fortaleciendo sus competencias en la promoción, prevención, diagnóstico y atención integral de la salud materno-infantil y reproductiva, asegurando un enfoque basado en la evidencia, el respeto a los derechos humanos y la interculturalidad en el cuidado de la salud.

Características pedagógicas del libro

El libro está diseñado con un enfoque pedagógico que facilita el aprendizaje de los estudiantes de enfermería a través de estrategias didácticas basadas en la educación activa. Sus principales características incluyen:

Enfoque Basado en Competencias: Se orienta al desarrollo de habilidades teóricas y prácticas en la atención de la salud sexual y reproductiva.

Lenguaje Claro y Científico: Se utiliza una redacción técnica accesible, con términos adecuados para la formación de enfermería, evitando ambigüedades o interpretaciones erróneas.

Diseño Didáctico:

- Uso de **gráficos, esquemas y diagramas** para facilitar la comprensión de procesos biológicos y clínicos.
- **Tablas comparativas** para organizar información de manera estructurada.

Aprendizaje Activo:

- **Preguntas de autoevaluación** al final de cada capítulo para reforzar el conocimiento adquirido.
- Actividades reflexivas que incentivan la aplicación del conocimiento en escenarios clínicos.

Enfoque Basado en Evidencia:

- Contenido respaldado por referencias científicas actualizadas.
- Vinculación con guías clínicas y normativas nacionales e internacionales.

Perspectiva Intercultural y de Género:

- Consideración de la diversidad cultural en la atención de la salud sexual y reproductiva.
- Inclusión de aspectos éticos y humanizados en la atención de enfermería.

Accesibilidad del Contenido:

- Organización lógica y progresiva de los temas, facilitando la secuencia de aprendizaje.
- Inclusión de un glosario para clarificar conceptos técnicos.

Capítulo I

Generalidades de la salud sexual y reproductiva

Introducción

La salud sexual y reproductiva es un componente esencial del bienestar humano, influyendo directamente en la calidad de vida de las personas y en el desarrollo de las sociedades. Su abordaje requiere una perspectiva integral que contemple factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, asegurando el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Este capítulo ofrece una visión general sobre los principales conceptos, indicadores epidemiológicos y estrategias de intervención en salud sexual y reproductiva, con un enfoque basado en la evidencia científica y en el respeto a los derechos humanos.

Objetivos del Capítulo

Al finalizar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Comprender la importancia de la salud sexual y reproductiva como parte del bienestar integral del individuo.
2. Definir y diferenciar los conceptos clave relacionados con la sexualidad, salud sexual y salud reproductiva.
3. Analizar la relevancia de los derechos sexuales y reproductivos en la garantía de una vida saludable y equitativa.
4. Identificar los principales indicadores de salud materna y reproductiva en la población ecuatoriana.
5. Examinar los factores de riesgo y estrategias de prevención de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Definiciones y terminología en salud sexual

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual es “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud”.

Existe consenso en que la salud sexual no puede lograrse y mantenerse sin el respeto y la protección de determinados

derechos humanos. “Los derechos sexuales son la aplicación de los derechos humanos existentes a la sexualidad y la salud sexual. Protegen el derecho de todas las personas a experimentar y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual, en un marco de respeto por los derechos de los demás y de protección frente a la discriminación” (OPS, 2022).

La Salud Reproductiva por otra parte abarca el bienestar físico, mental y social en todas las fases de la vida relacionadas con el sistema reproductivo. No se limita simplemente a la ausencia de enfermedades o problemas. Implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual segura y satisfactoria, así como la libertad de decidir sobre la reproducción, incluyendo la elección de métodos anticonceptivos que sean legales, aceptados y efectivos. Esta definición también abarca la salud sexual, que busca mejorar la calidad de vida y las relaciones interpersonales, más allá de ofrecer servicios reproductivos o asesoramiento sobre enfermedades de transmisión sexual (Boluda & Izquierdo, 2016).

Otro concepto que es necesario aclarar es sobre la sexualidad, que es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, s.f.).

Mortalidad materna, indicadores sociales y demográficos de la mujer en el Ecuador

Según la Organización Mundial de la Salud. La mayoría de las muertes maternas pueden ser evitadas si la mujer, su pareja, su familia y la comunidad aprenden a reconocer las señales de peligro a tiempo. El no demorar en la identificación de estas señales de peligro, el no demorar en acudir a un servicio de salud y el no demorar en recibir la atención calificada y oportuna son los principales factores que marcan la diferencia entre la vida y la muerte (Ministerio de Salud Pública, s.f.).

Conceptos importantes

Muerte materna

- Una muerte materna es la muerte de una mujer mientras que está embarazada o dentro de los 42 días de terminar un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales (MSP, 2020).

Las muertes maternas se subdividen en dos grupos:

- Muertes obstétricas directas: las muertes obstétricas directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados (González & Soto , 2017a).

- Muertes obstétricas indirectas: las muertes obstétricas indirectas son aquellas que derivan de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó

por los efectos fisiológicos propios del embarazo (González & Soto, 2017b).

- Muerte materna tardía: La muerte materna tardía es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo (OMS, 2012).
- Razón de Muerte Materna (RMM): es el número de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto hasta los 42 días de puerperio por cada 100 000 nacidos vivos, en determinado espacio geográfico, en un período considerado (MSP, 2018).

Indicadores sociales y demográficos de la mujer en el Ecuador

Estos indican el comportamiento reproductivo de la población destinataria de nuestros cuidados la frecuencia e importancia de las alteraciones que padecen las mujeres durante el periodo reproductivo y este conocimiento permite a los gestores sanitarios efectuar la previsión de los recursos humanos y materiales, y a los profesionales de salud la evaluación de la calidad de la atención prestada (Calderón & Sánchez, 2019).

Los índices demográficos más conocidos y utilizados son las tasas brutas o globales, ya que son fáciles de obtener. Sin embargo, para establecer comparaciones entre poblaciones que tienen diferente estructura o un fenómeno de estudio diferente, se debe estandarizarlas, las tasas más utilizadas internacionalmente para explicar la conducta reproductiva de los distintos países son:

- Tasa de natalidad
- Tasa de fecundidad
- Tasa de crecimiento vegetativo

Plan de reducción de muerte materna y neonatal

Para enfrentar la mortalidad de madres y recién nacidos, el Ministerio de Salud Pública viene ejecutando el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, el cual realiza varias acciones:

- a. Vigilancia e investigación epidemiológica de la muerte materna y neonatal, con la finalidad de obtener información oportuna y veraz de los eventos de morbilidad grave que pueden ser prevenidos o tratados.
- b. Activación del Comité Nacional de Muerte Materna, para informar e investigar los casos, establecer las causas, emitir recomendaciones y realizar el seguimiento.
- c. Implementación en las unidades de salud de la Red de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE), con una gran inversión monetaria, cuyo plan piloto fue exitosamente desarrollado en la provincia de Cotopaxi y que al momento está siendo implementado de manera emergente en Esmeraldas por un equipo especializado.
- d. apoyo técnico a las provincias a modo de supervisión, para capacitar, verificar y aclarar dudas técnicas respecto de la normativa sobre el tema, vigente al 2012.
- e. Ejecución del Programa de Reanimación Neonatal.
- f. Monitoreo y evaluación mensual del cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad de la atención materno infantil.
- g. Ejecución del proyecto “Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA)” de ésta forma reducir las complicaciones y posibles muertes maternas y neonatales por embarazos no planificados y de adolescentes en coordinación con ENIPLA (MSP, s.f.).

La tasa de mortalidad materna

Relaciona las muertes maternas por embarazo, parto o puerperio con el número de nacimientos vivos multiplicado por un múltiplo de 10.

Causas de la mortalidad materna:

En países desarrollados
- Toxemias

En países no desarrollados
- Hemorragias
- Sepsis
- Aborto y otras complicaciones

Fórmula para calcular la TMM

$$TMM = \frac{MM \text{ en el año}}{Nacidos vivos en el año} \times 1000$$

Mortalidad perinatal

Causas de la mortalidad perinatal

- Malformaciones
- Retrasos del crecimiento intrauterino (CIR)
- Recién nacidos pretérmino
- Causas varias.

La mortalidad perinatal también aumenta en las edades consideradas “límite” de la madre (menos de 18 y por encima de los 35-40 años), a medida que aumenta la paridad y/o cuando el nacimiento se presenta antes o después del término del tiempo gestacional (OPS, 2016).

Fórmulas

Las fórmulas para calcular las tasas más utilizadas internacionalmente que explican la conducta reproductiva, son:

Tasa de natalidad

$$TN = \frac{\text{No. de Nacidos en un país y en año}}{\text{Poblacion total al 1 de julio de ese año}} \times 1000$$

Tasa de fecundidad

$$TN = \frac{\text{No. de Nacidos vivos}}{\text{No. de mujeres entre 15 - 49 años}} \times 1000$$

Tasa de crecimiento vegetativo

$$TN = \frac{\text{No. de Nacimientos} - \text{No. de defunciones}}{\text{Poblacion total a 1 de julio de ese año}} \times 1000$$

Derechos reproductivos y sexuales

El Ministerio de Salud Pública, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS, garantiza el derecho a la atención integral en salud sexual y salud reproductiva teniendo como referente los derechos sexuales y derechos reproductivos, de todas las personas; con énfasis en los grupos de atención prioritaria.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todas las personas. Están relacionados entre sí y coexisten en la vida de los seres humanos, en sus cuerpos y mentes. Los derechos sexuales y derechos reproductivos en este Plan se evidencian en acciones integrales de calidad de SSSR para todas las personas, sin discriminación alguna (MSP, 2017).

A continuación, se presenta la recopilación de los preceptos constitucionales relacionados con los derechos sexuales y reproductivos y otros derechos con los que se relacionan:

- Derecho a la vida que incluye el derecho a no morir por causas evitables relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

- Derecho a la salud que incluye el derecho a la salud reproductiva.
- Derecho a la libertad, seguridad e integridad personales que incluye el derecho a no ser sometida/o a torturas o tratos crueles o degradantes.
- Derecho a estar libre de violencia basada en el sexo o género.
- Derecho a vivir libre de explotación sexual.
- Derecho a tener o no hijos, a decidir el número e intervalo de los mismos que incluye el derecho a la autonomía reproductiva.
- Derecho a realizar un plan de procreación con asistencia técnica o de una partera reconocida en un hospital o en un ambiente alternativo.
- Derecho a la intimidad que incluye el derecho a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias sobre sus funciones reproductivas.
- Derecho a la igualdad y a la no discriminación que incluye el derecho a la no discriminación en la esfera de la vida y salud sexual y salud reproductiva y a la opción sexual.
- Derecho al matrimonio y a fundar una familia que incluye el derecho a decidir sobre cuestiones relativas a su función reproductora en igualdad y sin discriminación.
- Derecho a contraer o no matrimonio.
- Derecho a disolver el matrimonio.
- Derecho a tener capacidad y edad para prestar el consentimiento para contraer matrimonio y fundar una familia.
- Derecho al empleo y la seguridad social que incluye el derecho a la protección legal de la maternidad en materia laboral.
- Derecho a trabajar en un ambiente libre de acoso sexual.
- Derecho a no ser discriminada por embarazo o maternidad.
- Derecho a no ser despedida por causa de embarazo.

- Derecho a la educación que incluye el derecho a la educación sexual y reproductiva
- Derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute de este derecho.
- Derecho a la información adecuada y oportuna que incluye el derecho de toda persona a
 - que se le dé información clara sobre su estado de salud.
- Derecho a ser informadas e informados sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fecundidad y sobre las implicaciones de un embarazo para cada caso particular.
- Derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer que incluye el derecho a modificar las costumbres que perjudican la salud reproductiva de las mujeres y las niñas.
- Derecho a disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para la reproducción humana asistida.
- Derecho a no ser objeto de experimentación en el área de reproducción humana.
- Derecho a que se restituyan los derechos en caso de ser conculcados (MSP, 2007).

Conceptos básicos de sexo, sexualidad y salud sexual

- **Sexo.** El término “sexo”. se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos (Organización Mundial de la Salud, 2018).
- **Sexualidad.** El término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma

de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.

- **Salud sexual.** La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es fundamental que se reconozcan y garanticen los derechos sexuales de las personas. Esto implica el libre acceso a los servicios de salud sexual-reproductiva y la promoción de un entorno libre de cualquier forma de discriminación, violencia y coerción, donde se respeta la autonomía de las personas para asegurar que todos ejerzan sus derechos sexuales de manera libre, informada y segura.

Conceptos relacionados con la sexualidad

Según la Guía Básica sobre Diversidad Sexual y de Género es fundamental comprender la importancia de la diversidad afectiva, sexual y de género, ya que esto contribuye a la construcción de una sociedad inclusiva y respetuosa (Solá, 2020). Para ello, es esencial conocer y diferenciar conceptos clave relacionados con la sexualidad, entre ellos se encuentran:

- **Género.** El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.
- **Identidad de género.** La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un auto concepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.
- **Orientación sexual.** La orientación sexual es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.
- **Identidad sexual.** La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.
- **Erotismo.** El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos

percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y, que, por lo general, se identifican con placer sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.

- **Vínculo afectivo.** La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo.

- **Actividad sexual.** La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual.

- **Prácticas sexuales.** Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles.

- **Relaciones sexuales sin riesgo.** La expresión “relaciones seguras sin riesgo” se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH.

- **Comportamientos sexuales responsables.** El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona

que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas (OPS, 2000).

Aparato reproductor femenino

Está compuesto por genitales externos, internos y órganos accesorios, los cuales cumplen funciones esenciales en la reproducción. Cada estructura cumple un papel indispensable y específico en procesos como la ovulación, fecundación y gestación (Saldarriaga & Artuz, 2020a). A continuación se describe cada uno de ellos:

Genitales externos

- **Monte de Venus.** También conocido como monte púbico. Es una masa de tejido graso subcutáneo que se encuentra sobre los dos huesos púbicos de la pelvis, forma la figura de un triángulo invertido.
- **Labios mayores.** La función principal de los labios mayores es la protección de las estructuras que yacen entre ellos. Son pliegues longitudinales y elevados de piel pigmentada (tejido adiposo) que forman los límites laterales de la vulva.
- **Labios menores.** Su función principal es la de lubricar e impermeabilizar la piel de la vulva, también secreta sustancias bactericidas.
- **Clítoris.** Se considera la parte con mayor sensibilidad erótica del sistema genital femenino, por lo tanto, su función principal es el proporcionar placer a la mujer, también secreta esmegma, cuyo olor puede excitar al varón.

- **Vestíbulo.** Es el espacio comprendido entre los dos labios menores. Contiene la apertura de la vagina o introito, aquí hay una pequeña membrana llamada himen. En el vestíbulo también se encuentran las aperturas de: la uretra, los dos conductos de Skene y las dos glándulas de Bartholin.
- **Perineo.** Es la región comprendida entre la horquilla y el ano, juega un importante papel a la hora del parto. Su función es el soporte de las estructuras pélvicas.

Genitales internos

- **Vagina.** Es un conducto curvo que va desde el útero hasta la abertura externa, está entre la vejiga y el recto, mediante este conducto se eliminan las secreciones uterinas y flujo menstrual. Es el órgano sexual para la copula o coito y forma parte del canal del parto.
- **Ovarios.** Son dos pequeños órganos en forma de almendra que se encuentran a cada lado del útero, por debajo y detrás de las trompas de Falopio. se mantiene en su lugar por los ligamentos ováricos, ancho e infundíbulo pélvico. Permiten el desarrollo y la expulsión del óvulo, además de la secreción de estrógenos y progesterona.
- **Trompas de Falopio.** Son estructuras musculares pequeñas, muy estrechas, de unos 10 cm de largo. Se encargan de llevar el óvulo desde el ovario hasta el útero, gracias a la acción peristáltica de los cilios que recubren sus paredes.
- **Útero.** Es un órgano hueco en forma de pera. En una mujer no embarazada es de aprox. 2,5 cm de espesor, 5 cm de ancho y 7,5 cm de largo.

Órganos accesorios

Mamas: Son glándulas sebáceas especializadas, tienen una forma cónica y se localizan en forma simétrica a ambos lados del tórax. Cada mama se divide en varios lóbulos compuestos de tejido glandular.

Ciclo menstrual

El ciclo menstrual es un proceso biológico fundamental en la vida reproductiva de las mujeres. Durante este proceso, ocurren una serie de cambios fisiológicos cíclicos que preparan al cuerpo para el embarazo. Este ciclo está regulado por hormonas y tiene una duración aproximada de 28 días, con una variación de 7 días. La menstruación suele extenderse de 3 a 7 días, con una pérdida de sangre de 60 a 80 ml máximo (Tozzini, 2019). A continuación se describe el ciclo menstrual en sus diferentes fases.

Menstruación

La menstruación o periodo es el sangrado mensual de una mujer. Es con la menstruación que se inicia el ciclo. Durante la menstruación, el cuerpo femenino está liberándose de las células de recubrimiento del útero. La sangre menstrual fluye de este a través de una abertura en el cuello uterino, y abandona el cuerpo a través de la vagina.

- Esta fase puede durar de 2 a 9 días. En ella, los niveles de hormonas llegan a su mínima concentración.
- La cantidad de sangre que se pierde está en torno a los 35 ml, pero es normal que vaya de entre 10 hasta 80 ml. Lo más común es que los periodos menstruales duren de tres a cinco días, aunque al igual que el ciclo menstrual completo y el volumen de sangre, también esta cifra

puede variar ligeramente dependiendo de cada mujer, y puede oscilar entre dos y siete días.

Fase folicular o preovulación

La preovulación o fase folicular es la fase que se produce tras la menstruación y, como indica su nombre, antes de la ovulación. Es la fase en la que empiezan a crecer los óvulos inmaduros en el interior del folículo.

En ella, el ovario produce unas hormonas llamadas estrógenos, que se encargan de hacer que uno de los óvulos que se encuentran en su interior madure. Normalmente se da entre los días 6 y 13 del ciclo, aunque pueden variar incluso en la misma mujer, debido a una gran variedad de factores que van desde la pérdida de peso al estrés emocional, a enfermedades, al exceso de ejercicio o incluso la dieta. Esta fase suele durar entre 7 y 10 días. Aquí empiezan a subir los niveles de la hormona folículo-estimulante, la hormona luteinizante y la progesterona. Este efecto hace que el cerebro esté abierto a la novedad (Saldarriaga & Artuz, 2020b).

Ovulación

Durante esta fase, el óvulo completa el proceso de maduración y es trasladado desde el ovario en el que estaba alojado hasta el útero, a través de una de las trompas de Falopio. Esta fase dura entre 3 y 6 días. Los niveles hormonales aumentan y ayudan a preparar el recubrimiento del útero para el embarazo; por este motivo la mayor probabilidad de embarazo de una mujer es durante los tres días antes de la ovulación o en el mismo día de la ovulación.

En esta fase se produce el pico de la hormona folículo-estimulante, la hormona luteinizante y la progesterona. Esto activa los centros del cerebro de la mujer relacionados con la comunicación verbal, el placer y la socialización.

Fase lútea o postovulación

En caso de que la fecundación del óvulo no se haya producido, dicho óvulo acaba involucionando y es expulsado en la próxima menstruación. Tras la postovulación empieza un nuevo ciclo menstrual. Dura entre 10 a 16 días. Aquí baja la concentración de la hormona folículo-estimulante, la hormona luteinizante y la progesterona (Saldarriaga & Artuz, 2020c).

En esta fase, la bioquímica del cerebro de la mujer facilita la creatividad que se manifiesta en tareas concretas.

Desprendimiento del endometrio

Corresponde al primer desprendimiento de la pared del endometrio. El primer instante en que la sangre menstrual pasa a través del cérvix. Dura entre 1 y 2 días. Aquí baja la concentración de la hormona folículo-estimulante, la hormona luteinizante y la progesterona.

Duración del ciclo menstrual

El ciclo menstrual promedio tiene una duración de 28 días, aunque puede ser algo más corto o algo más largo, llegando a variar de 21 a 45 días, dependiendo de cada persona y de su cuerpo (Guillén, 2024).

Disfunciones sexuales

Es una alteración del deseo sexual y/o cambio psicofisiológico del ciclo de la respuesta sexual humana que genera un acusado estrés y dificultad interpersonal.

Disfunciones sexuales femeninas

Disfunción del deseo

Este trastorno se define con las siguientes características: interés en la actividad sexual ausente o reducida, pensamientos y fantasías sexuales/eróticas ausentes o reducidas.

Etiología

- Psicológica: en la mujer es la etiología más relevante. Destacan la ansiedad y la depresión, además de problemas de pareja.

- Orgánica: enfermedades sistémicas crónicas (hepática, renal, neurológica, endocrino-metabólica), así como efectos secundarios farmacológicos y alteraciones de la función o imagen física.

Tratamiento

- Médico: debemos descartar organicidad y abordar las posibles patologías subyacentes si las encontramos. Hay que prestar especial atención a efectos secundarios farmacológicos (sobre todo los antidepresivos y los hormonales).

- Psicológico: terapia cognitivo-conductual para modificar los factores disfuncionales, con intervención sobre el vínculo emocional, los pensamientos erróneos, conductas que reducen la confianza y las condiciones de la erótica.

- Sexológico: debemos aplicar la técnica del crecimiento erótico de DeJardin (aumento de la autoimagen, aumento de la sensibilización corporal, abandono y técnicas eróticas), para después realizar técnicas de focalización sensorial y trabajo de desarrollo de inductores sexuales (Jiménez & Berek, 2013).

Disfunción de la excitación

Se define como la incapacidad persistente o recurrente de obtener y mantener la lubricación y tumescencia propia de la fase de excitación hasta la finalización de la actividad sexual, generando malestar. La mujer no se lubrica, su vagina no se expande y no se produce la formación de la plataforma orgásmica. Tampoco percibe las sensaciones eróticas.

Etiología

- **Orgánica.** Enfermedades sistémicas crónicas, conectivopatías, lesiones vulvares, lesiones obstétricas previas, la causa más importante es la menopausia por el déficit hormonal que conlleva.
- **Psicológica.** Trastornos de ansiedad, cambios de humor o afectivos, relación conflictiva de pareja, vivencia negativa de la sexualidad.

Tratamiento

- **Médico:** hay distintas posibilidades terapéuticas:
- **Terapia hormonal:** la testosterona a dosis suprafisiológicas produce mejoría sobre la libido, excitación y función sexual, fortaleza muscular y calidad de vida. Su función se centra en que eleva los niveles de dopamina y norepinefrina, al mismo tiempo que disminuye la serotonina, relacionada con la inhibición sexual. Los efectos secundarios son posibles desmayos y disminución de la presión arterial.
- **Psicológico:** terapia cognitiva para identificar y modificar los factores etiológicos, interviniendo en la intimidad emocional y en la relación de pareja.
- **Sexológico:** técnicas de focalización sensorial progresiva, incluyendo acercamiento físico gradual, habilidades de autoestimulación, y técnicas de relajación para disminuir la ansiedad de ejecución (Vela, 2006a).

Disfunción sexual dolorosa

Dispareunia

Aparición de dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, y que además produce un malestar o distrés interpersonal.

Etiología

Una cuarta parte son de origen psicológico debido a:

- Una mala experiencia
- Temor a un nuevo embarazo y parto, atresias vulvo-vaginales, episiotomía, infecciones: trichomona vaginalis, candida albicans, gardnerella vaginalis, enfermedades de cérvix: cervicitis, cervicovaginitis.

Tratamiento

Siempre se realizará según la etiología de la dispareunia un tratamiento:

- Médico. Prescribirá antiinfecciosos, preparados estrogénicos, aplicación de lubricantes de carácter hidrosoluble, aplicación tópica de anestésicos, quirúrgica: plastia vulvar, corrección quirúrgica de adherencias o malposiciones uterinas.
- Psicosexual. Técnicas de focalización sensorial y terapias de desensibilización sistemática progresiva.
- Educación sanitaria. Este es siempre el mejor tratamiento cuando no hay una causa orgánica; conocer, informarse y formarse siempre da buen resultado.

Disfunción orgásmica

Este trastorno se define como la ausencia o retraso, de forma persistente o recurrente, del orgasmo tras una fase de excitación adecuada, que provoca malestar o distrés interpersonal, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno sexual (Vela, 2006b).

Etiología

- Psicológicas. Son las predominantes como las de carácter emocional: ansiedad, inseguridad, temor ante la

sexualidad, conflictos relacionales, escasa comunicación sexual.

- Orgánicas. Las más significativas son los trastornos genitourinarios como los cambios fisiológicos menopáusicos, cistitis, endometriosis.
- Farmacológicas: Los fármacos más frecuentemente implicados en las alteraciones del orgasmo son: paroxetina, sertralina, fluoxetina, clomipramina, fenoxibenzamina, anestésicos tópicos etc.

Tratamiento

- Médico: control clínico de las causas crónicas y abordaje de los factores agudos.
- Sexológico: técnicas de focalización sensorial que aumenten la percepción de las sensaciones genitales, estimulación sexual progresiva, adiestramiento de la musculatura perineal, desensibilización sistemática de los condicionantes negativos.
- Sexológico: técnicas de focalización sensorial que aumenten la percepción de las sensaciones genitales, estimulación sexual progresiva, adiestramiento de la musculatura perineal, desensibilización sistemática de los condicionantes negativos.

Disfunciones sexuales masculinas

- Trastornos de la excitación: disfunción eréctil.
- Trastornos de la eyaculación y el orgasmo: eyaculación precoz, retardada, retrógrada y aneyaculación.
- Dolor durante la eyaculación
- Trastornos del deseo: deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo, adicción al sexo.

Disfunción del deseo

El deseo sexual hipoactivo en el varón se define como la ausencia permanente y persistente de fantasías eróticas y motivación para acceder a las relaciones sexuales.

- Orgánicas: la causa principal es la alteración hormonal, concretamente el déficit de testosterona y el aumento de prolactina, o cualquier enfermedad crónica que conlleve fatiga puede provocarla: diabetes, insuficiencia cardiaca, fracaso renal.
- Psicológicas: evitación por disfunciones sexuales previas, por alteraciones del estado de ánimo (el stress profesional), o por conflictos de pareja.

Tratamiento

- El objetivo principal del tratamiento es recuperar las fantasías eróticas e incrementar la motivación sexual. Como la satisfacción es el principal motor del deseo, intentaremos mejorar la respuesta sexual.
- Se basa en potenciar los inductores externos del deseo, trabajando menos la intimidad y la dinámica en pareja. Incluye: técnicas de experimentación y reconocimiento sensorial, insight hasta comprender las causas del problema, reestructuración cognitiva para formar pensamientos positivos hacia la sexualidad e intervenciones conductuales (Molina & Tapia, 2020).

Disfunción de la excitación/ disfunción eréctil

- Son aquellas en las que se presenta una dificultad ya sea para “sentirse excitado” durante la actividad sexual, o bien para “lograr una erección” o ambas vivencias.
- La disfunción eréctil se define como “la incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección

apropiada hasta el final de la relación sexual, que provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal y no se explica mejor con la existencia de otro trastorno”

Causas

- Orgánicas: vasculógena (arterial, cavernosa, mixta), neurógena (alteraciones medulares a nivel sacro), anatómica (alteración de estructuras, p.e. Enfermedad de peyronie), endocrina (alteraciones hormonales).
- Psicogénicas: en las disfunciones sexuales psicógenas, observamos un comienzo agudo, una aparición situacional y un curso variable; las erecciones extracoitales son rígidas, aparecen problemas psicosexuales de larga evolución, hay problemas de pareja al inicio del cuadro y la ansiedad y el miedo al fracaso se dan desde el inicio del cuadro.

Tratamiento

- Tratamiento médico. Existen tres niveles de tratamiento en la disfunción eréctil:
- Primer nivel: Modificación de hábitos insanos: miedo al fracaso, stress de ejecución.
- Segundo nivel: Administración de fármacos intracavernosos: en inyección o en crema.
- Tercer nivel: Cirugía reparadora (prótesis): se vacían los cuerpos cavernosos sustituyéndolos por dos cilindros. Las que tienen depósito y bomba insufladora permiten la flaccidez, mientras que las que no lo tienen producen erección permanente.

Tratamiento sexológico

Los fines de la terapia no farmacológica son los siguientes: tratamiento de la disfunción eréctil psicógena, optimización del

tratamiento farmacológico rehabilitación sexual en los fracasos farmacológicos, adaptación y optimización de la respuesta en enfermedades que imposibiliten la erección.

Disfunción de la eyaculación

Eyaculación que siempre o casi siempre ocurre antes o durante el primer minuto de penetración vaginal, con inhabilidad para retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales con consecuencias personales negativas como distrés, frustración y/o evitación de la intimidad sexual.

Causas

- Psicológicas. ansiedad, primeras experiencias sexuales, infrecuente, malas técnicas de control en la eyaculación, evolutivas y psicodinámicas.
- Orgánicas. Hipersensibilidad peneana, reflejo de eyaculación hiperexcitable, hiperexcitabilidad, endocrinopatía, predisposición genética zapata boluda, disfunción del receptor de la 5 - hidroxí-triptamin.

El rol que cumple el profesional de enfermería es importante en la salud sexual y reproductiva; porque se debe fomentar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, a fin de que se pueda contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, llegando a la población más vulnerable como son los adolescentes, especialmente para prevenir los embarazos en adolescentes llegando a concienciar de la importancia de la sexualidad con responsabilidad.

Actividades

¿Qué es una muerte materna?

- A) La muerte de una mujer mientras está embarazada o hasta un año después del parto, por cualquier causa.
- B) La muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días de finalizarlo, debido a causas relacionadas con el embarazo.
- C) La muerte de una mujer hasta 30 días después de un embarazo, por cualquier causa accidental.
- D) La muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días de finalizarlo, por causas accidentales o incidentales.

Respuesta correcta: B

¿Qué es el “sexo” según la definición del presente texto?

- A) La orientación sexual de una persona.
- B) La capacidad de experimentar placer sexual.
- C) El conjunto de características biológicas que definen a los humanos como hembras y machos.
- D) El vínculo emocional entre dos personas de géneros diferentes.

Respuesta correcta: C

¿Cómo se define el “género”?

- A) Como la orientación sexual de una persona.
- B) Como la identidad de género de un individuo.
- C) Como un conjunto de valores, actitudes y prácticas culturales basadas en el sexo.
- D) Como la capacidad de experimentar placer sexual.

Respuesta correcta: C

Selecciona cuáles de los siguientes órganos pertenecen a los genitales externos:

- A) Ovarios
- B) Monte de Venus
- C) Labios menores
- D) Trompas de Falopio

Respuestas correctas: B, C

Selecciona cuáles de los siguientes órganos son parte de los genitales internos:

- A) Clítoris
- B) Útero
- C) Vagina
- D) Perineo

Respuestas correctas: B, C

¿Qué sucede durante la menstruación?

- A) El cuerpo femenino libera los óvulos maduros del ovario.
- B) Se libera el revestimiento del útero a través de la vagina.
- C) Los niveles de hormonas alcanzan su nivel máximo.
- D) La sangre menstrual fluye de las trompas de Falopio hacia el útero.

Respuesta correcta: B

¿Qué ocurre durante la fase lútea si no hay fecundación del óvulo?

- A) El óvulo madura y es liberado nuevamente.
- B) El óvulo involuciona y se expulsa en la próxima menstruación.
- C) El útero se prepara para el embarazo.
- D) Aumentan los niveles hormonales para apoyar el embarazo.

Respuesta correcta: B

¿Cuál es la duración promedio del ciclo menstrual?

- A) Entre 2 y 9 días
- B) Entre 7 y 10 días
- C) 28 días, aunque puede variar entre 21 y 45 días
- D) 10 a 16 días

Respuesta correcta: C

Fuente: Elaborado por Autores

Referencias bibliográficas

- Boluda, R. M., & Izquierdo, M. I. (2016). Salud sexual y reproductiva. *En Salud sexual y reproductiva*. Editorial Universidad de Almería. Obtenido de <https://books.google.com.cu/books?id=zq2SCwAA-QBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Calderón León, R. A., & Sánchez Mata, M. E. (20 de Diciembre de 2019). Repercusión de factores socioculturales en la salud reproductiva de las mujeres de la Universidad de Guayaquil. *ME-DISAN*, 101-116. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/3684/368462717010/html/>
- González Sáenz, M., & Soto Cerdas, J. (Marzo de 2017). *Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual*. Obtenido de Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v34n1/2215-5287-mlcr-34-01-112.pdf>
- Guillén Valera, J. (2024). Obtenido de Cuidate plus: <https://cuidate-plus.marca.com/reproduccion/fertilidad/diccionario/ciclo-mensual.html>
- Jiménez González, D., & Berek, J. (2013). *Ginecología de Berek y Novak*. Barcelona.
- Ministerio de Salud Pública. (s.f.). Obtenido de Salud.gob.ec: <https://www.salud.gob.ec/informacion-sobre-muerte-materna/#:~:text=Las%20muertes%20maternas%20son%20de,se%C3%B1ales%20de%20peligro%20a%20tiempo>. Accedido el 1 de mayo de 2024.
- Ministerio de Salud Pública. (2007). Obtenido de PAHO ORG: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Ecuador_2007.pdf.
- Ministerio de Salud Pública. (2018). Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/05/CIERRE-PROCESO-MM-2018.pdf>

- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Subsecretaría de vigilancia de la Salud Pública*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/02/MUERTE-MATERNA-SE-03_2020.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
- Molina Reino, D. M., & Tapia Cárdenas, J. P. (2020). Prevalencia y caracterización de disfunciones sexuales masculinas en el personal de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, año 2019. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 56-63.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Obtenido de IRIS OMS: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www3.paho.org/clap/dmdocuments/CIE10MM.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
- Organización Panamericana de la Salud e Instituto Nacional de Salud. (2016). *Protocolo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna. bogotá: protocolo de vigilancia*.
- Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. (2000). Obtenido de PAHO ORG: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf

- Pública, M. d. (s.f.). Obtenido de salud.gob.ec: <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-lleva-a-cabo-plan-de-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal/>
- Saldarriaga Gil, W., & Artuz, M. A. (2020). *Fundamentos de ginecología y obstetricia*. Cali: Programa editorial Universidad del Valle.
- Solá García, M. (2020). *Guía básica sobre diversidad sexual y de género*. Navarra: <https://www.igualdadnavarra.es/imagenes/documentos/-235-f-es.pdf>.
- Tozzini, R. (2019). *Ginecología (2da. edición)*. Buenos Aires: Corpus Editorial.
- Vela Briz, A. (2006). *Sexualidad en la salud y la enfermedad. una visión integral*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

Capítulo II

Infecciones de transmisión sexual micóticas

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema de salud pública a nivel mundial debido a su alta incidencia, impacto en la calidad de vida y potenciales complicaciones a largo plazo. Estas enfermedades, causadas por bacterias, virus, parásitos u otros microorganismos, se transmiten principalmente a través del contacto sexual sin protección, aunque también pueden adquirirse por otras vías como el uso compartido de agujas, transfusiones de sangre y transmisión vertical durante el embarazo, parto o lactancia (Deleon, et al., 2022).

El abordaje de las ITS requiere una estrategia integral que incluya educación en salud, promoción de conductas sexuales responsables, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y seguimiento de los casos. La enfermería desempeña un papel fundamental en la prevención, detección y atención de estas infecciones, brindando información basada en evidencia científica y promoviendo el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Objetivos del Capítulo

Al finalizar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Comprender la importancia del abordaje integral de las ITS en la salud pública y la práctica clínica.
2. Identificar las principales infecciones de transmisión sexual, sus agentes causales y vías de transmisión.
3. Reconocer las manifestaciones clínicas y las complicaciones asociadas a las ITS más frecuentes.
4. Analizar los métodos de diagnóstico y las estrategias terapéuticas disponibles para el manejo de estas infecciones.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), también conocidas como Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) o Enfermedades Sexualmente Transmisibles son aquellas que se contagian mediante el contacto sexual, y son causadas por bacterias, virus u otros microorganismos que se transmiten de una persona a otra a través de la sangre, el semen, las secreciones vaginales u otros líquidos corporales. Además, también pueden transmitirse a través del intercambio de agujas, transfusiones de sangre, lactancia materna o el embarazo (transmisión vertical) y el parto cuando se transmite la infección al bebé (Cárdenas, Zamora, et al., 2021).

Entre los síntomas más comunes de las ITS, se pueden incluir llagas, ampollas o abultamientos en los genitales que también se pueden presentar en la boca o el recto, dolor o ardor al orinar o al tener relaciones sexuales, secreciones, sangrado en el pene o la vagina, picazón y enrojecimiento en los genitales, dolor en la parte baja del abdomen, fiebre y ganglios linfáticos hinchados y adoloridos (Bravo, et al., 2022).

Existen varios tipos de infecciones de transmisión sexual, entre las más destacadas se pueden describir las siguientes:

Sífilis

Esta enfermedad se produce por una bacteria llamada *treponema pallidum*, su transmisión se produce durante relaciones sexuales mediante el contacto con úlceras infecciosas (también denominadas “chancro”) que se encuentran presentes en áreas genitales y mucosas orales, otra forma de transmisión también es mediante transfusiones de sangre, y en transmisión vertical de embarazadas a sus hijos al momento del parto, aunque esta enfermedad tiene cura, puede generar graves problemas de salud en varios sistemas.

Etapas de la sífilis

La Organización Mundial de la Salud, indica que la sífilis se divide en sífilis temprana, que se compone de sífilis primaria, sífilis secundaria, sífilis temprana latente. Y la sífilis tardía, que se compone de sífilis latente tardía y sífilis terciaria (OPS, s.f.). A continuación se presenta una tabla que describe las generalidades de los distintos estadios de la Sífilis, donde se incluye el tiempo en el que se desarrolla la enfermedad y las manifestaciones clínicas más características.

Tabla 1. Estadíos y generalidades de la Sífilis

Estadíos		Tiempo	Manifestaciones clínicas
Sífilis temprana	Sífilis primaria	9 - 90 días	Chancro único Linfadenopatía regional
	Sífilis secundaria	6 - 8 semanas tras la resolución del chancro	Exantema maculopapular Parches mucosa Condiloma lata Afectación sistémica
	Sífilis temprana latente	1 año después de la infección	Asintomáticos Recaídas en el 25%
Sífilis tardía	Sífilis latente tardía	1 año después de la infección	Asintomáticos
	Sífilis terciaria	10 – 20 años	Goma sífilítico Neurosífilis Sífilis neurovascular

Nota: esta tabla muestra los estadíos clínicos de la sífilis según el tiempo de evolución y las manifestaciones clínicas Hidalgo, et al., (2019).

Ilustración 1. Erupciones cutáneas en manos y pies	Ilustración 2 . Chancro	Ilustración 3. Úlceras
		
Nota: Esta imagen evidencia un exantema maculopapular característico de la sífilis secundaria, distribuido simétricamente en palmas y plantas (Blog de Clínica Pedrosa, 2019).	Nota: Representa la lesión típica de la sífilis primaria: una úlcera indolora, bien delimitada, de base limpia y bordes duros (Rojano, s.f.)	Nota: esta imagen muestra lesiones erosivas, posiblemente relacionadas con el estadio secundario de la enfermedad, cuando pueden aparecer lesiones mucosas en boca, genitales o ano, secundarias a la diseminación hematógena (Inés, 2019)

Ilustración 4. Linfadenopatía	Ilustración 5. Goma sifilítica	Ilustración 6. Condiloma lata
		
Nota: Muestra el agrandamiento ganglionar regional, generalmente bilateral e indoloro, que acompaña al chancro en la sífilis primaria. (Boza, & Boza, 2021)	Nota: la imagen representa la sífilis terciaria, caracterizada por lesiones granulomatosas destructivas de evolución crónica, localizadas principalmente en piel, hueso o vísceras (Morris, 2023).	Nota: la imagen muestra lesiones húmedas, blanquecinas o grisáceas, con base amplia y superficie verrugosa, típicas de la sífilis secundaria (A & RM, 2024).

Diagnóstico

Existen diversos métodos para diagnosticar la sífilis como puede ser mediante:

Exámenes serológicos (exámenes de sangre y pruebas rápidas).

Exámenes con muestra de líquido de una úlcera.

Examen de líquido cefalorraquídeo.

Todos estos entre los más generales, sin embargo cuando se trata de una sífilis en etapa muy avanzada, será necesario complementar con exámenes radiológicos, además, todos estos métodos se deben complementar con anamnesis y el examen físico.

Tratamiento

El tratamiento de la sífilis va a depender del estadio en el que se encuentra, además, es importante tomar en cuenta si el paciente presenta alergia a los antibióticos de primera elección, para emplear otra clase farmacológica.

Tabla 2. Tratamiento de la sífilis según el estadio

ESTADÍOS	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO EN ALÉRGICOS
Sífilis precoz	Penicilina G benzatina 2.400.000 UI IM	Doxiciclina ¹⁰⁰ mg cada ¹² h por ¹⁴ días
Sífilis tardía (sífilis latente tardía, sífilis de duración desconocida, gomas y afectación cardiaca)	Penicilina G benzatina 2.400.000 UI IM, una dosis semanal por ³ semanas	Doxiciclina ¹⁰⁰ mg cada ¹² h por ²⁸ días
Neurosífilis (incluyendo afectación ocular y auditiva)	Penicilina G sódica 3.000.000-4.000.000 UI por vía intravenosa cada ⁴ h (¹⁸⁻²⁴ millones UI al día) por ¹⁰⁻¹⁴ días	Desensibilización y penicilina intravenosa
Sífilis congénita	Penicilina G sódica 150.000 UI/kg/día por vía intravenosa administrada 50.000 UI/kg cada 12 h en los primeros 7 días del nacimiento y cada 8 h posteriormente hasta un total de 10 días Si LCR normal: penicilina benzatina ^{50.000} UI/kg IM (máximo de 2.400.000 UI)	

Nota: la tabla muestra la descripción científica y sistemática del esquema terapéutico de la sífilis según el estadio clínico, diferenciando el tratamiento de elección con penicilina y las alternativas terapéuticas para pacientes alérgicos (M & L., 2019).

Hepatitis

La hepatitis es la inflamación del hígado, puede afectar seriamente el funcionamiento de este órgano, como a la salud en general e incluso llega a ser mortal.

Tipos

Existen cinco cepas principales del virus de la hepatitis (A, B, C, D y E), entre sus principales generalidades se destacan las siguientes:

Tabla 3. Tipo y características de la Hepatitis

TIPOS	CARACTERISTICAS
A	Es una de las formas de hepatitis que provoca una infección aguda debido a que su periodo es de corta duración por lo que no se generan complicaciones graves a largo plazo.
B	Esta cepa puede llegar a provocar tanto una infección aguda como crónica. La infección aguda es de corto plazo sin embargo los síntomas pueden durar por algunas semanas muchos de ellos mejoran sin tratamiento en específico sin embargo la infección crónica es más duradera y el cuerpo por sí solo no es capaz de combatirla.
C	De la misma forma que la hepatitis B, esta cepa puede causar una infección aguda o crónica, la aguda se produce en corto plazo y los síntomas pueden durar hasta 6 meses donde la mayoría de veces el cuerpo por sí solo puede combatir la infección. La hepatitis c crónica es más duradera y en esta el cuerpo no es capaz de combatirla por lo que el virus no desaparece se estima que entre un 75% - 85% de las personas que poseen hepatitis c aguda desarrollan esta cronicidad.
D	Este virus se reconoce como inusual porque se transmite por coinfección cuando ya se posee una infección por hepatitis B, de la misma forma puede causar tanto una infección aguda como crónica. La coinfección entre hepatitis B y D puede causar complicaciones más frecuentes y se desarrollan con mayor rapidez.
E	Esta cepa similar a la hepatitis A se presenta generalmente como una infección aguda siendo de corto plazo en la que el cuerpo es capaz de combatir el virus por sí mismo.

Nota: en esta tabla se muestra la clasificación de los distintos tipos de hepatitis virales según su comportamiento clínico y sus características particulares (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, s.f.).

Manifestaciones clínicas

Entre las manifestaciones clínicas más importantes se consideran:

Ilustración 1. Erupciones cutáneas en manos y pies	Ilustración 2 . Chancro	Ilustración 3. Úlceras
		
Nota: Esta imagen evidencia un exantema maculopapular característico de la sífilis secundaria, distribuido simétricamente en palmas y plantas (Blog de Clínica Pedrosa, 2019).	Nota: Representa la lesión típica de la sífilis primaria: una úlcera indolora, bien delimitada, de base limpia y bordes duros (Rojano, s.f.)	Nota: esta imagen muestra lesiones erosivas, posiblemente relacionadas con el estadio secundario de la enfermedad, cuando pueden aparecer lesiones mucosas en boca, genitales o ano, secundarias a la diseminación hematógena (Inés, 2019)

Otros síntomas comunes también son náuseas, pérdida del apetito, dolor en las articulaciones, astenia, e incluso fiebre. Además, es necesario mencionar las complicaciones que se presentan en los estadios crónicos de las cepas de hepatitis, entre las cuales destacan:

Tabla 4. Generalidades de los estadios crónicos de las cepas de hepatitis

Cirrosis	Cáncer de hígado	Insuficiencia hepática
Es una enfermedad en la que existe un bloqueo del flujo de sangre en el hígado debido a la cicatrización de este órgano· a medida que esto progresa·	Se produce por el crecimiento acelerado y descontrolado de células malignas en el hígado·	Ocurre cuando el hígado pierde de manera progresiva las funciones hepáticas·

Fuente: Elaboración propia, (2025)

Diagnóstico

Para poder obtener un diagnóstico acertado, se consideran datos generales del paciente en la anamnesis, examen físico en el que se valorarán los signos y síntomas del mismo, para finalmente complementarlo con los exámenes de laboratorio, haciendo énfasis en el perfil hepático y perfil renal. También es necesario realizar exámenes de imagen como ecografía doppler e incluso una endoscopia digestiva alta dependiendo de algunos valores de exámenes (OPS, s.f.).

Tratamiento

El tratamiento va a depender del tipo de hepatitis y el estadio en el que se encuentre, sin embargo de manera general, este está basado en la administración de medicamentos antivirales vía oral, los cuales ayudan a combatir el virus, para impedir que los mismos dañen al hígado, y el tratamiento puede incluir uno o la combinación de varios para mejorar la respuesta al tratamiento.

Clamidia

Esta infección es causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, y se reconoce que se da mayormente en adultos jóvenes que llevan una vida sexual activa, y se presenta tanto en hombres como mujeres.

Manifestaciones clínicas

Ilustración 10. Disuria	Ilustración 11. Secreción vaginal	Ilustración 12. Inflamación testicular
 Nota: esta imagen representa el síntoma de disuria, caracterizado por dolor, escozor o ardor al orinar (Aragón, 2019).	 Nota: Se muestra la presencia de flujo vaginal anormal, que puede variar en color, consistencia y olor (Tilli, s.f.)	 Nota: La imagen representa un cuadro de orquitis o epididimitis, observado clínicamente como aumento de volumen, enrojecimiento y dolor testicular (Barranquero, 2023).

Además de estos, también se presentan secreciones en el pene, dolor al momento de tener relaciones sexuales, entre otros.

Diagnóstico

El diagnóstico de esta ITS se realiza generalmente mediante exámenes de laboratorio, mediante en análisis de una muestra de orina, o también a través de un hisopado de muestra vaginal.

Tratamiento

Esta infección tiene cura, y su tratamiento consiste en la administración de antibióticos, los fármacos de primera línea en este tratamiento son la doxiciclina y azitromicina (en mujeres embarazadas).

Tricomoniasis

Se produce por un parásito protozooario llamado *Trichomonas vaginalis*, en hombres que poseen esta infección no se evidencian síntomas claros, sin embargo en mujeres se evidencia algunas manifestaciones que veremos posteriormente, además existe el riesgo de parto prematuro en mujeres embarazadas que posean esta infección.

Manifestaciones clínicas



Ilustración 13. Manifestaciones clínicas de la tricomoniasis.

Nota: Esta imagen resume de manera gráfica y accesible los signos cardinales de la vaginitis, facilitando el reconocimiento de esta afección frecuente en la práctica ginecológica. La identificación oportuna de estos síntomas es fundamental para instaurar un tratamiento etiológico adecuado y prevenir complicaciones como infecciones ascendentes o recurrencias (Reproducción Asistida ORG, 2019).

Entre otros síntomas se incluyen prurito, dolor en los genitales, ardor, molestia al orinar, y secreciones vaginales.

Diagnóstico

El diagnóstico se obtiene mediante la valoración física de los genitales y también a través de los exámenes de laboratorio (hisopado de secreciones vaginales y del pene).

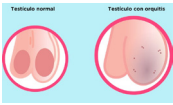
Tratamiento

El Metronidazol es el medicamento de elección en el tratamiento de tricomoniasis, la administración de 2 gramos en dosis única en cualquier momento del embarazo (en caso de que la infección se presente en esta etapa), o 500 mg dos veces al día por siete días, si el tratamiento resulta inefectivo se deberá continuar por siete días más, hasta completar 14 días en total (Romo, 2015).

Gonorreia

Esta infección es causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, es conocida por ser la segunda ITS más frecuente a nivel mundial, esta se puede prevenir y también tiene cura.

Manifestaciones clínicas

Ilustración 14. Secreciones	Ilustración 15. Dolor al orinar	Ilustración 16. Dolor o hinchazón en testículos
 Nota: La imagen muestra secreciones genitales anormales, visibles en la ropa interior, lo que puede reflejar un aumento del exudado uretral o vaginal (Velázquez, 2022).	 Nota: Representa una persona con dolor, escozor o ardor al orinar, conocido médicamente como disuria. Este síntoma puede aparecer tanto en infecciones urinarias como en ITS, especialmente en la uretritis masculina o femenina (Farmatodo, s.f.)	 Nota: Esta imagen representa un cuadro de orquitis o epididimitis, caracterizado por dolor testicular e inflamación unilateral o bilateral (Moncada, 2018)

Se evidencian también en las mujeres un aumento del flujo vaginal, o sangrados vaginales entre períodos, o después del acto sexual.

Diagnóstico

El diagnóstico de esta infección consta de exámenes microscópicos (tinción de Gram), cultivos (de líquidos genitales) y también técnicas de amplificación de ácidos nucleicos mediante hisopados de las mucosas genitales y orales.

Tratamiento

El tratamiento de la gonorrea se realiza mediante la administración de cefalosporinas como la ceftriaxona, cefixima o azitromicina. El tratamiento con ceftriaxona son 500 mg intramuscular (si pesan ≥ 150 kg se administrará 1 gramo), en caso de no poseer, se administrará por vía oral 800 mg de cefixima.

En caso de que el paciente presente alergia a algún medicamento de estos, se administrarán otro tipo de antibióticos.

Herpes genital

Esta infección se produce por la transmisión del virus del herpes simple HSV 1 o HSV 2, se presenta tanto en hombres como mujeres afectando la piel, los labios y genitales, no tiene cura, sin embargo los síntomas que se presentan (los cuales suelen ser leves) pueden aliviarse con tratamiento, además, esta infección permanece en estado de latencia por lo que puede reactivarse de manera periódica.

Manifestaciones clínicas

Ilustración 14. Secreciones	Ilustración 15. Dolor al orinar
 Nota: La imagen muestra secreciones genitales anormales, visibles en la ropa interior, lo que puede reflejar un aumento del exudado uretral o vaginal (Velázquez, 2022).	 Nota: Representa una persona con dolor, escozor o ardor al orinar, conocido médicamente como disuria. Este síntoma puede aparecer tanto en infecciones urinarias como en ITS, especialmente en la uretritis masculina o femenina (Farmatodo, s.f.).

También se evidencian manifestaciones clínicas como fiebre, dolor corporal, dolor de cabeza, dolor al miccionar, secreciones, entre otras.

Diagnóstico

La base fundamental para el diagnóstico del herpes se basa en la anamnesis y el examen físico de las lesiones presentes, a menudo, se realizan pruebas de laboratorio para estudios serológicos o pruebas rápidas.

Tratamiento

Consiste en la administración de 400 mg de Aciclovir cada 8 horas por siete días, y en caso de que se presente de manera más frecuente en al año, se deberá tomar este mismo medicamento con dosis diarias cada 12 horas por un año.

VIH

El Virus de Inmunodeficiencia Humana, causa una infección a nivel del sistema inmunitario haciendo que este altere o disminuya totalmente sus funciones, es decir, no será capaz de defenderse ante infecciones u otras enfermedades. Este virus es el responsable de causar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que es una de las fases más avanzadas que presenta esta infección.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas del VIH varían dependiendo de la edad de quien la porta, y la etapa de la infección, entre las manifestaciones iniciales, se consideran que estas son similares a la de la gripe, es decir, dolor de cabeza, fiebre y malestar. También puede presentarse inflamación a nivel de los ganglios, diarreas, tos, pérdida de peso, entre otros.

Diagnóstico

Para el diagnóstico se pueden aplicar métodos indirectos como tamizajes con pruebas rápidas, o pruebas confirmatorias como la de Western Blot, y entre los métodos directos se realiza como pruebas confirmatorias la detección molecular del material genético del virus, técnicas cualitativas como Reacción en cadena de la polimerasa convencional o tiempo real (PCR), y cuantitativas como la carga viral del VIH o la detección de la actividad retrotranscriptasa (RT) (OMS, 2023).

Tratamiento

El tratamiento consiste en la administración de la terapia antirretroviral (TAR), que es una combinación de medicamentos, que aunque no curan la enfermedad, permiten que la persona pueda mantener una vida saludable y duradera.

Virus de papiloma humano

Este virus es capaz de provocar infecciones en las mucosas orales y genitales, además está relacionado con distintos tipos de cáncer como el de cuello uterino, áreas genitales y orofaríngeo, a pesar de existir varios virus dentro de este grupo, la cepa 16 y 18 son las más peligrosas.

Manifestaciones clínicas

Ilustración 19. Verrugas plantares	Ilustración 20. Verrugas genitales	Ilustración 21. Verrugas comunes
 Nota: Esta imagen muestra verrugas plantares, que aparecen en la planta del pie, generalmente en áreas de presión como el talón o la base de los dedos (Mayo Clinic, 2021a).	 Nota: Representa verrugas anogenitales, también conocidas como condilomas acuminados, asociadas a los tipos de VPH de bajo riesgo oncogénico, como el 6 y el 11 (Mayo Clinic, 2021b)	 Nota: Se observan verrugas vulgares o comunes, habitualmente localizadas en manos, codos o rodillas (Mayo Clinic, 2021)

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza mediante análisis de las verrugas genitales, su aspecto, si sangran o no, o si continúan después del tratamiento, también se podrá realizar mediante una prueba de VPH o también el examen de Papanicolau, citologías, biopsias, entre otros.

Tratamiento

El tratamiento consiste en el manejo de las lesiones generadas por el virus, aunque estas pueden desaparecer sin tratamiento, en muchos casos se aplican medicamentos tópicos o técnicas como la crioterapia, también el uso de láser, electrocauterización o procedimientos quirúrgicos (MSP, 2014).

Actividades

¿Cuál de las siguientes es una manifestación clínica de la sífilis primaria? A) Exantema maculopapular B) Chancro único C) Goma sifilítico D) Inflamación ganglionar Respuesta correcta: B) Chancro único
¿Qué fase de la sífilis se presenta aproximadamente 6-8 semanas después de la resolución del chancro? A) Sífilis primaria B) Sífilis secundaria C) Sífilis tardía D) Sífilis temprana latente Respuesta correcta: B) Sífilis secundaria
¿Cuál es la principal función del tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes con VIH? A) Curar la enfermedad B) Mejorar la respuesta inmune C) Mantener una vida saludable y duradera D) Eliminar el virus del cuerpo Respuesta correcta: C) Mantener una vida saludable y duradera
¿Cuál de los siguientes métodos es un diagnóstico directo para detectar el VIH? A) Tamizaje con pruebas rápidas B) Western Blot C) PCR (Reacción en cadena de la polimerasa) D) Análisis de sangre convencional Respuesta correcta: C) PCR (Reacción en cadena de la polimerasa)
¿Qué tipo de transmisión puede ocurrir durante el embarazo respecto a las ITS? A) Transmisión horizontal B) Transmisión vertical C) Transmisión por contacto D) Transmisión sexual Respuesta correcta: B) Transmisión vertical

Fuente: Elaborado por Autores BIBLIOGRAFÍA

Referencias bibliográficas

- A, L.-B., & RM, P. (2024). Obtenido de Actas Dermosifiliográficas: <https://www.actasdermo.org/es-articulo-traducido-condiloma-lata-orales-articulo-S0001731023009481#imagen>
- Aragón, R. (2019). Obtenido de Esalud: <https://www.esalud.com/disuria/>
- Barranquero Gómez, M. (29 de Noviembre de 2023). *Reproducción Asistida ORG*. Obtenido de <https://www.reproduccionasistida.org/orquitis/>
- Blog de Clínica Pedrosa. (2019). Obtenido de <https://cpedrosa.com/sifilis-causas-etapas-tratamiento/>
- Boza Oreamuno, Y. V., & Boza Oreamuno, S. M. (2021). Obtenido de Scielo: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392021000101401
- Bravo Salinas, S. E., Carrión Ordoñez, J. I., & Guerra Ortega, D. L. (2022). INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. *Revista Científica Tesla*, 29-76.
- Candia, B. (2024). Obtenido de Mundo Deportivo: <https://www.mundodeportivo.com/vidae/20240426/1002233094/que-color-orina-persona-hepatitis.html>
- Cárdenas Chávez, A. B., Zamora Rodríguez, A. R., Yunga-Quimi , A. X., & Salazar Cárdenas, G. L. (2021). Prevención, atención y control de las enfermedades de transmisión sexual. *Dominio de las Ciencias*, 195-216.
- Deleon de Melo, L., Passos Sodré, C., Spindola, T., Costa Martins, E. R., Lourdes Nepomuceno de Oliveira André, N. L., & Vieira da Motta, C. V. (2022). Prevención de infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes e importancia de la educación sanitaria . *Enfermería Global*, 74-87.

- Diario La Región. (2019). Obtenido de Diario La Región: <https://www.diariolaregion.cl/hepatitis-en-la-region-hay-126-personas-con-el-virus/>
- Farmatodo. (s.f.). Obtenido de Editorial Farmatodo: <https://www.farmatodo.com.co/blog/ardor-orinar.html>
- Gillott, C. (2019). Obtenido de Medical news today: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/324091>
- Hidalgo Benito, A., García Ramón, E., García Álvarez, I., de la Fuente Ballesteros, S. L., García Ramos, J. V., Hernández Carrasco, M., & García Granja, N. (2019). Obtenido de Medicina General y de Familia. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia: <https://mgvf.org/sifilis-una-enfermedad-actual/>
- Inés, N. P. (2019). Obtenido de Instituto Formación Profesional FONES: <https://www.formaciondentalphones.com/post/la-s%C3%A9filis-en-la-consulta-dental>
- Kaye, K. M. (2023). Obtenido de MSD Manuals: <https://www.msd-manuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/virus-herpes/herpes-genital?ruleredirectid=755>
- M, A. L., & L., O. G. (2019). Obtenido de ELSEVIER: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-sifilis-S0213005X19300072#:~:text=El%20tratamiento%20de%20elecci%C3%B3n%20de,dosis%20semanal%20durante%203%20semanas%20>
- Mayo Clinic. (2021). Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/hpv-infection/symptoms-causes/syc-20351596>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Obtenido de Guía de Práctica Clínica: <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/prov/guias/guias/Diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20de%20la%20infecci%C3%B3n%20vaginal%20obst%C3%A9trica.pdf>

- Moncada, I. (2018). Obtenido de Portal de Salud. Sanitas: <https://tusdudasdesalud.com/hombre/orquitis/que-es-orquitis/>
- Morris, S. R. (2023). Obtenido de MSD Manuals: <https://www.msd-manuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/infecciones-de-transmisi%C3%B3n-sexual/s%C3%ADfilis?ruleredirectid=755>
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (s.f.). Obtenido de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-higado/hepatitis-viral>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/hepatitis>
- Organización Mundial de la Salud. (13 de Julio de 2023). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). Obtenido de Organización Panamericana de la Salud (OPS): <https://www.paho.org/es/temas/sifilis#destacados>
- Reproducción Asistida ORG. (2019). Obtenido de Reproducción Asistida ORG: <https://www.reproduccionasistida.org/tricomonia-sis/>
- Rojano, M. L. (s.f.). Obtenido de Editorial Médica Panamericana: https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Experto_Enf_Trasmision_Sexual/05%20M2T5_EXPER-TO_INFECC.pdf
- Romo Mejías, J. (2015). *Valoración y cuidados de enfermería en infecciones de transmisión sexual*. Málaga: Editorial ICB. Obtenido de Valoración y cuidados de enfermería en infecciones de transmisión sexual.

- Tilli, M. (s.f.). Obtenido de ASAIGO ITS: <https://www.asaigoits.org.ar/index.php/comunidad/162-infeccion-por-clamidia-una-epidemia-silenciosa>
- Velázquez, I. (2022). Obtenido de Clínicas de aborto en México: <https://clinicas-aborto.com.mx/tratamientos-para-la-gonorrrea-que-pasa-si-no-se-diagnostica-a-tiempo/>

Capítulo III

Fecundación, gestación y embarazo parto y puerperio normal parto intercultural lactancia materna

Introducción

El proceso reproductivo humano es un fenómeno biológico complejo que abarca desde la fecundación hasta el puerperio, e involucra una serie de cambios fisiológicos, anatómicos y emocionales en la mujer. La fecundación marca el inicio de la vida humana con la unión del gameto masculino y femenino, dando lugar a la gestación, periodo en el cual el embrión y posteriormente el feto se desarrollan en el útero materno.

El embarazo y el parto son eventos fundamentales en la salud materno-infantil, y su adecuado manejo contribuye a la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal. Asimismo, el puerperio es una etapa de adaptación en la cual el organismo de la mujer regresa a su estado pregestacional y se establecen vínculos tempranos con el recién nacido, favoreciendo la lactancia materna.

Este capítulo abordará los procesos fisiológicos de la fecundación, gestación, parto y puerperio, destacando también el parto intercultural como una estrategia para garantizar una atención respetuosa y humanizada, y la importancia de la lactancia materna como el mejor método de alimentación para el recién nacido.

científica y promoviendo el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Objetivos del Capítulo

Al finalizar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Describir el proceso de fecundación y las etapas del desarrollo embrionario y fetal.
2. Identificar los cambios fisiológicos y anatómicos que ocurren durante la gestación.
3. Comprender las diferentes fases del trabajo de parto y el manejo adecuado del puerperio.
4. Analizar el concepto de parto intercultural y su importancia en la atención materno-infantil.
5. Explicar la fisiología de la lactancia materna y sus beneficios para la madre y el recién nacido.
6. Reconocer el papel fundamental de la enfermería en la promoción del parto humanizado y la lactancia materna.

Fecundación

Se define como la fusión entre un espermatozoide y un ovocito secundario, este proceso ocurre principalmente en la ampolla de las trompas de Falopio que son la parte más amplia y dilatada y se encuentran en el tercio externo de la trompa uterina para dar paso a la formación del cigoto, el cual inicia su división celular, se desplaza hacia el útero, donde se implanta en el endometrio como blastocisto alrededor de siete días después. A partir de ese momento se inician los procesos de embriogénesis y morfogénesis (Gutiérrez, et al., 2022).

Este proceso fisiológico implica una serie de mecanismos complejos que facilitan la unión de los gametos. Antes de este encuentro, el espermatozoide debe experimentar transformaciones esenciales, entre las que incluyen la captación, un proceso que ocurre en el tracto reproductivo femenino y que mejora la motilidad y capacidad del espermatozoide

para penetrar el ovocito. Además, la reacción acrosómica es fundamental, ya que permite al espermatozoide liberar enzimas que degradan la zona pelúcida, la capa que rodea al ovocito, facilitando así su entrada. Estos procesos son indispensables para la fertilización y están regulados por una serie de señales bioquímicas y cambios en el medio ambiente del sistema reproductor femenino.

La fecundación inicia cuando el espermatozoide atraviesa las distintas capas que rodean al ovocito, primero la corona radiada, luego la zona pelúcida y finalmente la membrana plasmática del ovocito.

Una vez que el espermatozoide logra penetrar, se producen cambios en la membrana plasmática del ovocito, que impiden el paso de los demás espermatozoides, un fenómeno conocido como “bloqueo de la polispermia”. Este proceso permite asegurar que solo un espermatozoide fertilice el ovocito, lo que permite la correcta formación del cigoto (Serna, 2012).

Eventos ciclo reproductivo femenino

El ciclo ovárico está regulado por dos estructuras del cerebro: el hipotálamo y la hipófisis. El primero, es el encargado de secretar la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), la cual regula la producción hormonal de la hipófisis, la misma que secreta la hormona foliculoestimulante (FSH) y luteinizante (LH). Estas hormonas dirigen el desarrollo folicular y la ovulación.

Esta interacción de señales neuroendocrinas es conocida como eje hipotálamo-hipófisis-ovario, un sistema que no solo regula la fertilidad, sino que también influye en el ciclo menstrual y la salud reproductiva.

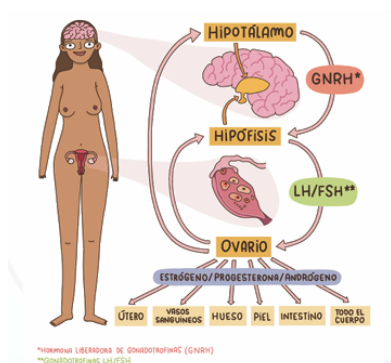


Ilustración 22. Eje hipotálamo-hipófisis-ovario

Nota: La imagen representa de forma didáctica y esquemática el eje hipotálamo-hipófisis-ovario (HHO), un sistema endocrino fundamental en la regulación del ciclo menstrual, la ovulación y la producción hormonal en la mujer (Mieres, et al., s.f.).

Desarrollo preembrionario, embrionario y fetal

La fase prenatal hace referencia al periodo de desarrollo del bebé, comenzando desde la unión del óvulo y el espermatozoide en el momento de la concepción hasta las 40 semanas de gestación. Las fases para el desarrollo son las siguientes:

Periodo preembrionario

La fase germinal o pre embrionaria es la más corta de todas, puesto que, abarcando desde la fecundación hasta aproximadamente la segunda semana de gestación, tiempo durante el cual el óvulo fertilizado o también llamado cigoto, se desplaza por la trompa de Falopio hacia el útero, lugar donde se implanta entre el octavo y décimo día de gestación.

Durante este periodo, el cigoto sufre una serie de divisiones mitóticas que incrementan su número de células, las cuales al segundo día reciben el nombre de blastómeros. Al tercer día se produce una nueva división, dando lugar a la mórula. Las

células que se encuentran dentro de la mórula constituyen una masa celular interna, dando lugar al embrioblasto, posterior a ello, el embrión ingresa al útero y comienza a ingresar líquido a su interior llamada blastocele, de ahí que, para este entonces el embrión se denomina blastocisto. Al sexto día, se adhiere al endometrio y ocurre la implantación (Solano, Jaramillo, et al., 2019).

Periodo embrionario

Una vez completa la tercera semana de gestación, el embrión comienza a diferenciarse en tres capas germinales:

- Ectodermo: capa de la cual se desarrollará el sistema nervioso y epidermis.
- Mesodermo: esta capa dará origen a los huesos, músculo y sistema circulatorio,
- Endodermo: las células de esta capa se diferenciarán en los sistemas digestivo y respiratorio.

Este periodo se extiende aproximadamente hasta las 8 semanas de gestación, en el cual se logra identificar ciertos aspectos físicos del futuro bebe.

Periodo fetal

Este periodo inicia a partir de la novena semana de gestación y se prolonga hasta el nacimiento. En esta fase se consolidan las estructuras básicas del cuerpo, se caracteriza por la maduración de los órganos y tejidos. Además, se produce un crecimiento rápido del cuerpo, especialmente en la semana 12 y 16.

Durante esta fase, el feto se prepara y adapta para la vida extrauterina, de ahí que se produce el fortalecimiento del sistema inmunológico mediante la transferencia de anticuerpos de la madre (Aula ginecología, s.f.).

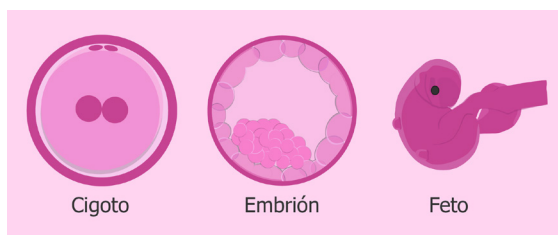


Ilustración 23. Etapas del desarrollo fetal

Nota: La imagen muestra de manera esquemática y didáctica las tres principales etapas del desarrollo prenatal humano: cigoto, embrión y feto. Estas fases reflejan la progresiva diferenciación celular y morfológica desde la fecundación hasta el desarrollo fetal (Rodrigo, 2017).

Factores de riesgo en la fecundación

Los factores de riesgo que pueden influir en la fecundación son diversos, sin embargo, alguno de ellos puede afectar tanto a hombres como a mujeres.

Factores físicos

- Edad: la fertilidad disminuye con la edad, especialmente en las mujeres a partir de los 35 y en los hombres a partir de los 40 años.
- Trastornos hormonales: desequilibrios hormonales, tales como: síndrome de ovario poliquístico (SOP).
- Problemas reproductivos: condiciones como endometriosis, obstrucción de las trompas de falopio, o problemas en la calidad del semen por parte del hombre.

Estilo de vida

- Obesidad y/o desnutrición: el sobrepeso o la falta de nutrientes pueden afectar la ovulación y la calidad del espermatozoides.

- Consumo de alcohol, tabaco y drogas: disminuyen la fertilidad.

Embarazo y gestación

Según la Organización Mundial de la Salud, el embarazo es un proceso fisiológico que dura nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla dentro del útero de la mujer.

Signos presuntivos de embarazo

- Amenorrea: ausencia de menstruación
- Náuseas y vómitos
- Frecuencia urinaria aumentada
- Fatiga
- Aumento en la sensibilidad de los senos, hinchazón y cambio en la pigmentación de las areolas.

Signos probables

- Pruebas de embarazo positivas
- Cambios en el cuello uterino
- Expansión del abdomen
- Movimientos fetales palpables

Signos de positividad

No son signos como tal, pero son exámenes que confirman el embarazo

- Ultrasonido: la visualización de un embrión o un saco gestacional en una ecografía es un indicador definitivo de embarazo.
- Latidos cardíacos fetales
- Examen físico.

Embarazo en adolescentes

El embarazo adolescente es definido como aquel embarazo que ocurre en mujeres entre 10 y 19 años de edad. Este es un problema social y de salud pública, puesto que, durante

esta etapa de vida, el embarazo incrementa el riesgo de complicaciones médicas y psicológicas, además de que aumenta el índice de abandono escolar y por lo tanto, las limitaciones en las oportunidades laborales.

El embarazo en adolescentes es un problema causado por un sinnúmero de factores sociales como la carencia de acceso a recursos y servicios que le permitan ejercer plenamente sus derechos humanos, incluido los derechos sexuales y reproductivos. Así mismo, existen sistemas de protección deficientes y limitados ante las distintas formas de violencia, especialmente la violencia sexual.

Otros de los factores que se han identificados es que gran parte de la población de adolescentes embarazadas provienen de contextos socioeconómicos marginados, en donde el acceso a la educación sexual y reproductiva y por lo tanto los servicios ante la misma son limitados. De ahí que es de suma importancia que se promueva la prevención del embarazo adolescente, el mismo que necesita de un enfoque integral, el cual incluya el acceso a la educación, métodos anticonceptivos y la participación activa de la comunidad (MSP, 2018).

Vacunación

Es recomendable que se vacunen contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en preadolescentes, a partir de los 9 años de edad, ya que es ideal que se lo realice antes que empiecen a tener actividad sexual. El esquema de vacunación del Ecuador planteado por el MSP plantea que se debe aplicar un esquema de dos dosis en las niñas de 9 años de edad. Sin embargo, actualmente a partir del año 2024, se aplica la vacuna contra el VPH tanto en niños como en niñas de 9 años de edad, una sola dosis. Por lo tanto, las mujeres embarazadas deben

recibir la vacuna dT al menos dos dosis, al contacto y al mes del periodo de gestación y posteriormente deben completar el esquema, de acuerdo al antecedente vacunal que tenga, con 5 dosis (Ministerio de Salud Pública, s.f.).

Manejo del carnet materno y formulario perinatal

Toda embarazada debe tener un carnet prenatal propio, ya que, mediante este, se garantiza el seguimiento de control durante su periodo de gestación y así mejorar y facilitar a la vez la comunicación de información con respecto al embarazo de la paciente entre la embarazada y el personal de salud que la atiende.

Sin importar la edad gestacional de la paciente, en la primera consulta, es necesario que el personal de salud realice un sinnúmero de acciones, siendo uno de los principales la apertura de la historia clínica única prenatal (HCP) y el carnet perinatal o libreta integral de salud (LIS) y así mismo, al terminar la consulta es necesario que se programan los controles siguientes y se registre la fecha en la hoja de control y en el carnet.

Es fundamental que se brinde educación e información acertada sobre el manejo de la LIS o carnet prenatal a las embarazadas, puesto que, en cada atención, deben llevarlo para asegurar así una atención integral y eficiente.



Ilustración 24. Carnet perinatal - Libreta Integral de Salud (LIS)

Nota: la imagen muestra a una herramienta fundamental para el seguimiento integral del desarrollo infantil, incluyendo controles médicos, esquema de vacunación, evaluación nutricional, salud oral, y otros componentes clave del bienestar. Su diseño accesible y colorido apunta a fomentar el uso consciente y participativo de las familias en la promoción de la salud (UNICEF, 2022).

Formulario perinatal

Para realizar el formulario es necesario el uso de la historia clínica perinatal (HCP), la cual es un instrumento que permite tomar decisiones relacionadas con el manejo clínico de la mujer en estado de gestación durante el control prenatal, parto y el puerperio tanto en la madre como en el neonato. Así mismo, en casos de aborto. La HCP es parte de la vigilancia clínica y epidemiológica desde el enfoque de la Salud Pública.

Es fundamental que toda la información registrada en el formulario 051 sea validada, verificada y confiable, con el objetivo de tener descrito todos los datos necesario referentes a la gestante.

Ilustración 25 Formulario 051 - Historia Clínica Materna Perinatal

Fuente: Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud (Ministerio de Salud Pública, 2022)

Cálculo de edad gestacional y psicoprofilaxis

Edad gestacional

La edad gestacional son las semanas que transcurren desde el último día de menstruación hasta la fecha actual de embarazo, para calcular la edad gestacional, se tomará como referencia el número de meses y se multiplicará por 4, si está en el primer trimestre de embarazo se sumarán 2, si es el tercer trimestre se sumará 3, y si es el tercer trimestre, se sumarán 4.

Es decir, si una paciente lleva 7 meses de gestación (está en el tercer trimestre), se sumarán 4, por lo que tendrá 32 semanas de gestación (SG).

Fecha probable del parto (FPP)

Corresponde a la fecha aproximada en la que el embarazo finaliza (el parto se produce entre las 38 y 42 semanas de

gestación), para de esta manera estar preparados para la llegada del bebé.

Métodos para calcular la FPP

Regla de Naegele

Es una fórmula que permite identificar la FPP a partir de unas operaciones matemáticas, sin embargo, para que la misma resulte efectiva será importante que la mujer tenga ciclos menstruales regulares (con una duración de 28 ciclos), en definitiva, la regla consiste en lo siguiente:

- Si se desea conocer el día, a la fecha de última menstruación (FUM) se le sumarán 7 días.
- Para calcular el mes se le restará al mes de la FUM 3 meses.
- Y para calcular el año, harán casos en los que será necesario se sumará un año.

Por ejemplo, si la fecha de última menstruación fue el 18 de abril del 2024, la FPP podría ser la siguiente:

- Día: $18 + 7 = 25$
- Mes: $4 \text{ (abril)} - 3 = 1$, es decir enero
- Año: $2024 + 1 = 2025$

FUM + 280 días

Considerando que un embarazo normal dura 280 días a partir de la FUM, este método consiste en sumar 280 días a la fecha del inicio de la FUM.

Concepción + 266 días

Similar al anterior, este método consiste en sumar 266 días a la fecha de concepción, por ende, será necesario saber ese dato de manera segura.

Psicoprofilaxis obstétrica

Consiste en la enseñanza y preparación prenatal que se le brinda a la mujer gestante con la finalidad de que la misma desarrolle habilidades, comportamientos y actitudes positivas que le favorezcan a llevar una experiencia agradable y saludable durante el embarazo, parto y puerperio, tanto para ella como para su bebe y la familia en general.

Esto a la vez permite que la madre tenga menos probabilidad de sufrir complicaciones obstétricas antes, durante y después del parto, pues tiene un enfoque integral, abordando cada una de las esferas de la mujer gestante (García, et al., 2020).

Maniobras de Leopold

Consiste en una valoración obstétrica que permite diagnosticar la ubicación del feto en el útero, está conformada por 4 maniobras que identifican la situación, posición, presentación y encajamiento mismas que se realizan de manera externa mediante la pared abdominal materna.

Primera Maniobra de Leopold - Situación

Permite identificar qué parte del feto se encuentra en el fondo uterino, para ello el personal de salud se ubicará al lado derecho de la paciente, y con ambas manos palpará el abdomen superior, para reconocer qué polo fetal se encuentra en el fondo uterino, se considerará la nemotecnia de “las 3 R” para palpar la cabeza fetal la cual es una masa Redonda, Regular, y Resistente, y si en el fondo se palpan las nalgas del feto, se sentirá una masa Blanda, Grande e Irregular.



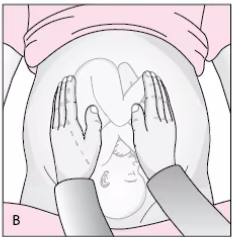
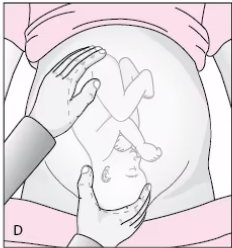
Segunda Maniobra de Leopold - Posición Consiste en palpar los diferentes lados del abdomen para identificar en qué lado se encuentra la columna del feto, para ello el personal de salud deberá ejercer presión profunda desde un lado del abdomen, y del lado contrario palpar identificando la columna o las extremidades del feto, la maniobra finaliza intercambiando la mano examinadora para verificar los hallazgos.	 B
Tercera Maniobra de Leopold - Presentación Esta maniobra permite localizar la presentación fetal, para ello, el profesional por encima de la sínfisis del pubis debe ubicar en forma de garra su pulgar y los dedos de una sola mano haciendo una palpación profunda para determinar cuánto ha descendido el feto.	 C
Cuarta Maniobra de Leopold - Encajamiento Esta maniobra permite identificar si la cabeza del feto se encuentra encajada, para ello el profesional con una mano deberá hacer una presión en el fondo uterino. Y con la otra mano en forma de garra por encima de la sínfisis del pubis palpará la presentación del feto para confirmar si está encajado.	 D

Ilustración 26 Maniobras de Leopold

Parto

El parto es un proceso fisiológico que inicia con el trabajo de parto y finaliza con el nacimiento de uno o más bebés mediante su expulsión.

Tipos de parto

Tabla 5. Tipos de parto y sus clasificaciones

Según la intervención médica	Parto normal El parto normal es aquel que inicia de manera espontánea y continúa de la misma forma hasta el alumbramiento en la que el neonato nace de forma espontánea en posición cefálica
	Parto por cesárea Es aquel parto que se realiza mediante la incisión de las paredes del abdomen y el útero, y posterior a la extracción del neonato, se realiza la sutura de cada una de las paredes para cerrarlas. Este procedimiento se realiza cuando el feto tuvo alguna complicación en el trabajo de parto, cuando el mismo no se encuentra posicionado de manera correcta, cuando el embarazo incluye más de dos bebés, malformaciones, entre otros.
Según el tiempo de gestación	Parto inmaduro Este parto ocurre entre las 20 y 28 semanas de gestación.
	Parto pretérmino o prematuro Ocurre entre las 28 y 36 semanas de gestación.
	Parto a término Ocurre entre las 37 y 42 semanas de gestación.
	Parto postérmino Ocurre pasadas las 42 semanas de gestación, tomando en cuenta la FUM.
Según el comienzo	Parto espontáneo Cuando inicia de manera espontánea sin la necesidad de que se ejecute algún procedimiento quirúrgico para obtener al bebé.
	Parto inducido Cuando se administran medicamentos que estimulan las contracciones para iniciar la labor de parto.

Según la finalización	Parto eutócico Es el parto que inicia y finaliza de forma natural, sin la utilización de medicamentos estimulantes, o procedimientos quirúrgicos.
	Parto distócico Es el parto en el que se obtiene al bebé mediante maniobras o intervenciones quirúrgicas.

Fuente: Datos obtenidos del sitio web: Almiclub (Almiclub, 2021)

Manifestaciones clínicas

Entre las manifestaciones clínicas más relevantes que indican que el parto está por comenzar, se encuentran:

Aumento del flujo vaginal transparente, rosado o con presencia de sangre.

- Ruptura de membranas.
- Dolor en la espalda.
- Contracciones.

Además de estos, pueden también presentarse sensaciones de que el bebé está estirándose, fatiga, presión en la zona de la pelvis (debido al encajamiento), entre otras.

Parto culturalmente adecuado

Es el parto que involucra una serie de acciones/actitudes en la atención de la madre y el recién nacido, con la finalidad de incrementar el acceso y la atención integral de salud de los diferentes grupos culturales, nacionalidades, pueblos, comunidades, entre otros.

Tabla 6. Posiciones en el Periodo Expulsivo

Ilustración 27 Cucillas – Variedad Anterior  POSICIÓN DE CUCILLAS: VARIEDAD ANTERIOR	Posición del paciente	La paciente mantendrá las piernas hiperflexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.
	Posición del personal de salud	El personal de salud debe adoptar una posición cómoda (arrodillado, en cucillas o sentado en un banquito bajo) posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
	Actividad del acompañante	La partera o el familiar será el soporte de la paciente, sentada en un banquito bajo colocará la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la paciente, la abrazará por la espalda a la altura de los hipocondrios y el epigastrio.
Ilustración 28. Cucillas – Variedad Posterior  POSICIÓN DE CUCILLAS: VARIEDAD POSTERIOR	Posición del paciente	La paciente mantendrá las piernas hiperflexionadas y la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.
	Posición del personal de salud	En este caso colocará su rodilla en la región inferior del sacro de la paciente y luego se acomodará para realizar el alumbramiento dirigido.
	Actividad del acompañante	El acompañante estará sentado en una silla abrazará a la paciente por debajo de la región axilar, colocando su rodilla al nivel del diafragma, actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.

Ilustración 29. De rodillas 	Posición del paciente	En esta posición la gestante adopta una postura cada vez más reclinada conforme avanza el parto, para facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.
	Posición del personal de salud	El personal de salud realizará los procedimientos estando cara a cara con la gestante y posteriormente se adaptará para realizar el alumbramiento dirigido.
	Actividad del acompañante	El acompañante debe estar sentado en una silla o al borde de la cama, con las piernas separadas abrazará a la parturienta por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en sus muslos.
Ilustración 30. Sentados y semisentados 	Posición del paciente	La paciente se apoyará sobre almohadas o sobre su acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia delante en el piso o en el borde de la cama, esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.
	Posición del personal de salud	El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará a realizar el alumbramiento dirigido.
	Actividad del acompañante	El acompañante debe estar sentado en una silla con las piernas separadas, abrazará a la paciente por el tórax, permitiéndole apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante. En ésta posición la gestante debe estar sentada en una silla baja (Debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante), cuidando que la colchoneta o estera esté ubicada debajo de la paciente.

Ilustración 31. Cogida de la Soga 	Posición del paciente	La gestante se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien, ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente.
	Posición del personal de salud	El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. Dependiendo del ángulo de inclinación deberá atender el parto por delante o detrás de la paciente.
	Actividad del acompañante	El acompañante puede colocarse a un costado de la paciente
Ilustración 32. De manos y pies 	Posición del paciente	Otras prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyada hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición más reclinable con el fin de facilitar el control del parto.
	Posición del personal de salud	El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. La recepción del bebé se realizará por detrás de la mujer.
	Actividad del acompañante	El acompañante deberá colocarse de frente a la paciente, pero probablemente deba colocarse a un costado de la paciente para facilitar la atención del personal de salud..

Fuente: Descripciones obtenidas de la uña Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado (MSP, 2008)

Protocolo de Atención del Parto Intercultural.

Este protocolo se puede apreciar de manera más detallada en la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado, mismo que se encuentra citado en el presente libro, a continuación, se detallan algunos aspectos importantes del protocolo.

Adecuación del área física para atención del parto

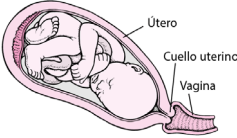
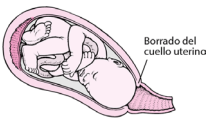
El espacio físico debe adaptarse a las necesidades culturales y ambientales de la localidad, evitando el color blanco o claro en las paredes, ya que en algunas culturas andinas simboliza la muerte y puede incomodar a las pacientes. Debe permitir el movimiento libre de la embarazada, disponer de un área para calentar aguas medicinales, y ofrecer ropa cómoda y cálida tanto para la embarazada como para los familiares y el personal asistente. Además, se debe evitar la ropa hospitalaria identificable y contar con colchonetas y paños estériles de colores variados para su uso durante el parto (MSP, 2008).

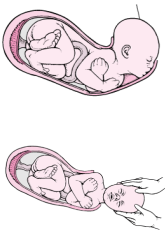
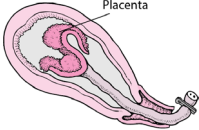
Consideraciones

- No realice enema evacuante
- No rasure el vello púbico
- Recomendar a la paciente que se realice un aseo perineal con agua hervida o de hierbas que utiliza la comunidad, explicándole que es para disminuir el riesgo de infecciones.
- No mantenga el ayuno (NPO) durante la labor de parto. permita la ingesta de líquidos azucarados, administrados por los familiares o la partera.
- No colocar venoclisis rutinaria, valore la colocación oportuna de acuerdo a la etapa de la labor de parto, si es necesario.

- Permitir la libertad de movimientos. la paciente puede asumir cualquier posición cómoda para ella y cambiar de posición cuantas veces lo desee

Tabla 7. Etapas del parto

Primera etapa (trabajo de parto)	
Primera etapa de trabajo de parto o período de dilatación: es la que comienza con el inicio del parto y termina con la dilatación completa. A su vez, esta primera etapa, tanto en la práctica clínica como en la literatura, se ha subdividido en dos fases: la fase latente y la fase activa.	
Fase latente Esta fase comienza con el inicio del parto, se presentan contracciones uterinas además se evidencia el borramiento cervical y dilatación del cuello alcanza hasta los 4 cm. El tiempo en el que transcurre toda esta etapa es de unas 6,4 horas aproximadamente en mujeres nulíparas y de 4,8 horas en múltiparas.	
Fase activa En esta fase hay un aumento de las contracciones tanto en frecuencia como en intensidad, alcanzando una dilatación de más de 4 cm, misma que finaliza cuando la paciente llega a los 10 cm. El tiempo en el que transcurre esta etapa depende de la paridad, sin embargo, en primíparas se estima que hay un promedio de 8 horas y no dura más de 18 horas. En múltiparas el promedio es de 5 horas, y es posible que no más de 12 horas.	

Segunda etapa del parto (expulsivo)	
Inicia desde la dilatación cervical completa, y finaliza en la salida del feto, el tiempo en el que dura es similar a las etapas anteriores (dependiendo de cada embarazada), sin embargo en mujeres nulíparas sin analgesia epidural puede durar hasta 3 horas y con analgesia hasta 4 horas. En multíparas con sin analgesia epidural un promedio máximo de 2 horas y con analgesia hasta 3 horas.	
Tercera etapa del parto (alumbramiento)	
Es el tiempo que acontece entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. Si posterior a los 30 minutos del nacimiento del neonato con manejo activo no se completa esta etapa, se considerará como prolongada. Existe el riesgo de hemorragia postparto, el cual aumenta de forma progresiva a partir de los 10 minutos de duración del alumbramiento. Y una duración de 30 minutos después del manejo activo del alumbramiento está asociado con el incremento en la incidencia de estas hemorragias.	

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato (MSP, 2015) (Moldenhauer, 2024).

Lactancia materna

La Lactancia Materna (LM) es una forma de alimentación a los bebés a través del amamantamiento, de esta manera las madres proporcionan los nutrientes necesarios; se reconoce que tiene múltiples ventajas, tanto sociales, económicas, emocionales, entre otras.

La LM a la vez, tiene un impacto favorable en el desarrollo integral (psicológico, físico, intelectual, entre otros) del recién nacido, ayudando a prevenir enfermedades, entre muchos otros beneficios.

Fisiología

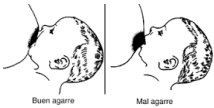
A partir del sexto mes de embarazo, el cuerpo de la mujer está listo para producir leche materna y el inicio de la misma se da a través de tres fases conocidas como lactogénesis I, II y III.

En el final del embarazo, la mujer inicia la etapa I de lactogénesis, etapa en la cual los senos producen el calostro y la producción de leche es inhibida, debido a que los niveles de progesterona se elevan. El estadio II, se produce después del parto, ya que, posterior a la fase de alumbramiento, los niveles de progesterona, estrógenos y LPH disminuyen, provocando una gran producción de leche. Finalmente la tercera etapa de lactogénesis o también conocida como galactopoyesis se refiere al mantenimiento de la cantidad de producción de leche, misma que va a depender de la lactancia y amamantamiento establecido en el recién nacido y es regulada por dos factores: el primero es el factor inhibidor de la lactancia (FIL) que tiene la finalidad de regular la síntesis de leche materna, dependiendo de si el seno está lleno o vacío y el segundo factor son los receptores de prolactina que regulan y estimulan la síntesis de los componentes de la leche (Ayerra, et al, 2019).

Técnicas de amamantamiento

La mayor parte de los problemas de la lactancia materna son por ejercer una mala técnica, por ello es importante que el recién nacido esté agarrado al pecho de manera eficaz. Entre las técnicas encontramos:

Tabla 8. Técnicas de amamantamiento

Agarre	
Para un buen agarre, es importante que todo el cuerpo del recién nacido esté de frente a la madre, con la cabeza bien alineada al pecho, introduciendo gran parte de la areola en la boca del niño	 Ilustración 33 “Curso rápido de lactancia materna”. (Coordinación de Educación en Salud, s.f.)
Succión efectiva	
El lactante realiza succiones lentas y profundas, seguidas por una deglución visible o audible una vez por segundo; pero en otras ocasiones, el lactante realiza pausas durante algunos segundos, permitiendo que los conductos se llenen con leche nuevamente.	 Ilustración 34 Preparación Integral para la Maternidad (Hospital Alemán, 2022)

Fuente: La alimentación del lactante y del niño pequeño: “Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud” (Organización Panamericana de la Salud, 2010)

Tipos de posiciones para el amamantamiento

No existe una sola postura para dar de lactar, es posible utilizar cualquier postura siempre que el niño esté bien agarrado al pecho y madre e hijo estén cómodos, entre las distintas posiciones tenemos

Tabla 9. Tipos de posiciones para el amamantamiento

 Ilustración 35. Posición sentada Nota: El bebé estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, lactando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho, es la más habitual.	 Ilustración 36. Posición de Rugby Nota: la imagen describe el cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando a la espalda .
 Ilustración 37. Posición de caballito Nota: la imagen muestra la posición del bebe sentado a horcajadas sobre una de las piernas de su madre.	 Ilustración 38. Posición estirada (en paralelo) Nota: En este caso la postura como la posición son frecuentes ya que de este modo se facilita el descanso de la madre.



Ilustración 39. Posición estirada (en paralelo inverso)

Nota: la imagen describe la posición menos frecuente, pero hay madres que se sienten cómodas y también puede ser útil en caso de obstrucciones o mastitis agudas localizadas en la parte superior de la mama



Ilustración 40. Posición en cuatro patas

Nota: la imagen muestra la posición menos utilizada el bebé tiene que estar acostado mientras la madre se arrodilla sobre él y deja suspendido el pezón en la boca del lactante.

Fuente: Información obtenidas del sitio web: Alba Lactancia Materna (Torras, s.f.)

Tipos de recolección y conservación de la leche materna.

La leche materna que se extrae se debe almacenar en recipientes de vidrio o plástico, sin bisfenol A, los cuales deben tener tapa que cierren herméticamente. Es recomendable que se guarde en volúmenes de aproximadamente 60-90-180 ml, con la finalidad de facilitar el acceso a la cantidad requerida en cada alimentación, disminuyendo la manipulación y desperdicio de la misma.

Es importante no llenar los recipientes hasta el borde, se debe dejar un espacio, debido a que la leche aumenta de volumen al congelarse. También se debe etiquetar con el nombre del bebe, fecha y hora de extracción; se debe tomar en cuenta que la leche almacenada se puede separar en tres capas: una espesa en el fondo, seguida de una capa aguada y encima una capa grasa.

Se puede acumular la leche extraída en distintos momentos del día, sin embargo, es fundamental que no se mezclen si están a distintas temperaturas, de ahí que es necesario

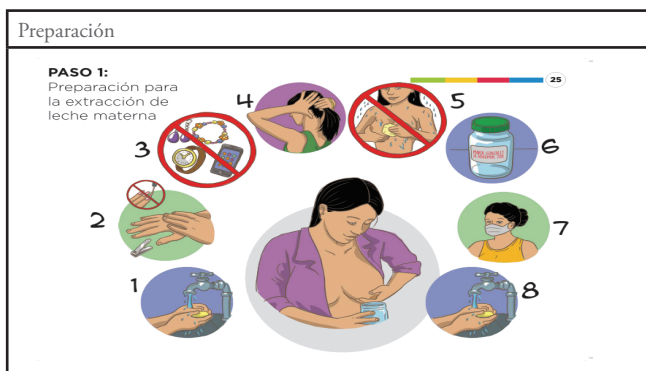
que se enfríe la leche recién extraída, durante al menos una hora en la parte superior de la nevera para luego añadirla a la leche previamente enfriada del mismo día.

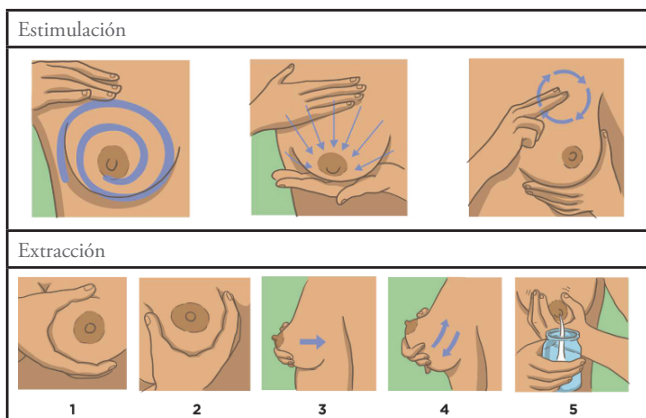
Extracción de leche materna

Esta acción brinda diversos beneficios, ya que permite mantener la producción de leche materna, aliviar el dolor, evitando la ingurgitación, congestión y obstrucción, e inclusive permite evitar la infección provocada por mastitis. Además, permite la continuidad de la alimentación con leche materna al recién nacido, cuando la madre se separa de su hijo, independientemente del motivo.

Para realizarlo es necesario que se realicen los siguientes pasos: Preparación, Estimulación y Extracción.

Tabla 10. Pasos para la extracción de leche materna.





Nota: la tabla muestra los pasos para la extracción de la leche materna (Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, sf)

Conservación de la leche materna

- La leche a temperatura ambiente en un lugar limpio y fresco: máximo 6 horas en la región sierra y 4 horas en la costa.
- En la refrigeradora a 5°, de 24 a 72 horas, siempre en la parte del fondo, evitar colocarla en la puerta de la refrigeradora.
- En el congelador, puede durar 15 días a una temperatura de -18°C.

Una vez descongelada, la leche no puede volver a congelarse, debe ser desechada.



Ilustración 42. Tiempo de almacenaje de la leche materna

Fuente: Ministerio de Salud Pública (MSP, s.f.)

Rol de enfermería en alojamiento conjunto y lactancia.

Enfermería cumple un papel fundamental al promover las prácticas saludables, desde el apego precoz y alojamiento conjunto hasta el puerperio, tanto en la madre como en el recién nacido. Entre las principales actividades que realiza, están:

Educación al paciente

Proporcionar información sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva en la madre y el niño.

- Orientación sobre las técnicas y posiciones de amamantamiento, además de la conservación de extracción de la leche materna.
- Ayudar a las madres a aliviar el dolor y dificultades que se generen durante la LM.
- Asesoría en el cuidado del recién nacido, incluyendo la forma correcta de bañar al rn y el cuidado con el cordón umbilical.
- Enseñar prácticas de higiene y seguridad en el manejo del bebé.

- Facilitar información sobre grupos de apoyo para que las madres puedan compartir experiencias y reciban consejos sobre LM.

Alojamiento conjunto

- Fomentar el vínculo madre-hijo mediante el alojamiento conjunto y el apego precoz.
- Monitorizar la salud del RN y la madre, asegurándose que ambos se encuentren cómodos.

Puerperio

El puerperio corresponde al tiempo que ocurre entre el nacimiento hasta las siguientes 6 semanas posparto, en este lapso los órganos y el estado general de la madre recuperan las características que poseían antes de la gestación.

Etapas del puerperio

- Inmediato: dentro de las primeras 24 horas.
- Mediato: hasta los 10 días después del parto.
- Tardío: hasta los siguientes 45 días del parto.

Flujograma de manejo y toma de decisiones

El Componente Normativo Materno del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2022) detalla lo siguiente:

Tabla 11. Manejo de Puerperio Posparto

MANEJO INMEDIATO	• Apoyo emocional • Signos vitales cada 15 minutos • Masaje uterino cada 15 minutos por 2 horas • Alojamiento conjunto. • Lactancia materna • Ingesta oral
-------------------------	--

MANEJO SUBSIGUIENTE	• Dieta habitual • Diuresis espontánea • Alojamiento conjunto. • Lactancia materna • Deambulación precoz • Baño diario • Aseo perineal • Analgesia oral
MANEJO AL ALTA	• Asintomática - afebril • Analgesia oral prn • Hierro oral prn • Asesoría anticonceptiva • Cita de control a los 7 días. • Registro del RN

Fuente: Componente Normativo Materno (MSP, 2008)

Tabla 12. Manejo de Puerperio Poscesarea

MANEJO INMEDIATO	• Apoyo emocional • Signos vitales cada 15 minutos • Masaje uterino cada 15 minutos • por 2 horas • Alojamiento conjunto. • Lactancia materna • Ingesta líquida a las 6 horas
MANEJO SUBSIGUIENTE	• Dieta habitual • Sonda vesical por 12-24 horas • Diuresis espontanea 6-8 h • posretiro de sonda. • Alojamiento conjunto. • Lactancia materna • Deambulación precoz • Baño diario • Aseo perineal

MANEJO AL ALTA	• Asintomática - afebril • Analgesia oral prn • Hierro oral prn • Asesoría anticonceptiva • Cita de control a los 7 días para • Retiro de punto. • Registro del rn
-----------------------	--

Fuente: Componente Normativo Materno (MSP, 2008)

Cambios anatómicos

- El diafragma, los intestinos, la vejiga, y los pulmones regresan a su posición original, permitiendo un mejor funcionamiento a nivel respiratorio, intestinal y vesical, entre otros.
- Ocurre la involución uterina, en donde el útero regresa a su tamaño original, durante este proceso se eliminan loquios, cuyo color irá disminuyendo hasta alcanzar un tono claro.

Cambios fisiológicos

- Pérdida de peso.
- Mediante el sudor y la orina, la mujer elimina el agua acumulada en los tejidos.
- Reducción de la capacidad del sistema inmunitario.
- Reanudación del periodo menstrual.
- Hormonas como los estrógenos, la progesterona y la gonadotropina coriónica humana recuperan su función normal al igual que las demás glándulas endocrinas, a excepción de la prolactina, ya que mientras dure la lactancia, la misma seguirá secretando.

Cambios psicológicos

- Tristeza postparto.
- Depresión postparto.
- Psicosis postparto.

Actividades

¿Cuáles de los siguientes procesos son fundamentales para la fertilización?

- A) Reacción acrosómica
- B) Implantación
- C) Captación
- D) División mitótica del cigoto

Respuestas correctas: A) Reacción acrosómica, C) Captación

¿Qué estructuras del cerebro regulan el ciclo ovárico?

- A) Hipotálamo
- B) Médula espinal
- C) Hipófisis
- D) Corteza cerebral

Respuestas correctas: A) Hipotálamo, C) Hipófisis

¿Qué ocurre durante el periodo preembrionario?

- A) Se desarrolla el sistema nervioso
- B) Se forma el blastocisto
- C) Se consolidan los órganos
- D) Se inicia el trabajo de parto

Respuesta correcta: B) Se forma el blastocisto

¿Cuál de las siguientes capas germinales desarrolla el sistema nervioso?

- A) Mesodermo
- B) Ectodermo
- C) Endodermo
- D) Blastodermo

Respuesta correcta: B) Ectodermo

¿Qué caracteriza al periodo fetal?

- A) Desarrollo de las capas germinales
- B) Maduración de los órganos y tejidos
- C) Formación del blastocisto
- D) División mitótica del cigoto

Respuesta correcta: B) Maduración de los órganos y tejidos

¿Cuál es un tipo de parto según el tiempo de gestación? A) Parto a término B) Parto inducido C) Parto eutócico D) Parto distócico Respuesta correcta: A) Parto a término
¿Qué es esencial para un buen agarre durante la lactancia materna? A) Que el bebé esté bien alineado al pecho B) Que la madre esté de pie C) Que el bebé esté dormido D) Que la madre use un sujetador especial Respuesta correcta: A) Que el bebé esté bien alineado al pecho
¿Qué busca la maniobra de Leopold? A) Determinar la posición del feto en el útero B) Evaluar la dilatación cervical C) Establecer la edad gestacional D) Facilitar el alumbramiento Respuesta correcta: A) Determinar la posición del feto en el útero.
¿Qué define un parto culturalmente adecuado? A) Involucra acciones que respetan las tradiciones culturales B) Siempre se realiza en un hospital C) Permite el uso de técnicas modernas de obstetricia D) Se adapta a las necesidades de diferentes grupos culturales Respuesta correcta: A) Involucra acciones que respetan las tradiciones culturales, D) Se adapta a las necesidades de diferentes grupos culturales.
¿Cuál es el primer paso para calcular la FPP utilizando la Regla de Naegele? A) Sumar 280 días a la FUM B) Sumar 7 días a la FUM C) Restar 3 meses al mes de la FUM D) Sumar un año al año de la FUM Respuesta correcta: B) Sumar 7 días a la FUM, C) Restar 3 meses al mes de la FUM.

Fuente: Elaborado por Autores

Referencias bibliográficas

- Mieres G., P, Ribbeck B, D., Maldonado P, M., Reig N, V., & Villagra I, J. (s.f.). Ministerio de la Mujer y la Equidad de género: <https://minmujeryeg.gob.cl/wp-content/uploads/2022/11/Guia-de-Salud-Menstrual-la-tribu.pdf>
- Almiclub. (2021). Almiclub: <https://www.almiclub.es/etapas/ti-pos-de-parto-y-sus-clasificaciones/#:~:text=Parto%20de%20r%C3%A9rmino%3A%20es%20el,las%2042%20semanas%20de%20gestaci%C3%B3n>
- Aula ginecología. (s.f.). Aula ginecología: <https://aulaginecologia.com/wp-content/uploads/2023/02/Aula-Ginecologia-2.pdf>
- Ayerra Gamboa, A., Zabau Fermoselle, J., Adán Rodríguez, S., & Barricarte Gainza, M. L. (2019). Revista Medica: <https://revistamedica.com/anatomia-fisiologia-lactancia-materna/>
- CAPACITACIÓN ACIS. (2011). *Formación de Capacitadores en Psicoprofilaxis, estimulación prenatal y medicina alternativa en obstetricia*. Perú.
- Coordinación de Educación en Salud. (s.f.). *Educación en Salud IMSS*. https://edumed.imss.gob.mx/gineco4/lactancia/curso_rapido_lactancia_materna.pdf
- García Bellocq, M., Peñate Brito, J., Estrada García, A., Rodríguez Curbelo, M., & Sánchez García, A. S. (2020). Consideraciones sobre la psicoprofilaxis obstétrica familiar. *Revista Médica Electrónica*. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v42n6/1684-1824-rme-42-06-2659.pdf>

- Gutiérrez Ramos, M., González Cáceres, A., Távara Orozco, L., Wagner Grau, P., & Pacheco Romero, J. (2022). Scielo: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v68n2/2304-5132-rgo-68-02-00008.pdf>
- Hospital Alemán. (Noviembre de 2022). *Hospital Alemán* ORG. <https://www.hospitalaleman.org.ar/wp-content/uploads/2022/11/Lactancia-materna.pdf>
- Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición. (s.f.). *Rotafolio «Lactancia materna y alimentación del niño pequeño»*. <https://www.unicef.org/paraguay/media/8696/file/Rotafolio%20de%20Lactancia%20Materna.pdf>
- ISED. (2022). www.ised.es: <https://www.ised.es/articulo/pruebas-de-acceso/maniobras-de-leopold/>
- Ministerio de Salud Pública. (s.f.). Ministerio de Salud Pública: <http://salud.gob.ec>.
- Ministerio de Salud Pública. (s.f.). Ministerio de Salud Pública: <https://www.salud.gob.ec/como-almacenar-leche-materna/>
- Ministerio de Salud Pública . (2018). Ministerio de Salud Pública : <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2023/01/Politica-Intersectorial-PIPENA.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2008). Ministerio de Salud Pública: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GU%C3%8DA%20%20T%C3%89CNICA%20PARA%20LA%20ATENCIÓN%20DEL%20PARTO%20CULTURALMENTE%20ADECUADO.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Componente Normativo Materno*. <http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2022/Documentos/OTROS/COMPONENTE%20NORMATIVO%20MATERNO.pdf>.

- Ministerio de Salud Pública. (Agosto de 2008). *Salud.gob.ec*. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/09/Guia_Tecnica_Para_Atencion_Partos_Culturalmente-Adecuado-2008.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2015). Ministerio de Salud Pública: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2022). <http://www.acess.gob.ec/>: <http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2022/Documentos/OTROS/HISTORIA%20CLI%CC%81NICA%20MATERNA%20PERINATAL.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2022). Ministerio de Salud Pública: <http://www.acess.gob.ec/wp-content/uploads/2022/Documentos/OTROS/COMPONENTE%20NORMATIVO%20MATERNO.pdf>
- Moldenhauer, J. S. (2024). MSD Manuals: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/trabajo-de-parto-y-parto/trabajo-de-parto>
- MSD Manuals. (2024). MSD Manuals: <https://www.msmanuals.com/es/professional/multimedia/image/maniobra-de-leopold?rulerdirectid=755>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño. En O. P. Salud. Washington, D.C.
- Rodrigo, A. (2017). Baby gets: <https://babygest.com/es/wp-content/uploads/2015/11/Evoluci%C3%B3n-de-los-embriones.jpg>
- Serna, N. L. (2012). Acces Medicina: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1476§ionid=95223253>

- Solano Barona, A. C., Jaramillo Cañadas, D. D., Moreira Cusme, K. G., & Jácome Vera, K. G. (2019). Desarrollo embriológico humano. *Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias*, 22-40.
- Torras, E. (s.f.). ALBA Lactancia Materna: <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/posturas-y-posiciones-para-amamantar/>
- UNICEF. (2022). UNICEF: https://www.unicef.org/ecuador/media/13461/file/LIBRETA_INTEGRAL_DE_SALUD_FINANAL_17_08_22.pdf

Capítulo IV

Planificación familiar y menopausia

Introducción

La planificación familiar y la menopausia son dos aspectos fundamentales en la salud sexual y reproductiva de las personas. La planificación familiar permite a los individuos y parejas tomar decisiones informadas sobre la concepción y el espaciamiento de los nacimientos, asegurando el bienestar materno-infantil y la promoción de derechos sexuales y reproductivos. El acceso a métodos anticonceptivos eficaces y asesoramiento en salud sexual desempeña un papel clave en la prevención del embarazo no planificado y en la reducción de la morbilidad materna.

Por otro lado, la menopausia es un proceso biológico natural en la vida de la mujer que marca el fin de la etapa reproductiva. Esta transición está acompañada de cambios hormonales que pueden generar síntomas físicos y emocionales que afectan la calidad de vida. La comprensión de este proceso, así como la disponibilidad de tratamientos y estrategias de manejo, es esencial para garantizar el bienestar de la mujer en esta etapa.

Este capítulo explora la planificación familiar en sus diversas formas, incluyendo métodos anticonceptivos naturales, hormonales, de barrera, químicos y quirúrgicos, además del impacto de la menopausia en la salud de la mujer y las estrategias de manejo desde una perspectiva integral.

Objetivos del Capítulo

Al finalizar este capítulo, el lector será capaz de:

1. Definir la planificación familiar y comprender su impacto en la salud pública.
2. Identificar y clasificar los diferentes métodos anticonceptivos según su mecanismo de acción.
3. Analizar la importancia de la educación y asesoría en planificación familiar en diferentes etapas de la vida.
4. Comprender la menopausia como un proceso biológico normal, sus manifestaciones clínicas y sus efectos en la salud de la mujer.

Planificación familiar

Asesoría en Planificación familiar

La Organización Mundial de la Salud define a la planificación familiar como una herramienta que permite a los individuos tomar decisiones responsablemente en cuanto a la cantidad de hijos que desean tener, cuándo tenerlos y el intervalo entre nacimientos. Esta planificación asegura que las personas estén informadas sobre salud sexual y reproductiva y los diversos tipos de métodos anticonceptivos, los cuales promueven el bienestar de las parejas y previenen infecciones de transmisión sexual, especialmente VIH y SIDA. Otra de las ventajas de la planificación familiar es que ayuda a evitar el embarazo no deseados, embarazo precoz, abortos, etc (OMS, 2023).

Asesoría en adolescentes

La asesoría en salud es un procedimiento integral que promueve la toma de decisiones responsables e informadas en una persona con respecto a su salud. Este proceso se basa en la entrega de información verídica, oportuna y libre de prejuicios,

con el objetivo de aclarar dudas, respetar los pensamientos y emociones de la persona a quien se le brinda la asesoría.

Este proceso se realiza a través de un diálogo confidencial entre el individuo, en este caso, adolescente y el profesional de salud, mismo que se realiza utilizando un lenguaje asertivo y accesible. La asesoría abarca diversos temas de salud sexual y planificación familiar, la cual se promociona a través de diferentes medios de comunicación, con la finalidad de minimizar los riesgos en salud de los adolescentes y de garantizar sus derechos sexuales y reproductivos (MSP, 2017). De ahí que la asesoría se basa en los siguientes principios:

- Confidencialidad
- Calidad
- Calidez
- Comunicación asertiva
- Respeto
- Autonomía

Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos (MAC) son herramientas capaces de evitar o disminuir las posibilidades de un embarazo, de contraer una infección de transmisión sexual (ITS), y además favorecen el desarrollo de la sexualidad en la pareja. Para hacer uso de los MAC, es necesario conocer sobre los distintos tipos que existen, la funcionalidad de cada uno, sus ventajas y desventajas, ya que no todos pueden ser utilizados por de la misma forma. El tipo de método a escoger dependerá de diferentes factores, entre ellos se encuentran la edad, salud, estilo de vida, creencias, nivel sociocultural, económico, entre otros. De ahí que los MAC se dividen en anticonceptivos naturales, barrera, hormonales, intrauterinos, químicos y quirúrgicos (INEC, s.f.).

Tipos de métodos anticonceptivos

Anticonceptivos naturales:

Los MAC basados en el conocimiento de la fertilidad femenina se centran específicamente en la abstinencia del coito vaginal durante los períodos fértiles del ciclo menstrual. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la abstinencia periódica es un método natural que permite a las parejas evitar tener relaciones sexuales voluntariamente durante las fases fértiles del ciclo menstrual, con el objetivo de prevenir o evitar embarazos no deseados, de ahí que toman su nombre de métodos anticonceptivos basados en el conocimiento de la fertilidad (MBCF) o métodos naturales.

La eficacia de los MAC naturales depende en gran medida del conocimiento que tenga la mujer sobre su ciclo menstrual. Esto significa que tanto la mujer como su pareja deben estar dispuestos y comprometidos a abstenerse del coito vaginal durante estos días. La clave de estos métodos radica en la educación y conciencia sobre el propio cuerpo, permitiendo así a las parejas tomar decisiones responsables en cuanto a su vida sexual y reproductiva (MSP, 2014).

Método de la amenorrea de la lactancia (MELA)

Es un método anticonceptivo temporal de planificación familiar el cual está basado en la lactancia materna; para poder utilizarlo es necesario que se cumplan las siguientes condiciones:

1. La madre debe tener amenorrea (ausencia de menstruación).
2. Se debe alimentar al bebé con lactancia materna exclusiva (LME), la cual se debe llevar a cabo durante los 6 primeros meses de vida.
3. El bebé que amamanta debe ser menor de 6 meses de edad.

Estas condiciones deben cumplirse para que el método MELA funcione, ya que la lactancia materna frecuente inhibe de forma temporal que se liberen hormonas que estimulan la ovulación. La efectividad de este método natural dependerá de la paciente que lo use, ya que es quien debe cumplir con los 3 criterios (OPS, 2019).

Temperatura basal

La temperatura corporal de una mujer en reposo experimenta un ligero aumento tras la ovulación, y se mantiene elevada hasta el inicio de su siguiente ciclo menstrual. Para medir esta temperatura de forma precisa, es necesario hacerlo por la mañana antes de levantarse, la medición debe efectuarse diariamente durante 5 minutos, ya sea de forma oral, vaginal o rectal.

En una mujer sana, durante la fase folicular del ciclo menstrual, la temperatura basal se mantiene menor a 37°C; antes de la ovulación se observa una leve disminución de la temperatura, que posteriormente aumenta entre 0.2°C a 0.4°C tras la liberación del óvulo. Este patrón térmico permite identificar los días fértiles y por lo tanto, durante esos días, es necesario que las parejas se abstengan de mantener relaciones sexuales, desde el primer día del ciclo, hasta el tercer día después de del aumento de la temperatura.

El periodo de infertilidad se extiende hasta el inicio del próximo ciclo menstrual, momento en el cual la temperatura corporal vuelve a descender uno o dos días antes del flujo menstrual.

Método del ritmo.

Los métodos de planificación familiar basados en el calendario se centran en el registro de los días del ciclo menstrual para poder determinar el inicio y final del periodo fértil. Generalmente,

se considera que la ovulación se produce entre los días 14 y 16 del ciclo; sin embargo, es importante tener en cuenta que los espermatozoides pueden sobrevivir en el conducto cervical hasta siete días después de tener relaciones sexuales, ya que pueden quedarse en las criptas cervicales, los cuales son tipo escondrijos en donde los espermatozoides pueden esperar durante días hasta que se produzca la ovulación. Por otro lado, el óvulo es viable para la fecundación durante 24 horas.

De ahí que para utilizar este método natural de forma efectiva, es necesario que se lleve en cuenta el registro de los ciclos menstruales durante al menos un año. A los ciclos más cortos se les restan 18 días y a los más largos, 11 días, lo que ayudará a definir los días de abstinencia.

Es necesario que las mujeres que pasan por la menarquia o aquellas en las que su ciclo menstrual es irregular, usen este método con precaución, ya que identificar el período fértil puede ser complicado. Además, se recomienda esperar tres ciclos menstruales regulares después de un parto o durante la lactancia para adoptar este método. Del mismo modo tras un aborto, es recomendable esperar el inicio de la siguiente menstruación para comenzar a aplicar el método.

Otro aspecto a considerar es que ciertos medicamentos de uso crónico pueden alterar el ciclo menstrual, tales como algunos ansiolíticos y antidepresivos. Es por ello que el método de los días fijo y el del calendario o de ritmo requieren de un monitoreo riguroso para garantizar su eficacia, por lo que la mujer y su pareja deben estar correctamente informados antes de empezar a usarlo.

prevenir infecciones de transmisión sexual, entre ellas, VIH/ SIDA.

Femeninos

El preservativo femenino es una funda tubular de poliuretano, látex o nitrilo, que cuenta con un anillo flexible en cada extremo. Uno de los extremos tiene un aro cerrado lo que facilita su inserción en el fondo de la vagina, mientras que el otro extremo tiene el aro abierto y más grande lo que permite que esa parte preservativo se mantenga fuera de la vagina y la cubra. Es decir, cubre la pared de la vagina, el cuello uterino y la vulva, impidiendo el contacto directo con el pene y por lo tanto evitan la fecundación. Además, viene lubricado, lo que puede ayudar a mejorar la experiencia sexual. Puede ser usado por todas las mujeres, en cualquier etapa de su vida (MSP, 2010).



Ilustración 44. Colocación del preservativo femenino

Fuente: Se muestra la imagen obtenida del sitio web: OMSIDA (OMSIDA, s.f.)

Masculino

Este preservativo es una delgada funda de látex que se coloca en el pene erecto antes de la penetración y debe mantenerse durante todo el acto sexual. El condón retiene el semen dentro de la funda, evitando que ingrese en el canal vaginal y se produzca la fecundación.

El nivel de efectividad para prevenir una ITS se encuentra en el 95% y como MAC llega al 97% de efectividad, siempre y cuando se lo use de forma adecuada. Debido a su fácil acceso, es el método anticonceptivo más usado.



Ilustración 45. Colocación del preservativo masculino

Nota: La imagen representa la forma de colocarse el preservativo masculino de acuerdo a la Guía práctica para profesionales de la salud (Ministerio de la salud de la nación, 2014)

Diafragma

El diafragma es un aro de goma blando, generalmente de látex, que se coloca la mujer para cubrir el cuello uterino; su diseño incluye un borde flexible que lo mantiene en su sitio. Para aumentar su eficacia se utiliza gel, cremas o espuma espermicida. Este tipo de MAC es de distintos tamaños y necesariamente requieren de un ajuste realizado por un profesional de salud capacitado, sin embargo, en la actualidad existe un nuevo modelo, de talla única que se ajusta solo a la cúpula vaginal. Este equipo actúa como una barrera, impidiendo la entrada del esperma al cuello uterino, mientras que el espermicida inactiva o destruye a los espermatozoides, evitando así el contacto con el óvulo. En resumen, este tipo de MAC combina la acción mecánica de barrera con la química del espermicida, ofreciendo así a los usuarios una opción segura para tener el acto sexual.

DIU

El dispositivo Intrauterino (DIU) es considerado un MAC altamente efectivo, duradero y fácil de usar, que no requiere del acto sexual y es reversible. Consiste en una pequeña estructura flexible de plástico que se coloca en la cavidad uterina. Por otro

lado, los DIU con cobre que empezaron a usarse en la década de los 70, han ganado popularidad y se han convertido en una opción más común a nivel mundial, siendo actualmente las más usadas.

Sin embargo, la mayoría de DIU están compuestos por una estructura de plástico que incluye un vástago vertical rodeado de un hilo de cobre, el cual se inserta en la cavidad uterina. En el extremo del vago, se atan uno o dos hilos que pasan por el canal cervical y sobresalen del orificio cervical externo, permitiendo así su monitoreo y extracción.

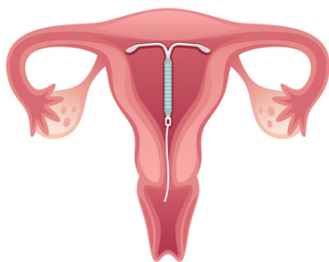


Ilustración 46. Dispositivo Intrauterino

Nota: La imagen ilustra una vista anatómica del aparato reproductor femenino, específicamente del útero, trompas de Falopio y ovarios, en cuyo interior se encuentra colocado un dispositivo intrauterino (DIU (Clínica ginecológica Abehsra, 2019)

Anticonceptivos Químicos:

Consisten en sustancias surfactantes que se introducen en la vagina, cerca del cuello uterino, las cuales actúan sobre los espermatozoides por contacto. Los más conocidos son el nonoxynol-9 y el cloruro de benzalconio, los mismos que se presentan en diversas presentaciones como óvulos, cremas, esponjas vaginales impregnadas o también en combinación con el preservativo. Estas sustancias tienen el objetivo de destruir la

membrana de los espermatozoides o ralentizar su movimiento, impidiendo así que lleguen al óvulo.

Generalmente son considerados como MAC con baja eficacia, de ahí que son mayormente usados como complemento de otro método, sin embargo, es necesario resaltar que quien lo use, debe hacerlo de forma correcta.

Dentro de las principales ventajas de este tipo de método es que las mujeres pueden controlar su uso, es decir, pueden colocarlos antes de tener el acto sexual y por lo tanto, no van a interrumpirlo. Además, aumentan la lubricación durante el coito.

Espermicidas

Son compuestos que eliminan los espermatozoides y se aplican introduciendo profundamente en la vagina. El más común es el nonoxinol-9, aunque también se encuentran otros como el cloruro de benzalconio, menfegol, etc.

Están disponibles en diversas presentaciones, como comprimidos efervescentes, óvulos, espumas en aerosol, en forma de gel, película y cremas vaginales; Su mecanismo de acción consiste en romper la membrana de los espermatozoides, provocando su destrucción y/o disminuyendo su movilidad, evitando que puedan fertilizar al óvulo.

Anticonceptivos Hormonales:

Este tipo de métodos anticonceptivos funcionan inhibiendo la concepción mediante diversas acciones sobre el eje del hipotálamo-hipofisario-gonadal o bien mediante mecanismos locales que impiden el ascenso de los espermatozoides, su clasificación puede efectuarse de la siguiente manera:

Píldoras:

- Anticonceptivos orales combinados.- como su nombre lo menciona, contienen combinación de hormonas que derivan de los estrógenos y progestágenos, los cuales tienen el objetivo principal de prevenir la ovulación, además de alterar el moco cervical y el endometrio, dificultando así la fertilización y la implantación.
- Anticonceptivos sólo de progestágenos: contienen únicamente un derivado de la progesterona, lo que los hace similares a la hormona que las mujeres producen de forma natural. Actúan alterando el moco cervical y modifican el revestimiento del útero.

Según su mecanismo de acción:

- Anovulatorios: actúan inhibiendo la ovulación al interferir el eje hormonal que regula el ciclo menstrual. Esto se logra mediante la supresión de la liberación de hormonas como la luteinizante (LH) y la foliculo estimulante (FSH), impidiendo que los ovarios liberen el óvulo.



Ilustración 47. Anticonceptivos orales combinados

Nota: La imagen muestra una variedad de blísteres de anticonceptivos orales combinados (AOC), organizados por días de la semana para facilitar su administración continua y regular. Estas tabletas constituyen un método anticonceptivo hormonal ampliamente utilizado y eficaz (Info Salus, 2020)

Parches

Es un pequeño dispositivo plástico, delgado, cuadrado y flexible que se aplica sobre la piel, libera diariamente 20µg de etinilestradiol y 150µg de norelgestromina. Su principal acción es inhibir la ovulación, las indicaciones para su uso son similares a las de los anticonceptivos orales combinados (ACO).

Se aplica un nuevo parche cada semana durante tres semanas, seguido de una cuarta semana sin parche. Durante esta semana, la mujer tendrá su menstruación.



Ilustración 48. Parches transdérmicos

Nota: La imagen describe a este método como una forma de anticoncepción hormonal combinada que administra estrógeno y progestina de manera continua a través de la piel (Arnott ginecólogos, 2020).

Anticonceptivos Definitivos o quirúrgicos

Este método anticonceptivo es permanente que se lleva a cabo mediante una intervención quirúrgica. Se recomienda para aquellas personas que no desean tener hijos, ya que este procedimiento es irreversible.

Estos MAC son considerados los más efectivos.

Ligadura de trompas:

Método anticonceptivo permanente para la mujer, conocido también con el nombre de ligadura tubaria, salpingectomía, esterilización tubaria, etc.

La oclusión bilateral de las trompas de falopio, ya sea a través de ligadura, sección u obstrucción, impide que los óvulos liberados por los ovarios se desplacen por las trompas y por ende, no puedan encontrarse con los espermatozoides.

Este procedimiento puede realizarse de forma laparoscópica, permitiendo una recuperación más rápida y menos invasiva. No tienen efectos secundarios a largo plazo.

Cuidados de enfermería en salpingectomía

El plan de cuidados debe ser adaptado a las necesidades individuales de cada paciente.

Manejo del dolor

- Administración de analgésicos
- Evaluar la efectividad del analgésico.
- Implementar medidas no farmacológicas como la relajación y el uso de compresas tibias.

Prevención de infecciones- antibioticoterapia

- Mantener aseo del sitio quirúrgico.
- Observar signos de infección (enrojecimiento, inflamación, etc.).

Educación al paciente

- Proporcionar información sobre la salpingectomía, su propósito y proceso de recuperación.
- Educar al paciente para que reconozca signos de infección.

Confort

- Establecer un ambiente cómodo y tranquilo que permita que la paciente descanse.
- Fomentar la movilidad gradual.

Evaluación

- Reevaluar el dolor y ajustar el plan de manejo según sea necesario.
- Monitorización del sitio quirúrgico y documentar los cambios.

Vasectomía

Es un método anticonceptivo permanente que se realiza a los hombres. Este procedimiento consiste en la realización de una pequeña incisión en el escroto para localizar los conductos deferentes y cortarlos o bloquearlos, ya sea por ligadura o cauterización con calor o electricidad.

Este MAC definitivo impide que los espermatozoides se mezclan con el semen; durante la eyaculación, se continúa expulsando semen pero no puede producirse la fecundación y por lo tanto, un embarazo.

Cuidados de enfermería en vasectomía

Educación al paciente

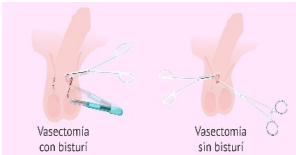
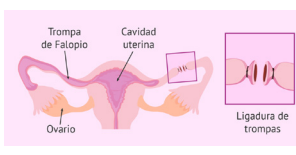
- Explicar los cuidados que debe seguir en casa, ya que es un procedimiento ambulatorio. El paciente debe tener conocimiento sobre el manejo de la herida y signos de infección.

Control del dolor

- Asegurarse que el paciente tenga acceso a analgésicos prescritos por el médico tratante y que entienda los horarios en los que debe tomarlos.
- Recomendar el uso de medio físicos, como la aplicación de compresas frías en la zona para reducir el dolor e inflamación.

Cuidado de la herida

- Es necesario educar sobre la higiene que se debe mantener en la zona de la herida, la misma que debe estar limpia y seca.
- Monitorizar la herida en busca de signos de infección.

 Ilustración 49. Vasectomía Nota: La imagen presenta una comparación visual entre dos técnicas quirúrgicas para la vasectomía, un método de anticoncepción definitiva en el varón (Barranquero, et al., 2024).	 Ilustración 50. Ligadura de las trompas de falopio Nota: La imagen muestra una representación anatómica del aparato reproductor femenino, destacando las trompas de Falopio, los ovarios y la cavidad uterina, junto con una ilustración ampliada del procedimiento de ligadura tubárica, también conocido como salpingoclasia (Paraíso, 2024).
---	---

Menopausia

La menopausia en la antigüedad era considerada como una patología que culmina con la edad fértil de la mujer, provocando cambios positivos y negativos que están basados en aspectos tanto personales como culturales. “Los primeros registros se encuentran plasmados en papiros egipcios, aquí se consideraba a la mujer que aún menstruaba como mujeres rojas y a las que no, como mujeres blancas, la menopausia fue descrita como ausencia del flujo menstrual y el útero como centro de males”.

A pesar de que la menopausia es un proceso fisiológico normal de la vida reproductiva de todas las mujeres, este llega a

ser considerado un reto importante para la salud pública, debido a sus repercusiones en el estado de salud y calidad de vida de la mujer. Según la OMS, la edad promedio de una mujer de occidente para que se presente la etapa de la menopausia es de 50 años, es decir, a nivel global esta edad va a depender del nivel socioeconómico de cada país, tomando en consideración la realidad a la que se enfrentan las mujeres y los grandes síndromes patológicos que se pueden desarrollar (OMS, 2024).

La mujer, con el pasar del tiempo llega a una etapa en la cual, existe un declive de la menstruación, mismo que ocurre de forma natural se presenta luego de 12 meses de amenorrea no relacionada con alteraciones fisiológicas o patológicas, a este cambio hormonal se lo conoce como menopausia, según la OMS. Con la realización de algunos estudios se ha determinado que la edad para que se desarrolle la menopausia es variable, estableciendo un rango que oscila entre 35 y 55 años de edad, con un promedio de 50 años, cuando esta se presenta en menores de 40 años se considera como prematura, cuando se da más de los 52 años como tardía (Torres & Torres, 2018).

El climaterio es todo aquel periodo comprendido de diversas transformaciones hormonales, que comienza con la disminución progresiva de estrógenos hasta la incapacidad funcional ovárica, aquí se incluyen algunas fases y etapas: la premenopausia (considerado desde la iniciación de la sintomatología hasta la menopausia) y la posmenopausia, mismo que incluye el envejecimiento de los órganos del aparato reproductor femenino.

Manifestaciones clínicas

Los signos y síntomas sobre todo aquellos que se dan a corto plazo se encuentran asociados a la disminución hormonal que se da tanto de estrógenos como de progesterona, las principales manifestaciones clínicas son: los bochornos, metrorragias, cefalea, resequedad vaginal, trastornos menstruales, cambios en el estado de ánimo, sudoración, insomnio, artralgias, disminución de la libido, bradicardias, sueño fragmentado y dispareunia (Turiño, et al., 2019).

Así podemos clasificarlos:

- **Cognitivos**
- **Psicológicos:** se relacionan con un bajo estado de ánimo, generalmente depresión, irritabilidad, cansancio físico y mental, sobre todo en aquellas mujeres que tienen una extensa jornada laboral (González, et al., 2018).
- **Vasomotores:** se dan cuando existe una disminución en la producción de los estrógenos, hormona luteinizante de la pituitaria y las endorfinas, provocando un descenso en la temperatura corporal central, cuando esto ocurre las mujeres lo perciben como un calor que se manifiesta de forma repentina en cara, cuello y pecho, en conjunto con enrojecimiento, escalofríos, ansiedad, palpitaciones, trastornos en el sueño y sudoración nocturna.
- **Genitourinarios:** se producen distrofias vulvares, o también conocido anteriormente como vulvovaginitis atróficas, y en la actualidad como dermatosis, caracterizado por una disminución del tamaño de la vulva debido al adelgazamiento de la piel y la pérdida de grasa, y el vello del pubis será cada vez más escaso, produciendo mayor sensibilidad a la vagina lo que

puede producir irritación en los genitales externos que se denomina prurito vulvar, inflamación, picor, molestias y disfunción sexual.

- Musculoesqueléticos

 Ilustración 51. Irritabilidad Nota: La imagen muestra los cambios bruscos que experimenta la mujer durante la menopausia (Web consultas, s.f.).	 Ilustración 52. Bochornos Nota: representa de manera simbólica y anatómica el fenómeno fisiológico conocido como bochorno o sofoco, uno de los síntomas más frecuentes durante la transición menopáusica en mujeres (Clinica el Campanario, 2023).	 Ilustración 53. Disfunción sexual Nota: representa de manera conceptual o clínica una disfunción asociada a la salud sexual o reproductiva femenina, muy posiblemente en el contexto del climaterio o menopausia (LEGORBURU, 2016).
---	--	---

Complicaciones

Durante la etapa de la menopausia se aumenta el riesgo de padecer diferentes patologías, dentro de las cuales se encuentran:

- Enfermedades cardiovasculares: los estrógenos facilitan la liberación de óxido nítrico y prostaciclina, lo que a su vez aumenta la posibilidad de una vasodilatación.
- Osteoporosis: los estrógenos impiden la reabsorción ósea favoreciendo y aumentando la liberación del factor de crecimiento, por lo que es fundamental en la regulación del calcio sérico.

- **Genitourinarios:** Al existir una disminución estrogénica se va a generar la fragilidad de la mucosa vaginal, provocando que el pH se vuelve más alcalino y por ende una lubricación deficiente, que provoca malestar y leve sangrado durante la relación sexual. Todos estos factores producen una atrofia urogenital, lo que a su vez traerá consecuencias como la urgencia miccional e incontinencia urinaria.
- **Psicológicos:** Durante la menopausia existe una disminución de serotonina, y cuando esto sucede se efectúan una serie de cambios específicamente en los estados de ánimo y emocional.
- **Aumento de peso:** esto se debe a que durante estos procesos el metabolismo se torna más lento.
- **Diabetes mellitus tipo 2:** Es una enfermedad que va aumentando, dependiendo de ciertos determinantes entre los cuales se encuentra el sexo y la edad, generalmente se presenta mayor prevalencia en las mujeres, debido a que al momento de producirse la disminución de los estrógenos por la menopausia se altera el metabolismo de la insulina. Esta patología influye sobre el climaterio, ya que puede apresurar el periodo de la menopausia, causando riesgos cardiovasculares, aterosclerosis y el de osteoporosis.
- **Síndrome metabólico:** Su incidencia aumenta con el envejecimiento

Tratamiento

La menopausia es un proceso inevitable que no requiere de un tratamiento médico específico, pero para minimizar la intensidad del síndrome climatérico, el tratamiento que

se lleva a cabo durante estas etapas va a ser de acuerdo a la sintomatología que se presente en cada caso, dentro de estas intervenciones se pueden asociar 3 grandes grupos: tratamiento hormonal, no hormonal y alternativo.

Hormonal

El tratamiento hormonal se basa en la administración de las hormonas que se dejan de producir durante el climaterio: estrógeno y progesterona, mismas que son causantes de los signos y síntomas de estas etapas. Esta terapia es utilizada mayormente por su eficacia en los síntomas vasomotores que incluye: el bochorno, sudoraciones y taquicardias; síntomas genitourinarios como: atrofia vulvaginal, dispareunia, quemazón, sequedad; y, por último, para la prevención de la osteoporosis en pacientes posmenopáusicas, solo en el caso de no existir contraindicación (Parra, 2018).

- Terapia con estrógeno: Generalmente es utilizado en pacientes que se han realizado una histerectomía, por la probabilidad del desarrollo de cáncer uterino. Dentro de este gran grupo se encuentra el estradiol, el cual es un estrógeno que no provoca daños o cambios en el endometrio cuando se lo administra por dosis fraccionadas.
- Terapia con progesterona: Esta terapia basada en la administración de progestinas o progestágenos que contribuye a reducción de sofocos sobre todo en mujeres obesas, debido a que estas poseen altas concentraciones de estrógenos libres que se originan en la grasa periférica, existiendo gran probabilidad de inducir a un sangrado vaginal. Los progestágenos que se utilizan en la THR son los siguientes: Progesterona micronizada oral o

vaginal y derivados de la progesterona: acetato de medroxiprogesterona, didrogesterona y medrogestona.

- Terapia combinada (estrógenos más progestágenos): En la terapia hormonal se combinan los progestágenos con los estrógenos para poder evitar la estimulación exagerada del endometrio. En aquellas mujeres que tienen grandes efectos androgénicos como la voz grave y el hirsutismo, es necesario el uso de progestágenos con actividad antiandrogénica.

No Hormonal

La terapia no hormonal es requerida generalmente por aquellas pacientes en las que no se puede administrar hormonas sustitutivas, y es utilizada para poder tratar los síntomas vasomotores leves.

Dentro de los fármacos a utilizar se encuentran:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina-norepinefrina (Antidepresivos)
- Anticonceptivos

Alternativo

Fitoterapia: consiste en la administración de fitoestrógenos, los cuales son elementos de origen vegetal que tienen propiedades estrogénicas. Dentro de estas se encuentran 3 grandes grupos, tales como: isoflavonas (soja), lignanos (cereales integrales), cumestanos (alfalfa).

Cuidados de enfermería en menopausia

Educación al paciente

- Explicar los cambios fisiológicos y emocionales asociados con la menopausia.
- Ofrecer un espacio para que la paciente exprese sus sentimientos, brindando una escucha activa.

Manejo de sintomatología

- Control de síntomas vasomotores: proporcionar información sobre métodos para aliviar los sofocos, por ejemplo, uso de ventiladores, ropa ligera, ejercicios de respiración.
- Brindar información sobre el uso de fitoestrógenos o suplementos naturales.

Cuidado de la salud ósea

- Recomendar ingesta adecuada de nutrientes para prevenir osteoporosis, mantener una dieta equilibrada y actividad física.
- Promover actividades que fortalezcan los huesos.

Salud sexual

- Informar sobre posibles cambios en el libido y la lubricación vaginal.
- Sugerir uso de lubricantes o tratamiento para disfunción sexual. Actividades

Actividades

¿Cuál es el objetivo principal de la planificación familiar según la OMS?

- A) Aumentar el número de hijos en una familia
- B) Permitir a los individuos decidir sobre la cantidad y el momento de tener hijos
- C) Prevenir infecciones de transmisión sexual
- D) Evitar embarazos no deseados y abortos

Respuestas correctas: B, D

¿Qué caracteriza a la asesoría en salud dirigida a adolescentes?

- A) Se basa en información confidencial y sin prejuicios
- B) Es un proceso público y abierto a todos
- C) Promueve la toma de decisiones informadas sobre la salud
- D) Incluye un diálogo asertivo entre el adolescente y el profesional de salud

Respuestas correctas: A, C

¿Qué deben cumplir las madres para que el método de amenorrea de la lactancia (MELA) sea efectivo?

- A) No menstruar
- B) Alimentar al bebé con lactancia materna exclusiva
- C) El bebé debe tener más de 6 meses
- D) La madre debe estar en reposo

Respuestas correctas: A, B

¿Cuáles son algunos de los métodos anticonceptivos de barrera?

- A) Píldoras anticonceptivas
- B) Preservativos masculinos
- C) Diafragma
- D) Métodos naturales

Respuestas correctas: B, C

¿Cuál es la función principal de los anticonceptivos hormonales?

- A) Aumentar la fertilidad
- B) Inhibir la ovulación
- C) Alterar el moco cervical
- D) Prevenir infecciones de transmisión sexual

Respuestas correctas: B, C

¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la menopausia es correcta?

- A) Es vista solo como un problema de salud
- B) Marca el fin de la edad fértil de la mujer
- C) Solo afecta a mujeres de ciertas culturas
- D) Puede tener efectos positivos y negativos

Respuestas correctas: B, D

Fuente: Elaborado por Autores

Referencias bibliográficas

- Barranquero Gómez, M., Jiménez Alfaro, R., Rogel Cayetano, S., & Salvador, Z. (5 de Agosto de 2024). Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/vasectomia/>
- Arnott ginecólogos. (2020). Arnott ginecólogos: <https://arnottginecologos.com/blog/parche-anticonceptivo-que-es-y-como-funciona/>
- Clinica el Campanario. (2023). Clinica el Campanario: <https://clini-caelcampanario.com/wp-content/uploads/2023/01/Como-identificar-los-sofocos-de-la-menopausia.jpg>
- Clinica ginecológica Abehsera. (2019). Clinica ginecológica Abehsera: <https://www.clinicaginecologicaabehsera.com/el-diu-como-metodo-anticonceptivo/>
- Comité Editorial Fertty. (23 de Mayo de 2019). Editorial Fertty: <https://fertty.com/blog/calendario-de-un-ciclo-menstrual/>
- González Cárdenas, L. T., Abich Gómez, A. L., Bayarre Veá, H. D., Hernández Meléndez, E., & Cuesta Mejías, L. (2018). Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000400008&lng=es
- Info Salus. (2020). Info Salus: <https://www.infosalus.com/farmacia/noticia-anticonceptivos-orales-combinados-continuos-demuestran-beneficios-salud-huesos-20200624163318.html>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (s.f.). Ecuador en cifras: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Metodos_anticonceptivos.pdf
- LEGORBURU, G. (2016). El mundo: <https://www.elmundo.es/yo-dona/lifestyle/2016/10/19/5804c806ca4741e2138b4636.html>
- Ministerio de la salud de la nación. (Agosto de 2014). Ministerio de Salud: <https://iah.ms.gov.ar/doc/Documento49.pdf>

- Ministerio de Salud Pública. (Agosto de 2010). <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/prov/guias/guias/Norma%20y%20protocolo%20de%20planificaci%C3%B3n%20familiar.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). Ministerio de Salud Pública: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/7503%20asesoria%20ss.pdf>
- OMSIDA. (s.f.). OMSIDA: <https://www.omsida.org/infecciones-transmission-sexual/condon-femenino/>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Organización Mundial de la Salud. (14 de Octubre de 2024). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
- Organización Panamericana de la salud. (2019). Organización Panamericana de la salud: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51918/9780999203729_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Paraíso, B., Barrenetxea Ziarrusta , G., Barranquero Gómez , M., & Salvador, Z. (2 de Febrero de 2024). Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/ligadura-de-trompas/>
- Parra, M. (2018). Scielo: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n5/0717-7526-rchog-83-05-0527.pdf>
- Torres Jiménez, A. P., & Torres Rincón, J. M. (2018). Scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200051&lng=es&nrm=iso
- Turiño, M. I., Colomé González, T., Fuentes Guirola, E., & Palmas Mora, S. (2019). Medigraphic: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicentro/cmc-2019/cmc192e.pdf>

Web consultas. (s.f.). Web consultas: <https://www.webconsultas.com/belleza-y-bienestar/habitos-saludables/por-que-aparecen-cambios-de-humor-bruscos-en-la-menopausia>



ISBN: 978-9942-625-48-9



9789942625489