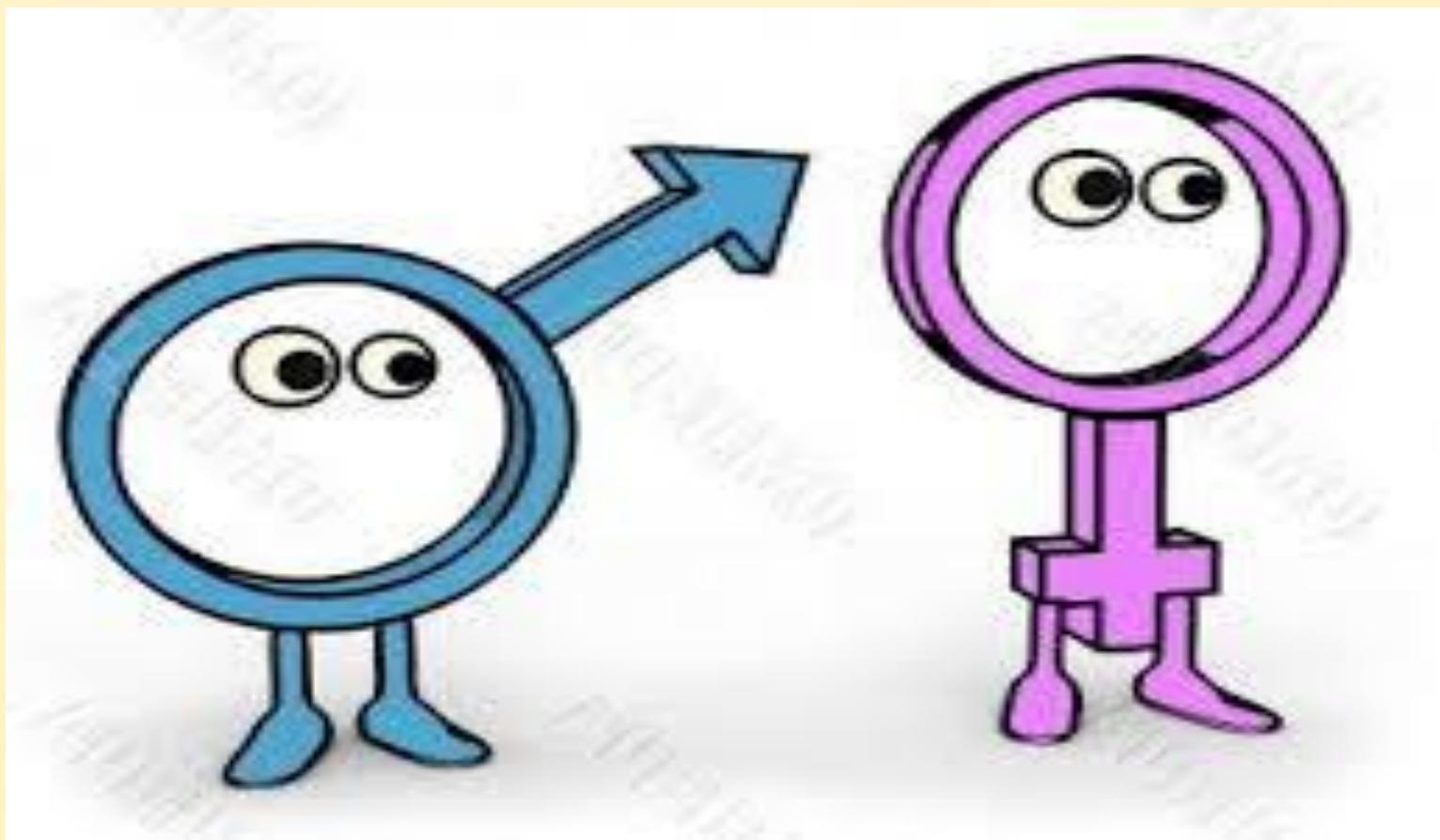


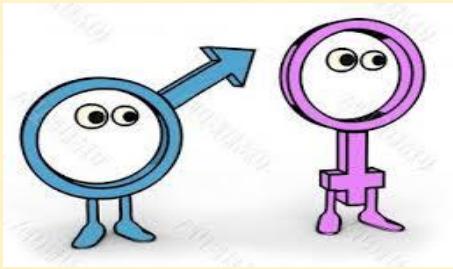
TEMA 42.

**INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL,
CLASIFICACIÓN. SÍFILIS. GONORREA.
TRICOMONIASIS. CANDIDIASIS,
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (HPV).
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. PREVENCIÓN.
OTRAS ENFERMEDADES: SIDA. HEPATITIS.
DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN PLACENTARIA.**

ETS 1998

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL





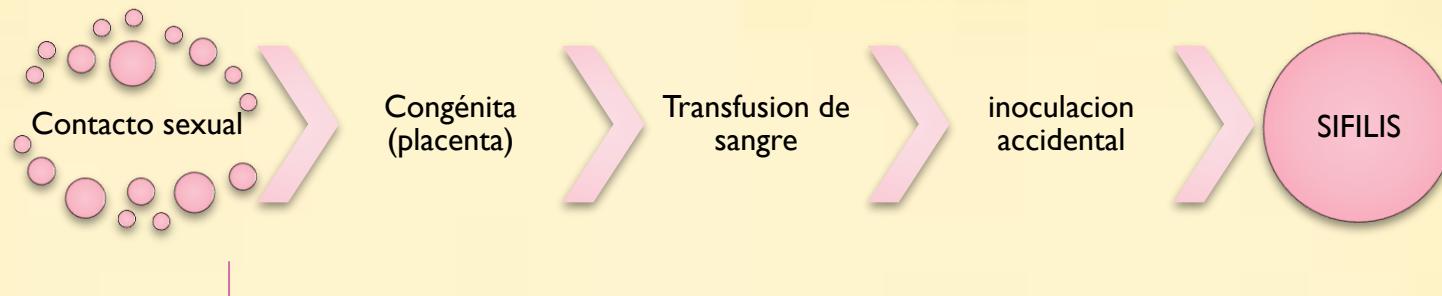
EDO

Declaración semanal con datos epidemiológicos básicos: Hepatitis, gonococia y sífilis
EDO sistemas especiales de registro: Sífilis congénita y SIDA

BACTERIAS	Agente Enfermedad o sd
Treponema pallidum	Sifilis
Neisseria gonorrhoeae	Gonococia
Haemophilus ducreyi	Chancro blando
Calymmatobacterium granulomatis	Granuloma inguinal
Chlamidia trachomatis (L1,L2 y L3)	Linfogranuloma venéreo
Chlamydia trachomatis (D-K)	Uretritis y Cervicitis
Ureoplasma urealyticum	Uretritis, cervicitis, aborto, prematuridad y enf. Neonatal.
Streptococcus grupo B	Fiebre post parto, sepsis y meningitis neonatal
Gardnerella vaginalis	Vaginosis bacteriana

virus	Agente enfermedad o sd
Virus del herpes simple (VHS) 1y2	Herpes genital
Papilomavirus Humano (VPH)	Condilomas acuminados
Virus Molluscum contagiosum	Molluscum contagioso
Virus de la Hepatitis B,C,D,E,G	Hepatitis B,C,D,E,G
Citomegalovirus	Enfermedad perintal
Virus de la inmunodeficiencia humana	SIDA
Protozoos	
Trichomonas vaginalis	Vaginitis y uretritis
Hongos	
cándida	Vulvovaginitis y balanoprostitis
Artropodos	
Phthirus pubis	Pediculosis pública
Sarcoptes scabiei	sarna

SIFILIS



Mas infeccioso al principio de la enfermedad

Moderadamente contagiosa

Bact. *Treponema pallidum*. (Spirochaetaceae)

Anaerobio

No se cultiva. De difícil visualización (fluorescencia)

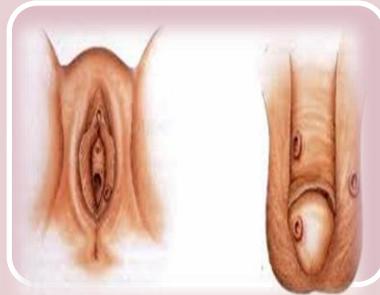
Periodos clínicos y latencias (serologias)

La gestante puede trasmisir al feto la enfermedad en cualquier estadio, antes del cuarto mes es rara la infección.

Incubación 3 semanas (9-90 días)

SIFILIS

Sífilis congenita se dividen en temprana o tardia. La temprana aparece en los dos primeros años y puede ser fulminante. Tratamiento Penicilina G (7 días)



Sífilis primaria
Lesión ulcerosa indurada, indolora con adenopatías (duras y móviles).
Chancro
2-8 semanas

Sífilis secundaria
Diseminación hemática de espiroquetas
Alopecia, exantemas, lengua en pradera, condilomas planos, roseola sifilica
6 sem-6 meses

Sífilis terciaria
Goma, neurosífilis o afectación cardiaca
Forma benigna

Reacción Jarisch-Herxheimer (fiebre, artralgias, cefaleas, taquicardias e hipotensión postural) 12-24h.

Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com

GONORREA

Gonococo G-. Neisseria Gonorreae. Diplococo Gram -

Flujo mucopurulento, dispareunia, quemazon, cervicitis, uretritis,

EPI o epidemitis

50% asintomatica

Thayer-martin

Oftalmia neonatal(tetraciclina1% o eritromicina 0.5%)

Ceftriaxona/doxiciclina o azitromicina



CLAMIDIA



Clamidia trachomatis. Asintomatica al principio, disuria ,polaquiuria, secrecion purulenta, sangrado postcoital.. EPI Epidimitis.

Linfogranuloma venereo (vesicula indolora que se ulcerá).

Sd. Reiter (arthritis no bacteriana,asocia a urethritis o cervicitis, conjuntivitis y lesiones mucocutaneas)

Tto Eritromicina tetraciclina

CHANCRÓN BLANDO

Haemophilus ducrey. Bacilo Gram- "procesion de peces". Anaerobio. Inc 4-7 dias

ulceracion muy dolorosa con adenopatia dolorosa. Es superficial blando con un halo inflamatorio.

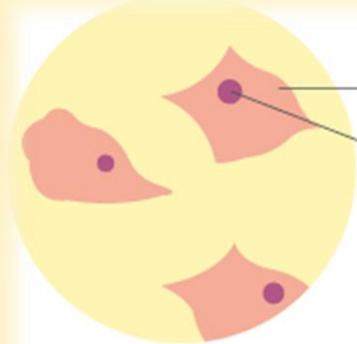
Tto azitromicina o ceftriaxona



Ulceras genitales infecciosas

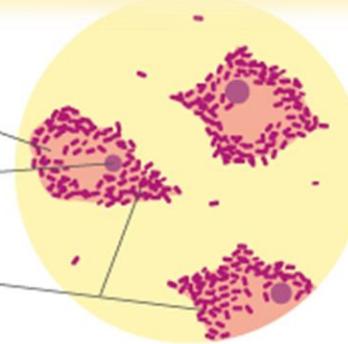
	Características	Duración	Adenopatías
Herpes genital	Vesículas-pustulas-ulceras	19-20 días	Dura,dolorosa
Chancro sifílico	Duro,limpio, indoloro	2-6-semanas	Dura,indolora
chancroide	Superficial,purulento, doloroso	Variable	Fluctuante,dolorosa
Linfogranuloma venéreo	Edematosa,base granular,dolorosa	Pocos días	Confluente,flucyante ,multiples orificios
Granuloma inguinal	Superficial,carnosa,extensiva,crónica	Varias semanas a meses	Pseudoadenopatias(extension de ulceras cutáneas superficiales al área inguinal)drenaje

VAGINOSIS BACTERIANA



Las células vaginal normal,
visto bajo un microscopio.

La célula vaginal
El núcleo de la célula
Las bacterias



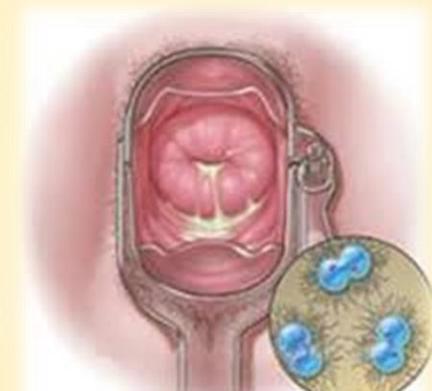
"Clue Cells", las células vaginales
con bacterias pegadas a ellos.

Gardnella vaginalis, mycoplasma hominis y anaerobios

Leucorrea blanca grisasea, profusa con olor fuerte a pescado (mayor tras el coito).

Alteración de la flora habitual

Dg: KOH al 10% celulas clue. clindamicina



TRICOMONAS.PROTOZOO

Trichomonas vaginalis

Asintomática o prurito con leucorrea amarillenta
verdosa, colpitis

Hombre portador asintomático

Tto: metronidazol

Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com

74. La Trichomonas vaginalis, es uno de los agente etiológico de la EPI y también el más común de las ETS, se ha visto un aumento significativo en los últimos años, debido a que está siendo infravalorada, dado que el 50% de las mujeres y en el 90% de los hombres cursa de forma asintomática. Cuál es el agente causante de la tricomoniasis vaginal?

- A) Una bacteria
- B) Un protozoo
- C) Un virus
- D) Un hongo

|

143. Cuáles son los riesgos que se asocian a la Neisseria gonorrhoeae durante la gestación?

- A) R.P.M (rotura prematura de membrana) sépsis postparto.
- B) C.I.R. (retraso crecimiento intrauterino).
- C) Prematuridad.
- D) Todas son correctas.

Granuloma Inguinal

Donavanosis. Temperaturas altas y humedad intensa

P. Incubación 8-80 días. Infección crónica

Calymmatobacterium granulomatis Gram – difícil de cultivar

Pápula que se ulcera apareciendo un granuloma indoloro, blando y eritematoso.

Extensión a otras regiones y diseminación hemática a órganos



Mínimo 3 semanas con doxiciclina o trimetoprima-sulfametaxazol hasta curar las lesiones

Embarazo: Eritromicina o azitromicina dihidratada

CANDIDAS.HONGOS

Forma parte de nuestra flora habitual. Afecta a las zonas humedas de la piel (axilas, boca, uñas, glande y vagina). erupciones cutáneas por uso de pañales
Factores de riesgo} obesos, atb, ACO. embarazo. *Es dudosa la transmisión sexual*

Prurito peor de noche y con el calor, mejora con la menstruación leucorrhea con aspecto a requeson



www.mdsaud.com

Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com

42. Las vulvovaginitis cursan con aumento del flujo vaginal, prurito genital, irritación, ardor, dispareunia vaginal y mal olor. Con relación a la candidiasis genital es la causa más frecuente de vaginitis en Europa. ¿Cuál es la respuesta incorrecta?

- A) El agente más frecuente es la cándida albicans
- B) La clínica habitual es la disuria y dispáreunia
- C) No forma parte de la flora vaginal normal
- D) La menstruación muestra alivio de la vulvovaginitis por cándidas

|

	CANDIDIASIS	TRICHOMINIASIS	VAGINOSIS
• LEUCORREA	BLANCA-GRUMOSA VISCOSA	AMARILLO VERDOSA ESPUMOSA	GRIS HOMOGENEA
• OLOR	NO	MALOLIENTE	PESCADO
• PRURITO	INTENSO	LEVE A INTENSO	NO
• MUCOSA VAGINAL	ERITEMATOSA	PETEQUIAS	NORMAL
• PH	< A 4.5	> A 4.5	> A 4.5
• ERITEMA VULVAR	FRECUENTE	AUSENTE	AUSENTE
• EX .EXUDADO	ESPOROS-MISCELAS	TRICHOMONAS	CELCLAVES

ETS PRODUCIDAS POR PARASITOS

ESCABIOSIS: Contacto humano estrecho

Acaro Sarcoptes scabiei

Prurito que se agrava por las noches

Crema permetrina al 5% (no embarazo)/lindano al 1%



PEDICULOSIS PUBIS

Vía sexual y fómites. ETS mas contagiosa 95% un único contacto

P. Humanus capitis, corporis y pubis (ladilla)

Purito incluso impétigo secundario

Crema permetrina al 5%



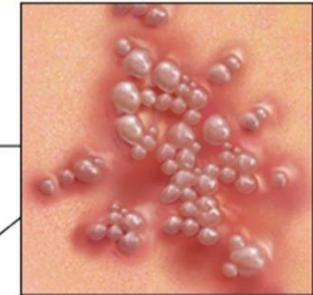
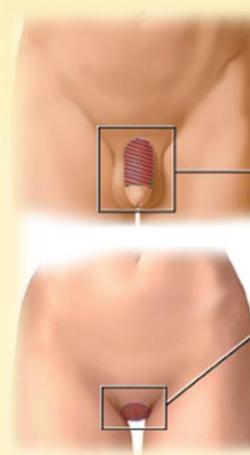
HERPES VIRUS

VHS1VHS2

Ulceras genitales dolorosas con adenopatias bilaterales dolorosa

Primoinfección vive latente pudiendo reactivarse

PRESERVATIVO NO ES EFICAZ CON ULCERAS



Herpes lesion:
Found on shaft of penis (male)
vagina, vulva, cervix (female)
and around anus



MOLLUSCUM CONTAGIOSO

Paramixovirus

Vesículas con depresión central. Elevación semiesférica

CONDILOMAS ACUMINADOS

Papilomavirus 16 y 18 (ca. cervix) y 6y 11 (verrugas genit)

Lesiones vesiculoso blancas, blandos, dolorosas

alfiler-aspecto de coliflor

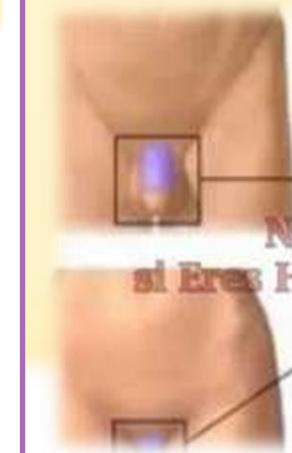
La lesión se blanquea con ácido acetico

P. Incubación 2-3 meses (contacto sexual- vertical) Tto:

Extirpar condilomas permanece infección de forma

latente

Embarazo: Ac. Tricloroacético, vaporización con láser o crioterapia



No Importa
si Eres HOMBRE o MUJER

Diagnóstico diferencial ulceras anogenitales

	Herpes	Sífilis	Chancroide	Linfogranuloma	Donovanosis
Periodo de incubación	Indetermin. Min. 3-7 d.	3-6 sem.	4-7 días	7-21 días	7-90 días
Lesión inicial	Vesícula	Pápula	Pápula pústula	Pápula, pústula, vesícula	Pápula, nódulo
Nº lesiones	Múltiples coalescentes	Única	Múltiple 1-3	Única	Una o varias coalescentes
Tamaño (cm)	0,2-0,4	0,5-2	0,2-2,5	0,2-1	Variable
Forma	Redondas, policíclicas	Redonda ovalada	Irregular	Redondeada	Irregular
Profundidad	Superficial	Sobre elevada	Excavada	Superficial	Sobre elevada
Bordes	Eritematosos	Sin reacción inflamatoria	Eritematosos y socavados	Levemente eritematosos	Irregulares y eritematosos
Fondo	Liso, limpio	Liso, limpio	Purulento y hemorrágico	Liso, limpio	Carnoso, granulomatoso
Base	Sin induración	Firme, indurada	Blanda	Sin induración	Firme, indurada
Dolor	Intenso	Inusual	Muy intenso	Variable	Inusual
Adenopatías	Bilaterales móviles duras, dolorosas	Bilaterales, móviles, duras, no dolorosas	Fijas, fistulizan, dolorosas	Unilateral, fijas, fistulizan, dolorosas	No existe adenopatía. Pseudobubón

Características diferenciales de vulvovaginitis infecciosas

Herpes genital	Sífilis	Chancroide	Linfogranuloma venéreo	Granuloma inguinal
VHS 1 y 2	<i>T. pallidum</i>	<i>H. ducreyi</i>	<i>C. trachomatis</i>	<i>K. granulomatis</i>
Úlceras múltiples, pequeñas y agrupadas. Dolorosa	Úlcera única, indurada con bordes elevados. Indolora	Una o varias úlceras con exudado purulento. Dolorosa	Única, en lugar de inoculación, a veces ausente. Dolor variable	Úlceras muy vascularizadas fácilmente sangrantes. Indoloras
Adenopatías bilaterales. Dolorosas	Adenopatías bilaterales. Indoloras	Adenopatías unilaterales o bilaterales supurativas. Dolorosas	Adenopatía unilateral más frecuente, a veces bilaterales. Abscesifican. Dolorosas	No adenopatías
Aciclovir	Penicilina	Azitromicina	Doxiciclina	Doxiciclina

Signos/ Síntomas	Virus del Herpes	Sífilis primaria
Úlceras	Las vesículas se rompen para formar úlceras superficiales	Úlcera con bordes indurados y bien demarcados con base limpia (chancro)
Dolor	Dolorosas	Indoloras
Número de lesiones	Por lo general múltiples	Por lo general única
Adenopatías inguinales	El primer episodio de infección puede cursar con síntomas generales y adenopatías inguinales dolorosas	Por lo general mínimas

HEPATITIS B



Virus ADN Hepadnaviridae

HBsAg aparece antes que los síntomas.

Durante la enfermedad los anti-HBc y posteriormente anti-Hbe

Inmunidad anti-HBs y desaparición HBsAg

Inoculación percutánea sangre

P incubación 2-3 meses. LM no lo transmite

HBsAg+ Administrar 1^a dosis de vacuna Hepatitis B + inmunoglobulina específica anti-VHB (HBIG) IM (0,5 ml) en diferente lugar anatómico en las primeras 12-24 h horas de vida. Pauta seria 0-2-4-11.

HBsAg- Pauta seria 2-4-11.

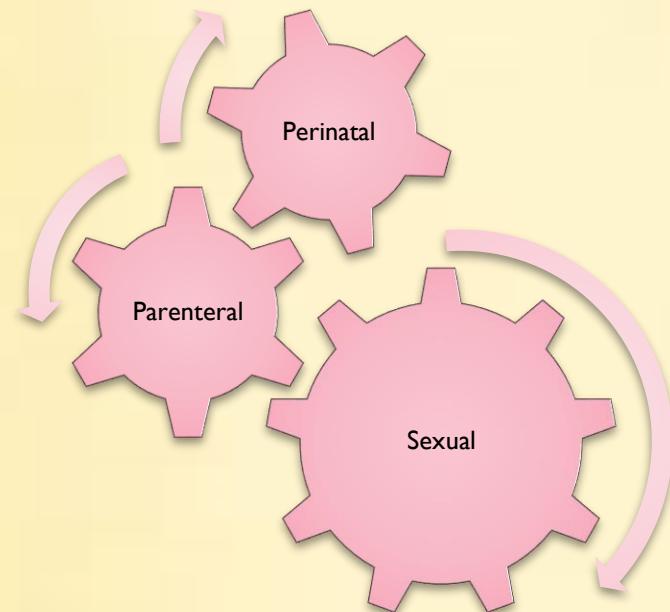
HBsAg desconocido : 24 h es desconocido se administra 1º dosis vacuna (0-2-4-11) y si a los 7 días sigue desconocido o fuera positivo IG 0,5ml.

HEPATITIS C

Virus ARN Hepacivirus de la familia Flaviviridae

Parenteral y enterica

SIDA



Retroviridae: lentivirus.
P incubación 3-6 semanas
Nuevas patologías: TBC, neumonía recurrente, Ca invasivo cervical.
Síntomas sistémicos: sarcoma Kaposi, linfomas (LNH), gastritis, enteritis, afectación neurológica.....

2 ANALÓGOS
NUCLEOSIDOS
TRANSCRIPTASA
INVERSA

I INHIBIDOR
PROTEASA

Embarazo: Zidovudina IV y RN 6 semanas de vida

Categoría 1	Categoría 2	categoría 3
<ul style="list-style-type: none">> 500 cel CD4asintomáticos	<ul style="list-style-type: none">• 200-400 cel CD4• Inmunidad(candidias)	<ul style="list-style-type: none"><200 cel CD4• SIDA

PREVENCION, CONTROL Y EDUCACION PARA LA SALUD

Prevención Primaria: evitar la aparición nuevos casos mediante la eliminación o reducción de factores de riesgo

- Vigilancia epidemiológica: Incidencia y prevalencia
- Educación para la salud
- Campañas de promoción sanitaria

Prevención Secundaria: diagnóstico precoz (atención inmediata ante síntomas y estudio y tratamiento de la pareja, cribado de asintomáticos, tratamiento epidemiológico).

Prevención Terciaria: Dg temprano y tto adecuado para evitar complicaciones



70.-Entre las actividades de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en la adolescencia recogidas en el actual Programa de Salud Infantil y Adolescentes de Andalucía encontraremos: Señala la incorrecta.

- a) Informar sobre la sintomatología que puede alertar la presencia de una ITS
- b) Realizar cribados de cáncer cervicouterino
- c) En chicas sexualmente activas con historia de varios compañeros screening anual de VIH
- d) Sólo realizar el screening de Chlamydia en caso de sospecha de ITS en adolescentes

73.-¿Cuál de las siguientes enfermedades no es una enfermedad de transmisión sexual?

- a) Clamidiasis
- b) Toxoplasmosis
- c) Tricomoniasis
- d) Papilomavirus

7.-Cuando un paciente del sexo masculino acude a la consulta por presentar pequeñas úlceras genitales y la exploración física pone en evidencia que son lesiones múltiples, dolorosas a la palpación y que se acompañan de algunas vesículas y de adenopatías bilaterales también dolorosas, ¿qué tipo de infección de transmisión sexual indican estas manifestaciones?

- a) Chancroidre
- b) Linfogranuloma venéreo
- c) Sífilis
- d) Herpes genital.

23.- Respecto a la sífilis:

- a) Es una enfermedad que evoluciona por etapas.
- b) De uno a seis meses después del contacto aparecen erupciones en el pecho, espalda, brazos y piernas.
- c) El tratamiento suele ser con antibiótico.
- d) Todas son correctas.

85. Señale la opción CORRECTA. En el estadio primario de la sífilis aparece:

- a) Alopecia.
- b) Tabes dorsal.
- c) Erupciones cutáneas.
- d) Chancro.

. Señale la opción CORRECTA. La enfermedad bacteriana de transmisión sexual más común es:

- a) Infección por VIH.
- b) Infección por VHS.
- c) Infección por clamidia.
- d) Infección por cándida.

|

TEMA 44.

**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:
NATURALES, DE BARRERA, HORMONALES,
DIU , QUIRÚRGICOS.**

**INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.
NIVELES DE SEGURIDAD. ÍNDICE DE PEARL.**

**CONFERENCIA DE CONSENSO DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CONTRACEPCIÓN (2011).**

Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com

PLANIFICACION FAMILIAR (PF)



Cambio del modelo de PF.. embarazos no deseados, permitiendo la libre elección
del número de hijos, así como el intervalo entre gestaciones

Métodos anticonceptivos



Condón masculino



Condón femenino



Píldoras anticonceptivas



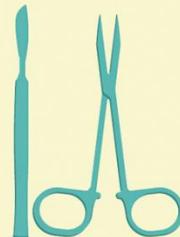
Anillo hormonal



DIU



Inyección anticonceptiva



Ligadura de trompas



Implante



Marcha atrás



Calculadora de días fértiles



Ducha vaginal



Parche anticonceptivo



Diafragma

INDICE DE PEARL (IP):

Número de embarazos no planeados x
un año en 100 parejas que utilizan un
método anticonceptivo

IP:

Número de ciclos observados en total

Incidencia de fracasos
del método (nº fallos)

Métodos anticonceptivos



Condón masculino



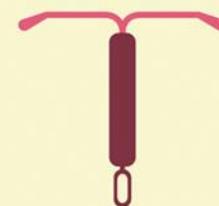
Condón femenino



Píldoras anticonceptivas



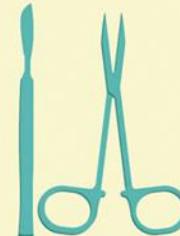
Anillo hormonal



DIU



Inyección anticonceptiva



Ligadura de trompas



Implante



Marcha atrás



Calculadora de días fértiles



Ducha vaginal



Parche anticonceptivo



Diáfragma

4 categorías OMS:

- 1-No restringir
- 2-Más ventajas que riesgos,
- 3-Usar con precaución
- 4-Abstenerse de usarlos

ANTICONCEPCION EN PERIODOS ESPECIALES



Adolescencia: 10-19 años

Ley 41/2002 Autonomía del paciente mayoría de edad medica 16 años(excluyendo aborto, ensayo clínico y reproducción asistida)
12-16 años facultativo valora la madurez

Perimenopausia: Métodos irreversibles, AHO 2-3º generación
(bajas dosis de estrógenos), DIU levonogestrel



"La mujer sigue ovulando aunque no menstruó"
Desaconsejar el coito mientras dure el sangrado
Preservativo(infecciones)
AHO 6 semanas postparto o 2 postabortion
LM ceracet(gestágenos)
DIU(6-8 semanas postparto)

Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com

ACO PUERPERIO

LACTANCIA MATERNA

- ACO combinados: Menos 6 s Cat 4/ mayor 6 s y menos 6 m cat 3
- AC gestágenos : Menos 6 s cat 2 (inyectable cat3) /mayor 6s y menos de 6 meses cat 1
- DIU levonorgestrel: Menos de 48 h: Categoría 3. Más de 48h y menos de 4 semanas: Categoría 3.Si sepsis puerperal: Categoría 4

SIN LACTANCIA MATERNA

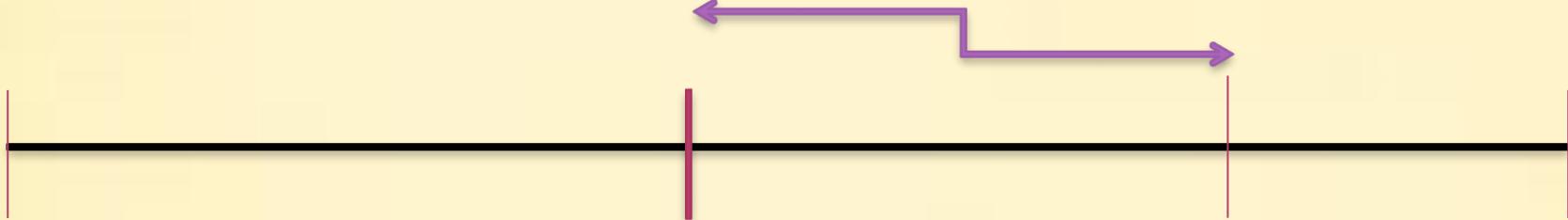
- ACO combinados Menos de 21 días sin TVE cat 3/ mas de 21 días cat 2
- ACO gestágenos: menos de 21 días Cat 1
- Diu Levonorgestrel : Más de 48h y menos de 4 semanas: Categoría 3. Si sepsis puerperal: Categoría 4

METODOS NATURALES SIMPLES



- ❖ Ovulación en el 98% casos 14+-2
- ❖ El óvulo puede ser fecundado durante las primeras 12-24 h postovulación
- ❖ Los espermatozoides pueden fecundar el óvulo durante un máximo de 5 días en presencia de moco; sin moco no sobreviven más de 6-8 h por la acidez de la vagina
- ❖ La elevación de la progesterona comienza 8 h antes de la ovulación

24-48h eleva T° 0.3-0.6 °C



14

20

28

METODOS NATURALES SIMPLES

Ciclo Menstrual



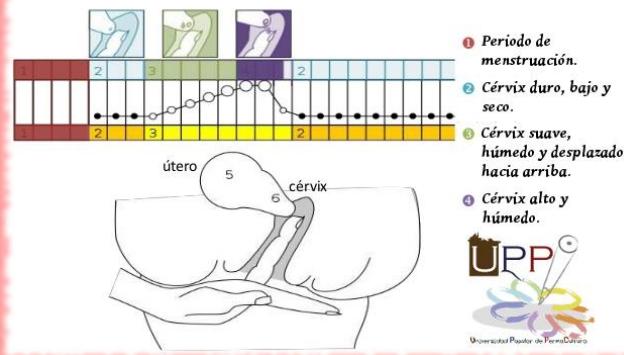
Restar 18 al mas corto y 11 al mas largo Ej 32 y 28
32-11=21 y 28-18=10 10 al 21
(8-19 fertil) ciclos 26-32

infertilidad postovulatoria 0.3
0.5 (24-48h postovulacion y se mantiene elevada 12-14 dias)

El uso de nuevas tecnologías :
determinación del pico de LH en orina (36 h antes de la ovulación)

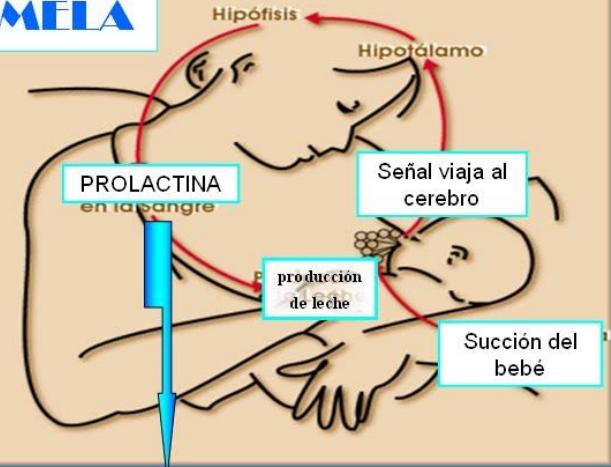
MÉTODO SINTOTÉRMICO

Cambios en el cuello del útero



METODOS NATURALES SIMPLES

MELA



Esta hormona inhibe la ovulación

Disminución en la liberación de GnRH que inhibe la secreción de FSH y LH que impide el desarrollo folicular del ovario, ovulación y menstruación

CONSENSO BELLAGIO "Cuando una madre amamanta a su hijo completa o casi completamente y permanece en amenorrea tiene una protección mayor del 98% durante los primeros 6 meses tras el parto"

- ✓ ¿Tiene el niño menos de 6 meses?
- ✓ ¿Esta la madre en amenorrea? ausencia de sangrado 56 días tras el parto
- ✓ ¿se alimenta completamente o casi completamente de leche materna?

NO: su posibilidad de embarazo es mayor

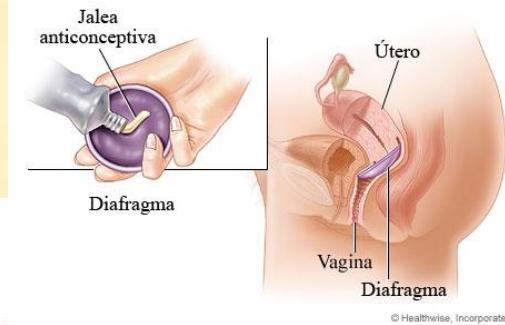


34 ¿Qué tres condiciones son necesarias para que el método MELA (Método de amenorrea de lactancia) sea efectivo?

- A) Amenorrea, > 6 meses de edad del recién nacido y lactancia materna mixta
- B) Amenorrea, < 3 meses de edad del recién nacido y lactancia materna exclusiva
- C) Amenorrea, < 6 meses de edad del recién nacido y lactancia materna exclusiva
- D) Amenorrea, > 3 meses de edad del recién nacido y lactancia materna

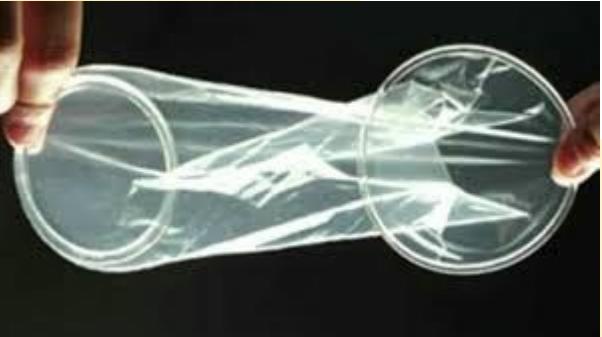


No protege lesiones ulcerativas (herpes o chancre)
97%

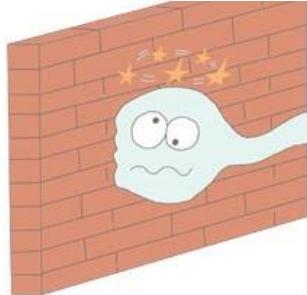


MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS de BARRERA

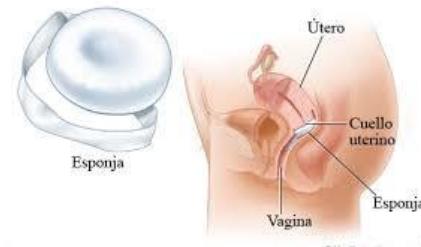
95%



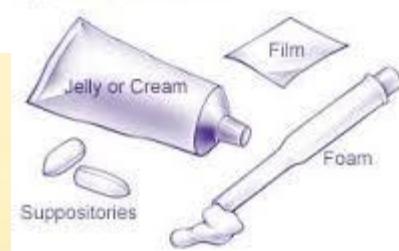
Disuelven el componente lipido de la mb.cellular
Alt.flora vaginal peligro ITS.Metodo Quimico



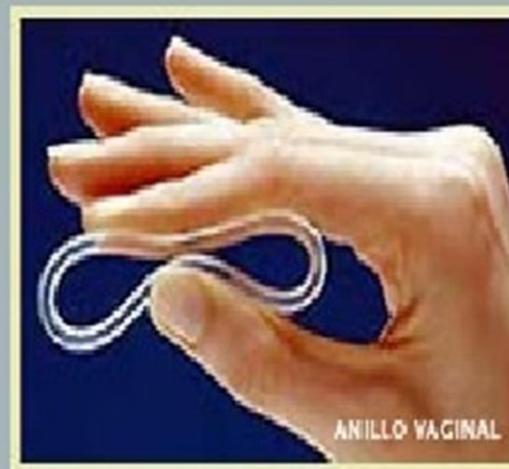
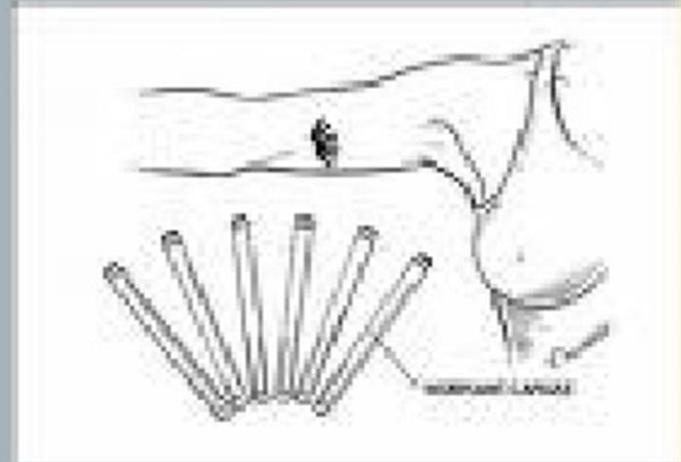
30m hasta 6h
TALLAS.bloquea
cuello del utero



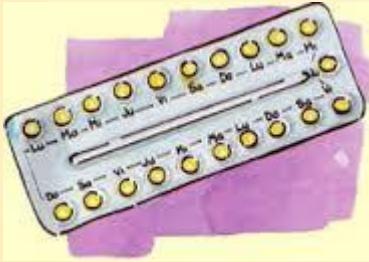
Types of Spermicides



Métodos químicos y hormonales



*Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com*



- ✓ Inhiben la ovulacion (inh. FSH Y LH)
 - ✓ Alt.moco cervical
 - ✓ Dism.grosor endometrio
- ✓ Dificultan transporte del ovocito por la trompa
- ✓ INH. Sistema enzimatico del cuerpo luteo

1. Pildoras combinadas: estrogenos y progesteronas

1. Monofásicos E – P
 2. Bifásicos E-P 1-7 ,8-21
 3. Trifásicos 1-6 ,7-11 ,12-21 menos metrorragias
- ## 2. Secuenciales :casi desuso estrogenos solo 10 dias luego estrogenos y progesterona)
- ## 3. Minipildora: Progestagenos 28 dias .ejemplo LM(menos eficaz ciclos irregulares y hemorragias intermenstruales
- ## 4. Inyeccion mensual E+P .7/10 dia ciclo. (ciclo cortos y hemorragia prolongada)
- ## 6. Inyeccion trimestral P . 5 d o inmediatamente postabortion. (irregularidad, amenorrea)
- ## 7. Implantes subdermicos
- ## 8. Parches
- ## 9. Anillo vaginal
- ## 10. DIU gestagenos 5 años



OLVIDO PILDORA

- Menor 12 h ACO (igual eficacia)
- Mayor 12h ACO + barrera
- Olvido 2 píldoras:
 - 1-14 día: suspender ACO y reiniciar al 8º día + barrera o esperar próximo ciclo con preservativo
 - 21 día: suspender reiniciar al 8 día o esperar próximo ciclo

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS E+P (OMS 2018)

- LM menor 6 semanas postparto
- Tabaco mayor 15 cig. Y edad mayor 35 años
- IMC mayor 40
- HTA (TAS 160/100)
- TEP/EP actual o antecedentes
- Cirugía mayor (inmovilidad)
- ICTUS/CI
- Diabetes de mas de 20 años
- Cefalea con aurea
- Cáncer mama (menos 5 años)
- Hepatitis activa
- Cirrosis hepática
- Hepatocarcinoma



MINIPILDORA: SOLO gestágenos (desogestrel 75 microgramos)se recomienda en:

- LM
- Tabaco mayor 15 cig. O fumadora mayor a 35 años
- Migraña sin aura
- edad mayor 35 años
- Obesidad mayor de 30
- HTA controlada
- Intolerancia estrógenos

IP 0.14



Si se olvida alguna píldora, hay que esperar dos días seguidos de píldora sin relaciones o usar otras medidas de seguridad.

Puede iniciarse en un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual

PARCHES TRANSDERMICOS COMBINADOS:

Etinilestradiol 600 microgramos y norelgestromina 6mg(Evra). IP 0,90.1 parche c/ semana durante 3 semanas + 1 semana de descanso.

ANILLO VAGINAL: Nuvaring Etinilestradiol 2,7 mg y etonorgestrel 11,7 mg de liberación prolongada. IP 0,25. Se coloca en la vagina 3 semanas y se extrae el día 22 para realizar 1 semana de descanso. Si está fuera más de 3 horas debe introducirse un nuevo anillo y utilizar otro método como refuerzo durante los 7 días siguientes



DIU Hormonal: levonorgestrel 52 mg 5 años

Colocar primeros 7 días del ciclo tras un aborto se puede colocar inmediatamente.

Postparto o muertes tardías tras 6 semanas

No usar tampones primer mes

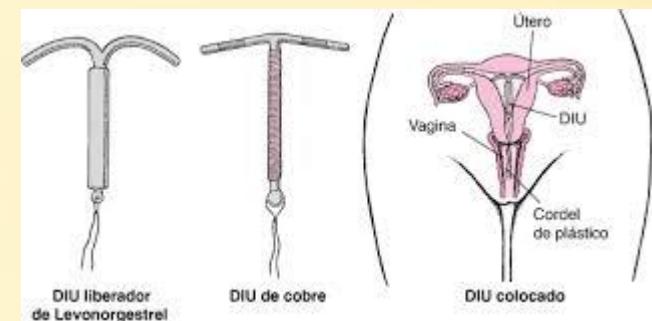
LM

IP 0,16 alta eficacia

Reversible

Menor duración y cantidad del sangrado (dism. Anemias, EIP, EE) . En caso de EPI: se debe poner primero el tratamiento antibiótico y luego retirar el DIU si la mujer lo desea

Al ppi sangrados intermenstruales y posteriormente amenorreas/oligomenorreas



IMPLANTE SUBDERMICO: Etonogestrel 68 mg/implante (p)

Inhibe la ovulación, cambios moco cervical

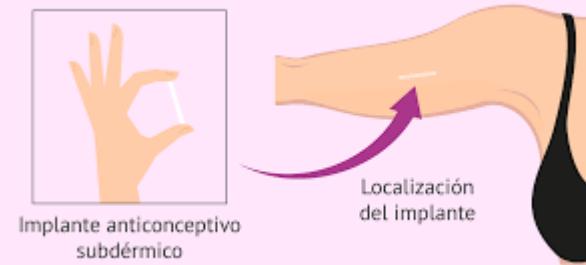
Subdérmica cara interna brazo no dominante (1-5 ciclo)

3 años IP 0

Sangrado irregular incluso amenorrea

CONTRAINDICADO

- Embarazo
- Tromboembolia venosa activa
- Enfermedad hepática severa actual o antecedentes
- Tumores progestágenos dependientes. Sangrado no diagnosticado
- Hipersensibilidad a la sustancia o excipientes



ACO EMERGENCIA

1. Yuzpe: E+ P. 2 dosis /12h
2. Levonorgestrel 1,5 mg (menos de 72h OMS 120 h)
3. DIU cobre 5 días
4. Acetato de ulipristal (AUP)

El levonorgestrel es habitualmente vendido en una caja con 2 comprimidos de 0,75 mg, que pueden ser tomados juntos de una sola vez o separados por 12 horas de intervalo. Ya hay en el mercado la caja con un comprimido de 1,5 mg, lo cual facilita la toma única del medicamento

Después de una relación sexual sin protección, la píldora del día siguiente debe ser tomada lo más rápido posible, de preferencia dentro de las primeras 72 horas (3 días). No obstante, a pesar de la clásica recomendación de 72 horas, hasta el límite de 120 horas (5 días) la anticoncepción de emergencia puede aún ser eficaz.



ACO EMERGENCIA

1. Yuzpe: E+ P. 2 dosis /12h
2. Levonorgestrel 1,5 mg (menos de 72h OMS 120 h)
 3. DIU cobre 5 días
4. Acetato de ulipristal (AUP):

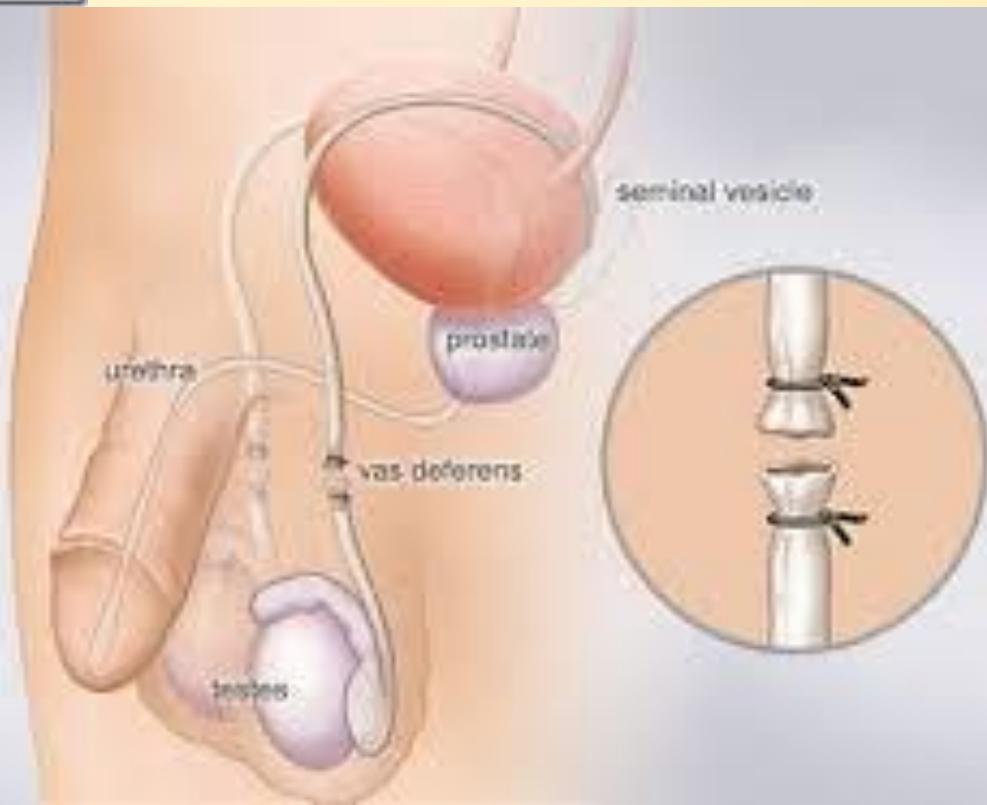
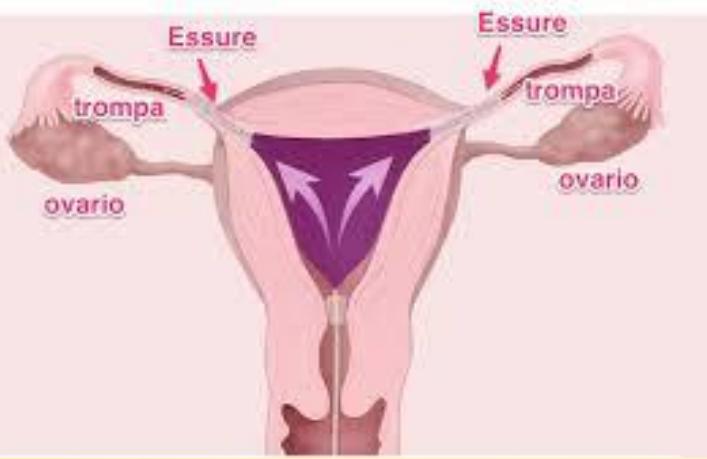
Acetato de ulipristal (AUP): Un comprimido de 30 mgr. evita el pico de LH, inhibe la maduración folicular y la ovulación se postpone. Plazo de 120 h. En algunos casos puede alargar unos 2 días la regla siguiente.



METODOS QUIRURGICOS

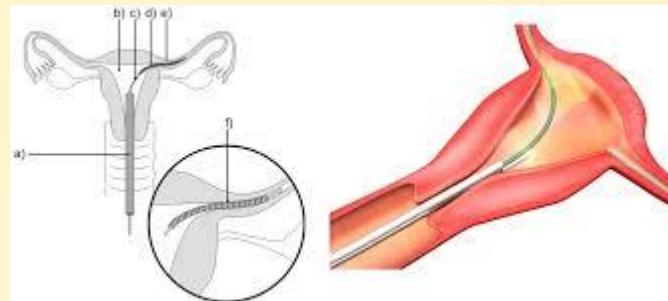
*Bloqueo trompas falopio

*Cortan los conductos deferentes, semen eyaculado sin espermatozoides.
Esperar 12 sem o 20 eyac



METODOS ESTERILIZADOR NO QUIRURGICOS. ESSURE

Microinserto compuesto de titanio con fibras de dacrón que producen una reacción tisular local ocluyendo en 3 meses la luz tubárica (histeroscopia). Barrera .
Se retiro en 2017



74.-¿Cuál es el preparado hormonal de la píldora del día después?

- a) Estradiol
- b) Dihydrogesterona
- c) Nomegestrol acetato
- d) Levonorgestrel

117.-¿Cuál es la pauta recomendada por el Ministerio de Sanidad de la píldora anticonceptiva de urgencia?

- a) 2 dosis de 0,75 mg de levonorgestrel, una en las primeras 24 horas tras relación de riesgo y la segunda a las 48 o 72 horas
- b) Dosis única de 1,5 mg (dos comprimidos de 0,75 mg) de levonorgestrel después de la relación de riesgo y antes de 72 horas
- c) Dosis única de 0,75 mg de levonorgestrel antes de las 24 horas de la relación de riesgo
- d) Dosis única de 0,75 mg de levonorgestrel entre las 24h y las 72 horas de la relación de riesgo

118.-¿Qué situación no se considera de riesgo para un embarazo no deseado?

- a) Mantener el preservativo dentro de la vagina al retirarse tras coito
- b) Tomar simultáneamente rifampicina y anticoncepción hormonal oral
- c) Olvido de cambio de parche anticonceptivo más de 3 días del día previsto
- d) Sufrir vómitos y diarreas a las 3 horas de la toma de anticonceptivo oral

119.-La reciente guía del Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A) establece en la categoría de recomendable los siguientes tipos de anticonceptivos para adolescentes:

- a) Diafragma, espermicidas, esponjas y anticonceptivos inyectables
- b) Métodos naturales y anticoncepción quirúrgica
- c) Preservativo, anillo vaginal y anticonceptivos orales
- d) Sólo preservativo masculino o femenino

4.-De las siguientes opciones señale la respuesta que corresponde a una contraindicación absoluta para el uso del diafragma como método anticonceptivo:

- a) Mujeres no entrenadas en su uso
- b) Malformación vaginal congénita
- c) Músculos del introito vaginal laxos
- d) Infecciones repetidas del tracto urinario

16. A la hora de insertar el DIU en nulíparas y nuligestas es aconsejable elegir:

- A) El primer día de sangrado menstrual
- B) El último día de sangrado menstrual
- C) Cualquier día de sangrado menstrual
- D) Cualquier día del ciclo

4.-De las siguientes opciones señale la respuesta que corresponde a una contraindicación absoluta para el uso del diafragma como método anticonceptivo:

- a) Mujeres no entrenadas en su uso
- b) Malformación vaginal congénita
- c) Músculos del introito vaginal laxos
- d) Infecciones repetidas del tracto urinario

16. A la hora de insertar el DIU en nulíparas y nuligestas es aconsejable elegir:

- A) El primer día de sangrado menstrual
- B) El último día de sangrado menstrual
- C) Cualquier día de sangrado menstrual
- D) Cualquier día del ciclo

CASO I:

A.G.C. de 24 años de edad tuvo un parto eutócico hace 20 días. Lacta de forma exclusiva desde el primer día tras el parto, como lo hizo con sus tres hijos anteriores. No tiene ningún problema de salud actualmente ni en sus antecedentes personales. Su madre tiene un síndrome varicoso intervenido y su padre ha sufrido un Infarto Agudo de Miocardio. Se le ha realizado una citología cervical con resultados normales hace 1 año. Desea anticoncepción eficaz, ya que sus embarazos fueron posteriores a olvidos en la toma de la píldora anticonceptiva.

Respecto a la inserción de un DIU liberador de levonorgestrel de forma inmediata, y en base a los criterios de elegibilidad de la OMS:

- A) No hay restricción para el uso del método anticonceptivo
- B) Las ventajas del método anticonceptivo superan los riesgos teóricos o probados
- C) Los riesgos teóricos o probados superan las ventajas del uso del método
- D) Tiene un riesgo de salud inadmisible si se usa el método

En el caso AGC

La inserción de un implante subdérmico liberador de etonogestrel de forma inmediata, y en base a los criterios de elegibilidad de la OMS:

- A) No tiene restricciones
- B) Sus ventajas superan los riesgos
- C) Sus riesgos superan las ventajas
- D) Tiene un riesgo de salud inadmisible

En el caso AGC

El uso de un anillo vaginal liberados de etinilestradiol y etonogestrel de forma inmediata, y en base a los criterios de elegibilidad de la OMS:

103

- A) No tiene restricciones
- B) Sus ventajas superan los riesgos
- C) Sus riesgos superan las ventajas
- D) Tiene un riesgo de salud inadmisible

En el caso AGC

Si rechaza otros métodos y elige el método MELA de la amenorrea de lactancia, además de informar sobre su relativo nivel de eficacia, hay que informarle de su criterio para que se cumpla su protección anticonceptiva:

- A) Amenorrea
- B) Lactancia exclusiva o mixta
- C) Menos de 1 año tras el parto
- D) Todas las anteriores son correctas

|

En un grupo de 2º curso de ESO, ante un caso de una chica con un embarazo no planificado, se solicita una intervención de apoyo de la matrona por parte del profesorado.

El grupo está formado por 15 jóvenes entre 13 y 15 años. 6 son mujeres y 9 son hombres. Siguiendo con el caso. Los métodos anticonceptivos más recomendables y que no deben faltar en la oferta que se haga durante la sesión (sesiones) son:

- A) Los más eficaces.
- B) Los que protegen frente a las Infecciones de Transmisión Sexual.
- C) Los irreversibles.
- D) a) y b) son correctas.

TEMA 56.

ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LA MUJER CON COMPLICACIONES EN EL TERCER TRIMESTRE. PLACENTA PREVIA, GESTACIÓN PROLONGADA.

PAUTAS DE ATENCIÓN. SÍNTOMAS DE ALARMA. ACTUACIONES.

Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com

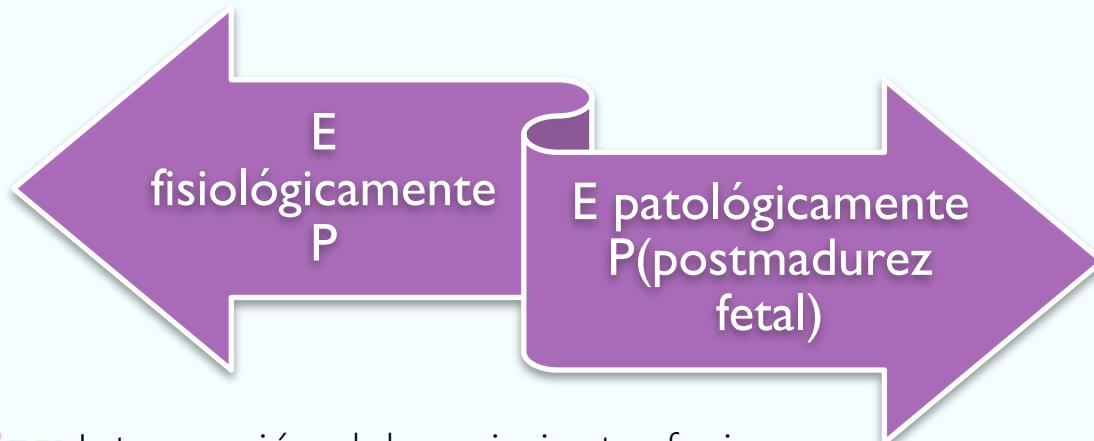
Embarazo cronológicamente prolongado (ECP)



42 sg ó SEGO 15 días de la FPP

Datación ecográfica. Factores de Riesgo:

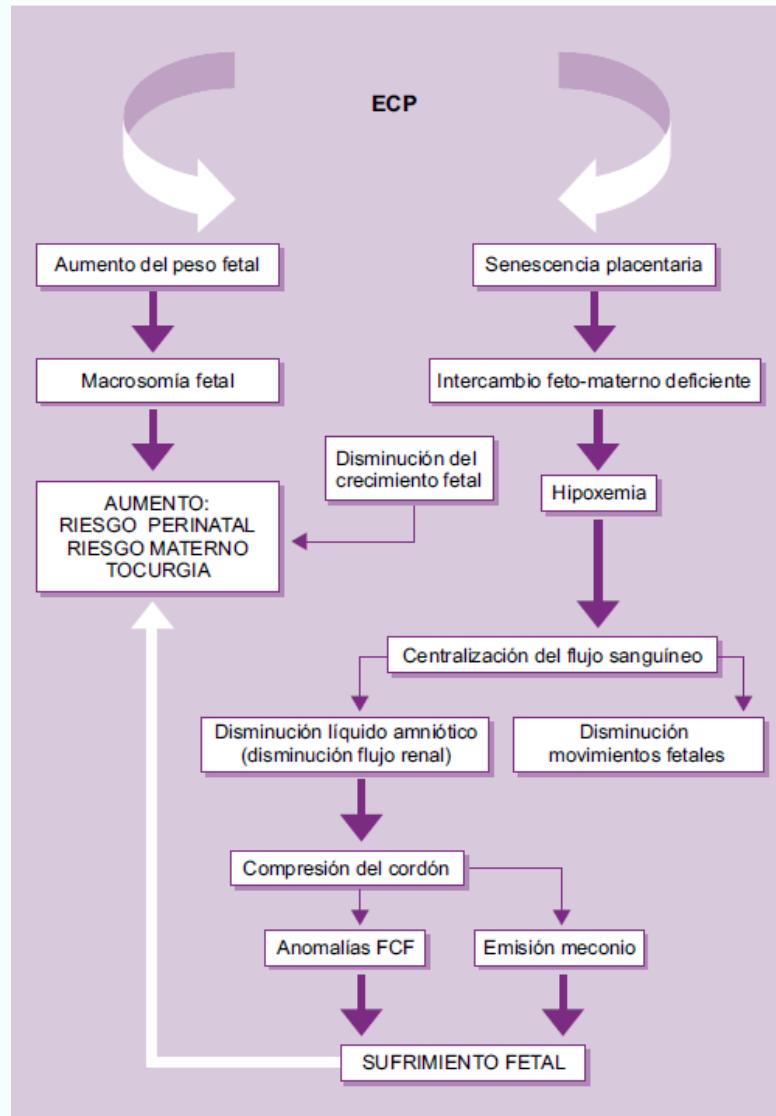
- Primiparidad
- Predisposición genética
- Hipotiroidismo materno
- Antecedentes de ECP
- Feto masculino, anancefalia e hiperplasia suprarrenal
- Déficit de sulfatasa placentaria



Sd Ballantyne-Reige: Interrupción del crecimiento, facies con expresión de alerta, deshidratación, piel arrugada, ausencia vérnix y lanugo, bajo peso, elevada talla, tinción amarillenta.

Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com

Embarazo cronológicamente prolongado (ECP)



Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com

Embarazo cronológicamente prolongado (ECP)

La causa más frecuente de embarazo cronológicamente prolongado es:

- a) Hipotiroidismo
- b) Mala datación de la gestación
- c) Antecedentes de embarazo prolongado
- d) Primiparidad

- La ecografía del primer trimestre es un método preciso para datar la edad gestacional (error +/- 4 días).
- Si hay una diferencia de + 2 desviaciones estándar (5-7 días) entre la edad gestacional datada por FUR y la ecografía, debemos ajustar la FPP por ecografía.
- Entre la 13-20 sg si hay una diferencia mayor a 10 días entre la FPP calculada por FUR y la biometría fetal debemos ajustar la FPP por ecografía.
- En etapas tardías no debemos realiar cambios en la FPP si la edad gestacional fue datada en primer trimestre

Embarazo cronológicamente prolongado (ECP)

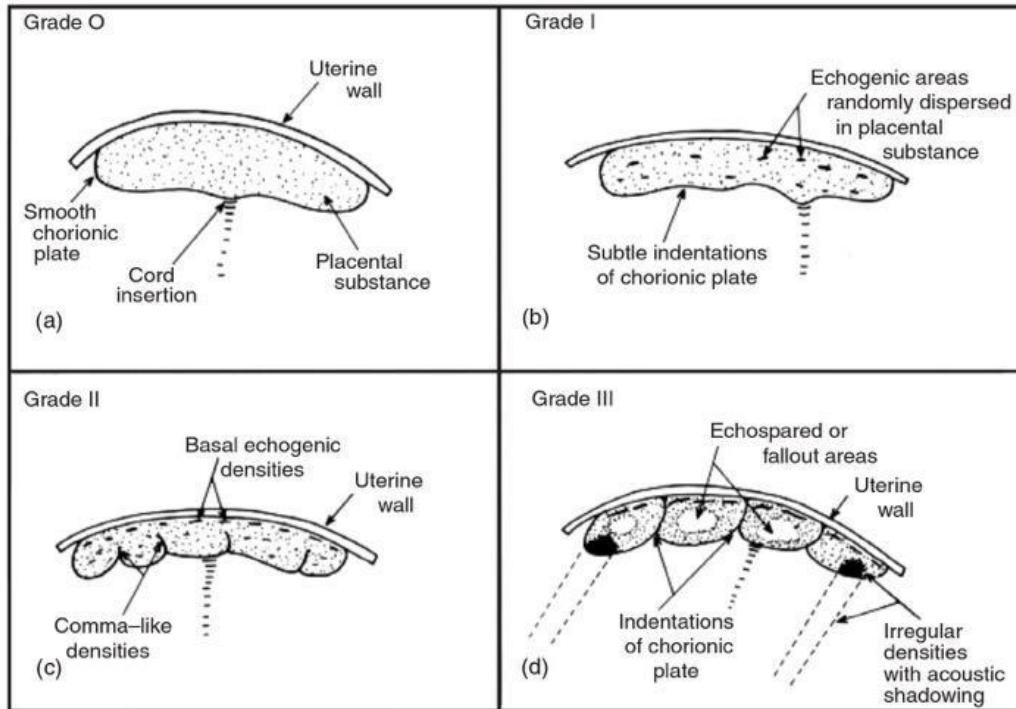


Fig 2.17 Placental grading by Grannum. Diagram showing the ultrasonic appearance of (a) grade 0 placenta, (b) grade 1 placenta, (c) grade 2 placenta, (d) grade 3 placenta. (From Grannum PA et al. [17] with permission from Elsevier.)

Estriol en orina disminuido (placentas grado II y oligoamnios)

Oligoamnios (disminución gasto cardiaco fetal, disminución perfusión renal y disminución diuresis fetal)

40 sg ILA 13 cm
ECP 9 cm

Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com

Embarazo cronológicamente prolongado (ECP)

Seguimiento: Combinar valorar ecografía de la cantidad de líquido amniótico y RCTG no estresante. ECO +LA+RCTG



A partir 41 sg control cada ¾ días hasta la 42. PAI finalización entre la 41-42
Maniobra Hamilton

Parto de riesgo, Amniorrexis precoz (presencia meconio), mas frecuente emisión meconio, alteraciones DU (hipodinamias), distocias (macrosomía) y sufrimiento fetal

Embarazo cronológicamente prolongado (ECP)

Respecto a la Maniobra de Hamilton según protocolo de la SEGO 2010 sobre embarazo cronológicamente prolongado, indica lo incorrecto:

1. Se ha demostrado que reduce la incidencia de embarazo prolongado
2. Consiste en un despegamiento manual de membranas si el cervix lo permite
3. Reduce la necesidad de inducción de parto
4. Debería ofertarse en consulta prenatal a toda gestante > de 37 semanas de gestación.

Todas las afirmaciones anteriores son correctas, La maniobra de Hamilton disminuye la incidencia de embarazos prolongados a partir de la semana 41, debiendo ofertarse a todas las mujeres en consulta prenatal a partir de la semana 38 con un grado de recomendación A.

El embarazo cronológicamente prolongado asociado a insuficiencia placentaria ocasiona un rn con características como: ausencia de vermix, piel arrugada, bajo peso, fascies con expresión de alerta. Este síndrome se llama:

1. Sd. De Ballantyne-Reige
2. Sd. Clifford
3. Sd. Edwards
4. Sd. Enfermedad de la membrana hialina tipo II

En los cuidados que debemos prestarle a una gestante con diagnóstico de embarazo cronológicamente prolongado se ha demostrado como muy eficaz:

1. Medición del líquido amniótico y TNS
2. Medición del líquido amniótico, TNS y amnisocopia
3. Medición del líquido amniótico, TNS y Maniobra de Hamilton
4. Medición del líquido amniótico y biometría fetal

Son complicaciones frecuentes de las gestaciones prolongadas menos:

1. Emisión de meconio (hasta dos veces más frecuente)
2. Hipostolia
3. Enfermedad de la membrana hialina
4. Distocia por macrosomía

PLACENTA PREVIA



Placenta de inserción baja: borde placentario a menos de 2 cm del OCI

Placenta marginal: Borde del OCI sin sobrepasar

Placenta oclusiva parcial: OCI cubierto parcialmente

Placenta totalmente oclusiva: Cubre completamente el OCI

Placenta Previa

Para hablar de Placenta previa la distancia entre orificio cervical interno y placenta debe ser menor a:

1. 3 cm
2. 2 cm
3. 1 cm
4. 2.5 cm

Los tipos de placenta previa que permiten el intento de parto vaginal son:

1. Oclusiva: Incluye la oclusiva total y oclusiva parcial
2. No oclusiva: Incluye la placenta de inserción baja y la marginal
3. Oclusiva parcial: Sólo la placenta de inserción baja
4. No oclusiva: Sólo la placenta de inserción baja permite el intento de parto por vía marginal.

Placenta Previa

FR:

- Multiparidad
- Antecedente PP
- Edad gestacional
- Mayor 35 años
- Varón
- Igual que cesáreas menos cuando el embarazado es justamente posterior la cesárea

**SANGRE ROJA
SIN DOLOR
UTERO BLANDO**

La clínica de la placenta previa suele ser un **sangrado rojo abundante INDOLORO**, con un útero blando sin dinámica en el 75 % de los casos. Suele suceder en la semana 29+6 por el crecimiento del Segmento uterino que no puede seguir la placenta lo cual ocasiona su despedimiento parcial con rotura de vasos. Cuanto antes suceda el episodio hemorrágico en una placenta previa peores serán las consecuencias y repercusiones. Sólo un 2% no sangra hasta iniciar el trabajo de parto

Estática fetal alterada debida a la localización eronea de la placenta dificulta encajamiento y descenso de la presentación

No tacto vaginal (ecografía vaginal)

*Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com*

Placenta Previa

Eco 20: Seguimiento ecográfico

- Asintomática con PP no oclusiva: revisión 36 sg
- Asintomática con PP oclusiva: revisión 32 sg

COMPLICACIONES:

- ✓ Placenta accreta
- ✓ Coagulopatía
- ✓ Vasa previa
- ✓ Inmunización Rh
- ✓ CIR
- ✓ Malformaciones congénitas
- ✓ Parálisis cerebral



Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com

DESPRENDIMIENTO PREMATURO
DE PLACENTA NORMOINSERTA



SANGRE OSCURA
DOLOR
HIPERTONIA

Síntomas y signos	DPPNI	Placenta previa
Antecedentes	Hipertensión Trauma	Presentación viciosa frecuente o alta
Época de la gestación	Embarazo Inicio del parto	Embarazo
Comienzo	Brusco	Silente Solapado
Dolor	Permanente	Ausente
Útero	Tenso, leñoso	Normal, depresible
Palpación fetal	Difícil	Características normales
Dinámica uterina	Existen contracciones	No actividad uterina
Presentación	No se tacta placenta	Puede tactarse placenta

Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com

Placenta Previa

Tratamiento conservador: gestantes con < 36 sg, hemodinámicamente estable y con rctg sin alteraciones

Sintomática; estabilizada con tto conservador finalizar el parto semana 37 (si la hemorragia comprometa la salud de la salud de la gestante se hará una cesárea urgente).

Recordando siempre que la situación hemodinámica de la gestante nos permita llegar a estas semanas. La vía de elección para finalizar la gestación dependerá de la inserción placentaria: recordemos que la oclusiva (oclusiva total y parcial) indica finalización por cesárea siempre.

PP 38-39 sg

Amniorrexis facilitar descenso cabeza fetal y comprimir borde placentario

Monitorización continua

Sangre cruzada

Quirófano reservado

Manejo activo en el alumbramiento

Placenta Previa

De las siguientes manifestaciones clínicas indica la que no corresponde al diagnósticos de Placenta previa:

- a) Sangrado rojo y abundante
- b) Hemorragia dolorosa
- c) RCTF sin alteraciones
- d) Útero relajado

ante gestante rh – debemos administrar gammaglobulina anti-d en el primer episodio de sangrado, por tanto no debemos esperar a la finalización del mismo. Si continuase con el sangrado y hubiese repercusión hemodinámica debemos realizar cesarea urgente.

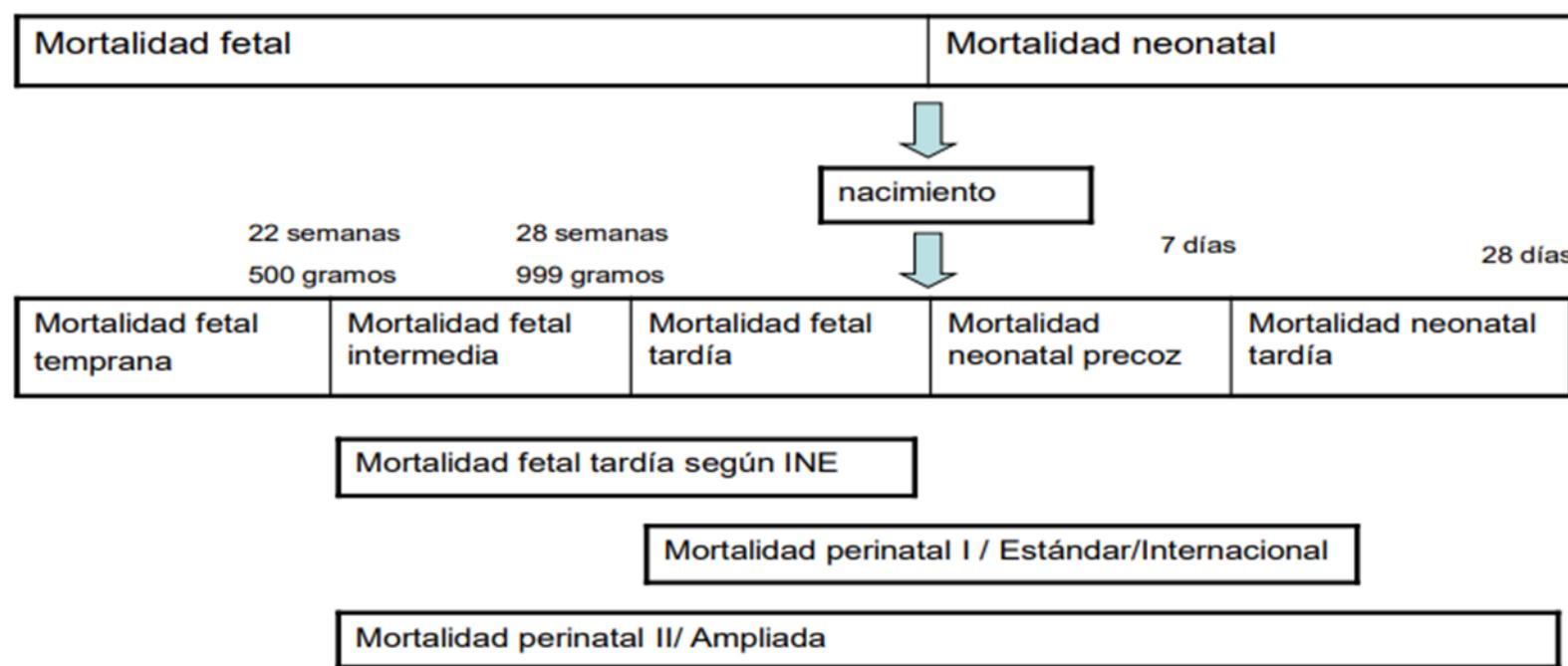
- a) Realizaremos RCTG para valorar existencia de dinámica y bienestar fetal.
- b) Si continua con sangrado y se evidencian alteraciones hemodinámicas maternas realizaremos cesárea urgente, administrandosele Gammaglobulina anti-D en las primeras 72 h.
- c) Estaremos alerta ante la posibilidad de acretismo placentario.
- d) Aceleraremos la maduración pulmonar fetal con corticoides.

TEMA 77.

**ATENCIÓN Y CUIDADOS ANTE EL
DUELO EN MUERTE FETAL
INTRAUTERINA Y POSTPARTO.
CARACTERISTICAS Y TIPOS
DE DEULO.FASES DE DUELO.
ATENCIÓN DESPUES DE LA
MUERTE**

*Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com*

Los bebés representan el inicio de la vida y no el final



ES LA PÉRDIDA DEL FUTURO PLANEADO

"La muerte de un recién nacido es una situación que se ha afrontado hasta ahora negándole importancia, con bastante indiferencia. Los hospitales han tendido a minimizar el impacto que estas muertes tienen sobre los padres porque piensan que al no haber conocido al hijo, es como si no tuvieran derecho a realizar un duelo por el bebé muerto"

Alba Payàs. Psicoterapeuta

El duelo perinatal es la respuesta emotiva y saludable de padres y familiares ante una pérdida perinatal.

Neimeyer, 2012

Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com

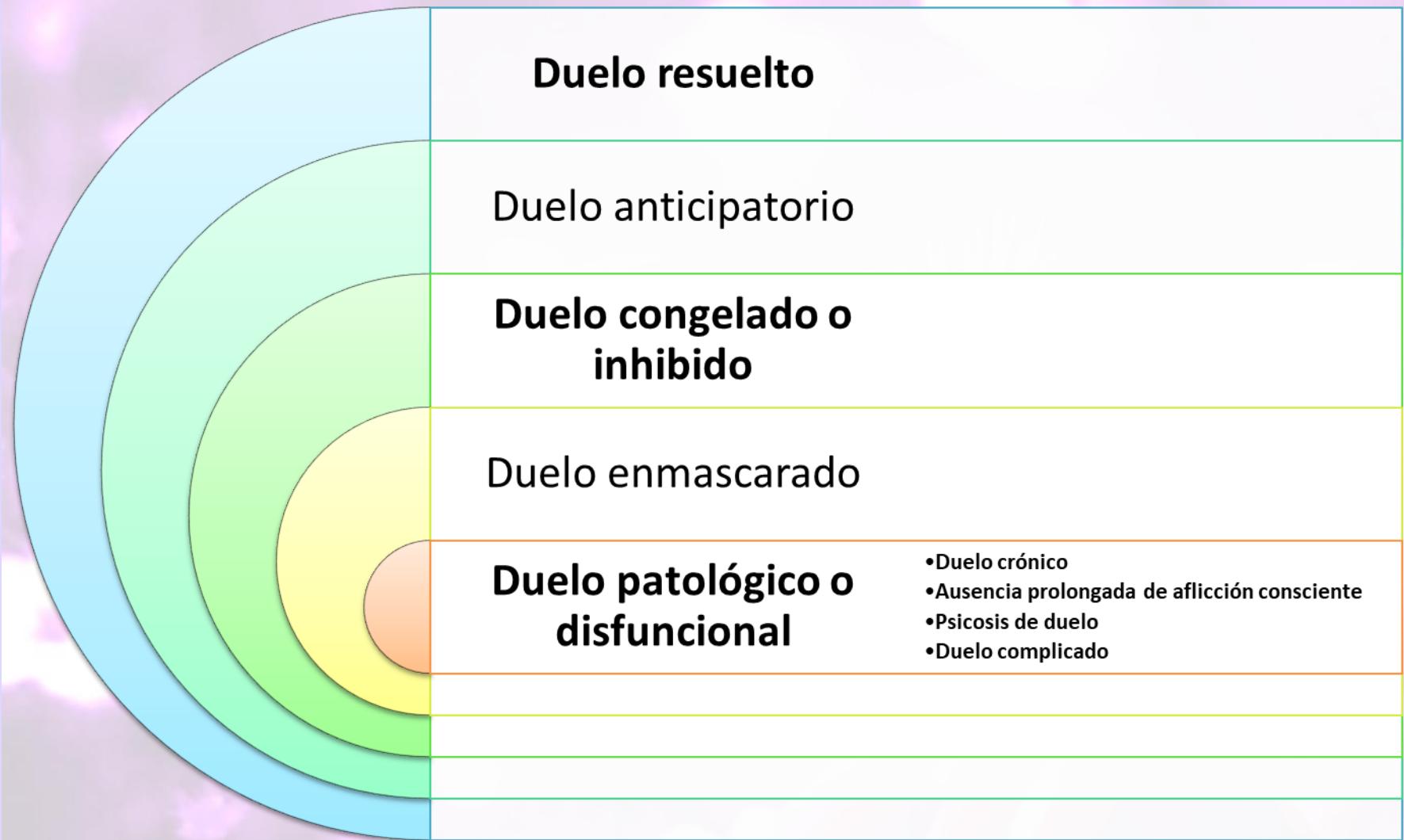
Duelos intrínsecos

Duelo desautorizado

Duelo asíncrono



Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com



Físicas	Vacío en el estomago, opresión en el pecho, palpitaciones, suspiros, alt. Del sueño, anergia, apetito escaso o ansioso, desgana sexual , perdida ponderal, boca seca,cefaleas, sensibilidad al ruido, quejas somáticas.
Emocionales	Insensibilidad,aturdimiento,tristeza,culpa,reproche,rabia,desesperación,hostilidad,anhedonia,soledad,vacio,desamparo,añoranza,alivio.
Conductuales	Funcionamiento automático, ausente, aislamiento social, crisis de llanto, conducta de búsqueda o evitación, hiperactividad o momificación, consumo tóxicos.
Psicologicos	Incredulidad, negación, rumiación sobre el fallecido, confusión, irrealidad, sensación de presencia, idealización/envilecimiento, alucinaciones e ilusiones, falta de concentración y memoria.
Espirituales	Búsqueda de sentido, conciencia de la propia mortalidad, reeplanteamiento de las creencias

Sintomatología
duelo DSM-IV

Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com

Las etapas del duelo según Bowlby



1. Fase de shock, estupor o negación:

La persona está en estado de incredulidad, se siente confusa, aturdida, embotada, con ansiedad o incluso en estado shock. Puede durar desde horas a dos semanas. Durante este tiempo los padres expresan sentimientos de vacío, incapacidad de concentrarse o de tomar decisiones. Esta fase tiene una función de proteger a los progenitores del impacto total de la perdida.

2. Fase de nostalgia o búsqueda de la figura perdida: Intento inconsciente de buscar al RN con pensamiento y sensaciones somáticas de percibirlos movimientos fetales u oír su llanto. Cuando la realidad de la muerte comienza a imponerse aparece un periodo de pesar caracterizado por arranques de culpa e ira. La ira puede dirigirse hacia uno mismo o hacia el PS, pareja, Dios..(manifestación de lo injusto de lo ocurrido).

3. Fase de desorganización o desesperanza: Aparece tristeza profunda, disminución de la autoestima, falta de atención, retraimiento social, ausencia de interés por objetivos futuros. Con el transcurso del tiempo estos sentimientos pierden intensidad y comienzan a realizar sus actividades cotidianas. 6 meses a 1 año.

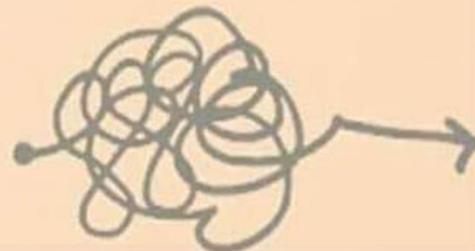
Las etapas del duelo según Bowlby

4. Fase de reorganización: Aceptación definitiva de la perdida. Se produce un ajuste gradual donde las reacciones con la familia se estabilizan, se reanudan con normalidad las actividades diarias y comienzan a elaborarse planes de futuro. Aunque el amor por el hijo fallecido no ha desapercibido ni disminuido los padres aprenden a vivir de nuevo incorporando el amor hacia a sus hijos en sus vidas

Como la gente cree
que funciona el duelo



Como realmente
funciona el duelo



Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com

Actualmente se habla del concepto de **TAREAS DEL DUELO** ya que las fases implican una cierta pasividad, algo que la persona en duelo atraviesa, mientras que las tareas implican que la persona ha de ser **activa y puede hacer algo**

Tarea I: aceptar la realidad de la pérdida.

Tarea II: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.

Tarea III: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

Tarea IV: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

William Worden

1. Negación/shock. Hablar de la pérdida , circunstancias que rodearon a la muerte...
2. Ayudar a identificar y manifestar estos sentimientos
3. Ayudar a la persona a asumir los roles, desarrollar habilidades y seguir adelante con un nuevo sentido de sí mismas y del mundo.
4. No ayudar a la persona a “renunciar” al fallecido, sino a encontrar un lugar adecuado para él en su vida emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo.

URGENCIAS DE OBTETRICIAS



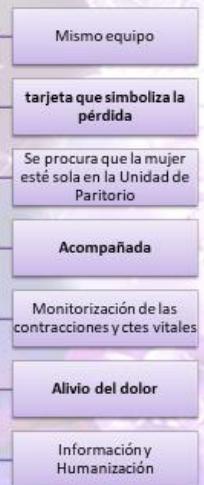
DILATACION/MATERNIDAD



TheMidnightOrange.com

DILATACION/PARITORIO

Dilatación



TheMidnightOrange.com

PARITORIO

Paritorio



TheMidnightOrange.com

PUERPERIO/MATERNIDAD

PUERPERIO PLANTA

- Acogida. Amabilidad, empatía y respeto
- Habitación individual
- Cuidados puerperio: Rh, Lactogénesis
- Alta precoz, Informes de cuidados
- Trípticos informativos
- Escala valoración duelo perinatal
- Grupos de Apoyo
- Seguimiento



Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com

PUERPERIO VUELTA A CASA

PUERPERIO

- Seguimiento
- Consulta puerperal
- Anular citas
- Grupos de apoyo
- Derivación





*¿Qué puedo decirle a
alguien que ha perdido a su
bebé?*

"Estoy aquí, si necesitas hablar o llorar"

"Vuestro hijo tuvo mucha suerte de teneros como
padres"

"No imagino cuánto dolor sentís, es muy duro lo
que estáis pasando"

"No estáis sólos"

"Siempre recordaremos a vuestro bebé"

"¿Cómo se llamaba vuestro hijo?"

¿Qué NO debo decir? Frases poco acertadas...

"Sois jóvenes, tendréis más"

"Mejor ahora que después"

"La naturaleza es sabia, algo vendría mal"

"Pronto tendrás otro"

"Sé fuerte, no llores"

"Está en un lugar mejor"

"El tiempo lo cura todo"

"Mujer legrada, mujer embarazada"



Validar la perdida



Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com



MATRIOSKAS

Asociación andaluza de apoyo
al duelo perinatal

Aroa Vaello Robledo
aroavaello@gmail.com

¿Cuál de los siguientes autores es un referente del duelo perinatal y propuso las fases del duelo?

A) Kubler-Ross

B) Freud

C) Bolwby

D) Knapp

¿Cuál de las siguientes manifestaciones no correspondería al duelo perinatal y sí respondería a otro tipo de trastorno?

A) Crisis de llanto

B) Idealización del feto muerto

C) Pena al ver a bebés y embarazadas

D) Deseo de hablar de lo sucedido

Para comunicar a Patricia y a su pareja que su bebé ha fallecido, ¿ qué debemos hacer y / o decir para apoyar y dar consuelo a los padres?

- A) Ayudarlos no dejándolos solos
- B) Llamar al bebé por su nombre
- C) Tratar a la pareja por igual
- D) Todas las anteriores son ciertas

Dentro de las herramientas que los profesionales deben conocer para sobrellevar el impacto emocional que ocasiona la muerte perinatal en ellos mismos, no se encuentra:

- A) Deben ser siempre los mismos profesionales los que atienden a los padres que han sufrido un proceso de muerte perinatal, esto facilita los cuidados
- B) Solicitar a la unidad formativa del centro que realicen cursos sobre este tema para capacitar a los profesionales sanitarios
- C) Si por razones morales, religiosas o personales no se ven capacitados para tratar a estos padres es mejor hablarlo con un superior y derivar el caso
- D) La A y la C son correctas

Para atender a Patricia y su pareja se debe limitar el número de profesionales que están en contacto con ellos, no solo para favorecer la cercanía y expresión de sentimientos, sino también para que los padres obtengan siempre la misma información. Dentro de esta información se encuentra el ofrecerle la posibilidad de realizar la necropsia fetal, que tiene como objetivos básicos y adicionales:

- A) Establecer un diagnóstico fiable
- B) Proporcionar una cierta tranquilidad a los padres
- C) Permitir la investigación epidemiológica
- D) Todas las anteriores son ciertas

El duelo perinatal de Patricia y su pareja se considera un duelo desautorizado debido a (señala la respuesta correcta):

- A) Que no es reconocido socialmente
- B) Que no se expresa abiertamente por la mujer y su pareja
- C) Que es una pérdida que se vive con gran soledad
- D) Son correctas todas las anteriores

De las fases del duelo perinatal que experimentaran Patricia y su pareja, ¿cuál es la primera según Bolwby? :

- A) Búsqueda
- B) Choque
- C) Organización
- D) Desorganización

¿Cuántas fases del duelo perinatal, que experimentaran Patricia y su pareja , describe Bolwby?

- A) Seis
- B) Cinco
- C) Cuatro
- D) Tres

En base a las manifestaciones clínicas que presentan los progenitores existen diferentes tipos de duelo perinatal, señala la respuesta incorrecta:

- A) Duelo anticipado
- B) Duelo desorganizado
- C) Duelo inhibido
- D) Duelo retardado

Patricia solicita la inhibición de la lactancia, ¿cuál será el procedimiento correcto ? :

- A) No es necesaria la inhibición puesto que no se ha estimulado la lactancia con succión
- B) Administración de Carbegolina según protocolo del hospital
- C) Aplicación de medidas locales: uso de sujetadores adecuados, frio local
- D) B y C son correctas

El bebé de Patricia debe incluirse en las tasas de mortalidad neonatal precoz, éstas deben presentarse en relación con:

- A) Los grupos de peso al nacer
- B) Los grupos de la edad de gestación al nacimiento
- C) Los grupos de la edad a la muerte
- D) Todas las anteriores son correctas

Ante una nueva gestación de Patricia, esta , será considerada de alto riesgo. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones de la mujer es cierta?

- A) El umbral del dolor en la mujer se encuentra disminuido, esto provoca que acuse mas las molestias del embarazo como somatización de la ansiedad que le provoca la posibilidad de sufrir una nueva pérdida
- B) Se observa una resistencia de la mujer a establecer el vínculo de apego como una respuesta de autoprotección para no ser lastimada de nuevo
- C) A y B son correctas
- D) Ninguna es cierta

En los casos en los que el feto nace muerto, la madre tiene derecho al subsidio por maternidad:

- A) Sólo cuando la gestación ha llegado a término
- B) Sólo cuando ha superado los 180 días de gestación
- C) Siempre
- D) Todas las respuestas son falsas



GRACIAS!!!

Nunca desistas de un sueño.
Sólo trata de ver las señales que te llevan a él.

Paulo Coelho