

OBSTETRICIA SERUMS 2025 - I



MODULO TEMÁTICO III

· CUIDADO INTEGRAL DE SALUD



CLASE 1: Atención Preconcepcional: Prevención y Promoción de la Salud Reproductiva

2. Introducción

La **atención sanitaria preconcepcional** se define como el conjunto de intervenciones sanitarias que tienen como finalidad **identificar y modificar los riesgos biomédicos, conductuales y sociales, tanto maternos como paternos, antes de la concepción**, con el fin de **incrementar las posibilidades de un resultado perinatal favorable**. En la consulta preconcepcional, llevada a cabo por profesionales de la salud sexual y reproductiva como la matrona, se realizan actividades de **prevención y promoción de la salud**. El objetivo principal es identificar y modificar los riesgos existentes antes del embarazo, lo que supondría un **beneficio a nivel biopsicosocial**. A pesar de que la mitad de las gestaciones son planificadas, son pocas las gestantes que acuden a la visita preconcepcional. Esta consulta está indicada no solo en mujeres con antecedentes patológicos, sino también en aquellas mujeres sanas y sus parejas. El objetivo de esta clase es realizar una revisión de las actividades que deben realizarse a nivel sanitario en las consultas preconcepcionales para actualizar las pautas de actuación y fomentar su implantación.

3. Desarrollo Extenso

La atención preconcepcional se centra en una **valoración integral del riesgo reproductivo**. Para ello, es necesario realizar una **adecuada exploración general y ginecológica**, así como una **historia clínica completa** a todas las mujeres que acuden a una consulta preconcepcional. La **matrona**, como profesional de referencia para la atención a la normalidad en embarazo y parto, está capacitada para llevar a cabo esta asistencia.

3.1 Historia Clínica General y Obstétrico-Ginecológica:

- **Edad materna:** La edad influye en aspectos psicológicos y fisiológicos de la gestación. Se considera factor de riesgo una edad materna **menor de 16 años y mayor de 35 años**. Las adolescentes presentan mayor riesgo de hijos de bajo peso, prematuros y mayor morbilidad infantil, asociándose a embarazos no deseados, bajo estatus social y cuidados perinatales inadecuados. Las mujeres mayores de 35 años tienen mayor riesgo de infertilidad, complicaciones durante la gestación y el parto, diabetes gestacional, hipertensión arterial y alteraciones de la placenta.
- **Antecedentes médicos:** Es crucial informar a las pacientes sobre el efecto de la gestación en su enfermedad y las posibles repercusiones de la medicación en el feto. Cualquier cambio en la medicación debe ser consensuado con el médico que controla la patología.

Algunas enfermedades prevalentes son diabetes mellitus pregestacional, hipertensión arterial (HTA), epilepsia, enfermedad crónica cardiovascular, cáncer, hipo e hipertiroidismo, asma, enfermedades tromboembólicas y trombofílicas, tuberculosis o trastornos psiquiátricos.

- **Enfermedades infecciosas:** El cribado puede identificar riesgos para la salud reproductiva y el resultado del embarazo. Se deben considerar infecciones de transmisión vertical si existen factores de riesgo, como Virus de la Hepatitis B (VHB) (vacunar), Virus de la Hepatitis C (VHC) (informar), Tuberculosis (tratar si infección), Chlamydia (cribado si <25 años o factores de riesgo), Gonorrea (si riesgo de ETS), y Herpes Genital (serología específica si pareja infectada). En situaciones concretas, se pueden investigar Listeriosis (aconsejar evitar ciertos alimentos), Parvovirus y Citomegalovirus (recomendar medidas higiénicas), y Malaria (evitar zonas endémicas). No se justifica el cribado de Toxoplasmosis de forma general. Según la etnia, se pueden investigar otras enfermedades prevalentes como Alfa y Beta-talasemia, Fibrosis quística, Anemia de células falciformes, Enfermedad de Chagas y Enfermedad de Tay-Sachs.
- **Antecedentes familiares:** Se debe valorar la historia de alteraciones genéticas y cromosómicas, estructurales, metabólicas, neurológicas, retraso mental, fibrosis quística, etc. Si está indicado, se realizará consejo y estudio genético.
- **Antecedentes obstétrico-ginecológicos:** Se debe recoger información sobre el tipo menstrual, embarazos previos y sus resultados, métodos anticonceptivos utilizados y citología según protocolo. Factores de riesgo añadidos incluyen parto pretérmino, aborto habitual, muerte fetal intrauterina, cesárea anterior y gran múltipara.

3.2 Suplementación Vitamínica:

- **Ácido fólico:** Es importante la administración diaria para prevenir defectos del tubo neural (DTN), ya que la dieta sola no aporta la cantidad suficiente. Se recomienda:
 - **Mujeres de alto riesgo:** 4mg/día durante tres meses antes de la concepción y los tres primeros meses de embarazo.
 - **Mujeres de bajo riesgo:** 0'4-0'8 mg/día un mes antes de la concepción y los tres primeros meses de embarazo.
 - **Mujeres en edad fértil con posibilidad de embarazo no planificado:** 0'4 mg/día. No hay riesgos asociados a las dosis recomendadas.
- **Yodo:** Las gestantes no suelen cubrir los requerimientos diarios con la dieta. Se recomienda la ingesta diaria de suplementos con **200 µg de yodo**. Los antisépticos yodados están contraindicados durante el embarazo, parto y lactancia.

3.3 Pruebas Complementarias y Vacunas:

- **Pruebas complementarias:** Se distinguen pruebas recomendadas a todas las mujeres (Tabla 3) y aquellas indicadas en situaciones de riesgo (Tabla 4).
 - **Recomendadas a todas:** Hemoglobina y hematocrito, exploración ginecológica y mamaria, citología cervical (según protocolo), grupo y Rh, serologías (Rubeola, Sífilis, VIH), sedimento de orina y proteinuria, y glucemia. La determinación preconcepcional de anticuerpos de Toxoplasma está en debate.
 - **Indicadas con factores de riesgo:** VHC y VHB (infecciones previas, ITS, transfusiones, conductas de riesgo), Cultivo de orina (infecciones urinarias de repetición), Cariotipo de los padres (antecedentes familiares), Screening de portadores (Fibrosis quística, etc.), Determinación del Chagas (según protocolo).
- **Vacunas:** Es importante conocer el estado inmunitario y vacunar si procede
 - **Vacunas de virus vivos atenuados (sarampión, rubeola, parotiditis, varicela, cólera oral):** Evitar la gestación en los tres meses siguientes y contraindicadas durante la gestación. Se debe detectar y vacunar a la población femenina no inmunizada de rubeola mínimo tres meses antes de la gestación, utilizando un método anticonceptivo seguro durante este período.
 - **Antitetánica/antidiftérica:** Se puede iniciar en la consulta preconcepcional o durante el segundo trimestre si ya está embarazada.
 - **Antigripal:** Recomendable en período de campaña vacunal o si se prevé embarazo en período epidémico.
 - **Vacunas de virus muertos:** No contraindicadas.

3.4 Educación y Promoción de la Salud:

Además de la valoración y pruebas, se deben realizar actividades de educación y promoción de la salud. Esto incluye identificar riesgos laborales o ambientales y promocionar estilos de vida saludables. Es importante informar sobre anticoncepción para disminuir embarazos no deseados y malos resultados perinatales.

- **Hábitos de vida:** Hacer hincapié en evitar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- **Riesgos laborales y ambientales:** Informar sobre la posibilidad de cambio de puesto de trabajo por riesgo laboral (exposición ambiental, turnos nocturnos). Valorar la exposición a pesticidas, plomo, mercurio, etc., y evitar su manipulación o inhalación.
- **Actividad física:** Recomendar ejercicio suave o moderado de forma rutinaria, evitando el ejercicio enérgico en el período perigestacional.
- **Hipertermia:** Informar del riesgo de fiebre en el primer trimestre (saunas o fiebre) y su asociación con DTN.
- **Radiografías:** Informar de evitar su realización, especialmente entre la segunda y sexta semana de gestación.

- **Medicación:** Evitar la automedicación, pero no abandonar la medicación pautada para enfermedades crónicas. Advertir sobre medicamentos totalmente contraindicados durante la gestación.
- **Tabaquismo:** El inicio o planteamiento de una gestación es un momento idóneo para la deshabituación, debido a los efectos perjudiciales de la exposición prenatal (aborto, bajo peso al nacer, insuficiencia placentaria, embarazo ectópico).

3.5 Atención Preconcepcional Dirigida al Hombre:

Aunque no existe consenso, la salud del hombre es importante para la planificación familiar y los resultados del embarazo. La consulta debería incluir una buena anamnesis sobre antecedentes personales y familiares, nutrición, salud mental, medicación, estrés o comportamientos de riesgo.

- **Tabaco:** Se asocia a disminución del recuento y movilidad espermática, y aumento de formas anormales, pudiendo inducir daño oxidativo al ADN del espermatozoide.
- **Alcohol:** Se recomienda evitar el consumo de más de dos bebidas alcohólicas al día. Existe discusión sobre ingestas inferiores.
- **Drogas:** Anabolizantes, cocaína o marihuana tienen efectos perjudiciales en la calidad del semen.
- **Estrés:** Puede afectar la salud cardiovascular y la calidad del semen.
- **Nutrición y suplementación:** Hábitos dietéticos saludables influyen en la calidad del espermatozoide. No hay acuerdo sobre si la suplementación vitamínica y mineral influye en la calidad, número y movilidad del espermatozoide. Un estudio no encontró mejora con ácido fólico, mientras que otro observó mejoras con sulfato de zinc.

4. Ejemplos de Aplicación

- **Caso 1:** Una mujer de 38 años, sin antecedentes médicos relevantes, planifica su primer embarazo. En la consulta preconcepcional, se le informa sobre el mayor riesgo de complicaciones asociadas a la edad materna, se le recomienda la suplementación con ácido fólico (0.4-0.8 mg/día) y yodo (200 µg/día), se revisa su estado vacunal y se le ofrecen consejos sobre hábitos de vida saludables, incluyendo la importancia de evitar el tabaco y el alcohol. Se le realizan las pruebas complementarias recomendadas a todas las mujeres.
- **Caso 2:** Una mujer de 22 años con antecedentes de infecciones urinarias de repetición desea quedarse embarazada. Además de las recomendaciones generales, se le realiza un cultivo de orina en la consulta preconcepcional para descartar infección activa. Se le informa sobre la importancia de una correcta higiene y una adecuada hidratación para prevenir futuras infecciones durante el embarazo.
- **Caso 3:** Una pareja acude a consulta preconcepcional. El hombre es fumador de 15

cigarrillos al día. Se le informa sobre el impacto negativo del tabaco en la calidad del

esperma y se le ofrece apoyo para dejar de fumar, resaltando los beneficios tanto para su salud como para la futura gestación.

- **Caso 4:** Una mujer con diabetes mellitus pregestacional. Se le informa sobre los posibles efectos de la gestación en su enfermedad y de la importancia de un buen control glucémico antes y durante el embarazo para minimizar riesgos para ella y el feto. Se revisa y ajusta su medicación en coordinación con su médico especialista. Se le recomienda una dosis más alta de ácido fólico (4mg/día).
- **Caso 5:** Una mujer de origen asiático sin antecedentes personales relevantes planifica un embarazo. En la consulta preconcepcional, además de la valoración general, se considera realizar un cribado de Alfa-talasemia debido a su origen étnico.

5. Examen:

Instrucciones: Elija la respuesta correcta para cada caso.

1. Caso: Una mujer de 15 años acude a la consulta manifestando que está embarazada y no lo planificó. a) No es necesario realizar una valoración preconcepcional en este punto. b) Se debe realizar una valoración enfocada en los riesgos asociados a la edad materna adolescente. c) Solo se le debe ofrecer información sobre opciones de interrupción del embarazo. d) Se debe derivar directamente a control prenatal sin más intervenciones. **Respuesta Correcta: b)**

2. Caso: Una mujer de 30 años con antecedentes de hipertensión arterial bien controlada con medicación desea quedarse embarazada. a) Debe suspender su medicación antihipertensiva inmediatamente. b) Se le debe informar sobre el posible efecto de la gestación en su hipertensión y las repercusiones de la medicación en el feto, consensuando cualquier cambio con su médico. c) No requiere ninguna consideración especial en la consulta preconcepcional. d) Se le debe recomendar que evite el embarazo debido a su condición. **Respuesta Correcta: b)**

3. Caso: ¿Cuál de las siguientes vacunas de virus vivos atenuados requiere evitar la gestación en los tres meses siguientes a su administración? a) Antigripal. b) Antitetánica/antidiftérica. c) Sarampión, rubeola, parotiditis. d) Hepatitis B. **Respuesta Correcta: c)**

4. Caso: ¿Cuál es la dosis recomendada de ácido fólico para una mujer de bajo riesgo que desea quedar embarazada? a) 4 mg/día durante todo el embarazo. b) 0.4-0.8 mg/día un mes antes de la concepción y en los tres primeros meses de embarazo. c) 1 mg/día durante todo el embarazo. d) No es necesaria la suplementación si lleva una dieta equilibrada. **Respuesta Correcta: b)**

5. Caso: En relación al cribado de Toxoplasmosis en la consulta preconcepcional, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta según la fuente? a) Se debe realizar de forma rutinaria a todas las mujeres. b) Está totalmente contraindicado debido a la imprecisión de las pruebas. c) Su

determinación preconcepcional se encuentra en debate. d) Solo se realiza si la mujer ha tenido contacto previo con gatos. **Respuesta Correcta: c)**

6. Caso: ¿Cuál es la recomendación principal sobre el consumo de yodo en mujeres que planifican un embarazo? a) Evitar el consumo de sal yodada. b) Ingerir diariamente suplementos con 100 µg de yodo. c) Ingerir diariamente suplementos con 200 µg de yodo. d) No es necesaria suplementación si consume pescado regularmente. **Respuesta Correcta: c)**

7. Caso: Un hombre que acude a la consulta preconcepcional fuma de forma habitual. ¿Cuál es el principal consejo que se le debe ofrecer en relación a la calidad del esperma? a) Reducir el consumo a la mitad. b) No existe evidencia científica del impacto del tabaco en la fertilidad masculina. c) Dejar de fumar, ya que el tabaco se asocia con disminución del recuento y movilidad espermática y daño al ADN. d) Cambiar a cigarrillos electrónicos. **Respuesta Correcta: c)**

8. Caso: ¿Cuál de los siguientes factores maternos NO se considera un factor de riesgo en la historia clínica general para la consulta preconcepcional? a) Edad materna menor de 16 años. b) Antecedentes de diabetes gestacional en un embarazo anterior. c) Edad materna de 28 años. d) Presencia de hipotiroidismo no controlado. **Respuesta Correcta: c)**

9. Caso: En relación a la actividad física en el período perigestacional, ¿qué recomendación es la más adecuada? a) Realizar ejercicio enérgico para mejorar la condición física antes del embarazo. b) Mantener la actividad física habitual sin modificaciones. c) Recomendar ejercicio suave o moderado de forma rutinaria, evitando el ejercicio enérgico. d) Suspender cualquier tipo de actividad física para evitar riesgos. **Respuesta Correcta: c)**

10. Caso: ¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias se recomienda realizar a todas las mujeres en la consulta preconcepcional? a) Cariotipo. b) Cultivo de orina. c) Hemoglobina y hematocrito. d) Determinación de Chagas. **Respuesta Correcta: c)**

11. Caso: Una mujer embarazada en su primer trimestre presenta fiebre. ¿Qué riesgo potencial se asocia a la hipertermia en este período según la fuente? a) Mayor riesgo de aborto espontáneo. b) Mayor riesgo de parto prematuro. c) Defectos del tubo neural (DTN). d) Restricción del crecimiento intrauterino. **Respuesta Correcta: c)**

12. Caso: ¿Cuál es la principal finalidad de la atención preconcepcional? a) Diagnosticar enfermedades preexistentes en la mujer. b) Ofrecer métodos anticonceptivos a mujeres en edad fértil. c) Identificar y modificar riesgos biomédicos, conductuales y sociales antes de la concepción para mejorar el resultado perinatal. d) Realizar un seguimiento exhaustivo de la salud de la mujer antes del embarazo. **Respuesta Correcta: c)**

13. Caso: ¿Qué información se debe proporcionar a una mujer en la consulta preconcepcional sobre la realización de radiografías? a) Las radiografías son seguras en cualquier momento del embarazo. b) Se deben evitar las radiografías, especialmente entre la segunda y la sexta semana de gestación. c) Las radiografías solo son peligrosas durante el parto. d) No existe riesgo asociado a la realización de radiografías durante la gestación. **Respuesta Correcta: b)**

14. Caso: Una mujer con antecedentes familiares de fibrosis quística planifica un embarazo. ¿Qué prueba complementaria se podría considerar en su caso? a) Cribado de portadores de fibrosis quística. b) Cariotipo materno. c) Determinación de anticuerpos anti-DNA. d) Hemograma completo. **Respuesta Correcta: a)**

15. Caso: ¿Qué rol fundamental tiene la matrona en la atención preconcepcional según la fuente? a) Realizar cirugías ginecológicas previas al embarazo. b) Prescribir tratamientos hormonales para mejorar la fertilidad. c) Llevar a cabo esta asistencia en centros de planificación familiar, formación escolar y consultas de atención primaria, siendo profesional de referencia para la atención a la normalidad en embarazo y parto. d) Diagnosticar y tratar enfermedades infecciosas complejas antes de la concepción. **Respuesta Correcta: c)**

Clase 2: Cuidado Integral de la Niña, Adolescente, Joven, Adulta y Adulta Mayor en Salud Sexual Reproductiva

2. Introducción

El cuidado integral de la salud sexual y reproductiva (SSR) es fundamental para el bienestar físico, emocional y social de las personas a lo largo de todas las etapas de la vida. Este enfoque reconoce que las necesidades y los desafíos en materia de SSR varían significativamente desde la niñez hasta la adultez mayor. Brindar una atención continua y adaptada a cada etapa del ciclo vital, tal como lo sugiere el concepto de **ciclo vital**, es esencial para promover la salud, prevenir enfermedades y garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Este documento, basado en la evidencia disponible y en las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), busca ofrecer una guía para comprender y abordar las necesidades específicas de cada grupo etario en el ámbito de la SSR.

3. Desarrollo Extenso

El cuidado integral en salud sexual y reproductiva debe adaptarse a las particularidades de cada etapa de la vida:

- **Niña:** Si bien la actividad sexual no es propia de esta etapa, es crucial sentar las bases para una futura salud sexual y reproductiva positiva. Esto incluye:
 - **Educación temprana sobre el cuerpo:** Brindar información adecuada y comprensible sobre anatomía y fisiología básica.
 - **Prevención del abuso sexual:** Educar sobre el derecho a la autonomía corporal y cómo buscar ayuda en caso de abuso.
 - **Fomentar un ambiente de comunicación abierta:** Crear canales de diálogo seguro con figuras de confianza sobre temas relacionados con el cuerpo y la salud.
- **Adolescente:** Esta etapa se caracteriza por importantes cambios físicos, hormonales y psicosociales, así como por el inicio de la actividad sexual para algunos. El cuidado integral debe enfocarse en:
 - **Asesoría en salud sexual y reproductiva:** Ofrecer información **útil y clara** sobre métodos anticonceptivos, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), derechos sexuales y reproductivos, y prevención de embarazos no deseados.
 - **Acceso a métodos anticonceptivos:** Facilitar el acceso a una variedad de métodos, respetando las preferencias de la adolescente. Se debe investigar el **uso previo de anticonceptivos y la tolerancia**.
 - **Prevención y detección temprana de ITS:** Ofrecer pruebas de tamizaje y tratamiento oportuno de las ITS.

- **Atención preconcepcional:** Aunque no планиando un embarazo inmediato, se debe brindar información sobre la importancia de la salud preconcepcional y la suplementación con **ácido fólico** en caso de futuro deseo gestacional.
- **Evaluación psicosocial:** Considerar factores emocionales y sociales que puedan influir en su bienestar.
- **Joven:** En esta etapa, la actividad sexual suele ser más activa y las decisiones sobre planificación familiar y futuros embarazos toman mayor relevancia. El cuidado integral debe incluir:
 - **Continuación de la asesoría en SSR:** Reforzar la información sobre anticoncepción, prevención de ITS y derechos sexuales y reproductivos.
 - **Atención preconcepcional:** Ofrecer **asesoría y tratamientos adecuados que les permitan planear y prepararse para una futura gestación**. Esto incluye la evaluación de **antecedentes médicos familiares**, la revisión del manejo de enfermedades preexistentes, y la recomendación de **ácido fólico desde 3 meses antes de iniciar el embarazo**.
 - **Planificación familiar:** Evaluar el **deseo actual o futuro de embarazo** y ofrecer métodos anticonceptivos según las preferencias y necesidades.
 - **Tamizaje y tratamiento de ITS:** Continuar con la prevención, tamizaje y tratamiento oportuno de las ITS.
- **Adulta:** Durante la edad adulta, las mujeres pueden experimentar embarazos, partos y el puerperio, así como cambios hormonales relacionados con la perimenopausia. El cuidado integral se centra en:
 - **Atención preconcepcional:** Para mujeres que desean embarazarse, se debe realizar una **evaluación del riesgo preconcepcional** y ofrecer consejería y servicios en **nutrición, anticoncepción (si se pospone el embarazo), odontología, tamizaje de cáncer de mama y cuello uterino, y estilos de vida saludables**.
 - **Atención prenatal:** Ofrecer un control prenatal **oportuno, integral y de calidad** que incluya la detección y tratamiento de complicaciones, suplementación con **ácido fólico, hierro y calcio**, vacunación con **toxoides tetánico**, tamizaje de ITS (**VIH, sífilis, hepatitis B**), evaluación psicosocial, y educación para el parto y la lactancia.
 - **Atención durante el trabajo de parto y el parto:** Garantizar una atención **humanizada**, con vigilancia sistemática, uso del **partograma**, y un ambiente limpio.
 - **Atención posnatal (puerperio):** Brindar cuidados inmediatos, asesoría en **planificación familiar, signos de alarma, lactancia materna**, y seguimiento para detectar y tratar complicaciones.

- **Salud sexual y reproductiva continua:** Ofrecer asesoría sobre métodos anticonceptivos durante el puerperio, tamizaje de cáncer de cuello uterino y mama, y abordar síntomas relacionados con la perimenopausia.
- **Adulta Mayor:** Aunque la fertilidad disminuye significativamente, la salud sexual sigue siendo un aspecto importante del bienestar. El cuidado integral debe considerar:
 - **Continuación de la atención en salud sexual:** Abordar las necesidades y desafíos relacionados con la sexualidad en esta etapa, incluyendo cambios fisiológicos y posibles disfunciones sexuales.
 - **Prevención de ITS:** Aunque la frecuencia pueda disminuir, el riesgo de ITS persiste si la actividad sexual continúa sin protección. Se debe ofrecer información y pruebas de tamizaje si es necesario.
 - **Tamizaje de cáncer ginecológico:** Mantener el tamizaje de cáncer de cuello uterino y mama según las recomendaciones vigentes.
 - **Asesoría sobre el climaterio y la menopausia:** Brindar información y apoyo para el manejo de los síntomas asociados a estos procesos.

En todas las etapas, es fundamental una **comunicación efectiva y humanizada** entre el personal de salud y las usuarias. Esto implica **pedir permiso** antes de cualquier exploración física, **explicar** los hallazgos y tratamientos de manera clara, y **confirmar** la comprensión de la información. La **evaluación del riesgo** es un componente clave para adaptar la atención a las necesidades individuales y priorizar los manejos basados en la **evidencia disponible**.

5. Examen

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada caso y seleccione la respuesta correcta entre las alternativas presentadas.

1. **Caso:** Una adolescente de 15 años solicita un método anticonceptivo confiable. ¿Cuál de los siguientes aspectos es **más pertinente** investigar inicialmente? a) Si sus padres están de acuerdo con que tenga relaciones sexuales. b) La preferencia de su pareja sobre el método anticonceptivo. c) **El uso previo de anticonceptivos y la tolerancia a los mismos.** d) Si piensa en tener hijos en el futuro cercano.
2. **Caso:** Una mujer de 28 años, cuando un embarazo pregunta cuándo debe iniciar la suplementación con ácido fólico si no tiene antecedentes de defectos del tubo neural. a) Al momento de confirmar el embarazo. b) Durante el primer trimestre del embarazo. c) **Al menos 3 meses antes de intentar la concepción** d) Únicamente si tiene factores de riesgo adicionales.
3. **Caso:** Durante un control prenatal de una gestante de 20 semanas, se detecta un resultado positivo para VDRL. ¿Cuál es el siguiente paso **más importante**? a) Repetir la prueba de

- VDRL para confirmar el resultado. b) Informar a la gestante que tiene una infección viral.
- c) **Clasificar la sífilis y realizar el tratamiento según el estadio.** d) Remitir a la gestante a un especialista en infectología.
4. **Caso:** Una puérpera de 24 horas refiere sangrado genital abundante. ¿Cada cuánto tiempo se recomienda controlar la presión arterial y el sangrado genital en el **posparto inmediato**? a) Cada hora durante las primeras 6 horas. b) Solo al momento del alta hospitalaria. c) **Cada 15 minutos durante las 2 primeras horas posparto.** d) Cada 4 horas durante las primeras 24 horas.
5. **Caso:** ¿Cuál de las siguientes prácticas **ha demostrado ser eficaz** en la disminución de las muertes de madres y niños, especialmente en la etapa neonatal, según el manual? a) El uso rutinario de cesárea electiva al final del embarazo. b) La restricción de visitas familiares en las salas de parto. c) **La implementación de actividades basadas en la evidencia científica disponible.** d) El alta hospitalaria temprana para todas las mujeres y recién nacidos sin complicaciones.
6. **Caso:** Durante la consulta preconcepcional, ¿qué acción se recomienda en relación con la vacunación contra la rubeola en una mujer en edad fértil sin antecedentes de vacunación ni enfermedad? a) Vacunar inmediatamente, sin importar el riesgo de embarazo. b) No vacunar, ya que la vacuna está contraindicada en mujeres en edad fértil. c) **Analizar la necesidad de vacunación según la evaluación de inmunidad.** d) Vacunar solo si планирует un viaje a una zona de alto riesgo de rubeola.
7. **Caso:** ¿Cuál es la **dosis recomendada** de ácido fólico para una mujer sin antecedentes de hijos con defectos del tubo neural que планирует embarazarse? a) 5 mg/día. b) Depende de su índice de masa corporal (IMC). c) **0,4 a 1 mg/día.** d) No es necesaria la suplementación si tiene una dieta balanceada.
8. **Caso:** ¿Cuál de los siguientes exámenes es **fundamental** realizar durante el primer trimestre del embarazo para la detección de una infección de transmisión materno-infantil? a) Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). b) Ecografía obstétrica detallada. c) **Tamizaje de VIH, VDRL (sífilis) y antígeno de superficie de la hepatitis B (AgHBs).** d) Urocultivo de control.
9. **Caso:** Durante el trabajo de parto, ¿con qué frecuencia se recomienda controlar y registrar las evaluaciones en el partograma? a) Cada hora. b) Solo al ingreso y al final del trabajo de parto. c) **Cada 30 minutos.** d) Según la intensidad de las contracciones uterinas.
10. **Caso:** ¿Cuál es una **práctica esencial** recomendada para un recién nacido que no requiere reanimación inmediatamente después del parto vaginal? a) Baño inmediato para prevenir infecciones. b) Traslado inmediato a la cuna para mantenerlo caliente. c) **Contacto piel a piel inmediato sobre el pecho de la madre.** d) Pinzamiento inmediato del cordón umbilical.

11. **Caso:** ¿Qué se considera un **evento centinela** en la vigilancia de la calidad de los sistemas sanitarios en relación con la salud materno-infantil? a) El aumento en la tasa de lactancia materna exclusiva. b) La disminución en la detección temprana de embarazos. c) **La mortalidad materna e infantil.** d) El incremento en la cobertura de vacunación infantil.
12. **Caso:** En una mujer embarazada con infección por VIH confirmada, ¿cuál es el objetivo principal del tratamiento antirretroviral durante la gestación? a) Mejorar su estado inmunológico únicamente. b) Evitar la progresión de la enfermedad en la madre a largo plazo. c) **Eliminar o reducir el riesgo de transmisión materno-infantil del VIH.** d) Prevenir el desarrollo de otras infecciones oportunistas en la madre.
13. **Caso:** ¿Cuál es la **principal utilidad** de la historia clínica sistematizada durante el control prenatal? a) Facilitar la facturación de los servicios de salud. b) Cumplir con los requisitos legales de registro de atención. c) **Registrar los factores de riesgo maternos y seguir la evolución de la gestación.** d) Reducir el tiempo de consulta al tener un formato preestablecido.
14. **Caso:** ¿Qué factor se considera de **riesgo inminente** durante la gestación, clasificando a la mujer en la categoría roja? a) Edad materna de 36 años. b) Índice de masa corporal (IMC) de 28 kg/m². c) **Nivel de hemoglobina menor de 7 g/dL.** [Basado en 70] d) Antecedente de un parto prematuro.
15. **Caso:** ¿Cuál es una de las **acciones clave** en el manejo activo del tercer periodo del parto para prevenir la hemorragia posparto? a) El pinzamiento inmediato del cordón umbilical. b) La administración de líquidos intravenosos de forma rutinaria. c) **El uso de oxitócicos.** d) La realización de masaje uterino solo si hay sangrado excesivo.

Clase 3: Manejo Inicial de las Emergencias Obstétricas: Diagnóstico, Estabilización y Referencia (Respuesta Rápida)

2. Introducción:

El manejo inicial rápido y efectivo de las emergencias obstétricas es fundamental para disminuir la morbilidad materna y perinatal. Las Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva del Ministerio de Salud tienen como objetivo facilitar al personal de los servicios de salud el manejo clínico de estas situaciones críticas. Esta clase abordará los principios esenciales del diagnóstico oportuno, la estabilización inicial y la referencia adecuada de las pacientes obstétricas con emergencias, enfatizando la importancia de una respuesta rápida y organizada dentro del sistema de salud. La guía describe los procesos de atención a desarrollarse en los diferentes niveles de capacidad resolutiva, facilitando la toma de decisiones y la referencia oportuna a servicios de mayor complejidad cuando sea necesario.

3. Desarrollo Extenso:

El manejo inicial de una emergencia obstétrica se fundamenta en tres pilares interconectados: **diagnóstico rápido y preciso, estabilización inmediata de la paciente y referencia oportuna** al nivel de atención adecuado.

3.1. Diagnóstico:

El diagnóstico de una emergencia obstétrica requiere una evaluación sistemática que incluye:

- **Anamnesis (Historia Clínica):** Recopilación de información relevante sobre los antecedentes de la paciente (personales, ginecológicos, obstétricos), la edad gestacional, la presentación del cuadro clínico actual (inicio, síntomas, intensidad), factores de riesgo asociados, y signos de alarma referidos por la paciente.
- **Examen Físico:** Evaluación general de la paciente (funciones vitales: presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura; estado de conciencia; color de piel) y examen obstétrico específico (evaluación uterina, sangrado vaginal, pérdida de líquido amniótico, dinámica uterina, movimientos fetales, altura uterina, presentación fetal, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal). En algunos casos, puede ser necesario el examen con espéculo o el tacto vaginal, aunque este último debe realizarse con precaución en casos de hemorragia de la segunda mitad del embarazo o rotura prematura de membranas.
- **Exámenes Auxiliares:** La realización de pruebas de laboratorio e imágenes dependerá del tipo de emergencia y del nivel de capacidad resolutiva del establecimiento. Estos pueden incluir:

- **Patología Clínica:** Hemograma (hemoglobina, hematocrito, leucocitos), grupo sanguíneo y factor Rh, perfil de coagulación, pruebas de función renal y hepática, glucosa, examen de orina, pruebas serológicas (RPR/VDRL, VIH), hemocultivo y cultivos de secreciones (en casos de sospecha de infección).
- **Imágenes:** Ecografía obstétrica para evaluar la viabilidad fetal, edad gestacional, presentación, cantidad de líquido amniótico, ubicación placentaria, y presencia de complicaciones (ej. embarazo ectópico, restos uterinos).

3.2. Estabilización:

La estabilización inicial tiene como objetivo mantener las funciones vitales de la paciente y prevenir el deterioro progresivo mientras se realiza el diagnóstico y se prepara la referencia si es necesaria. Las medidas generales de estabilización incluyen:

- **Vía Aérea Permeable:** Asegurar una vía aérea permeable, evaluando la respiración y administrando oxígeno si es necesario (catéter nasal a 3 litros por minuto o mascarilla de Venturi).
- **Vía Endovenosa Segura:** Colocación de una o dos vías endovenosas con catéter N° 18 para la administración de fluidos, medicamentos y hemoderivados. Se recomienda el uso de Cloruro de Sodio al 9‰ como solución inicial.
- **Reposición de Volumen:** En casos de hemorragia o shock hipovolémico, iniciar la reposición de volumen con cristaloides. Si persisten signos de hipovolemia tras la administración inicial de líquidos, se puede considerar el uso de expansores plasmáticos en establecimientos con FONB. En establecimientos con FONE, se puede requerir la transfusión de hemoderivados.
- **Monitoreo de Funciones Vitales:** Monitoreo estricto y continuo de la presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura, y saturación de oxígeno. Control de la diuresis horaria.
- **Posición:** Colocar a la paciente en decúbito dorsal, a menos que esté contraindicado (ej. síndrome de vena cava inferior avanzado).
- **Medidas Específicas:** Según la emergencia, pueden ser necesarias medidas específicas de estabilización, como la administración de sulfato de magnesio en casos de preeclampsia severa o eclampsia, o el inicio de antibioticoterapia en sospecha de infección.
- **Evacuación Vesical:** Asegurar la evacuación vesical, ya sea espontánea o mediante la colocación de una sonda Foley.

3.3. Referencia (Respuesta Rápida):

La referencia oportuna a un establecimiento con mayor capacidad resolutoria es crucial cuando el nivel actual no puede garantizar el manejo definitivo de la emergencia. Los principios de una referencia rápida y segura incluyen:

- **Identificación de la Necesidad de Referencia:** Reconocer los signos de alarma y la incapacidad del nivel actual para manejar la complejidad del caso. Los criterios de referencia específicos varían según la patología y el nivel de atención (ver secciones correspondientes en la guía).

- **Estabilización Previa a la Referencia:** Realizar las medidas iniciales de estabilización posibles antes del traslado.
- **Comunicación con el Centro de Referencia:** Informar al establecimiento receptor sobre la situación de la paciente, el motivo de la referencia, las medidas de estabilización realizadas y los exámenes auxiliares disponibles.
- **Preparación para el Traslado:** Asegurar una vía endovenosa permeable, mantener la oxigenación, monitorizar las funciones vitales durante el traslado, abrigar a la paciente adecuadamente, y coordinar el transporte oportuno.
- **Acompañamiento Adecuado:** La paciente debe ser trasladada con personal de salud capacitado para continuar la vigilancia y el tratamiento durante el trayecto y, si es posible, con un acompañante que pueda ser un potencial donante de sangre.
- **Documentación:** Registrar detalladamente en la historia clínica el motivo de la referencia, el estado de la paciente al momento del traslado, las medidas de estabilización realizadas y la comunicación con el centro receptor.

Es importante recordar que el manejo debe adaptarse al nivel de capacidad resolutoria del establecimiento de salud (FONP, FONB, FONE) y a los protocolos específicos para cada emergencia obstétrica.

4. Ejemplos de Aplicación:

- **Caso 1: Hemorragia en la primera mitad del embarazo (Aborto Incompleto) en un establecimiento FONP (Categoría I-2).**
 - **Diagnóstico:** Paciente refiere sangrado vaginal y dolor abdominal. Al examen, sangrado vaginal activo. Se identifican signos de alarma (si los hay).
 - **Estabilización:** Colocación de vía EV segura con CINA 9%. Monitoreo de funciones vitales.
 - **Referencia:** Referencia oportuna a un establecimiento con FONB o FONE con la vía EV instalada y monitorización continua.
- **Caso 2: Preeclampsia Severa en un establecimiento FONB (Categoría I-4).**
 - **Diagnóstico:** Paciente con hipertensión arterial severa y proteinuria. Presencia de signos de alarma de preeclampsia severa.
 - **Estabilización:** Colocación de dos vías EV seguras. Inicio de administración de sulfato de magnesio según protocolo. Monitoreo estricto de funciones vitales maternas y fetales (si es posible).
 - **Referencia:** Referencia inmediata a un establecimiento con FONE comunicando el manejo inicial realizado.
- **Caso 3: Hemorragia Postparto (Atonía Uterina) en un establecimiento FONP (Categoría I-3).**
 - **Diagnóstico:** Puérpera con sangrado vaginal abundante y útero blando que no se contrae.
 - **Estabilización:** Colocación de vía EV segura con CINA 9% con oxitocina. Masaje uterino.

Aplicación de oximetría (si no hay contraindicaciones)

- **Referencia:** Si el sangrado persiste, referencia oportuna a un establecimiento con FONE realizando masaje uterino bimanual durante el traslado y comunicando la situación.

5. Examen

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada caso y seleccione la respuesta correcta entre las alternativas presentadas.

1. **Caso:** Una gestante de 8 semanas acude a un establecimiento FONP refiriendo sangrado vaginal leve y dolor abdominal tipo cólico. Sus funciones vitales son estables. ¿Cuál es la primera acción a realizar para la estabilización? a) Administrar analgésicos por vía oral. b) Colocar una vía endovenosa segura con ClNa 9‰. c) Realizar un tacto vaginal. d) Referir inmediatamente al nivel FONE. **Respuesta Correcta: b)**
2. **Caso:** Una gestante de 32 semanas con diagnóstico de preeclampsia leve en control ambulatorio presenta de manera súbita cefalea intensa y visión borrosa en su domicilio. ¿Qué signo de alarma requiere una respuesta rápida? a) Edema en miembros inferiores. b) Proteinuria leve en el último control. c) Cefalea intensa y visión borrosa. d) Presión arterial de 140/90 mmHg. **Respuesta Correcta: c)**
3. **Caso:** Una puérpera de 2 horas presenta sangrado vaginal abundante, útero blando y aumentado de tamaño. Se sospecha atonía uterina. ¿Cuál es la medida inicial de tratamiento en un establecimiento FONP? a) Administrar misoprostol sublingual. b) Realizar revisión manual de la cavidad uterina. c) Colocar vía EV con oxitocina y realizar masaje uterino. d) Referir inmediatamente para histerectomía. **Respuesta Correcta: c)**
4. **Caso:** Una gestante de 20 semanas con embarazo ectópico no complicado es atendida en un establecimiento FONP. ¿Cuál es la conducta inicial más apropiada? a) Intentar tratamiento médico con metotrexato. b) Realizar laparotomía exploratoria inmediata. c) Estabilizar y referir inmediatamente a un establecimiento con FONE. d) Dar indicaciones de control ambulatorio. **Respuesta Correcta: c)**
5. **Caso:** Una gestante de 38 semanas con rotura prematura de membranas de 6 horas llega a un establecimiento FONP. No presenta fiebre ni otros signos de infección. ¿Cuál es la conducta inicial? a) Indicar reposo absoluto en casa. b) Iniciar antibioticoterapia si cuenta con personal capacitado y referir a FONB. c) Realizar tacto vaginal para evaluar dilatación. d) Referir a FONE para inducción inmediata. **Respuesta Correcta: b)**
6. **Caso:** Una gestante con shock hipovolémico obstétrico es atendida en un establecimiento FONB. Se han administrado 2000 cc de ClNa 9‰ sin mejoría de los signos vitales. ¿Cuál es el siguiente paso recomendado? a) Administrar más cristaloides a chorro. b) Iniciar administración de expansores plasmáticos y referir a FONE. c) Esperar resultados de laboratorio antes de continuar. d) Realizar tacto vaginal para identificar la causa del sangrado. **Respuesta Correcta: b)**

7. **Caso:** ¿Cuál es el objetivo principal de la estabilización inicial en una emergencia obstétrica? a) Realizar el diagnóstico definitivo de la patología. b) Iniciar el tratamiento definitivo de la emergencia. c) Mantener las funciones vitales de la paciente y prevenir el deterioro. d) Preparar a la paciente psicológicamente para la cirugía. **Respuesta Correcta: c)**
8. **Caso:** ¿Qué información es crucial comunicar al establecimiento de referencia al trasladar a una paciente con emergencia obstétrica? a) El nombre completo de la paciente y su número de historia clínica. b) El motivo de la referencia, las medidas de estabilización realizadas y los exámenes disponibles. c) La hora exacta de inicio del traslado y el tipo de ambulancia utilizada. d) La preferencia de la paciente por el médico que la atenderá en el otro establecimiento. **Respuesta Correcta: b)**
9. **Caso:** En un establecimiento FONP, ¿cuál es la principal acción ante una sospecha de embarazo ectópico? a) Realizar una ecografía transvaginal. b) Administrar analgésicos y observar la evolución. c) Estabilizar y referir inmediatamente a un establecimiento con FONE. d) Realizar una prueba de embarazo en orina. **Respuesta Correcta: c)**
10. **Caso:** ¿Cuál es el nivel de atención obstétrica que idealmente debe resolver un parto podálico programado a partir de las 37 semanas? a) FONP b) FONB c) FONE d) Domiciliario **Respuesta Correcta: c)**
11. **Caso:** Ante una hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un establecimiento FONP, ¿qué examen está contraindicado realizar antes de la referencia? a) Control de presión arterial. b) Auscultación de frecuencia cardíaca fetal. c) Tacto vaginal. d) Colocación de vía endovenosa. **Respuesta Correcta: c)**
12. **Caso:** ¿Cuál es el antibiótico de primera línea recomendado para iniciar en un establecimiento FONP ante una sospecha de aborto séptico (si cuenta con personal capacitado)? a) Ceftriaxona. b) Ampicilina y Gentamicina. c) Metronidazol. d) Clindamicina. **Respuesta Correcta: b)**
13. **Caso:** En un trabajo de parto prolongado en fase activa (<1 cm de dilatación por hora) en un establecimiento FONE, ¿cuál es la intervención inicial a considerar? a) Cesárea inmediata. b) Estimulación con oxitocina bajo monitoreo estricto. c) Administración de sedantes para favorecer el descanso. d) Referencia a un nivel con funciones obstétricas intensivas. **Respuesta Correcta: b)**
14. **Caso:** ¿Cuál es el signo clínico principal que sugiere atonía uterina como causa de hemorragia postparto? a) Presencia de desgarros perineales. b) Expulsión incompleta de la placenta. c) Útero blando, aumentado de tamaño y que no se contrae. d) Presencia de restos placentarios en la cavidad uterina. **Respuesta Correcta: c)**
15. **Caso:** ¿Qué acción inmediata debe realizarse en un establecimiento FONP ante una gestante con signos de eclampsia (convulsiones)? a) Trasladar inmediatamente sin ninguna intervención. b) Intentar despertar a la paciente y realizar un examen físico completo. c)

Asegurar vía aérea permeable, colocar vía EV e iniciar sulfato de magnesio y referir a FONE. d) Administrar diazepam por vía oral para detener las convulsiones. **Respuesta**
Correcta: c)

Clase 4: Violencia Sexual y Violencia Basada en Género: Marco Conceptual y Atención Integral.

2. Introducción

La **Violencia Basada en Género (VBG)** es reconocida como un grave problema de salud pública que atenta contra los derechos humanos, con consecuencias negativas para el desarrollo integral de las personas. Constituye una de las mayores manifestaciones de desigualdad de género, situando principalmente a mujeres y niñas en una posición de subordinación respecto a los hombres. La VBG incluye actos que infligen daño o sufrimiento físico, mental o sexual, amenazas, coerción y privación de libertad. La **violencia sexual** es una manifestación específica de la VBG, definida como todo acto sexual, tentativa de consumar un acto sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o acciones para comercializar o utilizar la sexualidad de una persona mediante coacción. Esta clase abordará el marco conceptual de la VBG y la violencia sexual, su prevalencia, las formas en que se manifiestan y los aspectos clave para una atención integral de las personas afectadas, según lo establecido en la "GUÍA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO" del Ministerio de Salud del Perú.

3. Desarrollo Extenso

3.1. Definiciones Operativas y Conceptos Básicos

- **Violencia Basada en Género (VBG):** Es una forma de discriminación que inhibe la capacidad de las mujeres para disfrutar sus derechos y libertades en igualdad con el varón. Incluye la violencia dirigida contra las mujeres por ser tales y que las afecta desproporcionadamente, así como aquellos actos que infligen daño o sufrimiento físico, mental o sexual, las amenazas, la coerción y la privación de libertad. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) utiliza indistintamente las categorías VBG y Violencia contra la Mujer.
- **Violencia Sexual:** Es todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción, independientemente de la relación con la víctima y en cualquier ámbito. Sus manifestaciones incluyen sexo forzado, degradación sexual, actos sexuales cuando la persona no está consciente o tiene miedo de negarse, lesiones físicas durante el acto sexual, forzar relaciones sin protección, insultos sexualmente degradantes, acusaciones falsas, obligar a ver pornografía o a observar a la pareja teniendo relaciones, etc.. Existe una agravante legal cuando la víctima es menor de 18 años y no se considera su voluntad en

3.2. Manifestaciones de la Violencia Basada en Género

La VBG abarca diversas formas de violencia:

- **Violencia Física:** Pone a la persona en peligro físico o la controla mediante amenazas de uso de la fuerza. Incluye empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, arrojar objetos, estrangulamiento, heridas con armas, sujetar, amarrar, paralizar, abandono en peligro, negación de ayuda estando enferma o herida, y cualquier acción que cause daño corporal.
- **Violencia Psicológica o Emocional:** Daña la autoestima, la identidad o el desarrollo emocional. Incluye gritos, amenazas, aislamiento social y físico, celos, posesividad extrema, intimidación, degradación, humillación, insultos, críticas constantes, acusaciones sin fundamento, atribución de culpas, ignorar o ridiculizar las necesidades, mentiras, romper promesas, acciones destructivas, y amenazar o lastimar a hijas/os u otros familiares o mascotas. La coacción (obligar a hacer algo contra la voluntad) también se incluye y está tipificada como delito. La negación del manejo del dinero y otros recursos familiares puede tipificarse como manifestación de esta violencia.
- **Violencia por Abandono o Negligencia:** Implica la omisión de satisfacer las necesidades básicas (biológicas, emocionales y sociales) de un miembro de la familia de manera oportuna y adecuada, teniendo la capacidad para hacerlo. Se presenta generalmente en niños/as, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad.
- **Violencia Sexual:** Ya definida anteriormente, incluye el hostigamiento sexual, el abuso sexual y la violación.
 - **Hostigamiento Sexual:** Persecución a una mujer u hombre por un acosador/a, afectando la salud mental, comodidad y productividad en el trabajo o ámbito social.
 - **Abuso Sexual:** Acto sexual intimidatorio sin consentimiento, con amenazas, uso de fuerza o bajo influencia de drogas, donde la víctima es utilizada para la estimulación sexual del agresor u otra persona. El agresor suele estar en posición de poder o control.
 - **Violación:** Agresión sexual con víctima, falta de consentimiento o incapacidad para decidir (menores de 18 o personas con discapacidad mental), amenaza o uso real de fuerza y penetración sexual ilegal (introducción de un objeto en aberturas genital o anal sin requerir emisión de semen).

3.3. Prevalencia de la Violencia Basada en Género en el Perú

La VBG tiene una prevalencia preocupante en el Perú, según diversos estudios.

- Datos preliminares de la ENDES continua 2004-2005 revelaron que el 43% de mujeres unidas en áreas urbanas y el 38% en áreas rurales habían sufrido violencia por parte de su

cónyuge. En los últimos 12 meses, el 15% en áreas urbanas y el 13% en rurales sufrieron violencia física de su cónyuge.

- Un estudio de la OMS del 2002 situó a Perú (Cuzco) en el primer lugar de violencia física (61%) y tercer lugar en violencia sexual (47%) entre 12 países participantes.
- Entre mujeres que alguna vez tuvieron pareja, el 49% en Lima y el 61% en Cuzco sufrieron violencia física. En cuanto a violencia sexual, fue del 23% en Lima y 47% en Cuzco.
- En ambos lugares, aproximadamente la mitad de las víctimas de violencia física por sus parejas sufrieron lesiones, siendo las graves más frecuentes en Cuzco.
- Un porcentaje significativo de mujeres embarazadas sufrieron violencia física durante al menos un embarazo (15% en Lima, 28% en Cuzco), siendo golpeadas en el abdomen en muchos casos por el padre del hijo.
- También se reportó violencia física y sexual por personas distintas a la pareja, así como abuso sexual en la infancia, siendo los agresores principalmente hombres de la familia o extraños.
- Más del 40% de mujeres que tuvieron su primera experiencia sexual antes de los 15 años reportaron que fue forzada.
- Un tercio de las mujeres de Lima y Cuzco no comunicaron a nadie la violencia física infligida por su pareja. Solo una minoría solicitó ayuda, principalmente a la policía o a un establecimiento de salud.

3.4. Etiología de la Violencia Basada en Género

No existe una causa única para la violencia. El **Modelo Ecológico** es el más aceptado, y considera que la violencia resulta de la interacción compleja de factores en distintos niveles:

- **Individual:** Factores biológicos e historia personal que influyen en el comportamiento (aumentando la probabilidad de ser víctima o agresor).
- **Relacional:** Relaciones sociales cercanas (amigos, pareja, familia) que condicionan la presencia y recurrencia de actos violentos.
- **Comunitario:** Escenarios como la escuela, trabajo, barrio, donde las relaciones sociales pueden posibilitar la violencia (factores como movilidad, heterogeneidad demográfica, densidad poblacional, pobreza).
- **Social:** Factores institucionales, sociales y culturales que crean un clima de aceptación de la violencia y mantienen las desigualdades de género.

3.5. El Ciclo de la Violencia

Muchas relaciones violentas siguen un patrón denominado **Ciclo de la Violencia**, con tres fases:

- **Fase Uno: Aumento de la tensión:** Incidentes menores de violencia que aumentan progresivamente.
- **Fase Dos: Incidente agudo de agresión:** Descarga incontrolable de tensiones acumuladas, caracterizada por falta de control y gran destructividad.
- **Fase Tres: Amabilidad, arrepentimiento y comportamiento cariñoso:** El agresor muestra arrepentimiento y se comporta de manera amable, tratando de paliar su actitud, pero inevitablemente se generan nuevas tensiones, reiniciando el ciclo.

3.6. Violencia contra la Mujer a Través del Ciclo de Vida

La violencia contra la mujer se manifiesta de diversas formas en cada etapa de la vida:

- **Pre-natal:** Interrupción selectiva del embarazo; violencia durante el embarazo con efectos en el recién nacido.
- **Infancia:** Infanticidio femenino; abuso físico, sexual y psicológico.
- **Niñez:** Matrimonio infantil; abuso físico, sexual y psicológico; incesto; prostitución infantil y pornografía.
- **Adolescencia:** Violencia durante el enamoramiento y noviazgo; sexo forzado por razones económicas; incesto; suicidio.
- **Adulthood:** Abuso sexual en el trabajo; violaciones; acoso sexual; prostitución y pornografía forzada; tráfico de mujeres; violencia conyugal y de pareja; abuso y homicidio; abuso psicológico; abuso de mujeres con discapacidad; suicidio por depresión y ansiedad producto de la violencia.
- **Vejez:** Suicidio forzado u homicidio; abuso físico, sexual y psicológico; abandono.

3.7. Atención Integral de la Persona Afectada por la Violencia Basada en Género

La atención integral busca mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por VBG. Se realiza mediante acciones de promoción, detección, atención, referencia y seguimiento.

- **Promoción:** Incentivar una cultura de buen trato en diversos escenarios (familia, comunidad, instituciones educativas, centros laborales), con énfasis en la equidad, respeto a los derechos humanos e interculturalidad, evitando cualquier tipo de discriminación. Se busca fortalecer comportamientos saludables en la familia y prevenir la violencia. Se coordina con instituciones educativas para implementar temas de cultura de paz y habilidades para la vida. Se sensibiliza a líderes comunitarios y se promueve la participación ciudadana en la eliminación de la VBG. También se trabaja en centros laborales para identificar y eliminar manifestaciones de violencia y acoso sexual. Las acciones de promoción se adaptan a las diferentes etapas de vida.

- **Recuperación:** Implica la detección, atención, tratamiento y referencia de casos de VBG. El personal de salud debe estar sensibilizado y capacitado para identificar signos y síntomas. Se debe realizar una búsqueda activa de casos utilizando la ficha de tamizaje. La atención debe ser oportuna, brindando consejería y creando espacios diferenciados para adolescentes y gestantes. Se debe referir a establecimientos de mayor complejidad o a otras instituciones de la comunidad para garantizar diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y apoyo legal, psicológico y emocional. Se deben registrar las atenciones en la Historia Clínica y la Ficha de Tamizaje.
 - **Detección:** El personal de salud debe estar alerta a signos físicos (hematomas, cicatrices, lesiones inexplicables, etc.) y psicológicos (desconfianza, ansiedad, depresión, aislamiento, etc.). También se deben observar signos en la pareja de la persona atendida (lesiones, agresividad, impedir que la mujer hable o reciba atención). Se utilizan preguntas específicas para detectar situaciones de VBG.
 - **Atención:** En los puestos de salud, se designa personal para consejería y referencia. En centros de salud y hospitales, la responsabilidad recae en personal de psicología, psiquiatría, ginecología, obstetricia o personal capacitado en consejería en VBG. Los casos de VBG se atienden como emergencia. Se debe garantizar privacidad, comodidad, información sobre redes de apoyo y contar con los instrumentos necesarios (guía de atención integral, protocolos, fichas). El proceso de atención debe propiciar el diálogo, brindar mensajes positivos, apoyo emocional, evaluar el riesgo y presentar alternativas y planes de emergencia, respetando las decisiones de la persona. En casos de violencia sexual, se sigue un protocolo específico. Se requiere consentimiento informado para exámenes y evaluaciones. Se debe realizar una valoración integral que incluya examen físico, anamnesis y evaluación del riesgo. Se debe registrar un diagnóstico utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).
- **Rehabilitación:** Es un proceso especializado para la recuperación emocional de las víctimas, a cargo de especialistas en salud mental en el segundo y tercer nivel de atención, posterior a la referencia. Se realizan coordinaciones con el establecimiento que refirió el caso y se realiza la contrarreferencia al culminar el proceso. Se debe brindar tratamiento físico, soporte emocional y tratamiento psicológico, evitando prescribir medicamentos que alteren el estado de ánimo en situaciones de alto riesgo.
- **Referencia, Contrarreferencia y Seguimiento:** Después de la atención, se brindan citas para consejería o tratamiento. La referencia se realiza desde puestos y centros de salud a niveles de mayor capacidad resolutive. Se utilizan la Ficha de Tamizaje y la Historia Clínica para el registro. En caso de inasistencia a citas, se puede realizar visita domiciliaria. Se debe referir a hospitales de tercer nivel si la gravedad del caso lo amerita y a servicios de salud mental si existen problemas en esta área. Si es necesario preservar la integridad

de la persona, se debe referir a defensorías, fiscalías, policía o casas refugio, con carácter voluntario y reserva. El registro de los casos de VBG es obligatorio.

3.8. Marco Normativo de Referencia

El Perú cuenta con un marco normativo nacional e internacional para prevenir, atender, sancionar y erradicar la VBG.

- **Marco Normativo Internacional:** Incluye la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y su Recomendación General N° 19, la Convención contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, la Declaración y Programa de Acción de Viena, y la Convención de Belem do Pará.
- **Marco Normativo Nacional:** Comprende la Constitución Política del Perú, la Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar (Ley N° 26260 y sus modificatorias), leyes que modifican el Código Penal incrementando penas por lesiones en contextos de violencia familiar, la Ley General de Salud, leyes que establecen la gratuidad de certificados médicos y atención a víctimas, la Ley que establece la acción penal pública en delitos contra la libertad sexual, el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes, el Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer, el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades, el Plan Nacional de Derechos Humanos y diversas Resoluciones Ministeriales del MINSA que aprueban guías, normas y estrategias relacionadas con la atención integral de la VBG.

5. Examen

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada caso y seleccione la alternativa que considere correcta.

1. **Caso:** Una mujer llega al consultorio refiriendo que su pareja revisa constantemente su teléfono, le prohíbe hablar con sus amigas y la insulta diciéndole que no sirve para nada. ¿Qué tipo de violencia está experimentando principalmente? a) Violencia física b) **Violencia psicológica o emocional** c) Violencia sexual d) Violencia por abandono
2. **Caso:** Un niño de 8 años llega a la consulta con moretones en la espalda y manifiesta tener miedo de ir a casa porque su papá "le pega cuando se porta mal". ¿Qué tipo de violencia se sospecha? a) Violencia psicológica b) Violencia sexual c) **Violencia física** d) Violencia económica
3. **Caso:** Una adolescente embarazada revela durante su control prenatal que su pareja la obliga a tener relaciones sexuales sin protección y la cela constantemente. ¿Qué tipo de violencia está sufriendo? a) Solo violencia psicológica b) Solo violencia física c) Violencia por abandono d) **Violencia sexual y psicológica**

4. **Caso:** Según la información de la guía, ¿en qué ciudad del Perú se reportó una mayor prevalencia de violencia física contra la mujer en un estudio de la OMS del 2002? a) Lima b) **Cuzco** c) Arequipa d) Trujillo
5. **Caso:** ¿Cuál de las siguientes fases NO forma parte del ciclo de la violencia descrito en la guía? a) Aumento de la tensión b) Incidente agudo de agresión c) Amabilidad, arrepentimiento y comportamiento cariñoso d) **Negación y minimización de la violencia por la víctima**
6. **Caso:** ¿Qué acción primordial debe realizar el personal de salud ante la detección de un caso de violencia sexual reciente? a) Interrogar detalladamente sobre lo sucedido para fines legales inmediatos. b) **Brindar apoyo emocional y activar el protocolo de atención específico.** c) Citar inmediatamente a la familia del agresor. d) Realizar el examen físico sin informar a la víctima para no revictimizarla.
7. **Caso:** ¿Qué instrumento se menciona en la guía para la detección activa de casos de Violencia Basada en Género en los establecimientos de salud? a) Historia Clínica detallada b) **Ficha de Tamizaje de la VBG** c) Registro de atenciones de emergencia d) Encuesta de satisfacción del usuario
8. **Caso:** ¿A qué nivel de atención del MINSA corresponde principalmente la atención especializada en la rehabilitación emocional de víctimas de VBG? a) Primer nivel b) **Segundo y tercer nivel** c) Nivel comunitario d) Todos los niveles por igual
9. **Caso:** ¿Qué principio fundamental debe guiar la atención integral de las personas afectadas por VBG, según la guía? a) Imparcialidad absoluta hacia el agresor y la víctima b) Priorización de la denuncia policial inmediata c) **Respeto a la dignidad de la persona y sus derechos** d) Enfoque exclusivo en la salud física de la víctima
10. **Caso:** ¿Qué convención internacional clave se menciona en la guía por definir la Violencia Basada en Género como una forma de discriminación? a) Declaración Universal de los Derechos Humanos b) Convención Americana sobre Derechos Humanos c) **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)** d) Convención de Belem do Pará
11. **Caso:** Un establecimiento de salud del primer nivel detecta un caso de violencia física grave. ¿Cuál debería ser el siguiente paso según la guía? a) Brindar tratamiento ambulatorio inmediato. b) **Referir a un establecimiento de mayor capacidad resolutive.** c) Citar a la persona agresora para una conciliación. d) Esperar a que la víctima decida si quiere denunciar.
12. **Caso:** ¿Qué acción se recomienda para el personal de salud al realizar preguntas de detección de VBG si la persona no manifiesta espontáneamente una situación de violencia? a) Insistir de manera confrontativa hasta obtener una respuesta. b) **Llevar a cabo las preguntas del Cuestionario de Detección evitando la brusquedad y tratando de ser**

progresivos. c) Asumir que si no lo dice, no está sucediendo. d) Preguntar directamente a algún familiar acompañante.

13. **Caso:** Según la guía, ¿quiénes son considerados personas afectadas o vinculadas por la VBG que pueden requerir servicios de salud? a) Solo la víctima directa. b) Solo la víctima directa y el agresor. c) **La víctima, el agresor, familiares y otras personas (hijas, hijos y otros).** d) Solo las mujeres que sufren violencia.
14. **Caso:** ¿Qué tipo de violencia se caracteriza por la omisión de satisfacer las necesidades básicas de un miembro de la familia? a) Violencia física b) Violencia psicológica c) Violencia sexual d) **Violencia por abandono o negligencia**
15. **Caso:** En el contexto de la atención a víctimas de violencia sexual, ¿qué se recomienda respecto a la ropa de la persona afectada para la recolección de evidencia? a) Lavarla inmediatamente para evitar contaminación. b) Guardarla húmeda en una bolsa de plástico. c) **Dejarla secar al aire y guardarla en una bolsa de papel, separando la ropa exterior de la interior.** d) Desecharla si presenta fluidos para evitar riesgos biológicos.

Clase 5: Planificación Familiar

2. Introducción

La planificación familiar es un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a mujeres y hombres en edad fértil. **Dentro de estas se incluye la** información, educación, orientación/consejería, y la prescripción y provisión de métodos anticonceptivos. **La finalidad de la planificación familiar es permitir que** las personas o parejas ejerzan su derecho a decidir libre y responsablemente si quieren o no tener hijos, así como el número y el espaciamiento entre ellos. **Esta clase tiene como objetivo general** establecer las disposiciones relacionadas con los procesos vinculados a la atención integral en planificación familiar, con calidad y seguridad, en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, según corresponda. **Sus objetivos específicos incluyen** estandarizar los procedimientos técnicos, establecer responsabilidades administrativas y logísticas para la disponibilidad de métodos, y mejorar la prestación del servicio.

3. Desarrollo Extenso

La planificación familiar abarca diversos aspectos fundamentales para garantizar una atención integral y de calidad.

3.1. Marco Conceptual y Legal

- La planificación familiar se define como un **conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones** que buscan capacitar a las personas y parejas para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva.
- Esta se enmarca en los **derechos humanos, sexuales y reproductivos**, con **enfoques de equidad de género, integralidad, interculturalidad e inclusión social**.
- La atención en planificación familiar debe ser ofrecida de manera **gratuita en todos los establecimientos de salud públicos del país**.
- Existe una **base legal** que sustenta la provisión de servicios de planificación familiar. Algunas normativas relevantes incluyen la **Resolución Ministerial N° 399-2015-MINSA** y la **Resolución Ministerial N° 101-2016/MINSA**.

3.2. Objetivos de la Planificación Familiar

- **Objetivo General:** Establecer las disposiciones para la atención integral en planificación familiar con calidad y seguridad en los establecimientos de salud.
- **Objetivos Específicos:**

- **Estandarizar los procedimientos técnicos** para la atención en planificación familiar, respetando los derechos humanos y con enfoque de equidad, integralidad, interculturalidad e inclusión.
- **Establecer las responsabilidades y procedimientos** para asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos en establecimientos públicos.
- **Establecer criterios para la atención integral** con respeto, promoción de derechos, prevención de violencia y enfoque de género.
- **Mejorar la prestación del servicio** mediante procedimientos estandarizados y mejora de competencias del personal.

3.3. Ámbito de Aplicación y Niveles de Atención

- La presente normativa es de aplicación en **todos los establecimientos de salud**.
- Las actividades de planificación familiar se realizan en **todos los niveles de atención** del Sistema de Salud.
- Los **ambientes** para la atención varían según la categoría del establecimiento y sus funciones obstétricas neonatales, incluyendo **consultorios externos, consultorios de planificación familiar, hospitalización y centros quirúrgicos**.

3.4. Disposiciones Generales

- **Se establecen** definiciones operativas **clave, como** atención integral con énfasis en salud sexual y reproductiva para adolescentes, consentimiento informado, consejería pre y post test para VIH, consultorio de planificación familiar, mezcla anticonceptiva, mujeres en edad fértil, orientación/consejería, periodo de reabastecimiento, personas iletradas, planificación familiar, plan operativo, PEPE, proceso de mejoramiento continuo de la calidad, sedoanalgesia, sesión educativa, y sistema de información.
- El **consentimiento informado** es el acto por el cual una persona expresa voluntariamente su aceptación para un procedimiento anticonceptivo, basado en información detallada. Este derecho es distinto al consentimiento para tratamiento médico.
- La **atención en planificación familiar** incluye la historia clínica, orientación/consejería y la provisión de métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia de manera gratuita. Estos métodos pueden ser **temporales** (incluyendo métodos de abstinencia periódica como el ritmo, Billings y el método de los días fijos) y **definitivos** (AQV femenina y masculina). Progresivamente se podrán incorporar otros métodos.
- La atención debe ser brindada por **personal de salud capacitado**, que puede incluir médicos gineco-obstetras, médicos generales, obstetras y otro personal según el nivel de complejidad del establecimiento y el método anticonceptivo.

- En caso de **complicaciones** por el uso de métodos anticonceptivos, el manejo debe estar a cargo de un médico gineco-obstetra, o en su ausencia, por un médico general u obstetra capacitado.
- La atención debe ser **inclusiva**, prohibiéndose todo trato discriminatorio.
- Las/los usuarias/os tienen **derechos** en relación con la planificación familiar, como recibir información completa y decidir libremente sobre el número y espaciamiento de sus hijos. También tienen **responsabilidades** al utilizar los servicios.

3.5. Enfoques en la Atención

La atención en salud sexual y reproductiva se basa en diversos enfoques:

- **Promoción de la salud sexual y reproductiva:** Fomentar prácticas y entornos saludables, desarrollando habilidades personales y generando mecanismos administrativos y políticos que faciliten el control y mejora de la salud sexual y reproductiva. Esto incluye actividades de información y sensibilización a la comunidad y autoridades.
- **Prevención de enfermedades relacionadas:** Implementar procesos para la prevención de ITS/VIH, incluyendo la orientación/consejería y tamizaje serológico en mujeres en edad fértil que acuden a planificación familiar.
- **Orientación/Consejería:** Proceso de comunicación interpersonal para brindar la información necesaria para tomar decisiones voluntarias e informadas, además de apoyo para el análisis y solución de problemas de salud. Se debe brindar a toda persona interesada en espaciar o limitar sus hijos. Se deben abordar dudas sobre métodos anticonceptivos, sus características, mecanismos, eficacia, beneficios, contraindicaciones, efectos colaterales y signos de alarma. Se debe dar orientación diferenciada a usuarias/os que soliciten métodos permanentes, con limitaciones físicas o psíquicas, en el postparto o postaborto, personas iletradas, en situación de violencia sexual, viviendo con VIH/SIDA, con antecedentes de tumores hormonodependientes o enfermedades sistémicas graves, con procesos tromboembólicos, adolescentes y otros que lo soliciten. Se seguirá el **Modelo de los cinco pasos** para la orientación/consejería. La **Anticoncepción de Emergencia (AE)** puede ser utilizada en situaciones de relaciones sexuales sin protección, violación o falla del método, previa consejería.

3.6. Componentes de la Planificación Familiar

La atención integral en planificación familiar se organiza en cuatro componentes principales:

- **Componente de Prestación:** Incluye las atenciones directas a las/los usuarias/os:
 - **Evaluación clínica:** Anamnesis y examen físico.
 - **Selección del método:** Identificación de los métodos más apropiados.

- **Prescripción del método:** Considerando mecanismo de acción, contraindicaciones, características, efectividad, efectos secundarios, forma de uso y seguimiento.
- **Aplicación o entrega de métodos:** En ambientes privados, registrando en la historia clínica. A usuarias nuevas se les brindará atención integral de salud sexual y reproductiva, incluyendo examen de mamas, Papanicolaou y tamizaje de violencia y VIH.
- **Atención de otras necesidades de salud:** Según lo detectado en la evaluación.
- **Control y Seguimiento:** Evaluación de la conformidad con el método, estado de salud, uso correcto y efectos secundarios. Se realizarán controles sucesivos y se suministrarán los métodos según el esquema. Se deben realizar coordinaciones para el seguimiento y facilitar el flujo de usuarias/os. En usuarias/os de abstinencia periódica se evaluará la identificación de los períodos y la satisfacción.
- **Componente de Organización:** Define la estructura para la prestación de la atención:
 - **Ambientes:** Deben contar con privacidad visual y auditiva, área aislada para examen físico y ginecológico, baño propio y estar acondicionado para la presencia de la pareja. Deben contar con los insumos, materiales, equipos y mobiliarios necesarios.
 - **Área para métodos definitivos (AQV):** En establecimientos de categorías II-1, II-2, III-1, III-2 con centro quirúrgico.
 - **Atención según competencia del personal:** El personal debe realizar atenciones según su capacitación y actualizarse permanentemente.
- **Componente de Gestión:** Asegura la planificación, disponibilidad y seguimiento de las actividades:
 - **Programación de actividades:** Considerando la orientación/consejería y la atención para cada tipo de método anticonceptivo (naturales, MELA, inyectables, orales, implantes, DIU, AQV y AE), definiendo la frecuencia de atención y los exámenes complementarios.
 - **Disponibilidad de métodos anticonceptivos:** Estableciendo responsabilidades para el suministro a nivel nacional, regional y en los establecimientos de salud, coordinando la programación, adquisición y distribución. Se debe utilizar el sistema **PEPE**.
 - **Sistema de Información:** Se debe disponer de indicadores de salud y recolectar información a través del **HIS** y otros formularios para la toma de decisiones y mejora de la calidad. Se deben registrar las atenciones y realizar el seguimiento de las/los usuarias/os. Se deben evaluar indicadores como la captación de usuarias nuevas, la necesidad insatisfecha, el porcentaje de mujeres en edad fértil orientadas, el porcentaje de puérperas informadas, el porcentaje de mujeres con aborto

incompleto informadas y la disponibilidad de métodos. También se realiza la **evaluación del desempeño del personal** y se implementan **guías de buenas prácticas**.

- **Componente de Financiamiento:** Asegura los recursos necesarios para la planificación familiar.

3.7. Procedimientos para la Aplicación de Métodos Anticonceptivos

- **Selección y prescripción:** Se debe considerar el perfil de la/el usuaria/o y múltiples factores individuales y del contexto, con personal capacitado en la eficacia de los anticonceptivos, signos y síntomas de patologías graves, patologías que hacen riesgoso el embarazo y criterios médicos de elegibilidad.
- **Métodos de abstinencia periódica:** Basados en el reconocimiento de períodos fértiles e infértiles. Incluyen el método del ritmo, del moco cervical (Billings) y de los días fijos o del collar. Se detalla su fundamento fisiológico, efectividad, posibles dificultades, forma de uso y programación de seguimiento.
- **Condón masculino y femenino:** Se describe su forma de uso y programación de seguimiento.
- **Anticonceptivos orales combinados:** Se detalla su mecanismo de acción, tasa de falla, posibles efectos secundarios, forma de uso y programación de seguimiento.
- **Parche combinado:** Se describe su forma de uso y programación de seguimiento.
- **Anillo vaginal combinado:** (No se detalla específicamente en los extractos).
- **Anticonceptivo hormonal de sólo progestágenos inyectable trimestral:** (No se detalla específicamente en los extractos).
- **Implante subdérmico:** Se describe su tasa de falla, posibles efectos secundarios, forma de inserción y programación de seguimiento.
- **Dispositivo Intrauterino (DIU) con levonorgestrel y de cobre:** Se describe su tasa de falla, posibles efectos o complicaciones, forma de inserción y programación de seguimiento.
- **Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) Femenina (Ligadura de Trompas):** Se detallan los criterios, tasa de falla, posibles efectos colaterales, requisitos previos (orientación, consentimiento informado, evaluación médica) y programación de seguimiento.
- **Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) Masculina (Vasectomía):** Se detallan los criterios, tasa de falla, posibles efectos colaterales, requisitos previos (orientación, consentimiento informado) y programación de seguimiento. Se incluye un modelo de consentimiento informado.

- **Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE):** Se describe su uso, tiempo de administración, efectividad, tipos de píldoras y programación de seguimiento, especialmente en casos de violación.
- **Anticoncepción Post Parto:** Se destaca la oportunidad de educar sobre espaciamiento de hijos y métodos anticonceptivos. Se menciona el método de Lactancia Materna Exclusiva y Amenorrea (MELA) y la importancia de la orientación/consejería.

4. Ejemplos de Aplicación

1. **Caso 1: Primera consulta de planificación familiar.** María, de 25 años, acude a su centro de salud para recibir información sobre métodos anticonceptivos. La obstetra, siguiendo el **modelo de los cinco pasos para la consejería**, establece una relación cordial, identifica las necesidades de María (quien desea un método temporal y efectivo), responde a sus preguntas sobre diferentes opciones (píldoras, inyectables y DIU), verifica su comprensión sobre el método que elige (píldoras combinadas), y mantiene una relación cordial indicándole los controles y signos de alarma. Se le realiza un examen de mamas y se le ofrece la toma de Papanicolaou.
2. **Caso 2: Solicitud de método definitivo.** Juan, de 35 años y con tres hijos, decide solicitar una vasectomía. Recibe **dos sesiones de orientación/consejería especializada** donde se le informa sobre los métodos temporales, la naturaleza permanente de la vasectomía, los riesgos y complicaciones, y se le explica el procedimiento. Tras un **periodo de reflexión de al menos 72 horas**, Juan firma el **consentimiento informado** y se programa la intervención en un establecimiento de salud de categoría adecuada.
3. **Caso 3: Anticoncepción de emergencia.** Ana, de 20 años, tuvo una relación sexual sin protección hace 24 horas. Acude al servicio de salud donde recibe **orientación/consejería** sobre la AE, su uso dentro de las 72 horas para mayor eficacia, y se le explica que no es un método de uso regular. Se le ofrece la AE y se le brinda información sobre otros métodos de planificación familiar para evitar futuros eventos.

5. Examen

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada caso y seleccione la alternativa correcta.

1. **Caso:** Luisa, de 18 años, busca un método anticonceptivo en el centro de salud. El personal de salud, de acuerdo a la normativa, debe: a) Informarle solo sobre métodos para personas mayores de edad. b) Negarle la atención por ser menor de edad. c) **Brindarle todos los servicios de planificación familiar disponibles.** d) Informarle que necesita la autorización de sus padres.
2. **Caso:** Carlos pregunta sobre la eficacia de los métodos anticonceptivos. El personal de salud debe informarle que la eficacia, a) Es la misma para todos los métodos. b) Solo

- depende del método elegido. c) Solo depende del uso correcto. d) **Depende del uso consistente y correcto, y de cómo se usa comúnmente el método.**
3. **Caso:** Una mujer solicita la ligadura de trompas. Antes de la intervención, es **requisito indispensable:** a) Ser mayor de 35 años. b) Tener al menos cinco hijos. c) **Haber recibido dos sesiones de orientación/consejería previa y firmado el consentimiento informado.** d) Tener la aprobación de su pareja por escrito.
 4. **Caso:** En un establecimiento de salud de categoría I-2, ¿en qué ambiente se debe brindar principalmente la atención en planificación familiar? a) Hospitalización. b) Centro Quirúrgico. c) **Consultorio Externo.** d) Domicilio de la usuaria.
 5. **Caso:** ¿Quién es el profesional de salud principalmente responsable del manejo de las complicaciones derivadas del uso de métodos anticonceptivos? a) Técnico en enfermería capacitado. b) Enfermero/a. c) Médico general. d) **Médico/a gineco-obstetra.**
 6. **Caso:** El principio de "Primero en Expirar, Primero en Entregar (PEPE)" se aplica en: a) La atención directa a las usuarias. b) La programación de actividades. c) **La administración de suministros anticonceptivos.** d) La elaboración de la historia clínica.
 7. **Caso:** ¿Cuál es la definición operativa de "Mujeres en Edad Fértil" según el documento? a) Mujeres que desean tener hijos. b) Mujeres sexualmente activas. c) **Mujeres cuyas edades se encuentran comprendidas entre los 15 a los 49 años.** d) Mujeres que no están embarazadas.
 8. **Caso:** La anticoncepción de emergencia debe utilizarse idealmente dentro de: a) 5 días posteriores a la relación sexual sin protección. b) **3 días posteriores a la relación sexual sin protección.** c) 7 días posteriores a la relación sexual sin protección. d) 1 día posterior a la relación sexual sin protección.
 9. **Caso:** ¿Cuál de los siguientes NO es un método de abstinencia periódica mencionado en el documento? a) Método del ritmo. b) Método de Billings. c) Método de los días fijos. d) **Uso de espermicidas.**
 10. **Caso:** El consentimiento informado en planificación familiar debe ser: a) Obtenido solo para métodos definitivos. b) Firmado por un familiar en caso de analfabetismo. c) **Voluntario y resultado de un proceso de información detallada.** d) Irrevocable una vez firmado.
 11. **Caso:** ¿Qué tamizaje se recomienda ofrecer a toda usuaria nueva de algún método anticonceptivo? a) Tamizaje de diabetes. b) Tamizaje de hipertensión. c) **Tamizaje con prueba rápida para VIH.** d) Tamizaje de cáncer de pulmón.
 12. **Caso:** El HIS es el: a) Formato para el consentimiento informado. b) Protocolo de manejo de complicaciones. c) **Sistema Único de Información utilizado para recolectar datos en salud.** d) Listado de métodos anticonceptivos disponibles.
 13. **Caso:** ¿Cuál es el primer paso recomendado en el modelo de los cinco pasos para la orientación/consejería en planificación familiar? a) Identificar las necesidades de la/el

usuaria/o. b) Responder a las necesidades de la/el usuaria/o. c) **Establecer una relación cordial.** d) Verificar la comprensión de la/el usuaria/o.

14. **Caso:** Para asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud públicos, ¿quién tiene la responsabilidad de realizar la compra centralizada? a) La Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. b) La DIRESA/GERESA. c) El establecimiento de salud. d) **El CENARES (Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud) o quien haga sus veces.**
15. **Caso:** En el seguimiento de usuarias/os de abstinencia periódica, ¿en qué se hará énfasis principalmente? a) En la entrega de insumos. b) **En averiguar el grado de identificación de los períodos de abstinencia y su satisfacción con el método.** c) En la programación de citas mensuales. d) En la realización de exámenes de laboratorio.

Clase 6: Lactancia Materna: Un Pilar Fundamental para la Salud y el Desarrollo Infantil y Materno

2. Introducción

La lactancia materna es reconocida mundialmente como la forma ideal de alimentar a los lactantes y niños pequeños, proporcionando beneficios inigualables tanto para el bebé como para la madre. Esta práctica ancestral y universal no solo satisface todas las necesidades nutricionales del niño durante los primeros seis meses de vida, sino que también lo protege contra infecciones, fortalece su sistema inmunológico y favorece su desarrollo integral. Para la madre, la lactancia materna contribuye a su recuperación posparto, reduce el riesgo de ciertas enfermedades y fortalece el vínculo afectivo con su hijo. A pesar de sus amplias ventajas, la lactancia materna no siempre es la primera opción para las madres, y el apoyo adecuado por parte de la familia, la comunidad y el personal de salud es crucial para su éxito. Esta clase tiene como objetivo brindar una comprensión integral de la lactancia materna, abordando sus beneficios, técnicas, posibles desafíos y el papel fundamental del apoyo en su promoción y protección.

3. Desarrollo Extenso

3.1. Definición y Fundamentos de la Lactancia Materna

- La lactancia materna se define como un **acto natural y un comportamiento aprendido** mediante el cual se proporciona el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo sano de los lactantes.
- Es un **derecho fundamental del recién nacido** y la mejor opción para su supervivencia en la primera hora de vida.
- Constituye la **fuentes natural e idónea de alimentación** para bebés y niños pequeños.
- La producción de leche materna en las primeras etapas está bajo **control endocrino**, mientras que en una segunda etapa depende del **vaciamiento del pecho**. La succión del bebé estimula la producción de prolactina y el reflejo de oxitocina, claves para la producción y eyección de la leche. El **factor inhibidor de la leche materna (FIL)** detiene la producción cuando el pecho permanece lleno.

3.2. Beneficios de la Lactancia Materna

- **Para el Bebé:**
 - Nutrición ideal **que se adapta a sus necesidades cambiantes**.
 - Protección contra infecciones **respiratorias y diarreicas agudas**. El calostro, la

- Refuerza el sistema inmunológico.
- Favorece el desarrollo físico y emocional.
- Genera un mayor coeficiente intelectual.
- Refuerza el vínculo afectivo madre-niño.
- Reduce el riesgo de anemia temprana, alergias e intolerancia a la leche.
- Promueve una adecuada dentición y desarrollo del habla.
- Disminuye el riesgo de algunas enfermedades crónicas y obesidad.
- Ayuda a la eliminación del meconio, evitando la ictericia neonatal.
- **Para la Madre:**
 - Promueve mayor satisfacción y fortalece la autoestima.
 - Favorece la mejor recuperación fisiológica post parto.
 - Contribuye a la disminución del peso y del riesgo de obesidad.
 - Genera menor posibilidad de cáncer de ovario y de mama, así como de osteoporosis.
 - Reduce la probabilidad de embarazo (método MELA) **bajo ciertas condiciones.**
 - Permite proporcionar de manera sencilla un alimento natural, apropiado, ecológico y económico.
 - Reduce la ausencia laboral **por enfermedad del bebé.**
 - Disminuye el riesgo de hemorragias posparto y evita la mastitis.

3.3. Inicio y Mantenimiento de la Lactancia Materna

- **Inicio Temprano:** Se recomienda iniciar la lactancia materna **en la primera hora de vida.** El contacto piel a piel inmediato al nacimiento facilita la orientación del bebé hacia el pezón y estimula la lactancia.
- **Alojamiento Conjunto:** Mantener al bebé junto a la madre **día y noche** facilita la lactancia a demanda y fortalece el vínculo.
- **Técnicas de Amamantamiento:**
 - **Posición:** La madre debe estar cómoda con la espalda, pies y pecho apoyados. El bebé debe tener la cabeza y el cuerpo alineados, cerca del cuerpo de la madre, sostenido de forma que su nariz no esté obstruida por el pezón. Se pueden utilizar diversas posiciones como la posición clásica, debajo del brazo, acostada, de caballito y en canasta.
 - **Agarre:** La boca del bebé debe estar bien abierta, el labio inferior volteado hacia afuera, el mentón tocando el pecho y debe verse más areola por encima que por debajo de la boca. Un agarre correcto evita dolor en el pezón y asegura una adecuada transferencia de leche.
 - **Succión:** Las mamadas deben ser lentas y profundas, con pausas. Las mejillas del bebé deben estar redondeadas al succionar y se puede escuchar cuando deglute.

- **Frecuencia y Duración:** La lactancia debe ser **a demanda**, tanto de día como de noche (aproximadamente 8 a 12 veces en 24 horas). La duración de cada mamada puede variar.
- **Señales de Suficiente Leche:** El bebé queda tranquilo y satisfecho, tiene un peso adecuado, orina varias veces al día (4 a 6 veces a partir de los 3 días) y su orina es clara.

3.4. Retos Comunes y Soluciones

- **Pezones Dolorosos y Grietas:** Generalmente se deben a una **posición y agarre inadecuados** o a una disfunción motora oral. Es importante corregir la técnica de amamantamiento.
- **Congestión Mamaria:** Se presenta con pechos endurecidos, dolorosos, tensos, brillantes y enrojecidos, con dificultad para la salida de leche. Se recomienda **amamantar frecuentemente**, aplicar compresas tibias antes de la toma y frías después, y realizar extracción manual si es necesario.
- **Baja Producción de Leche:** La producción de leche está directamente relacionada con la **frecuencia y efectividad de la succión**. Amamantar a demanda y asegurar un buen agarre son clave. El estrés y la inseguridad pueden obstaculizar la producción.
- **Confusión de Succión:** El uso de **biberones y chupones** puede dificultar el agarre correcto al pecho debido a la diferencia en la técnica de succión. Se recomienda evitarlos, especialmente al inicio.

3.5. Extracción, Almacenamiento y Administración de Leche Materna

- **Razones para la Extracción:** Alimentar a bebés prematuros o con dificultades para mamar, aliviar la congestión, separación madre-bebé por trabajo o enfermedad.
- **Métodos de Extracción:** Manual o con bombas (manuales o eléctricas). La **extracción manual** es sencilla y con menor riesgo de contaminación.
- **Higiene:** Lavarse las manos y utilizar recipientes limpios y con tapa.
- **Almacenamiento:** A temperatura ambiente (6-8 horas), refrigerada (72 horas) o congelada (varios meses, dependiendo del congelador). Es importante separar la leche en porciones según la necesidad del bebé.
- **Administración:** Preferiblemente con **taza o cuchara**, especialmente en bebés pequeños, para evitar la confusión de succión. La leche debe atemperarse, evitando el calentamiento directo.

3.6. Lactancia Materna Prolongada y Alimentación Complementaria

- Se recomienda la **lactancia materna exclusiva hasta los seis meses** de edad.
- A partir de los seis meses, se debe iniciar la **alimentación complementaria** con alimentos seguros, nutritivos y apropiados para la edad, **manteniendo la lactancia materna hasta**

los dos años o más. La leche materna sigue siendo una fuente importante de nutrientes y protección.

3.7. Derechos Relacionados con la Lactancia Materna

- **Derechos en Salud:** Toda gestante debe conocer los beneficios de la lactancia y sus derechos al momento del parto. Los establecimientos de salud deben garantizar el contacto piel a piel y el alojamiento conjunto. Las madres tienen derecho a recibir apoyo y orientación sobre la técnica de lactancia. En caso de bebés prematuros u hospitalizados, se debe permitir el acceso de la madre y facilitar la alimentación con leche materna. La administración de sucedáneos solo debe realizarse bajo prescripción médica y en casos excepcionales.
- **Derechos Laborales:** Las madres tienen derecho a **licencia pre y postnatal**. El padre tiene derecho a **licencia por paternidad**. Existe el derecho a **permiso por lactancia materna** (1 hora diaria durante el primer año). Todo centro laboral con 20 o más mujeres en edad fértil debe contar con un **lactario institucional**.

3.8. El Papel del Personal de Salud y el Apoyo

- El personal de salud capacitado en consejería en lactancia materna juega un rol crucial en la promoción, protección y apoyo de esta práctica. Esto incluye brindar información clara, fortalecer la confianza de las madres, mejorar las técnicas de amamantamiento y solucionar problemas relacionados con la lactancia.
- Es fundamental abordar los factores individuales, del entorno (servicios de salud, comunidad, centros laborales) y estructurales (políticas públicas) que influyen en la lactancia materna.
- El **apoyo de la pareja, la familia y la comunidad** es esencial para el éxito de la lactancia. Los **grupos de apoyo a la lactancia** conformados por otras madres pueden brindar ayuda valiosa. Los establecimientos de salud deben promover estos grupos.

3.9. Mitos y Creencias sobre la Lactancia Materna

Es importante identificar y abordar respetuosamente los mitos y creencias erróneas sobre la lactancia materna, ya que pueden influir negativamente en la decisión y la práctica de las madres. Algunos mitos comunes incluyen la idea de que el calostro no es suficiente, que algunas madres no producen suficiente leche, que la lactancia debilita a la madre o afecta su belleza. Es crucial brindar información correcta y basada en evidencia.

3.10. Contraindicaciones de la Lactancia Materna

En la mayoría de las infecciones maternas, la lactancia materna no está contraindicada, e incluso puede ser beneficiosa para el bebé al recibir anticuerpos. Sin embargo, en el caso de **infección por VIH**, se debe evitar por completo la lactancia materna, y en Perú existe la obligación de proporcionar alimentación artificial gratuita a través del SIS.

4. Ejemplos de Aplicación

- **Caso 1: Dificultad en el Agarre.** Una madre primípara en su primer día posparto refiere dolor intenso al amamantar. La observación de la mamada revela que el bebé solo está succionando el pezón y no ha tomado suficiente areola en su boca. La consejera en lactancia explica la importancia de un agarre profundo, ayuda a la madre a posicionar correctamente al bebé y le enseña cómo lograr una boca bien abierta antes de acercarlo al pecho.
- **Caso 2: Regreso al Trabajo.** Una madre que amamanta exclusivamente a su bebé de cuatro meses debe regresar al trabajo en dos semanas. Está preocupada por cómo mantener la lactancia. La consejera en lactancia le informa sobre su derecho al permiso de lactancia y al lactario en su lugar de trabajo. Además, le enseña las técnicas de extracción y almacenamiento de leche materna para que pueda seguir ofreciéndole su leche durante su ausencia.
- **Caso 3: Congestión Mamaria.** Una madre de una semana posparto presenta pechos duros, dolorosos y enrojecidos. La consejera en lactancia le explica que se trata de congestión y le recomienda amamantar a su bebé con más frecuencia, iniciar cada toma del pecho más congestionado, aplicar calor húmedo antes de amamantar y compresas frías después, y realizar extracción manual suave si el bebé no drena bien el pecho.
- **Caso 4: Un Mito Común.** Una abuela le dice a la nueva madre que su leche al principio es "aguada" y no alimenta bien al bebé. La consejera en lactancia explica las características del calostro y su importancia para el bebé, destacando que es la primera vacuna y contiene todo lo que el recién nacido necesita en los primeros días.

5. Examen

Instrucciones: Elija la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas basadas en los casos presentados.

1. Una madre experimenta dolor en los pezones al amamantar. ¿Cuál es la causa más probable? a) Producción excesiva de leche. b) Infección bacteriana. c) **Agarre inadecuado del bebé al pecho.** d) Sensibilidad normal al inicio de la lactancia.
2. ¿Cuál es el principal beneficio del contacto piel a piel inmediato después del nacimiento? a) Asegurar que el bebé no pierda calor. b) Realizar exámenes médicos de rutina. c) **Facilitar el inicio temprano de la lactancia materna.** d) Permitir que la madre descanse después del parto.

3. Una madre que regresa al trabajo desea seguir ofreciendo leche materna a su bebé. ¿Qué derecho laboral la ampara para poder extraerse leche en su lugar de trabajo? a) Mayor salario por ser madre trabajadora. b) Extensión de la licencia postnatal. c) **Derecho a un lactario institucional si su centro laboral cuenta con 20 o más mujeres en edad fértil.** d) Permiso para llevar al bebé al trabajo.
4. ¿Cuál es la recomendación sobre la duración de la lactancia materna exclusiva? a) Hasta el primer mes de vida. b) Hasta los cuatro meses de vida. c) **Hasta los seis meses de vida.** d) Hasta el año de vida.
5. ¿Qué componente de la leche materna es especialmente rico en inmunoglobulinas y protege al recién nacido contra infecciones en los primeros días? a) Leche de transición. b) Leche madura. c) **Calostro.** d) Precalostro.
6. ¿Qué señal indica que un bebé está obteniendo suficiente leche materna? a) El bebé mama continuamente durante largas horas. b) La madre siente los pechos siempre llenos. c) **El bebé orina varias veces al día y gana peso adecuadamente.** d) El bebé eructa después de cada toma.
7. ¿Cuál es la forma más recomendada de administrar leche materna extraída a un bebé pequeño para evitar la confusión de succión? a) Biberón con tetina de flujo rápido. b) Biberón con tetina de flujo lento. c) **Taza o cuchara.** d) Jeringa directamente en la garganta.
8. ¿Qué factor puede obstaculizar la producción de leche materna? a) Pensar amorosamente en el bebé. b) Escuchar sonidos del bebé. c) **Estrés y preocupación.** d) Tener confianza en sí misma.
9. ¿Cuál es una práctica NO recomendada para aliviar la congestión mamaria? a) Amamantar frecuentemente. b) Aplicar compresas tibias antes de amamantar. c) Realizar extracción manual suave. d) **Descansar los pechos sin amamantar ni extraer leche.**
10. ¿Cuál es una condición en la que la lactancia materna generalmente NO está contraindicada? a) Infección por VIH materna. b) **Mastitis materna.** c) Consumo activo de drogas ilícitas por la madre. d) Galactosemia clásica en el bebé.
11. ¿Qué habilidad de consejería es fundamental para generar confianza en una madre que amamanta? a) Dar órdenes directas sobre cómo amamantar. b) Ignorar las preocupaciones de la madre. c) **Escuchar activamente y mostrar empatía.** d) Comparar su experiencia con la de otras madres.
12. ¿Hasta qué edad se recomienda mantener la lactancia materna complementada con otros alimentos? a) Hasta el año de edad. b) Solo hasta que salgan los primeros dientes. c) **Hasta los dos años o más.** d) Depende únicamente del deseo de la madre.
13. ¿Qué hormona está principalmente involucrada en la producción de leche materna? a) Oxitocina. b) Estrógeno. c) **Prolactina.** d) Beta-endorfina.

14. ¿Qué se debe hacer si una madre tiene pezones planos o invertidos y le dificulta la lactancia? a) Indicarle el uso exclusivo de biberón. b) Esperar a que el bebé crezca para intentarlo nuevamente. c) **Ayudarla a destacar el pezón con masajes suaves o la succión de su pareja antes de la toma.** d) Sugerir el uso de protectores de pezón desde el inicio.
15. ¿Cuál es la principal razón para evitar el uso de biberones y chupones en bebés que están aprendiendo a mamar? a) Son más caros que la lactancia materna. b) No proporcionan los mismos nutrientes que la leche materna. c) **Pueden causar confusión en la técnica de succión del bebé.** d) Son menos higiénicos que el pecho materno.

Clase 7: Salud Bucal en Gestantes: Fundamentos para una Atención Integral

2. Introducción

La salud bucal durante el embarazo es un aspecto crucial que impacta no solo en el bienestar de la madre, sino también en la salud del feto. Los cambios hormonales propios de la gestación pueden exacerbar ciertas condiciones bucales, haciendo necesario un cuidado y una atención estomatológica oportuna. Esta clase abordará los aspectos fundamentales de la salud bucal en gestantes, destacando la importancia de la prevención, el diagnóstico temprano y el manejo adecuado para garantizar una salud bucal óptima durante este periodo. El cirujano dentista tiene un rol fundamental en informar a la gestante sobre la importancia del cuidado de su salud bucal durante el embarazo y orientarla en el cuidado de la cavidad bucal del bebé.

3. Desarrollo Extenso

- **Importancia de la Atención Estomatológica Temprana:** Se recomienda que la gestante visite al cirujano dentista durante el **primer trimestre de gestación**. Esta visita temprana permite una evaluación oral completa, la identificación de riesgos y la implementación de medidas preventivas.
- **Riesgos de Enfermedades Periodontales:** El sangrado e inflamación de las encías en la gestante deben ser atendidos en un plazo no mayor de 48 horas por un cirujano dentista. Padeecer enfermedades periodontales durante el embarazo se ha asociado con un mayor **riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer**.
- **Higiene Bucal en Gestantes:** Se debe instruir a la gestante sobre una **adecuada higiene oral**, incluyendo el cepillado dental por todas las superficies de los dientes de forma ordenada, utilizando una pasta dental con **flúor mayor a 1000 ppm**, al menos dos veces al día (especialmente antes de dormir) y el uso diario de hilo dental. No se debe enjuagar después del cepillado, solo escupir el exceso de pasta.
- **Asesoría Nutricional:** Es fundamental recomendar a la gestante una **dieta balanceada** que incluya cereales, granos, vegetales, frutas, lácteos, carnes y leguminosas, **evitando el consumo de alimentos azucarados** como golosinas, galletas, gaseosas y jugos azucarados. Se debe enfatizar la importancia de **lavarse las manos antes de consumir alimentos** y de consumir **frutas y verduras lavadas**.
- **Lactancia Materna y Salud Bucal del Bebé:** Se debe informar a la gestante sobre la importancia de la **lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida** y fomentarla como un **factor protector** para el bebé. La lactancia materna reduce la susceptibilidad a infecciones y el riesgo de subnutrición, promueve el crecimiento y disminuye el riesgo de obesidad y enfermedades no transmisibles en el futuro. Además, se

debe orientar a la gestante sobre el cuidado de la salud bucal del bebé desde la aparición del primer diente y enfatizar la visita al odontólogo antes del primer cumpleaños.

- **Consumo de Tabaco y Alcohol:** Se debe advertir a la gestante sobre los efectos nocivos del **consumo de tabaco y alcohol**. El abuso de alcohol durante las primeras etapas del embarazo aumenta el riesgo de daños en el desarrollo del feto, ocasionando crecimiento facial anormal. El consumo de tabaco también es perjudicial para la salud general y bucal, y puede afectar negativamente el embarazo.
- **Visitas Odontológicas Periódicas:** Se debe recomendar a la gestante visitar al cirujano dentista por lo menos **dos veces al año** para un control y monitoreo de la salud bucal.
- **Manejo de Enfermedades Sistémicas:** En pacientes gestantes con enfermedades sistémicas como diabetes o enfermedades cardiovasculares, se debe recomendar la visita lo antes posible al cirujano dentista, ya que las condiciones bucales pueden agravar la enfermedad existente.
- **Sesiones Educativas y Demostrativas:** Los cirujanos dentistas y el personal de salud deben realizar **sesiones educativas y demostrativas** para la preservación de la salud bucal, haciendo énfasis en los factores de riesgo modificables que se comparten con las ENT. En estas sesiones se debe explicar la importancia de la salud bucal, los hábitos saludables y la técnica correcta de higiene oral con el uso de material de apoyo y práctica en maquetas.

4. Ejemplos de Aplicación

- **Caso 1: Gestante con gingivitis.** Una mujer en su segundo trimestre de embarazo acude a la consulta odontológica presentando encías enrojecidas, inflamadas y sangrantes al cepillado. El cirujano dentista debe realizar una evaluación periodontal, instruir sobre una técnica de higiene oral adecuada y realizar profilaxis dental. Se debe explicar la relación entre los cambios hormonales del embarazo y la exacerbación de la gingivitis, así como los riesgos para su salud y la del bebé si no se trata. Se debe programar controles periódicos.
- **Caso 2: Primera consulta odontológica de una gestante.** Una mujer embarazada de 10 semanas acude por primera vez al odontólogo. El cirujano dentista debe realizar una historia clínica completa, incluyendo antecedentes médicos y hábitos de higiene oral. Se realizará una exploración exhaustiva de la cavidad bucal para identificar cualquier condición preexistente. Se debe informar a la paciente sobre la importancia de mantener una buena salud bucal durante el embarazo, los riesgos asociados a la enfermedad periodontal, las recomendaciones de higiene oral y dieta, y la importancia de las visitas de control. Se debe fomentar la lactancia materna.
- **Caso 3: Asesoría sobre higiene bucal del bebé.** Una gestante en su tercer trimestre pregunta sobre cómo cuidar la salud bucal de su futuro bebé. El cirujano dentista debe orientarla sobre la importancia de la higiene oral desde la aparición del primer diente, la

técnica de limpieza con una gasa humedecida o un cepillo dental suave, y la recomendación de

la primera visita al odontólogo antes del primer cumpleaños. Se debe desaconsejar mojar el chupón en sustancias azucaradas.

5. Examen: Salud Bucal en Gestantes

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada caso y seleccione la respuesta correcta entre las alternativas presentadas.

1. **Caso:** María, una mujer embarazada de 12 semanas, nota que sus encías sangran fácilmente al cepillarse los dientes.
 - a) Es normal debido a los cambios hormonales y no requiere atención.
 - b) Debe aumentar la frecuencia y fuerza del cepillado para eliminar el sangrado.
 - c) Debe acudir a una consulta odontológica ya que el sangrado puede indicar gingivitis asociada al embarazo.
 - d) Debe usar enjuague bucal con alcohol para desinfectar la zona.
 - **Respuesta Correcta: c)**
2. **Caso:** Ana, en su primer trimestre de embarazo, pregunta cuándo debería realizar su primera visita al dentista.
 - a) Durante el segundo trimestre, cuando los síntomas del embarazo disminuyen.
 - b) Al final del embarazo, para asegurarse de tener una buena salud bucal antes del parto.
 - c) Lo antes posible, idealmente durante el primer trimestre.
 - d) Solo si experimenta dolor o molestias bucales.
 - **Respuesta Correcta: c)**
3. **Caso:** Luisa, gestante de 28 semanas, ha sido diagnosticada con enfermedad periodontal. ¿Cuál es el principal riesgo asociado a esta condición durante el embarazo?
 - a) Mayor probabilidad de desarrollar caries dental en la madre.
 - b) Riesgo aumentado de parto prematuro y bajo peso al nacer del bebé.
 - c) Mayor sensibilidad dental a los cambios de temperatura.
 - d) Desarrollo de manchas en los dientes del bebé.
 - **Respuesta Correcta: b)**
4. **Caso:** Sofía está embarazada de 6 meses y le han recomendado evitar alimentos azucarados para controlar su peso. ¿Cómo afecta esto a su salud bucal?
 - a) No tiene ningún impacto directo en su salud bucal.
 - b) Disminuye el riesgo de desarrollar caries dental.
 - c) Aumenta el riesgo de desarrollar enfermedad periodontal.
 - d) Puede causar erosión dental si consume muchas frutas ácidas.
 - **Respuesta Correcta: b)**

5. **Caso:** Carolina, quien acaba de dar a luz, pregunta sobre la importancia de la lactancia materna para la salud bucal de su bebé.
- a) La lactancia materna no tiene ningún efecto en la salud bucal del bebé.
 - b) La lactancia materna puede aumentar el riesgo de caries temprana.
 - c) La lactancia materna se considera un factor protector contra la maloclusión y las infecciones infantiles.
 - d) Es preferible el biberón con leche de fórmula para un mejor desarrollo dental.
 - **Respuesta Correcta: c)**
6. **Caso:** Andrea, embarazada de 15 semanas, nota un crecimiento exagerado de sus encías en algunas zonas. ¿Cuál podría ser la causa?
- a) Cepillado dental inadecuado.
 - b) Infección viral.
 - c) Cambios hormonales del embarazo que exacerban la respuesta a la placa bacteriana.
 - d) Deficiencia de vitaminas.
 - **Respuesta Correcta: c)**
7. **Caso:** Marta, en su segundo trimestre, está preocupada por tener que recibir anestesia local para un tratamiento dental. ¿Qué se le debe informar?
- a) La anestesia local siempre está contraindicada durante el embarazo.
 - b) Se pueden utilizar anestésicos locales seguros durante el embarazo, preferiblemente en el segundo trimestre.
 - c) Debe posponer cualquier tratamiento dental hasta después del parto.
 - d) Solo se puede utilizar anestesia general en casos de emergencia.
 - **Respuesta Correcta: b)**
8. **Caso:** Elena, gestante de 30 semanas, tiene la costumbre de picar entre horas alimentos ricos en azúcar. ¿Qué recomendación se le debe dar para proteger su salud bucal?
- a) Cepillarse los dientes inmediatamente después de cada ingesta.
 - b) Usar enjuague bucal con flúor después de cada ingesta.
 - c) Reducir la frecuencia del consumo de alimentos azucarados y optar por alternativas saludables.
 - d) No es necesario tomar precauciones especiales si se cepilla los dientes dos veces al día.
 - **Respuesta Correcta: c)**
9. **Caso:** Rocío, embarazada de 8 semanas, tiene náuseas matutinas frecuentes. ¿Qué recomendación puede ayudar a proteger sus dientes del ácido del vómito?
- a) Cepillarse los dientes inmediatamente después de vomitar.
 - b) Usar un enjuague bucal con bicarbonato de sodio después de vomitar y retrasar el cepillado por 30 minutos.

- c) Masticar chicle con azúcar para neutralizar el ácido.
- d) Beber jugo de naranja para reponer los electrolitos perdidos.
- **Respuesta Correcta: b)**

10. **Caso:** Patricia, en su primer trimestre, pregunta si el tratamiento de conducto es seguro durante el embarazo.

- a) Está totalmente contraindicado durante todo el embarazo.
- b) Se puede realizar, preferiblemente evitando radiografías innecesarias y utilizando protección plomada.
- c) Debe extraerse el diente afectado para evitar complicaciones.
- d) Solo se puede realizar si hay dolor intenso.
- **Respuesta Correcta: b)**

11. **Caso:** Una gestante con antecedentes de diabetes gestacional debe tener en cuenta en su salud bucal:

- a) No existe una relación especial entre diabetes gestacional y salud bucal.
- b) Puede tener mayor riesgo de enfermedad periodontal y debe mantener un control glucémico adecuado.
- c) Es más propensa a la hipersensibilidad dental.
- d) Debe evitar el uso de hilo dental para no irritar las encías.
- **Respuesta Correcta: b)**

12. **Caso:** ¿Cuál es la frecuencia mínima recomendada de visitas al dentista para una mujer embarazada sin problemas bucales previos?

- a) Una vez al final del embarazo.
- b) Cada tres meses.
- c) Dos veces durante el embarazo.
- d) Solo si presenta síntomas.
- **Respuesta Correcta: c)**

13. **Caso:** Laura, embarazada de 20 semanas, tiene preocupación por la salud bucal de su bebé después del nacimiento. ¿Qué se le debe aconsejar sobre la primera visita al odontólogo del bebé?

- a) Debe esperar hasta que salgan todos los dientes de leche.
- b) Debe realizarse al cumplir el primer año de edad.
- c) Debe realizarse al erupcionar el primer diente.
- d) No es necesaria una visita al odontólogo hasta la erupción de los dientes permanentes.
- **Respuesta Correcta: b)**

14. **Caso:** Una gestante que es fumadora pregunta sobre los riesgos para su salud bucal y la de su bebé. ¿Qué información es crucial proporcionarle?

- a) Fumar solo afecta a la salud pulmonar

- b) Fumar durante el embarazo aumenta el riesgo de enfermedad periodontal en la madre y puede afectar el desarrollo bucal del bebé.
- c) Debe cambiar a cigarrillos electrónicos para reducir los riesgos.
- d) Los riesgos desaparecen si deja de fumar durante el último trimestre.
- **Respuesta Correcta: b)**

15. **Caso:** Durante una sesión educativa para gestantes, ¿qué práctica de higiene bucal para el bebé se debe enfatizar desde la aparición del primer diente?

- a) Uso de enjuague bucal con flúor.
- b) Cepillado suave con un cepillo dental para bebés y una mínima cantidad de pasta dental con flúor.
- c) Limpieza con un palillo dental.
- d) No es necesario realizar higiene bucal hasta que tenga varios dientes.
- **Respuesta Correcta: b)**

Clase 8: Aspectos Legales en Obstetricia en el Perú

1. Introducción

La obstetricia es una especialidad médica que se ocupa del embarazo, el parto y el puerperio. En el contexto peruano, es crucial comprender los aspectos legales que rigen esta disciplina para garantizar la protección de los derechos de las madres y los recién nacidos, así como para asegurar la práctica ética y profesional de los obstetras. Esta clase abordará las normativas legales vigentes, los derechos de los pacientes y las responsabilidades del personal médico en el ámbito obstétrico.

2. Desarrollo

Los aspectos legales en obstetricia se pueden dividir en varias áreas clave:

- **Derechos de los pacientes** : Las mujeres tienen el derecho a recibir atención médica adecuada, a ser informadas sobre su estado de salud y participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento.
- **Consentimiento informado** : Es fundamental que los pacientes otorguen su consentimiento informado antes de cualquier procedimiento. Esto implica que deben recibir información clara sobre los riesgos, beneficios y alternativas de los tratamientos propuestos.
- **Responsabilidad profesional** : Los obstetras deben actuar con la debida diligencia y cuidado. En caso de negligencia, pueden enfrentar demandas legales.
- **Normativas de salud pública** : El Ministerio de Salud (MINSA) establece regulaciones que deben seguir las instituciones de salud, incluyendo protocolos para el manejo de emergencias obstétricas y la atención prenatal.
- **Ley de salud sexual y reproductiva** : Esta ley protege los derechos de las mujeres en relación con la planificación familiar y el acceso a servicios de salud reproductiva.

3. Examen

1. **Caso 1** : Una paciente no desea someterse a una cesárea recomendada por su obstetra. ¿Qué derecho tiene la paciente?
 - A) Obligación de realizar el procedimiento.
 - B) Derecho a rechazar el procedimiento.
 - C) Derecho a ser forzada a realizarlo.
 - D) Derecho a demandar al médico.
 - **Respuesta correcta** : B
2. **Caso 2** : Un obstetra realiza un procedimiento sin obtener el consentimiento informado. ¿Cuál es la posible consecuencia?
 - A) No pasa nada.
 - B) Puede ser demandado por negligencia.
 - C) Es premiado por su eficiencia.
 - D) El paciente no puede quejarse.
 - **Respuesta correcta** : B

3. **Caso 3 :** Una mujer embarazada presenta complicaciones. ¿Qué normativa debe seguir el médico?
- A) Actuar según su criterio personal.
 - B) Seguir los protocolos establecidos por el MINSA.
 - C) Ignorar las complicaciones.
 - D) Consultar solo con colegas.
 - **Respuesta correcta : B**
4. **Caso 4 :** Un paciente desea información sobre métodos anticonceptivos. Según la ley de salud sexual y reproductiva, ¿qué debe hacer el médico?
- A) Negarse a dar información.
 - B) Proporcionar información clara y precisa.
 - C) Derivarla a otro profesional.
 - D) No es su responsabilidad.
 - **Respuesta correcta : B**
5. **Caso 5 :** Una obstetra se niega a atender a una paciente por motivos personales. ¿Esto es legal?
- A) Sí, siempre.
 - B) No, debe atender a todos los pacientes.
 - C) Solo si hay una razón válida.
 - D) Depende del hospital.
 - **Respuesta correcta : B**
6. **Caso 6 :** Una paciente presenta complicaciones tras un parto. ¿Qué debe hacer la obstetra?
- A) Ignorar la situación.
 - B) Brindar atención inmediata y documentar el caso.
 - C) Derivarla a otro médico sin más.
 - D) Esperar a que se resuelva sola.
 - **Respuesta correcta : B**
7. **Caso 7 :** Una madre quiere que su hijo reciba una vacuna. ¿Qué derecho tiene?
- A) Ninguno.
 - B) Derecho a decidir sobre la salud de su hijo.
 - C) Derecho a ignorar las recomendaciones.
 - D) Derecho a exigir tratamientos no autorizados.
 - **Respuesta correcta : B**
8. **Caso 8 :** Un obstetra no informa sobre los riesgos de un procedimiento. ¿Qué podría enfrentar?
- A) Una promoción.
 - B) Una demanda por negligencia.
 - C) El agradecimiento de la paciente.
 - D) Ninguna consecuencia.
 - **Respuesta correcta : B**

9. **Caso 9** : Una mujer embarazada pide que se respete su deseo de un parto natural. ¿Qué debe hacer la obstetra?

- A) Ignorar su solicitud.
- B) Respetar su decisión siempre que no haya riesgos.
- C) Forzar un parto por cesárea.
- D) Derivarla a otro médico.

○ **Respuesta correcta** : B

10. **Caso 10** : Si un obstetra comete un error durante un procedimiento y la paciente sufre daños, ¿qué debe hacer?

- A) Ocultar el error.
- B) Informar a la paciente y documentar el hecho.
- C) Culpar al paciente.
- D) Negarse a hablar del asunto.

○ **Respuesta correcta** : B

11. **Caso 11** : ¿Qué información debe recibir una paciente sobre los métodos de parto?

- A) Solo lo que el médico crea conveniente.
- B) Información completa sobre opciones y riesgos.
- C) No debe recibir información.
- D) Solo lo que está estipulado por la ley.

○ **Respuesta correcta** : B

12. **Caso 12** : Una mujer desea realizarse un aborto legal. ¿Qué debe considerar?

- A) No hay opción legal en Perú.
- B) Deberá cumplir con los requisitos establecidos por la ley.
- C) Puede hacerlo sin restricciones.
- D) Depende del médico que la atienda.

○ **Respuesta correcta** : B

13. **Caso 13** : Si una obstetra actúa fuera de su competencia, ¿qué puede suceder?

- A) Recibirá reconocimiento.
- B) Puede ser sancionado legalmente.
- C) No pasará nada.
- D) Será promocionado.

○ **Respuesta correcta** : B

14. **Caso 14** : ¿Qué debe hacer una obstetra si sospecha de maltrato en una paciente embarazada?

- A) Ignorar la situación.
- B) Reportar a las autoridades competentes.
- C) Hablar con la pareja de la paciente.
- D) No intervenir.

○ **Respuesta correcta** : B

15. **Caso 15** : ¿Cuál es la ley que protege la salud sexual y reproductiva en Perú?

- A) Ley de Salud Pública.
- B) Ley de Salud Sexual y Reproductiva.
- C) Ley de Protección a la Maternidad.
- D) Ley de Derechos Humanos.
- **Respuesta correcta : B**

Clase 9: Prevención y Control del Cáncer de Mama: Guía de Práctica Clínica en el Primer Nivel de Atención

2. Introducción:

El cáncer de mama es una de las enfermedades más prevalentes y devastadoras a nivel mundial, afectando significativamente la salud y calidad de vida de las mujeres. En el Perú, es el cáncer más común en mujeres, con una alta incidencia y siendo una causa importante de mortalidad. La detección temprana a través del tamizaje es una estrategia fundamental para mejorar las tasas de supervivencia y la efectividad del tratamiento. Esta clase se basa en la "Guía de Práctica Clínica para el Tamizaje de Cáncer de Mama en el Primer Nivel de Atención", elaborada por el Instituto Nacional de Salud del Perú en respuesta a un requerimiento del Ministerio de Salud. El objetivo principal de esta guía es brindar recomendaciones informadas en la evidencia para la toma de decisiones en el tamizaje de cáncer de mama en mujeres de 40 a 69 años que acuden a los establecimientos de salud en el primer nivel de atención. Esta guía se enfoca en mujeres asintomáticas y no cubre procesos de diagnóstico, tratamiento o recuperación del cáncer de mama.

3. Desarrollo Extenso:

Esta sección abordará las principales recomendaciones y consideraciones para el tamizaje de cáncer de mama en el primer nivel de atención, según la guía:

- **Población Objetivo:** Mujeres de 40 a 69 años que acuden a los establecimientos de salud en el primer nivel de atención. La guía diferencia entre mujeres con **bajo riesgo** y **alto riesgo** de desarrollar cáncer de mama. Se considera bajo riesgo a aquellas que no cumplen con ningún criterio de alto riesgo. Los criterios de alto riesgo incluyen:
 - Antecedente personal de cáncer de mama.
 - Antecedente personal de carcinoma lobulillar in situ (CLIS) o hiperplasia ductal atípica (HDA).
 - Antecedente familiar en primer grado de mutación genética conocida (riesgo del 50% de ser portadora de la mutación genética).
 - Antecedente de radioterapia sobre la pared del tórax a una edad menor de 30 años.
 - Riesgo en el transcurso de la vida >30%, estimado por alguno de los modelos existentes para evaluar riesgo de cáncer de mama: IBIS, Gail, BOADICEA.
- **Tamizaje en Mujeres de Bajo Riesgo (40-69 años):**
 - **Examen Clínico de Mama (ECM):** Se sugiere realizar un ECM **cada dos años** por un profesional de salud como parte del tamizaje de cáncer de mama en mujeres asintomáticas de 40 a 69 años con bajo riesgo. Esta recomendación es **condicional a favor** con una **certeza de la evidencia moderada**. Se enfatiza su importancia en

mujeres sin acceso a otras tecnologías de tamizaje.

- **Mamografía:**
 - **Mujeres de 40 a 49 años:** Se sugiere realizar mamografía **cada dos años** para el tamizaje de cáncer de mama en mujeres asintomáticas y con bajo riesgo, después de un **proceso de decisión compartida** donde se expliquen los potenciales beneficios y daños, y la mujer acepte realizarse el examen. La recomendación es **condicional a favor** con una **certeza de la evidencia baja**.
 - **Mujeres de 50 a 69 años:** Se sugiere realizar mamografía **cada dos años** para el tamizaje de cáncer de mama en mujeres asintomáticas y con bajo riesgo. La recomendación es **fuerte a favor**.
- **Ultrasonografía Mamaria Suplementaria:** En mujeres con bajo riesgo, resultado de mamografía negativa y hallazgo de densidad mamaria incrementada categoría C o D, **no se recomienda realizar ultrasonografía mamaria suplementaria** en comparación con no realizarla. La recomendación es **condicional en contra** de la intervención.
- **Tomosíntesis (Mamografía 3D):** En mujeres asintomáticas de 40 a 69 años con bajo riesgo y densidad mamaria aumentada (categoría C o D) identificada en una mamografía previa, **no se puede establecer una recomendación a favor o en contra** del uso de tomosíntesis en lugar de mamografía como herramienta de tamizaje, debido a la falta de evidencia directa sobre desenlaces críticos como mortalidad.
- **Tamizaje en Mujeres de Alto Riesgo (40-69 años):**
 - Se sugiere usar **resonancia magnética (RM) adicional a la mamografía/ultrasonido** (dependiendo de la edad) en lugar de solo mamografía para el tamizaje de cáncer de mama en mujeres asintomáticas con alto riesgo. La recomendación es **condicional a favor**.
- **Consideraciones Metodológicas:** La guía se desarrolló siguiendo una metodología rigurosa que incluyó la formulación de preguntas clínicas en formato PICO, búsquedas sistemáticas de guías de práctica clínica previas y evidencia científica, evaluación de la calidad y certeza de la evidencia utilizando GRADE, y la elaboración de recomendaciones basadas en la metodología Evidence to Decision (EtD). El grupo elaborador estuvo conformado por profesionales de la salud con experiencia en el manejo del cáncer de mama y metodólogos.
- **Actualización de la Guía:** La guía tiene una vigencia de cinco años, y se realizará una revisión sistemática de la literatura para su actualización al final de este período.

4. Ejemplos de Aplicación:

- **Caso 1:** Mujer de 45 años, sin antecedentes familiares de cáncer de mama ni otros factores de alto riesgo, acude a su control de salud anual en el primer nivel de atención. Según la guía, se le podría ofrecer un examen clínico de mama y, tras una conversación sobre los beneficios y riesgos, se le podría sugerir una mamografía cada dos años.
- **Caso 2:** Mujer de 60 años, sin factores de riesgo conocidos para cáncer de mama, acude a su establecimiento de salud. Se le recomienda una mamografía de tamizaje cada dos años y se le ofrece un examen clínico de mama.
- **Caso 3:** Mujer de 48 años con antecedente de hiperplasia ductal atípica. Se considera de alto riesgo y se le debería ofrecer mamografía anual junto con resonancia magnética, según la recomendación para mujeres de alto riesgo.
- **Caso 4:** Mujer de 55 años, sin factores de riesgo, se realiza una mamografía que resulta negativa, pero se identifica densidad mamaria categoría D. Según la guía, no se recomienda de rutina realizar una ultrasonografía suplementaria en este caso.

5. Examen:

A continuación, se presentan 15 preguntas tipo caso con alternativas y sus respuestas correctas:

1. **Caso:** Mujer de 42 años, sin antecedentes familiares de cáncer de mama, pregunta sobre la frecuencia recomendada para realizarse una mamografía de tamizaje. a) Anual b) Cada 3 años c) Cada 2 años (**Correcta**) d) Solo si presenta síntomas
2. **Caso:** Mujer de 65 años, sin factores de riesgo para cáncer de mama, acude a su control de salud. ¿Qué método de tamizaje con mamografía se le recomienda? a) Anual b) Cada 3 años c) Cada 2 años (**Correcta**) d) Solo si presenta síntomas
3. **Caso:** Mujer de 48 años con antecedente familiar de cáncer de mama en su madre (diagnosticada a los 55 años). ¿Se considera esta mujer de alto riesgo según la guía? a) No necesariamente b) Sí, por el antecedente familiar en primer grado (**Correcta**) c) Solo si además tiene otros factores de riesgo d) Depende de la edad en que se diagnosticó a la abuela
4. **Caso:** Mujer de 50 años con resultado de mamografía negativa, pero con reporte de densidad mamaria categoría C. ¿Se recomienda realizar una ecografía mamaria adicional de rutina? a) Sí, para mejorar la detección b) Sí, en todos los casos de densidad mamaria c) No se recomienda de rutina (**Correcta**) d) Depende del criterio del médico
5. **Caso:** ¿Cuál es la edad de inicio recomendada para el tamizaje de cáncer de mama en mujeres de bajo riesgo según esta guía? a) 35 años b) 40 años (**Correcta**) c) 45 años d) 50 años
6. **Caso:** ¿Con qué frecuencia se sugiere realizar el examen clínico de mama en mujeres asintomáticas de bajo riesgo entre 40 y 69 años? a) Anual b) Cada 6 meses c) Cada 2 años (**Correcta**) d) Solo si la mamografía es anormal

7. **Caso:** ¿Qué debe ocurrir antes de sugerir una mamografía de tamizaje cada dos años a una mujer de 43 años sin factores de alto riesgo? a) Realizar primero un examen clínico de mama b) Explicarle los beneficios de la detección temprana c) Tener un proceso de decisión compartida y su aceptación (**Correcta**) d) Solicitar una autorización administrativa
8. **Caso:** ¿Cuál de los siguientes criterios NO clasifica a una mujer como de alto riesgo para cáncer de mama según la guía? a) Antecedente personal de cáncer de mama b) Antecedente familiar de cáncer de mama en un hermano (**Correcta**) c) Antecedente familiar en primer grado de mutación genética conocida d) Riesgo de vida >30% estimado por modelos
9. **Caso:** En mujeres de alto riesgo, ¿qué estudio de tamizaje adicional a la mamografía se sugiere? a) Ultrasonido mamario b) Tomosíntesis c) Resonancia magnética (**Correcta**) d) Termografía
10. **Caso:** ¿Cuál es el objetivo principal de la Guía de Práctica Clínica mencionada? a) Establecer protocolos de tratamiento para el cáncer de mama b) Brindar recomendaciones para el diagnóstico del cáncer de mama c) Informar la toma de decisiones en el tamizaje de cáncer de mama en el primer nivel de atención (**Correcta**) d) Evaluar la efectividad de diferentes terapias contra el cáncer de mama
11. **Caso:** La guía especifica que no cubre procesos de: a) Prevención primaria b) Tamizaje c) Diagnóstico, tratamiento o recuperación (**Correcta**) d) Educación para la salud
12. **Caso:** ¿Qué metodología se utilizó para evaluar la certeza de la evidencia en la elaboración de la guía? a) Metodología Delphi b) Metodología GRADE (**Correcta**) c) Metodología RAND/UCLA d) Metodología AGREE
13. **Caso:** ¿Quiénes son los principales usuarios de esta Guía de Práctica Clínica? a) Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama b) Familiares de pacientes con cáncer de mama c) Personal de salud del primer nivel de atención y gestores (**Correcta**) d) Investigadores científicos
14. **Caso:** ¿Cuál es la vigencia de la presente Guía de Práctica Clínica? a) 2 años b) 3 años c) 5 años (**Correcta**) d) Indefinida
15. **Caso:** En mujeres con bajo riesgo y mamografía negativa, ¿se recomienda el uso de tomosíntesis de rutina en lugar de mamografía para el tamizaje? a) Sí, mejora la detección en mamas densas b) Sí, reduce los falsos positivos c) No se puede establecer una recomendación clara debido a la falta de evidencia (**Correcta**) d) Sí, es más costo-efectivo

Respuestas Correctas: 1. c, 2. c, 3. b, 4. c, 5. b, 6. c, 7. c, 8. b, 9. c, 10. c, 11. c, 12. b, 13. c, 14. c, 15. c.

Clase 10: Prevención y Control de la Tuberculosis: Prevención y Control de Tuberculosis

2. Introducción

La Tuberculosis (TB) representa un importante problema de salud pública en el Perú. A pesar de los avances logrados mediante la implementación de estrategias como DOTS y DOTS Plus, es crucial mantener y fortalecer las acciones para la prevención y control de esta enfermedad, incluyendo la detección activa de casos, el diagnóstico de laboratorio preciso, el seguimiento adecuado y la implementación de medidas de control de infecciones. Esta capacitación tiene como objetivo fortalecer las competencias del personal de salud para optimizar la detección, tratamiento y curación de la tuberculosis, contribuyendo a cortar la cadena de transmisión y mejorar la salud de las personas afectadas. En países como el nuestro, la capacitación constante del personal de salud es fundamental para garantizar la calidad en la atención de pacientes con TB o sospecha de TB.

3. Desarrollo Extenso

3.1. Búsqueda Activa de Casos

La detección oportuna es una actividad primordial para controlar la TB. El primer paso es identificar a las personas con sospecha de tener tuberculosis.

3.1.1. Identificación de Sintomáticos Respiratorios (SR)

La manera más eficiente de detectar casos de TB pulmonar, la forma más común de la enfermedad, es la búsqueda activa de Sintomáticos Respiratorios (SR). Se define como **toda persona que presenta tos con expectoración por más de 15 días.**

- **Procedimientos:** Todo el personal de salud en todos los establecimientos (hospitales, centros y puestos de salud) debe preguntar a todas las personas que acuden si han tenido tos durante dos semanas o más. Esta búsqueda debe realizarse en todas las áreas y durante todas las horas de atención.
- **Áreas de Elevado Riesgo (AERT):** También se debe realizar la búsqueda activa en la comunidad y en lugares de donde procede la mayoría de las personas con TB, así como en asilos, cárceles y centros de rehabilitación.
- **Registro:** Una vez identificado un SR, debe ser registrado en el **Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios.**

3.1.2. Otras Formas de Identificar Pacientes con TB

Además de los SR, es importante identificar a personas con otros signos y síntomas sugestivos de TB, tales como:

- Tos seca
- Cansancio
- Pérdida de peso
- Fiebre por las tardes
- Sudores nocturnos
- Hemoptisis (sangre en la flema)
- Dolor del pecho o espalda al respirar o toser

La TB extrapulmonar presenta síntomas que dependen de la parte del cuerpo afectada. Personas con sospecha de TB pueden ser identificadas durante exámenes para otras condiciones o en chequeos de salud. Estos pacientes también deben ser registrados en el Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios.

3.1.3. Identificación de Personas Menores de 15 Años con TB

En niños, la búsqueda se centra en aquellos que son **contactos de pacientes con TB**. Se debe prestar atención especial a:

- Recién nacidos, contacto con madre con TB.
- Niños menores de 5 años, contacto con personas con TB.
- Niños de 5 a 14 años, contacto con personas que tienen TB o TB extrapulmonar.
- Niños menores de 15 años con síntomas respiratorios o con otras patologías.

El diagnóstico en niños es más difícil, por lo que la detección oportuna es crucial para evitar complicaciones. Estos casos también se registran en el Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios.

3.1.4. Identificación de Personas con TB en Pacientes con VIH/SIDA

Se debe realizar la detección de TB en pacientes con VIH/SIDA u otras formas de inmunosupresión debido a su mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. La detección debe considerarse en adultos y niños mayores de 18 meses con pruebas confirmatorias de VIH, y en niños menores de 18 meses si son seropositivos o si su madre está infectada con VIH. Es vital la detección oportuna en este grupo para evitar la progresión rápida a SIDA si la TB no se trata. Estos pacientes se registran en el Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios y se debe solicitar cultivo en la investigación bacteriológica.

3.1.5. Identificación de Grupos de Personas de Alto Riesgo con Sospecha de TB MDR

Es importante identificar a posibles pacientes con TB Multidrogorresistente (MDR-TB) tempranamente. La ENTB ha identificado grupos de alto riesgo que deben ser evaluados prioritariamente. Estos grupos incluyen:

- Pacientes con VIH/SIDA, diabetes mellitus, tratamiento crónico con corticoides u otras condiciones de inmunosupresión.
- Personal de salud activo o cesante con menos de dos años de cesantía.
- Estudiantes de ciencias de la salud que realizan actividades en áreas clínicas, de laboratorio y/o salas de necropsia.
- Trabajadores de establecimientos penitenciarios y personas encarceladas o excarceladas en los últimos 2 años.
- Pacientes con antecedentes de tratamiento previo con reacciones adversas, persistencia de baciloscopía positiva durante el tratamiento, fracaso o recaída al tratamiento, o abandono recuperado del tratamiento.
- Contactos frecuentes de pacientes fallecidos por TB o con TB MDR u otro tipo de TB drogorresistente.
- Pacientes con antecedente de tratamiento previo particular y/o autoadministrado en los últimos 2 años.

En estos casos, además de la muestra de esputo, se debe elevar el caso al médico tratante y solicitar **baciloscopía, cultivo y prueba de sensibilidad** al momento de la identificación como SR.

3.2. Diagnóstico de Laboratorio

El diagnóstico de la TB se realiza a través de exámenes de laboratorio. Los principales exámenes bacteriológicos son la baciloscopía, el cultivo y la prueba de sensibilidad.

3.2.1. Baciloscopía

- **Procedimiento:** Se examinan dos muestras de esputo bajo un microscopio para buscar **bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR)**, de los cuales el M. tuberculosis (bacilo de Koch) es un tipo. El laboratorio registra, rotula, extiende, examina las láminas y escribe los resultados en el **Libro de Registro de Muestras para Investigación Bacteriológica en TB** y en la **Solicitud para Investigación Bacteriológica en TB**.
- **Interpretación:** Los resultados se clasifican según la cantidad de BAAR observados (negativo, paucibacilar, +, ++, +++). Resultados positivos en personas con sospecha de TB pulmonar indican TBP FP y requieren inicio inmediato de tratamiento.

- **Importancia:** Es una prueba rápida, con resultados disponibles en 24 horas, fundamental para el diagnóstico inicial.

3.2.2. Cultivo

- **Indicaciones:** Se realiza para:
 - Identificar si el BAAR es M. tuberculosis.
 - Detectar TB en muestras paucibacilares (1 a 9 BAAR).
 - Confirmar TB en muestras extrapulmonares.
 - Realizar la prueba de sensibilidad.
 - En pacientes con VIH/SIDA.
 - En pacientes con sospecha de TB MDR.
 - En pacientes menores de 15 años.
 - En pacientes SR con dos baciloscopías negativas y sospecha clínica o radiológica.
- **Procedimiento:** Se hace crecer la micobacteria en medios de cultivo. Se identifica el organismo (tipificación) para determinar si es M. tuberculosis. El crecimiento es lento, pudiendo demorar hasta 8 semanas en medio sólido.

3.2.3. Prueba de Sensibilidad (PS)

- **Indicaciones:** Se realiza para detectar y diagnosticar pacientes con posible TB MDR. Se solicita cuando hay sospecha de resistencia a los fármacos antituberculosos. Se realiza a partir de un cultivo positivo.
- **Procedimiento:** Se determina a qué medicamentos es sensible o resistente la cepa de M. tuberculosis del paciente. Los resultados ayudan a definir el esquema de tratamiento adecuado.
- **Tipos:** Existen pruebas convencionales en medio sólido y pruebas rápidas como BACTEC 460 TB y GRIESS. Las pruebas pueden ser directas (con la muestra de esputo) o indirectas (con el resultado del cultivo positivo).
- **Seguimiento:** El coordinador de la DISA y el médico tratante son responsables del seguimiento de la prueba de sensibilidad.

3.3. Seguimiento de Casos

Una vez obtenido el resultado del diagnóstico, se debe informar al paciente de manera inmediata y confidencial.

3.3.1. Informe del Diagnóstico

- **Frotis Positivo:** Se debe informar claramente al paciente sobre el resultado, explicar la necesidad de tratamiento inmediato (Esquema, DOTs, posibles reacciones adversas), la

forma de transmisión, cómo evitar el contagio, la importancia de los controles y exámenes, y preguntar quiénes más viven en su casa para realizar el control de contactos. Si el paciente no regresa por sus resultados positivos, se debe ubicarlo mediante visita domiciliaria o coordinación con otro establecimiento si no pertenece a la jurisdicción.

- **Frotis Negativo:** Se debe informar al paciente el resultado. Si la tos persiste o hay otros síntomas, se deben solicitar dos muestras más y derivar a consulta médica para descartar otras patologías.

3.3.2. Control de Contactos

Es de alta prioridad examinar a los contactos de todas las personas con TB pulmonar, ya que tienen mayor riesgo de infectarse. También se realiza en casos de TB extrapulmonar para encontrar el caso índice.

- **Tipos de Contactos:** Intradomiciliarios (residentes) y extradomiciliarios (comparten ambientes comunes).
- **Pasos:** Censo de contactos, visita domiciliaria, entrevista de enfermería y consulta médica o entrevista según corresponda. El control se realiza tres veces durante el tratamiento del paciente.
- **Examen en Menores de 15 Años:** Se debe realizar evaluación clínica, PPD, radiografía, baciloscopía y cultivo para descartar enfermedad activa e iniciar quimioprofilaxis si no hay TB.
- **Contactos de TB MDR:** Se debe realizar baciloscopía a todos los contactos SR y solicitar cultivo y prueba de sensibilidad, indicando claramente en la Solicitud de Investigación Bacteriológica. Los contactos no SR deben tener una evaluación exhaustiva y regular.

3.4. Medidas de Control de Infecciones en Tuberculosis

Es muy importante que el personal de salud tome precauciones para controlar la transmisión del M. tuberculosis durante procedimientos que provocan tos en personas con sospecha de TB. Se deben seguir las recomendaciones del Módulo 5 (no proporcionado) sobre control de infecciones. En procedimientos como el esputo inducido y la broncoscopía, se recomienda realizar en lugares con buena ventilación o presión negativa, y el personal debe utilizar respiradores N95.

3.5. Registros Utilizados en la Detección de la TB

En el Perú, se utilizan varios registros para documentar las actividades de detección:

- **Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios:** Anota a todos los SR identificados y los resultados de sus muestras de esputo. Es útil para conocer la proporción de SR, controlar

la entrega de muestras, verificar la recepción de resultados y conocer el tiempo de demora hasta el diagnóstico.

- **Solicitud para Investigación Bacteriológica en TB:** Se llena con los datos del paciente y la muestra al enviarla al laboratorio. El laboratorio anota los resultados en este formulario.
- **Libro de Registro de Muestras de Investigación Bacteriológica:** El laboratorio registra la información de cada muestra procesada y sus resultados.
- **Tarjeta de Paciente Bacteriológicamente Positivo:** Se abre para cada paciente con baciloscopía positiva para realizar el seguimiento.
- **Hoja de Derivación de Paciente:** Se utiliza cuando un paciente diagnosticado con TB no reside en la jurisdicción del establecimiento de salud que realizó el diagnóstico.
- **Control de Contactos (reverso de la Tarjeta de Control):** Registra la información de los contactos del paciente para su evaluación y seguimiento.

Es fundamental que estos registros se llenen de forma clara, legible, correcta y completa para facilitar la observación de la información, el seguimiento de las actividades y la toma de decisiones.

4. Examen

A continuación, se presentan 15 preguntas tipo caso con alternativas y respuestas correctas:

1. **Caso:** Un paciente acude al centro de salud manifestando tos con expectoración durante 20 días. ¿Cómo se clasifica a este paciente inicialmente? a) Paciente con posible infección respiratoria aguda. b) **Sintomático Respiratorio (SR) sospechoso de TB.** c) Paciente con indicación de radiografía de tórax inmediata. d) Paciente con TB confirmada.
2. **Caso:** ¿Cuál es el examen de laboratorio inicial prioritario para un Sintomático Respiratorio (SR)? a) Cultivo de esputo. b) Prueba de sensibilidad a fármacos antituberculosos. c) Radiografía de tórax. d) **Baciloscopía de esputo.**
3. **Caso:** ¿Cuántas muestras de esputo se deben recolectar para el examen de diagnóstico de TB en un adulto SR no diagnosticado previamente? a) Una muestra única. b) **Dos muestras: una inmediata y otra al día siguiente.** c) Tres muestras consecutivas en el mismo día. d) Una muestra por semana durante dos semanas.
4. **Caso:** Un paciente SR tiene un resultado de baciloscopía con "3 BAAR en 100 campos observados". ¿Cómo se interpreta este resultado y cuál es la siguiente acción? a) Negativo; informar al paciente que no tiene TB. b) Positivo (+); iniciar tratamiento antituberculoso. c) **Paucibacilar; enviar la muestra para cultivo.** d) Positivo (++), continuar con la segunda muestra de baciloscopía.
5. **Caso:** ¿En qué situación se debe solicitar prioritariamente un cultivo y una prueba de sensibilidad de esputo en un paciente con sospecha de TB? a) En todo paciente Sintomático

- Respiratorio. b) En pacientes con tos seca persistente. c) **En pacientes con sospecha de TB MDR por factores de riesgo.** d) En pacientes con radiografía de tórax normal y baciloscopia negativa.
6. **Caso:** Un paciente con TB pulmonar frotis positivo no regresa al centro de salud por sus resultados. ¿Cuál es la acción más importante que debe realizar el personal de salud? a) Esperar a que el paciente regrese espontáneamente. b) Enviar una carta al domicilio del paciente. c) **Ubicar al paciente mediante visita domiciliaria o coordinación para asegurar el inicio del tratamiento.** d) Asumir que el paciente no desea recibir tratamiento.
7. **Caso:** ¿Quiénes deben ser considerados contactos para el control de un paciente diagnosticado con TB pulmonar frotis positivo? a) Solo las personas que viven en el mismo domicilio. b) Solo las personas que tienen síntomas respiratorios. c) **Todas las personas que residen en el domicilio y aquellas que comparten ambientes comunes de manera frecuente.** d) Solo los niños menores de 5 años.
8. **Caso:** ¿Qué acción se debe realizar con un niño menor de 15 años que es contacto de un paciente con TB pulmonar y no presenta signos ni síntomas de la enfermedad activa? a) Realizar baciloscopia de esputo. b) Iniciar tratamiento antituberculoso inmediatamente. c) **Realizar evaluación clínica, PPD y considerar quimioprofilaxis según la norma.** d) No realizar ninguna acción si no presenta síntomas.
9. **Caso:** ¿Qué registro se utiliza para anotar a todas las personas identificadas como Sintomáticos Respiratorios en un establecimiento de salud? a) Solicitud para Investigación Bacteriológica en TB. b) Libro de Registro de Muestras de Investigación Bacteriológica. c) Tarjeta de Paciente Bacteriológicamente Positivo. d) **Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios.**
10. **Caso:** ¿Qué información registra el laboratorista en el Libro de Registro de Muestras de Investigación Bacteriológica? a) Los datos personales del Sintomático Respiratorio al momento de la identificación. b) El esquema de tratamiento indicado por el médico. c) **La fecha de procesamiento de la muestra y los resultados de la baciloscopia y/o cultivo.** d) El seguimiento de los contactos del paciente.
11. **Caso:** Un paciente diagnosticado con TB pulmonar se muda a otra localidad. ¿Qué documento se debe utilizar para asegurar la continuidad de su tratamiento en el nuevo lugar de residencia? a) Tarjeta de Paciente Bacteriológicamente Positivo. b) Libro de Registro de Sintomáticos Respiratorios. c) **Hoja de Derivación de Paciente.** d) Solicitud para Investigación Bacteriológica en TB.
12. **Caso:** ¿Cuál es el objetivo principal de realizar la prueba de sensibilidad en el diagnóstico de la tuberculosis? a) Identificar la presencia del bacilo de Koch. b) Determinar la carga bacilar en la muestra de esputo. c) **Detectar la resistencia del bacilo a los fármacos antituberculosos.** d) Confirmar el diagnóstico de TB extrapulmonar.

13. **Caso:** En pacientes con VIH/SIDA, ¿qué examen bacteriológico adicional se debe solicitar de manera rutinaria al identificar una sospecha de TB? a) Solo baciloscopía. b) Solo prueba de sensibilidad. c) **Cultivo de esputo, además de la baciloscopía.** d) Radiografía de tórax.
14. **Caso:** ¿Cuál de los siguientes es un factor de riesgo importante para sospechar de TB Multidrogorresistente (MDR-TB)? a) Tos seca de menos de 15 días de duración. b) **Antecedente de tratamiento previo irregular para tuberculosis.** c) Contacto con una persona con diagnóstico reciente de TB sensible. d) Radiografía de tórax con lesiones sugestivas de TB primaria.
15. **Caso:** ¿Qué precaución básica de control de infecciones se debe tener al momento de recolectar una muestra de esputo para baciloscopía? a) Realizar el procedimiento en un ambiente cerrado y sin ventilación para evitar la dispersión de aerosoles. b) No es necesario tomar precauciones especiales ya que la TB se transmite por contacto directo. c) **Realizar la recolección preferentemente al aire libre o en un lugar bien ventilado.** d) No permitir que el paciente tosa durante la recolección para evitar la contaminación de la muestra.

CLASE 11: FUNDAMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

1. Introducción:

La atención primaria de salud es el pilar fundamental del sistema de salud en Perú. MINSA ha desarrollado un enfoque integral y accesible para garantizar que todos los ciudadanos reciban la atención necesaria. En esta clase, exploraremos los fundamentos y principios que sustentan la atención primaria de salud en Perú.

2. Desarrollo:

Historia y Evolución:

- **Contexto Histórico:** La atención primaria de salud en Perú ha evolucionado a lo largo de los años, influenciada por eventos históricos y políticas de salud pública.
- **Desarrollo del Sistema:** Desde la creación de MINSA, el sistema de salud ha enfocado sus esfuerzos en mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios de salud.

Principios Fundamentales:

- **Equidad:** Garantizar que todos los individuos, independientemente de su situación económica o ubicación geográfica, tengan acceso a servicios de salud.
- **Accesibilidad:** Implementar centros de salud en áreas rurales y urbanas, reduciendo barreras económicas y geográficas.
- **Integralidad:** Proporcionar atención que abarca la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.
- **Continuidad:** Asegurar un seguimiento continuo y una relación estable entre el paciente y el equipo de salud.
- **Participación Comunitaria:** Involucrar a la comunidad en la toma de decisiones sobre sus necesidades de salud y en la implementación de soluciones.

Estrategias y Programas:

- **Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud (PNACS):** Un plan que establece las acciones prioritarias y coordinadas para mejorar la salud pública en Perú.
- **Programas de Salud Comunitaria:** Implementación de programas de vacunación, educación para la salud y promoción de estilos de vida saludables.
- **Redes Integradas de Servicios de Salud:** Coordinación entre diferentes niveles de atención y servicios de salud para proporcionar un cuidado eficiente y efectivo.

Desafíos y Oportunidades:

- **Desafíos:** Falta de recursos, desigualdades en el acceso a los servicios de salud y la necesidad de formación continua de los profesionales de salud.
- **Oportunidades:** Implementación de tecnologías de la información, fortalecimiento de políticas públicas y promoción de la investigación en atención primaria.

4. Resumen: La atención primaria de salud en Perú, bajo la dirección de MINSA, se basa en principios de equidad, accesibilidad, integralidad, continuidad y participación comunitaria. Estos fundamentos son esenciales para construir un sistema de salud robusto y equitativo que mejore la salud

ud y el bienestar de la población.

5. Examen:

1. ¿Qué es el Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud (PNACS)?
 - a) Un plan para reducir el acceso a servicios de salud
 - b) Un plan que establece acciones prioritarias para mejorar la salud pública
 - c) Un plan para aumentar los costos de los servicios de salud
 - **Respuesta correcta: b)**
2. ¿Cuál es uno de los principios fundamentales de la atención primaria de salud en Perú?
 - a) Exclusividad
 - b) Equidad
 - c) Limitación de acceso
 - **Respuesta correcta: b)**
3. ¿Por qué es importante la participación comunitaria en la atención primaria?
 - a) Para reducir costos
 - b) Para involucrar a la comunidad en decisiones de salud
 - c) Para limitar el acceso a servicios de salud
 - **Respuesta correcta: b)**
4. ¿Qué desafío común enfrenta la atención primaria de salud en Perú?
 - a) Abundancia de recursos
 - b) Desigualdades en el acceso a los servicios de salud
 - c) Escasez de enfermedades
 - **Respuesta correcta: b)**
5. ¿Qué significa la integralidad en la atención primaria de salud?
 - a) Focalizarse solo en la prevención de enfermedades
 - b) Brindar atención que incluye promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
 - c) Limitar la atención y enfocarse en los tratamientos
 - **Respuesta correcta: b)**

Clase 12: Cuidado en Salud Mental

2. Introducción:

La atención de la salud mental es un componente esencial del derecho fundamental a la salud reconocido en la Constitución Política del Perú. El artículo 7 de la Constitución establece que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud física y mental, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. Además, otorga especial protección a las personas incapacitadas a causa de una deficiencia física o mental, garantizando el respeto de su dignidad y un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

En este contexto, diversas leyes y reglamentos han sido promulgados para regular y garantizar el acceso a los servicios de salud mental, promoviendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación como condiciones para el pleno ejercicio del derecho a la salud y el bienestar de la persona, la familia y la comunidad. Esta clase abordará los aspectos legales fundamentales que enmarcan la atención en salud mental en el Perú, basándose principalmente en la **Ley N° 30947, Ley de Salud Mental**, y su **Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 007-2020-SA**. Comprender este marco legal es crucial para todos los actores involucrados en la provisión y recepción de servicios de salud mental, asegurando el respeto de los derechos y la adecuada implementación de las políticas en este ámbito.

3. Desarrollo:

El marco legal de la atención en salud mental en el Perú se sustenta en varios pilares fundamentales definidos en la Ley de Salud Mental y su Reglamento:

- **Derecho a la Salud Mental:** La Ley N° 30947 reconoce la salud mental como un derecho de todos los ciudadanos a lo largo de su vida, estableciendo el marco legal para garantizar el acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. Este derecho debe ser protegido y promovido por los ministerios e instituciones de diversos sectores.
- **Ley de Salud Mental (Ley N° 30947):** Esta ley tiene como objeto establecer el marco legal para garantizar el acceso integral a los servicios de salud mental.
- **Reglamento de la Ley de Salud Mental (Decreto Supremo N° 007-2020-SA):** Este reglamento desarrolla los mecanismos para la implementación de la Ley N° 30947 en todo el territorio nacional. Es aplicable en los ámbitos preventivo, promocional, curativo, rehabilitador y de reinserción social, tanto en instituciones públicas como privadas vinculadas a la salud.
- **Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental:** El reglamento establece la implementación progresiva de un **modelo de atención comunitaria en salud mental**, el cual reemplaza gradualmente al modelo centrado en la atención hospitalaria especializada. Este modelo se basa en

el respeto a la dignidad y los derechos fundamentales, sin discriminación, con un enfoque de

recuperación, interseccional, de derechos humanos, intercultural, de curso de vida, de territorialidad y de género. Los servicios ambulatorios de salud mental se realizan preferentemente en el ámbito comunitario, como en los **Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC)**.

- **Consentimiento Informado:** Toda intervención en salud mental requiere el **consentimiento informado** del usuario. Esto implica que la persona debe recibir información clara, sencilla y accesible sobre los objetivos, beneficios, molestias, riesgos y alternativas de la intervención, así como sus derechos y responsabilidades. Para las personas con discapacidad, se deben asegurar medidas de accesibilidad y ajustes razonables para que puedan manifestar su consentimiento. Se prohíben intervenciones como la aplicación de psicofármacos o la terapia electroconvulsiva sin consentimiento informado.
- **Internamiento y Hospitalización:** El internamiento y la hospitalización son considerados recursos terapéuticos de carácter **excepcional**, y solo pueden llevarse a cabo cuando aporten mayores beneficios terapéuticos que la atención ambulatoria, habiéndose agotado otras intervenciones posibles. Requieren el **consentimiento informado** del usuario, excepto en situaciones de emergencia psiquiátrica en las que la persona no pueda expresar su voluntad, siguiendo un procedimiento específico para la autorización. La duración debe ser estrictamente necesaria y en el establecimiento más cercano al domicilio del usuario.
- **Derechos de los Usuarios de Servicios de Salud Mental:** La normativa garantiza una serie de derechos a los usuarios de servicios de salud mental, incluyendo el derecho a la **protección de su salud**, a la **dignidad**, a no ser discriminados, a recibir **atención integral y continua**, a dar o negar su **consentimiento informado**, a la **confidencialidad** de la información relacionada con su salud mental, a la **participación social y comunitaria**, y a acceder a mecanismos de **queja y reclamación**. Se prohíbe el uso de medidas restrictivas que vulneren sus derechos, como el aislamiento o la restricción del libre tránsito sin justificación terapéutica y consentimiento.
- **Desinstitucionalización:** La normativa impulsa la **desinstitucionalización** de personas con estancia hospitalaria prolongada, promoviendo su externación e inclusión en grupos familiares o comunitarios que garanticen condiciones de dignidad, salud y rehabilitación. Los establecimientos con hospitalización deben conformar **Comités Permanentes encargados de evaluar la desinstitucionalización**.
- **Consejo Nacional de Salud Mental (CONASAME):** Se crea la **Comisión Multisectorial de naturaleza permanente denominada “Consejo Nacional de Salud Mental - CONASAME”**, dependiente del Ministerio de Salud, con el objeto de articular acciones multisectoriales e intergubernamentales en materia de salud mental. Está integrado por los titulares de diversos ministerios e instituciones.

4. Examen (15 Preguntas Tipo Caso, con Alternativas con Respuestas Correctas):

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada caso y seleccione la alternativa que considere correcta de acuerdo con la normativa peruana sobre aspectos legales en la atención de salud mental.

1. **Caso:** María es una mujer de 35 años con diagnóstico de esquizofrenia. Su hermano

- rotundamente. a) El hermano puede solicitar el internamiento compulsivo de María, ya que él es su familiar responsable. b) María tiene derecho a negarse al internamiento, y solo en una situación de emergencia psiquiátrica que ponga en peligro su vida o la de terceros, y siguiendo un procedimiento legal, podría considerarse un internamiento sin su consentimiento. **(Correcta)** c) Los familiares siempre tienen la última palabra sobre las decisiones de tratamiento de sus parientes con problemas de salud mental. d) María debe ser internada para recibir el tratamiento adecuado para su condición.
2. **Caso:** Un equipo de salud mental comunitaria está atendiendo a Juan, un joven con depresión. Para realizar una intervención psicoterapéutica, ¿qué principio legal fundamental deben asegurar? a) La obligatoriedad de la intervención por el bienestar de Juan. b) La realización de la intervención sin necesidad de informar a Juan sobre los detalles. c) El consentimiento informado de Juan, brindándole toda la información relevante de manera accesible. **(Correcta)** d) La decisión del equipo de salud mental es suficiente para llevar a cabo la intervención.
3. **Caso:** El director de un colegio solicita a todos los estudiantes que presenten un certificado de salud mental para poder matricularse. a) Esta solicitud es válida para garantizar la seguridad de la comunidad educativa. b) Esta solicitud es un acto discriminatorio que vulnera los derechos de las personas, ya que no se basa en un mandato legal específico previo. **(Correcta)** c) El colegio tiene derecho a solicitar esta información para conocer el estado de salud de sus estudiantes. d) Los certificados de salud mental son necesarios para identificar posibles problemas en los estudiantes.
4. **Caso:** Pedro sufre una crisis de angustia severa en la calle y es llevado a un hospital general. El médico de turno considera que necesita ser internado de inmediato, pero Pedro no está en condiciones de expresar su voluntad. a) El médico puede ordenar el internamiento de forma inmediata y sin necesidad de más trámites. b) El hospital debe realizar esfuerzos reales para obtener la voluntad de Pedro, incluyendo apoyos para la toma de decisiones. Si esto no es posible, la autoridad del servicio de salud debe solicitar al juzgado de familia la designación excepcional de apoyos para autorizar el internamiento. **(Correcta)** c) Se debe esperar a que Pedro recupere la capacidad de decidir para proceder con cualquier medida. d) La policía puede autorizar el internamiento en esta situación de emergencia.
5. **Caso:** Un hospital psiquiátrico aún utiliza cuartos de aislamiento como parte de su protocolo de manejo de pacientes agitados. a) Esta práctica es aceptable para garantizar la seguridad del paciente y del personal. b) Esta práctica está prohibida por la normativa vigente, ya que vulnera los derechos de las personas con problemas de salud mental. **(Correcta)** c) El uso de cuartos de aislamiento es una medida terapéutica necesaria en algunos casos. d) La decisión de utilizar cuartos de aislamiento depende del criterio del médico tratante.

6. **Caso:** ¿Cuál es el objetivo principal del Consejo Nacional de Salud Mental (CONASAME)? a) Supervisar la atención individual de los pacientes con problemas de salud mental. b) Financiar directamente los servicios de salud mental a nivel nacional. c) Articular acciones multisectoriales e intergubernamentales en materia de salud mental. **(Correcta)** d) Formar a los profesionales de la salud mental en el modelo comunitario.
7. **Caso:** Una persona con un problema de salud mental recibe atención en un CSMC. ¿Cuál es la característica principal de este tipo de establecimiento? a) Ofrece principalmente servicios de hospitalización de larga estancia. b) Es un establecimiento especializado del primer nivel de atención, con equipos interdisciplinarios y que articula la atención en la red de servicios de salud. **(Correcta)** c) Atiende únicamente casos de alta complejidad que requieren internamiento. d) Depende administrativamente de los hospitales psiquiátricos.
8. **Caso:** ¿Qué se entiende por "desinstitucionalización" en el contexto de la salud mental? a) La mejora de las condiciones de vida dentro de los hospitales psiquiátricos. b) El proceso de trasladar pacientes de hospitales generales a hospitales psiquiátricos. c) El conjunto de procesos planificados para la externación de personas con estancia prolongada en hospitales psiquiátricos para su inclusión en la comunidad. **(Correcta)** d) La reducción del personal de salud mental en los hospitales.
9. **Caso:** ¿Quién es el responsable principal de elaborar el Plan de Salud Mental Intersectorial? a) El Consejo Nacional de Salud Mental (CONASAME). b) El Ministerio de Salud (MINSA) en coordinación con otras entidades y la participación de la sociedad civil. **(Correcta)** c) El Seguro Social de Salud (EsSalud). d) El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
10. **Caso:** En el proceso de diagnóstico de un problema de salud mental, ¿qué se debe asegurar respecto a la información obtenida? a) Que solo sea accesible al médico psiquiatra tratante. b) Que se comparta con todos los familiares del paciente sin restricciones. c) Que se consigne en la historia clínica y se informe de forma sencilla y accesible al usuario, quien tiene derecho a solicitar los informes respectivos. **(Correcta)** d) Que se utilice para fines administrativos sin necesidad de consentimiento del usuario.
11. **Caso:** Un joven con discapacidad psicosocial ha vivido durante muchos años en un hospital psiquiátrico. ¿Qué mecanismo se debe activar para evaluar su posible reinserción en la comunidad? a) Solicitar una orden judicial para su alta. b) Evaluar su estado clínico únicamente por el médico psiquiatra. c) Activar el Comité Permanente encargado de evaluar la desinstitucionalización de personas con discapacidad psicosocial. **(Correcta)** d) Trasladarlo a otro hospital psiquiátrico con mejores condiciones.
12. **Caso:** ¿Qué principio debe guiar la formación de especialistas en salud mental según la normativa peruana? a) Un enfoque exclusivamente hospitalario y centrado en el tratamiento farmacológico. b) Un enfoque de salud mental comunitaria, con énfasis en la continuidad de cuidados y el trabajo interdisciplinario. **(Correcta)** c) Una formación

basada únicamente en modelos teóricos sin práctica en la comunidad. d) Una especialización centrada en el aislamiento de los pacientes para su mejor manejo.

13. **Caso:** ¿Qué rol cumplen los expertos comunitarios en la atención de salud mental según el reglamento? a) Reemplazan a los profesionales de la salud mental en la atención primaria. b) Participan en las intervenciones como parte de los equipos de salud mental, bajo responsabilidad del equipo, previa selección y capacitación. **(Correcta)** c) Su participación no está contemplada en el modelo de atención comunitaria. d) Solo pueden realizar actividades de promoción y prevención, pero no de atención directa.
14. **Caso:** ¿Cómo deben ser los ambientes de internamiento y hospitalización en salud mental según la normativa? a) Deben contar con mecanismos de seguridad estrictos como cuartos cerrados con llave para evitar fugas. b) No deben contener mecanismos de seguridad que vulneren los derechos de las personas, garantizando el libre tránsito y la intimidad. **(Correcta)** c) La seguridad es la prioridad principal, incluso si esto implica restringir algunos derechos. d) Las características de los ambientes dependen del tipo de problema de salud mental del paciente.
15. **Caso:** ¿Qué obligación tienen las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) respecto a la atención de salud mental? a) Pueden decidir no cubrir las intervenciones de salud mental si lo consideran necesario. b) Deben priorizar el establecimiento de convenios de intercambio prestacional como mecanismo para el acceso a la atención de salud mental de sus asegurados. **(Correcta)** c) Solo están obligadas a cubrir la medicación psiquiátrica. d) Pueden condicionar la cobertura de salud mental a la presentación de informes psicológicos detallados.

Clase 13: Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI)

2. Introducción

La salud de las personas y la población se concibe como un proceso dinámico influenciado por la interacción entre los individuos y su entorno. El estado saludable se define holísticamente como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Este bienestar está intrínsecamente vinculado al contexto individual, familiar, social, ecológico y ambiental en el que las personas desarrollan sus vidas.

En el Perú, a pesar de los avances en indicadores de salud, persisten inequidades y desafíos derivados de transiciones demográficas, epidemiológicas, alimentarias, tecnológicas y culturales. Ante este panorama y considerando los compromisos internacionales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el Ministerio de Salud ha evolucionado desde el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) al Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI). El MCI busca fortalecer los logros alcanzados, rediseñando procesos para garantizar el acceso y la cobertura universal de las necesidades de salud, considerando la salud como un derecho humano y responsabilidad del Estado. Esta clase explorará en detalle los fundamentos, componentes y características del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI) en el contexto peruano.

3. Desarrollo Extenso

3.1 Contexto del Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida

El MCI se desarrolla en un contexto marcado por diversas transiciones y determinantes que influyen en la salud de la población peruana.

- **Contexto Socio demográfico:** El Perú experimenta una **transición demográfica** con un incremento de la población adulta mayor y la extensión del bono demográfico (periodo con mayor proporción de población activa) que se estima hasta el 2047. Esta transición conlleva desafíos como la creciente prevalencia de enfermedades crónicas y no transmisibles.
- **Contexto de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS):** Los DSS son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud, y son resultado de la distribución del dinero, el poder y los resultados. El MCI busca abordar los DSS a través de acciones para:
 - **Mejorar las condiciones de vida:** Esto implica intervenciones a lo largo del curso de vida, desde la promoción del Desarrollo Infantil Temprano (DIT) hasta el

cuidado integral del adulto mayor. Se busca mejorar el acceso a saneamiento básico, abordar la violencia y los accidentes de tránsito.

- **Luchar contra la inequidad:** A pesar de avances sociales, persisten inequidades regionales y de género en el acceso a la salud, educación y empleo. El MCI busca promover la equidad de género y reducir las desigualdades en salud.
- **Medir la magnitud del problema:** Es crucial contar con sistemas de datos integrados para analizar la situación de salud, identificar poblaciones en riesgo y evaluar el impacto de las intervenciones.
- **Contexto del Sistema de Salud:** El sistema de salud peruano se caracteriza por la **segmentación** en diferentes subsistemas y la **fragmentación** de los servicios, generando dificultades en el acceso, baja calidad y uso ineficiente de recursos. Se han realizado esfuerzos de integración a través de la conformación de **Redes Integradas de Salud (RIS)**. La provisión de servicios tiene un enfoque predominantemente recuperativo, siendo necesario fortalecer el primer nivel de atención y la calidad de la atención. La **generación de recursos humanos** requiere fortalecer la formación integral con enfoque en salud pública y atención primaria. La **infraestructura** y el acceso a **medicamentos y tecnología** presentan desafíos que deben ser abordados para garantizar el cuidado integral. El **financiamiento** busca la cobertura universal, mejorando la eficiencia del gasto y explorando nuevos mecanismos de pago. La **rectoría** del Ministerio de Salud como Autoridad Sanitaria Nacional es fundamental para conducir el sector y garantizar el derecho a la salud.
- **Antecedentes del Modelo de Cuidado Integral de la Salud:** El MCI es una evolución de modelos previos como el MAIS (2003) y el MAIS-BFC (2011). Estos modelos sentaron las bases para la atención integral, pero presentaron limitaciones en su implementación, como el enfoque en la enfermedad y la falta de abordaje de la familia y la comunidad. El MCI busca superar estas limitaciones con un enfoque en el curso de vida y un abordaje más integral de los determinantes de la salud.

3.2 Marco Conceptual del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida

El MCI se fundamenta en una serie de conceptos, definiciones y principios orientadores.

- **Conceptos y Definiciones:** El modelo define conceptos clave como **cartera de servicios**, **ciclo vital familiar**, **cuidado y cuidado de la salud**, **cuidado integral de la salud**, **curso de vida**, **determinantes sociales de la salud**, **gestión territorial en salud**, **intercambio prestacional**, **telesalud**, y **vía de cuidados integrales en salud**.
- **Principios Orientadores del Modelo:** El MCI se guía por principios de la Atención Primaria de Salud Renovada, incluyendo:

- **Integralidad:** Cuidado que abarca promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a lo largo de la vida.
- **Universalidad:** Garantía del derecho a la salud para toda persona, familia y comunidad.
- **Calidad:** Prestación de servicios con calidad técnico-científica, humana y del entorno.
- **Corresponsabilidad:** Participación activa de la persona, familia y comunidad en el cuidado de su salud.
- **Equidad en Salud:** Oportunidad de acceder al cuidado de la salud sin distinciones injustas.
- **Solidaridad:** Contribución de los ciudadanos para la cobertura universal, priorizando a la población vulnerable.
- **Eficiencia:** Optimización de recursos para alcanzar los objetivos de salud.
- **Concordancia entre la Política de Salud, el Modelo de Cuidado Integral y las estrategias de Atención Primaria de Salud:** El MCI se alinea con la Política Nacional de Salud y se operativiza a través de estrategias de Atención Primaria de Salud (APS). Instrumentos como las **Redes Integradas de Salud (RIS)**, la **Telesalud**, el **intercambio prestacional** y el **Aseguramiento Universal en Salud** son fundamentales para la implementación del modelo.
- **Definición del Modelo:** El MCI es un conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que responden a las necesidades de salud de las personas, familias y la comunidad.
- **Características del Modelo:** El MCI se caracteriza por la **accesibilidad, primer contacto, longitudinalidad, integralidad, coordinación, cuidado integral de la salud, foco en la persona, familia y comunidad, continuidad de cuidado**, y una **formación profesional** adecuada. Incorpora **enfoques transversales** como el **enfoque de derechos, enfoque de curso de vida, enfoque de género y enfoque de interculturalidad**.

3.3 Componentes del Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida

El MCI se estructura en cuatro componentes interrelacionados: provisión del cuidado, organización para la provisión del cuidado, gestión para la provisión de los cuidados y financiamiento.

- **Componente de Provisión del Cuidado:** Comprende el cuidado integral de la persona a lo largo de su curso de vida, la familia y la comunidad en sus diferentes escenarios de interacción. Se aborda:

- **Abordaje de los determinantes sociales de la salud:** Trabajo articulado intersectorial e intergubernamental liderado por el Ministerio de Salud a nivel nacional, regional y local.
- **Cuidado integral a la persona con enfoque de curso de vida:** Cuidados diferenciados según las etapas de vida (prenatal, niño, adolescente, adulto joven, adulto, adulto mayor). Esto incluye el **autocuidado** y la atención a la acumulación de riesgos y daños.
- **Cuidados por el ciclo vital de la familia:** Acciones orientadas a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud familiar, considerando las etapas del ciclo vital familiar (formación, expansión, dispersión, contracción).
- **Cuidados en la comunidad:** Abordaje integral de la salud a nivel comunitario utilizando metodologías como la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), identificando factores de riesgo y protectores y desarrollando intervenciones.
- **Componente Organización para la Provisión del Cuidado:** Define la interrelación de los actores del Estado y la sociedad para garantizar el cuidado integral. Esto incluye:
 - **Organización de la Autoridad Nacional, Regional y Local en Salud:** Roles de conducción, regulación y fiscalización de la provisión de cuidados en los diferentes niveles de gobierno.
 - **Organización territorial del cuidado integral de la salud:** Definición de objetivos de salud a nivel de las Redes Integradas de Salud (RIS) con un enfoque territorial, involucrando a la Autoridad Local de Salud y el Comité Local de Salud.
 - **Organización de la Red Integrada de Salud (RIS):** Conformación de las RIS según criterios territoriales y poblacionales, con una cartera de servicios complementaria y población nominalizada. El primer nivel de atención es el integrador y coordinador del cuidado.
 - **Organización de los servicios de salud:** Establecimiento de flujos de atención para la provisión de cuidados individuales, priorizando la captación oportuna y la adecuación cultural de los servicios.
- **Componente de Gestión para Provisión de los Cuidados:** Establece las características de la gestión dentro de las RIS:
 - **Gestión orientada a resultados y gestión por procesos.**
 - **Gestión de la calidad:** Asegurar servicios efectivos, seguros, centrados en las personas, oportunos, equitativos, integrados y eficientes.
 - **Gestión de un Sistema Integrado de Monitoreo, seguimiento y evaluación:** Articular acciones de monitoreo para medir procesos y resultados, utilizando sistemas de información gerencial.

- **Gestión de Recursos Humanos:** Dotación progresiva de equipos multidisciplinarios de salud con competencias adecuadas, asignación eficiente del personal a nivel de la RIS y fortalecimiento continuo de capacidades.
- **Gestión de los recursos tecnológicos:** Garantizar el acceso a productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios eficaces, seguros y de calidad, a través de una gestión integral que abarca desde la investigación y desarrollo hasta el uso apropiado.
- **Gestión de la Infraestructura, equipamiento y mantenimiento:** Asegurar la adecuada operación de los establecimientos de salud, considerando el diseño, equipamiento, acceso, tecnología, sostenibilidad y recursos humanos, con planes de mantenimiento preventivo y correctivo.
- **Gestión de las tecnologías de la información:** Potenciar el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (RENHICE) para la interoperabilidad de los sistemas de información, priorizando el registro de cuidados de promoción y prevención.
- **Componente de Financiamiento:** Define las estrategias para el financiamiento del MCI:
 - **Aseguramiento universal:** Eliminar la barrera económica para el acceso a los servicios de salud, especialmente para grupos vulnerables.
 - **Mejorar la eficiencia y calidad del gasto y Desarrollar nuevos mecanismos de pago:** Elaborar una cartera de servicios basada en necesidades de salud y reordenar las fuentes de financiamiento para evitar duplicidades.
 - **Financiamiento por incentivos para promover el cuidado integral en el primer nivel de atención:** Incentivos a gobiernos regionales y locales por el abordaje de los DSS y a equipos multidisciplinarios por el cumplimiento de metas sanitarias.
 - **Financiamiento de Salud desde el Estado:** Destinar un porcentaje adecuado del PBI al gasto en salud, priorizando el aporte estatal para el aseguramiento universal.

4. Examen

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada caso y seleccione la alternativa que considere correcta según los principios y componentes del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida (MCI).

Pregunta 1:

En una comunidad rural, se identifica una alta prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años. ¿Qué componente del MCI debería priorizarse para abordar este problema desde una perspectiva integral?

a) Componente de financiamiento, aumentando el presupuesto para suplementos nutricionales. b) Componente de organización, reestructurando los horarios de atención del centro de salud. c) **Componente de provisión del cuidado, abordando los determinantes sociales como la seguridad alimentaria y la educación de las madres.** d) Componente de gestión, mejorando el sistema de registro de casos de desnutrición.

Pregunta 2:

Un paciente adulto mayor con hipertensión y diabetes mellitus requiere atención continua y coordinada entre el centro de salud de su comunidad y el hospital de referencia. ¿Qué característica del MCI es fundamental para asegurar esta continuidad de cuidado?

a) Accesibilidad. b) Primer contacto. c) **Coordinación.** d) Integralidad.

Pregunta 3:

El Ministerio de Salud busca fortalecer el primer nivel de atención para que resuelva la mayoría de los problemas de salud de la población. ¿Qué principio orientador del MCI apoya esta estrategia?

a) Solidaridad. b) Eficiencia. c) **Universalidad.** d) Equidad en Salud.

Pregunta 4:

Una Red Integrada de Salud (RIS) implementa un sistema de información que permite a los profesionales de diferentes establecimientos acceder al historial clínico de los pacientes. ¿A qué componente de gestión del MCI corresponde esta acción?

a) Gestión de recursos humanos. b) Gestión de la infraestructura y equipamiento. c) **Gestión de las tecnologías de la información.** d) Gestión de la calidad.

Pregunta 5:

Para mejorar la salud de las mujeres en edad fértil en una región con alta incidencia de anemia, la DIRESA coordina con el sector educación para incluir temas de nutrición y salud reproductiva en los currículos escolares. ¿A qué componente del MCI corresponde esta intervención?

a) Organización para la provisión del cuidado (nivel local). b) **Componente de provisión del cuidado (abordaje de los DSS).** c) Componente de financiamiento (asignación de fondos a programas educativos). d) Componente de gestión (monitoreo de indicadores de anemia).

Pregunta 6:

Un equipo multidisciplinario de salud realiza visitas domiciliarias para el seguimiento de familias con riesgo psicosocial. ¿Qué componente del MCI se está implementando?

- a) Organización para la provisión del cuidado (organización territorial). b) Componente de financiamiento (pago por desempeño). c) Componente de gestión (gestión por procesos). d) **Componente de provisión del cuidado (cuidados por el ciclo vital de la familia y cuidados en la comunidad).**

Pregunta 7:

El Ministerio de Salud establece normas técnicas para la atención de enfermedades prevalentes basadas en la mejor evidencia científica disponible. ¿A qué aspecto de la gestión del MCI contribuye esta acción?

- a) Gestión de recursos humanos (capacitación). b) Gestión de la infraestructura (protocolos de atención). c) **Gestión de la calidad (efectividad).** d) Gestión de las tecnologías de la información (registros electrónicos).

Pregunta 8:

Una municipalidad implementa programas de mejora del acceso al agua potable y alcantarillado en coordinación con la RIS de su jurisdicción. ¿Qué concepto clave del MCI se está abordando directamente?

- a) Ciclo vital familiar. b) **Determinantes sociales de la salud.** c) Cartera de servicios. d) Vía de cuidados integrales.

Pregunta 9:

¿Cuál de los siguientes principios orientadores del MCI enfatiza la necesidad de brindar atención diferenciada según las necesidades de los distintos grupos poblacionales?

- a) Universalidad. b) Integralidad. c) Solidaridad. d) **Equidad en Salud.**

Pregunta 10:

Una RIS busca optimizar el uso de sus recursos y evitar la duplicidad de pruebas diagnósticas entre sus diferentes establecimientos. ¿A qué característica del MCI responde esta acción?

- a) Accesibilidad. b) Integralidad. c) Coordinación. d) **Eficiencia (como principio orientador).**

Pregunta 11:

El Estado peruano garantiza la afiliación gratuita al Seguro Integral de Salud (SIS) para las personas de bajos recursos. ¿A qué componente del MCI corresponde esta política?

- a) Organización para la provisión del cuidado. b) Gestión para la provisión de los cuidados. c) **Financiamiento**. d) Provisión del cuidado.

Pregunta 12:

¿Cuál de los siguientes enfoques transversales del MCI considera las diferencias en las oportunidades y roles asignados socialmente a hombres y mujeres en el abordaje de la salud?

- a) Enfoque de derechos. b) Enfoque de curso de vida. c) **Enfoque de género**. d) Enfoque de interculturalidad.

Pregunta 13:

Una RIS implementa vías clínicas para el manejo de enfermedades crónicas, definiendo los pasos y las intervenciones necesarias para garantizar una atención integral y secuencial. ¿A qué concepto clave del MCI se refiere esta acción?

- a) Cartera de servicios. b) Ciclo vital familiar. c) **Vía de cuidados integrales en salud**. d) Gestión territorial en salud.

Pregunta 14:

El Ministerio de Salud promueve la participación de los ciudadanos en la planificación y evaluación de los servicios de salud a través de los Comités Locales de Salud. ¿Qué principio del MCI se está fomentando?

- a) Universalidad. b) Equidad en Salud. c) Eficiencia. d) **Corresponsabilidad**.

Pregunta 15:

Un equipo de salud del primer nivel de atención trabaja en coordinación con agentes comunitarios para realizar actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la comunidad. ¿A qué componente del MCI corresponde esta colaboración?

- a) Componente de financiamiento (apoyo a agentes comunitarios). b) Componente de gestión (gestión de recursos humanos). c) **Componente de provisión del cuidado (cuidados en la comunidad)**. d) Componente de organización (organización de los servicios de salud).

CLASE 14: VACUNAS DEL ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

1. Introducción:

El Esquema Nacional de Vacunación en el Perú es una iniciativa del Ministerio de Salud (MINS A) que busca proteger a la población contra diversas enfermedades infecciosas mediante la vacunación. Este esquema incluye un conjunto de vacunas que se administran desde el nacimiento hasta la adultez, con el objetivo de prevenir brotes y mantener la salud pública.

2. Desarrollo:

Vacunas para Niños y Niñas Hasta los 5 Años de Edad:

1. Recién Nacidos:

- **BCG (Tuberculosis):** Protege contra la tuberculosis.
- **Hepatitis B:** Previene la hepatitis B.

2. A los 2 Meses:

- **Pentavalente:** Protege contra difteria, tétanos, tosferina, *Haemophilus influenzae* tipo B y hepatitis B.
- **Polio Oral (OPV):** Previene la poliomielitis.
- **Rotavirus:** Protege contra el rotavirus, que causa diarreas severas en niños.

3. A los 4 Meses:

- **Pentavalente**
- **Polio Oral (OPV)**
- **Rotavirus**

4. A los 6 Meses:

- **Pentavalente**
- **Polio Oral (OPV)**
- **Rotavirus**

5. A los 7 Meses:

- **Neumococo:** Previene infecciones causadas por el neumococo, como meningitis y neumonía.

6. A los 12 Meses:

- **Meningococo:** Protege contra la meningitis meningocócica.

7. A los 15 Meses:

- **Hepatitis A:** Previene la hepatitis A.

8. A los 18 Meses:

- **MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola):** Protege contra estas tres enfermedades virales.

9. A los 2, 3 y 4 Años:

- **DPT (Difteria, Tétanos, Tosferina):** Refuerzo para estas tres enfermedades.

• **Polio Inyectada (IPV):** Refuerzo para la poliomielitis.

- **VPH (Virus del Papiloma Humano):** Vacuna administrada principalmente a niñas para prevenir el cáncer de cuello uterino.

Vacunas para Personas Mayores de 5 Años:

1. De 9 a 13 Años:

- **Tétanos:** Refuerzo.
- **DPT:** Refuerzo.
- **Meningococo:** Refuerzo.
- **VPH:** Refuerzo para el virus del papiloma humano.

2. De 14 a 18 Años:

- **Tétanos:** Refuerzo.
- **DPT:** Refuerzo.
- **Meningococo:** Refuerzo.
- **VPH:** Refuerzo.

3. Adultos:

- **Tétanos:** Refuerzo cada 10 años.
- **Influenza:** Vacuna anual.
- **Hepatitis A:** Vacuna para quienes viajan a zonas endémicas.
- **Hepatitis B:** Vacuna para quienes están en riesgo.
- **Fiebre Amarilla:** Vacuna para quienes viajan a zonas endémicas.
- **VPH:** Vacuna si no se administró en la infancia.

Vacunas para Adultos Mayores de 60 Años:

1. **Influenza:** Vacuna anual.
2. **Neumococo:** Refuerzo para prevenir infecciones neumocócicas.

3. Resumen:

El Esquema Nacional de Vacunación en el Perú es una herramienta esencial para proteger a la población contra una variedad de enfermedades infecciosas. A través de la administración de vacunas desde el nacimiento hasta la adultez, se busca prevenir brotes y mantener la salud pública. El esquema abarca desde las vacunas para recién nacidos hasta los refuerzos para adultos mayores, asegurando una cobertura integral.

4. Examen:

1. ¿Qué vacuna se administra a los recién nacidos para prevenir la tuberculosis?
 - a) Pentavalente
 - b) Hepatitis B
 - c) BCG
 - **Respuesta correcta: c)**
2. ¿A qué edad se administra la vacuna MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola)?
 - a) A los 7 meses
 - b) A los 18 meses

- c) A los 2 meses
- **Respuesta correcta: b)**

3. ¿Qué vacuna se administra anualmente a los adultos mayores para prevenir la gripe?

- a) Neumococo
- b) Influenza
- c) Hepatitis A
- **Respuesta correcta: b)**

4. ¿Qué vacuna se utiliza para prevenir el cáncer de cuello uterino en niñas?

- a) Polio Oral
- b) VPH
- c) Rotavirus
- **Respuesta correcta: b)**

Clase 15: Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles: Un Enfoque en los Factores de Riesgo en la Región de las Américas

2. Introducción:

Las **enfermedades no transmisibles (ENT)** representan la principal causa de morbilidad, mortalidad y muerte prematura en la Región de las Américas, siendo responsables del **75% de todas las defunciones en 2012**. Se estima que en ese mismo año, **200 millones de personas en la Región padecían una o varias ENT y más de 5 millones fallecieron a causa de estas enfermedades**. La probabilidad de morir a causa de una de las cuatro ENT principales (cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades respiratorias) entre los 30 y 70 años es del **15% en la Región**, llegando estas cuatro enfermedades a causar el **82% de las muertes debidas a ENT**.

La mayor parte de esta epidemia es **causada por el ser humano** y se relaciona con **cuatro factores de riesgo principales: alimentación poco saludable, consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol e inactividad física**. Estos factores son **prevenibles y reversibles** mediante intervenciones eficaces. La carga de las ENT no solo tiene un **costo humano significativo**, sino que también representa una **amenaza económica**, con pérdidas estimadas en **US\$ 21,3 billones en los países de ingresos medianos y bajos durante los próximos dos decenios**.

La regulación se reconoce como una función esencial de salud pública para reducir la carga de las ENT. El fortalecimiento de la capacidad regulatoria es **imprescindible** para prevenir y controlar estas enfermedades en la Región.

3. Desarrollo:

3.1. Los Cuatro Factores de Riesgo Principales:

- **Alimentación Poco Saludable:** Se ha establecido rápidamente como el **principal factor de riesgo de muerte y discapacidad** en la Región. Esto incluye el bajo consumo de frutas, verduras, nueces y semillas, y el consumo excesivo de sal, grasas trans, carnes procesadas y bebidas azucaradas. El aumento del consumo de alimentos ultraprocesados se relaciona con un mayor índice de masa corporal. **Intervenciones clave** incluyen la promoción de la lactancia materna, incentivos para el consumo de alimentos saludables, reformulación de alimentos para reducir sal, regulación de alimentos en escuelas, restricción de mercadeo de alimentos no saludables a niños y etiquetado frontal claro.
- **Consumo de Tabaco:** Sigue siendo una **principal causa de morbilidad y mortalidad prevenible**. En la Región, las defunciones relacionadas con el tabaco representan el **16% de todas las defunciones en adultos**. El **Convenio Marco de la OMS para el Control**

del Tabaco (CMCT) es un tratado vinculante para muchos países de la Región que establece medidas para reducir la demanda y la oferta de tabaco. **Las principales medidas incluyen** el monitoreo del consumo, la protección contra el humo ajeno, la ayuda para dejar de fumar, las advertencias sobre los peligros, la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio, y el aumento de impuestos.

- **Consumo Nocivo de Alcohol:** Las cifras y tasas de daños causados por el alcohol están **en aumento** en América Latina y el Caribe. Las Américas tienen el segundo porcentaje más elevado de bebedores y de episodios de consumo excesivo de alcohol. El alcohol es un factor de riesgo asociado a muertes en jóvenes y contribuye a diversas enfermedades. **Opciones de políticas y regulación incluyen** limitar la disponibilidad y horarios de venta, restringir el mercadeo, aplicar políticas de precios e impuestos, contramedidas para la conducción en estado de ebriedad y reducir el alcohol ilícito.
- **Inactividad Física:** Es el **cuarto factor de riesgo de las ENT**. En la Región, la proporción de personas con actividad física insuficiente es de una de cada dos. Esto aumenta el riesgo de mortalidad por todas las causas. **Estrategias para fomentar la actividad física** se centran en cambiar el entorno, como el diseño urbano, el transporte activo y las políticas en escuelas y lugares de trabajo.

3.2. La Importancia de la Regulación:

La regulación es una **herramienta esencial** para abordar los factores de riesgo de las ENT. Permite **subsanan fallas del mercado** y **modificar prácticas sociales generalizadas** que contribuyen a estos riesgos. Aunque la educación y la responsabilidad personal son importantes, **no son suficientes** para cambiar los determinantes ambientales y sociales de las ENT. **Las intervenciones regulatorias pueden incluir:** regulación de precios y disponibilidad, restricciones al mercadeo, restricciones o modificación de productos, etiquetado y reestructuración de entornos.

3.3. Capacidad Regulatoria:

La capacidad regulatoria debe **formarse y cultivarse** como parte de la estructura institucional de los sistemas de salud y los gobiernos. Sin embargo, en muchos países de la Región, esta capacidad es **limitada**. Es necesario **fortalecer las instituciones regulatorias**, desarrollar **capacidad técnica** y **adoptar medidas legislativas** para respaldar la autoridad regulatoria. El **financiamiento sostenible** de las instituciones regulatorias también es crucial.

3.4. Cooperación Internacional y la Función de la OPS:

Existen **compromisos políticos internacionales** para la adopción de medidas regulatorias contra las ENT, incluyendo metas de reducción de factores de riesgo y mortalidad prematura. La **Organización Panamericana de la Salud (OPS)** tiene un papel fundamental en el

fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros para regular los factores de riesgo de las ENT. A través de la **Iniciativa REGULA**, la OPS busca evaluar y fortalecer la capacidad institucional para implementar intervenciones dirigidas a estos factores de riesgo. La cooperación técnica puede incluir el intercambio de experiencias, el desarrollo de legislación modelo y el apoyo a la evaluación del impacto de las regulaciones.

4. Examen (15 Preguntas Tipo Caso):

Instrucciones: Lee cada caso cuidadosamente y elige la mejor respuesta entre las opciones proporcionadas. Indica la respuesta correcta.

1. **Caso:** Un país de la Región enfrenta una creciente prevalencia de obesidad infantil debido al alto consumo de bebidas azucaradas y alimentos ultraprocesados. El Ministerio de Salud está considerando implementar una medida para abordar este problema. a) Realizar campañas educativas masivas sobre los riesgos del consumo excesivo de azúcar. b) Promover acuerdos voluntarios con la industria alimentaria para reducir el contenido de azúcar en sus productos. c) **Implementar un impuesto a las bebidas azucaradas.** d) Aumentar la disponibilidad de bebidas dietéticas en las escuelas. **Respuesta Correcta: c)**
2. **Caso:** Una ciudad ha implementado una ley que prohíbe fumar en todos los espacios públicos cerrados. Sin embargo, se observa incumplimiento en algunos restaurantes y bares. a) Realizar una nueva campaña informativa sobre la ley antitabaco. b) Confiar en la autorregulación de los establecimientos para cumplir la ley. c) **Fortalecer la inspección y aplicación de la ley, imponiendo sanciones a los infractores.** d) Permitir áreas designadas para fumadores en espacios cerrados. **Respuesta Correcta: c)**
3. **Caso:** Un país tiene altas tasas de consumo nocivo de alcohol, especialmente entre los jóvenes, lo que contribuye a accidentes de tránsito y violencia. a) Promover el consumo moderado de alcohol a través de mensajes de salud pública. b) Fomentar la autorregulación de la publicidad de bebidas alcohólicas por la industria. c) **Aumentar la edad mínima legal para comprar alcohol y limitar los horarios de venta.** d) Subsidiar la producción de bebidas alcohólicas de baja graduación. **Respuesta Correcta: c)**
4. **Caso:** En una comunidad, la mayoría de los residentes no realizan suficiente actividad física debido a la falta de espacios seguros y accesibles para caminar y andar en bicicleta. a) Recomendar a los individuos que se unan a gimnasios privados. b) Realizar talleres sobre los beneficios de la actividad física. c) **Invertir en la creación de parques, senderos peatonales y ciclovías seguras.** d) Promover el uso de videojuegos que simulan actividad física. **Respuesta Correcta: c)**
5. **Caso:** Un ministerio de salud busca fortalecer su capacidad regulatoria en relación con los factores de riesgo de las ENT. a) Reducir el presupuesto destinado a la prevención para invertirlo en tratamiento. b) Delegar todas las funciones regulatorias al sector privado. c)

Desarrollar instituciones regulatorias especializadas, fortalecer el marco legal y capacitar al personal. d) Depender únicamente de recomendaciones internacionales sin adaptación local. **Respuesta Correcta: c)**

6. **Caso:** La industria tabacalera está presionando al gobierno para debilitar una nueva regulación que exige advertencias sanitarias gráficas más grandes en los paquetes de cigarrillos. a) Ceder a la presión de la industria para evitar conflictos legales. b) Aceptar propuestas de autorregulación por parte de la industria. c) **Defender la regulación basándose en la evidencia científica y los compromisos internacionales, protegiendo las políticas de los intereses comerciales de la industria.** d) Retrasar la implementación de la regulación para realizar más consultas. **Respuesta Correcta: c)**
7. **Caso:** Un país ha implementado un sistema de etiquetado frontal de alimentos tipo semáforo para informar a los consumidores sobre el contenido de azúcar, sal y grasas. a) Dejar que la industria alimentaria decida voluntariamente si adopta el etiquetado. b) Realizar encuestas para evaluar la comprensión del etiquetado por los consumidores. c) **Monitorear el impacto del etiquetado en las decisiones de compra y la salud de la población.** d) Promover diferentes sistemas de etiquetado para dar opciones a los consumidores. **Respuesta Correcta: c)**
8. **Caso:** Un municipio desea reducir el consumo nocivo de alcohol durante eventos masivos. a) Aumentar la venta de alcohol para generar más ingresos para el municipio. b) Permitir la venta libre de alcohol sin restricciones. c) **Prohibir o restringir la venta de alcohol en las cercanías del evento y aumentar los controles de alcoholemia.** d) Ofrecer descuentos en bebidas alcohólicas para atraer más público. **Respuesta Correcta: c)**
9. **Caso:** Un programa de alimentación escolar busca ofrecer opciones más saludables a los estudiantes. a) Permitir la venta de cualquier alimento que deseen los estudiantes. b) Depender de las decisiones individuales de los estudiantes para elegir alimentos saludables. c) **Establecer normas y políticas que limiten la disponibilidad de alimentos poco saludables y promuevan el consumo de frutas, verduras y alimentos mínimamente procesados.** d) Subcontratar la alimentación escolar a empresas privadas sin requisitos nutricionales. **Respuesta Correcta: c)**
10. **Caso:** Un país está considerando gravar los alimentos poco saludables con alto contenido calórico y bajo valor nutricional. a) Ignorar la evidencia sobre el impacto de estos alimentos en la salud. b) Consultar únicamente a la industria alimentaria para tomar la decisión. c) **Realizar un análisis del riesgo, evaluar el posible impacto en la salud y la economía, y considerar la experiencia de otros países con impuestos similares.** d) Implementar el impuesto sin informar a la población sobre su propósito. **Respuesta Correcta: c)**
11. **Caso:** La falta de coordinación entre diferentes ministerios dificulta la implementación de políticas integrales para la prevención de las ENT. a) Dejar que el Ministerio de Salud sea el único responsable de la prevención. b) Crear organismos paralelos sin comunicación

entre ellos. c) **Establecer mecanismos operativos para la colaboración multisectorial, involucrando a ministerios como el de economía, educación, transporte y agricultura.** d) Ignorar la participación de otros sectores para evitar complejidades. **Respuesta Correcta: c)**

12. **Caso:** Una organización de la sociedad civil está trabajando para promover entornos libres de humo de tabaco en su comunidad. a) Depender únicamente de la buena voluntad de los fumadores. b) Evitar cualquier confrontación con la industria tabacalera. c) **Realizar campañas de concientización, abogar por políticas públicas y movilizar el apoyo de la comunidad.** d) Limitar sus actividades a la distribución de folletos informativos. **Respuesta Correcta: c)**

13. **Caso:** Un país enfrenta desafíos legales por parte de la industria alimentaria contra una nueva regulación de etiquetado de alimentos. a) Retirar la regulación para evitar costos legales. b) Modificar la regulación para complacer a la industria. c) **Defender la regulación basándose en la protección de la salud pública y la evidencia científica, utilizando los acuerdos comerciales internacionales que permiten proteger la salud humana.** d) Ignorar los desafíos legales y continuar la implementación sin respaldo legal sólido. **Respuesta Correcta: c)**

14. **Caso:** Un ministerio de salud busca mejorar la vigilancia de los factores de riesgo de las ENT. a) Depender únicamente de datos proporcionados por la industria. b) Realizar encuestas esporádicas sin estandarización. c) **Establecer sistemas de vigilancia periódica y estandarizada para recopilar datos sobre la prevalencia de los factores de riesgo y monitorear el cumplimiento de las políticas.** d) Asignar todos los recursos de vigilancia al monitoreo de enfermedades transmisibles. **Respuesta Correcta: c)**

15. **Caso:** Un país desea reducir el consumo de sal en la población. a) Simplemente recomendar a la población que use menos sal. b) Depender únicamente de la autorregulación de la industria alimentaria. c) **Implementar una estrategia integral que combine metas voluntarias con límites máximos obligatorios de sal en alimentos procesados, campañas de concientización y mejora del etiquetado.** d) Aumentar el precio de la sal de mesa. **Respuesta Correcta: c)**

Clase 16: Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud" Resolución Ministerial N.º 168-2015.

2. INTRODUCCIÓN

Las **Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)**, anteriormente conocidas como infecciones intrahospitalarias (IIH), representan un importante problema de salud pública a nivel mundial debido a su frecuencia, morbilidad, mortalidad y la carga que imponen a pacientes, personal sanitario y sistemas de salud. El **Ministerio de Salud (MINSA)** del Perú, como ente rector del Sector Salud, tiene la responsabilidad de regular, vigilar y promover la salud, siendo la protección de la salud de interés público. En este contexto, se ha desarrollado el Documento Técnico: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud", con el objetivo de establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a prevenir y controlar las infecciones asociadas a la atención de la salud, en los establecimientos de salud del país³ Este documento es de carácter mandatorio y de obligatorio cumplimiento en todos los establecimientos del Sector Salud del territorio nacional.

3. DESARROLLO

El Documento Técnico establece una serie de aspectos técnicos conceptuales, la situación actual de las IAAS a nivel global y en el Perú, y los lineamientos para su vigilancia, prevención y control.

Aspectos Técnico Conceptuales:

- Se adopta la denominación **Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS)** en lugar de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) para reflejar que estas infecciones pueden ocurrir también en la atención ambulatoria.
 - Una **Infección Asociada a la Atención de Salud** se define como aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o sus toxinas, que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud y que no estaba presente al momento de la admisión, a menos que esté relacionada con una admisión previa. También incluye las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario.
 - Las IAAS pueden tener **fuentes endógenas** (microorganismos del propio paciente) o **exógenas** (personal de salud, visitantes, equipos, dispositivos médicos, entorno sanitario).
- #### **Situación de las IAAS en el Perú:**
- La vigilancia epidemiológica de las IAAS se realiza en el Perú desde 1998.
 - La aprobación de la **Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias (NT N° 026-MINSA/OGE-V.01)** en 2005 marcó la institucionalización de este tema.
 - En el año 2012, las infecciones más reportadas fueron las infecciones de herida operatoria de parto por cesárea, neumonías asociadas a ventilación mecánica en cuidados intensivos y endometritis puerperales.

•La **resistencia antimicrobiana** en bacterias de origen hospitalario es un problema importante en el país, con altos porcentajes de resistencia en *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Klebsiella pneumoniae*.

Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS:

El Documento Técnico establece **seis lineamientos** fundamentales:

1.Sistema de Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, implementado y articulado en todo el país: Busca fortalecer y articular las acciones a nivel nacional, regional y local, incluyendo la actualización de normativas, organización de unidades de epidemiología hospitalaria, implementación de comités de prevención y control, desarrollo de competencias del personal y monitoreo del cumplimiento.

2.Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia: Se enfoca en fortalecer la gestión clínica basada en evidencia, promoviendo el uso de "Care Bundles", la estrategia "Cirugía limpia es una cirugía segura", la higiene de manos, prácticas de asepsia, notificación e intervención ante exposiciones laborales, y el abastecimiento de insumos²⁰

3.Efectiva y oportuna vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud; e investigación y control de brotes Hospitalarios: Prioriza la vigilancia activa, selectiva y localizada de IAAS, la disponibilidad de información para la toma de decisiones y la investigación e intervención oportuna ante brotes

4.Disponibilidad de Laboratorios con capacidad resolutive para la vigilancia microbiológica, apoyo al diagnóstico e investigación de brotes hospitalarios: Busca fortalecer la capacidad de los laboratorios en el diagnóstico y pruebas de susceptibilidad antimicrobiana, asegurar la disponibilidad de recursos y realizar la vigilancia de la resistencia antimicrobiana

5.Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales: Promueve el uso racional de antimicrobianos y antisépticos, el manejo seguro de mezclas parenterales, el adecuado almacenamiento y dispensación, buenas prácticas de prescripción y administración, y la adecuada adquisición y uso de desinfectantes

6.Gestión del riesgo relacionado con el manejo de residuos sólidos, agua y alimentos, vectores y roedores: Busca reducir los riesgos derivados del inadecuado manejo de residuos, agua y alimentos no seguros, y la presencia de vectores y roedores

Responsabilidades por Niveles de Organización:

•**Nivel Nacional (MINSA):** Supervisar el cumplimiento e implementación del Documento Técnico, consolidar información nacional y asegurar la disponibilidad presupuestal.

•**Nivel Regional (DIRESAS/GERESAS/DISAS, IGSS):** Implementar y supervisar el cumplimiento en su jurisdicción, conformar comités regionales, garantizar personal calificado y disponibilidad presupuestal, y consolidar información regional²⁹

•**Nivel Local (Establecimientos de Salud):** Implementar y cumplir el Documento Técnico, contar con personal calificado, conformar comités locales y asegurar las condiciones logísticas necesarias

4. EXAMEN:

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada caso y seleccione la alternativa que considere correcta.

1.Caso: En un hospital de la capital, se ha detectado un aumento inusual de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El equipo de epidemiología del hospital inicia una investigación para identificar la causa del brote.

- a) Esta situación es responsabilidad exclusiva del médico tratante de cada paciente.
- b) La investigación del brote es una actividad contemplada en el lineamiento de "Uso adecuado y seguro de medicamentos".
- c) La investigación y control oportuno de brotes de IAAS es un objetivo del lineamiento de "Efectiva y oportuna vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
- d) Los pacientes son los únicos responsables de evitar contraer infecciones durante su estancia hospitalaria.

◦

Respuesta Correcta: c)

2.Caso: Un técnico de enfermería en un centro de salud ambulatorio se pregunta por qué ahora se utiliza el término "Infecciones Asociadas a la Atención de Salud" en lugar de "Infecciones Intrahospitalarias".

- a) El cambio de nombre se debe a una nueva ley que exige modificar la terminología médica.
- b) La nueva denominación busca simplificar la comunicación entre el personal de salud y los pacientes.
- c) El cambio se justifica porque estas infecciones pueden ocurrir también en procedimientos realizados en la atención ambulatoria.
- d) Ambos términos significan exactamente lo mismo y el cambio es meramente estético.

◦**Respuesta Correcta: c)**

3.Caso: El director de un hospital regional está preocupado por el alto índice de resistencia a los antibióticos en las bacterias aisladas de los pacientes. Quiere implementar medidas para abordar este problema.

- a) La resistencia antimicrobiana no es un problema relevante en los hospitales del Perú.
- b) La vigilancia de la resistencia antimicrobiana es una función del Ministerio de Economía y Finanzas.
- c) Fortalecer la capacidad del laboratorio para realizar pruebas de susceptibilidad antimicrobiana es una estrategia del lineamiento de "Disponibilidad de Laboratorios con capacidad resolutoria".
- d) La prescripción de antibióticos es una decisión exclusiva de los químicos farmacéuticos.

◦**Respuesta Correcta: c)**

4.Caso: Durante una cirugía programada, el cirujano realiza la antisepsia de manos siguiendo un protocolo establecido. Esta práctica se alinea con cuál de los siguientes lineamientos:

- a) Gestión del riesgo relacionado con el manejo de residuos sólidos

- b) Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia.
- c) Efectiva y oportuna vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- d) Disponibilidad de Laboratorios con capacidad resolutive.

◦**Respuesta Correcta: b)**

5.Caso: Un nuevo enfermero es contratado en un hospital. ¿Quién es el principal responsable de informarle sobre los protocolos de prevención de IAAS vigentes en el hospital?

- a) El paciente que esté a su cargo.
- b) La empresa de limpieza del hospital.
- c) El Comité de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud del hospital.
- d) Únicamente el jefe del servicio de enfermería.

◦**Respuesta Correcta: c)**

6.Caso: En un establecimiento de salud de nivel primario, el personal se percató de un aumento de casos de diarrea. ¿Cuál sería el primer paso recomendado según los lineamientos?

- a) Suspender la atención en el establecimiento.
- b) Iniciar inmediatamente el tratamiento antibiótico a todos los pacientes.
- c) Desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica activa para determinar si se trata de un brote de IAAS.
- d) Esperar a que los pacientes se recuperen espontáneamente.

◦**Respuesta Correcta: c)**

7.Caso: El MINSA requiere información sobre el avance en la implementación de los lineamientos de IAAS a nivel nacional. ¿Quién es responsable de consolidar esta información semestralmente?

- a) Los directores de los hospitales a nivel local.
- b) La Organización Mundial de la Salud (OMS).
- c) El Ministerio de Salud (MINSA) a nivel nacional.
- d) Los pacientes y sus familiares.

◦**Respuesta Correcta: c)**

8.Caso: Un hospital ha implementado el uso de paquetes de medidas ("Care Bundles") para prevenir infecciones asociadas a catéter venoso central. Esto responde a cuál de los lineamientos:

- a) Gestión del riesgo relacionado con el manejo de residuos sólidos.
- b) Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia.
- c) Efectiva y oportuna vigilancia epidemiológica.
- d) Disponibilidad de Laboratorios con capacidad resolutive.

◦**Respuesta Correcta: b)**

9.Caso: ¿Qué tipo de fuente de infección representa la flora normal de la piel de un paciente que puede causar una IAAS si se introduce en un sitio quirúrgico?

- a) Fuente exógena.
- b) Fuente ambiental.
- c) Fuente endógena.
- d) Fuente vectorial.

Respuesta Correcta: c)

10.Caso: La correcta segregación de los residuos hospitalarios infecciosos es una práctica fundamental que se enmarca en cuál de los siguientes lineamientos:

- a) Uso adecuado y seguro de medicamentos.
- b) Efectiva y oportuna vigilancia epidemiológica.
- c) Gestión del riesgo relacionado con el manejo de residuos sólidos.
- d) Implementación de prácticas de prevención basadas en evidencia.

Respuesta Correcta: c)

11.Caso: ¿Cuál es el objetivo principal del Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud"?

- a) Sancionar a los establecimientos de salud con altas tasas de IAAS.
- b) Establecer directrices para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la atención de la salud.
- c) Recopilar estadísticas sobre la prevalencia de enfermedades infecciosas en la comunidad.
- d) Promover el uso indiscriminado de antibióticos para prevenir cualquier tipo de infección.

◦Respuesta Correcta: b)

12.Caso: Un director regional de salud (DIRESA) debe asegurar que los hospitales de su jurisdicción cuenten con profesionales capacitados en vigilancia de IAAS. Esta acción corresponde a cuál nivel de responsabilidad:

- a) Nivel local.
- b) Nivel nacional.
- c) Nivel regional.
- d) Nivel internacional.

◦Respuesta Correcta: c)

13.Caso: La implementación y monitoreo de buenas prácticas de prescripción de antibióticos se alinea con el objetivo de:

- a) Reducir el costo de los medicamentos en los establecimientos de salud.
- b) Promover el uso adecuado y seguro de los antimicrobianos.
- c) Aumentar la disponibilidad de antibióticos en farmacias comunitarias.
- d) Simplificar los esquemas de tratamiento para infecciones comunes.

◦Respuesta Correcta: b)

14.**Caso:** Un establecimiento de salud está implementando un programa de higiene de manos para todo el personal. Esta acción contribuye directamente a la prevención de IAAS al actuar sobre:

- a) Las fuentes endógenas de infección.
- b) La resistencia antimicrobiana en la comunidad.
- c) Las fuentes exógenas de infección.
- d) La calidad del agua utilizada en el hospital.

◦**Respuesta Correcta: c)**

Clase 17: Medidas Preventivas en Salud Bucal. Técnicas de Cepillado y Uso de Hilo Dental

2. Introducción:

La salud bucal es fundamental para el bienestar general de las personas. Una correcta higiene bucodental previene enfermedades como caries, gingivitis y periodontitis. El Ministerio de Salud (MINSA) promueve técnicas adecuadas de cepillado y uso de hilo dental como medidas esenciales para mantener una boca sana. En esta clase, aprenderemos las técnicas correctas y su importancia en la prevención de enfermedades bucales.

3. Desarrollo:

A. Técnica de Cepillado Dental

- **Cepillo dental:** Debe ser de cerdas suaves y cabeza pequeña para llegar a todas las zonas.
- **Pasta dental:** Usar una que contenga flúor para fortalecer el esmalte.
- **Técnica recomendada (Bass modificada):**
 1. Colocar el cepillo en un ángulo de 45° hacia la encía.
 2. Realizar movimientos suaves y circulares.
 3. Cepillar todas las superficies: externa, interna y de masticación.
 4. Duración: mínimo 2 minutos, 2 veces al día.

B. Uso Correcto del Hilo Dental

- **Tipos de hilo dental:** Con cera (para espacios estrechos) y sin cera (para espacios normales).
- **Técnica adecuada:**
 1. Cortar aproximadamente 45 cm de hilo.
 2. Enrollar en los dedos medios y sostener con pulgares e índices.
 3. Deslizar suavemente entre los dientes, formando una "C" alrededor de cada pieza dental.
 4. Usar una sección limpia para cada espacio interdental.

C. Recomendaciones del MINSA

- Evitar alimentos azucarados y tabaco.
- Visitar al odontólogo cada 6 meses.
- Enseñar a niños desde temprana edad.

4. Examen

Pregunta 1:

Caso: María tiene encías inflamadas y sangrado al cepillarse. ¿Qué técnica de cepillado debe seguir según el MINSA?

- a) Movimientos horizontales fuertes
- b) Técnica de Bass modificada (movimientos circulares suaves) ✓
- c) Solo enjuagar con agua
- d) Usar solo hilo dental

Pregunta 2:

Caso: Juan usa hilo dental, pero le sangran las encías. ¿Qué error podría estar cometiendo?

- a) Usar hilo con movimientos bruscos ✓
- b) No usar hilo dental
- c) Cepillarse antes del hilo
- d) Usar hilo solo una vez por semana

Pregunta 3:

Caso: Un niño de 5 años debe cepillarse los dientes. ¿Qué recomendación es correcta?

- a) Usar un cepillo de cerdas duras
- b) Supervisar el cepillado y usar pasta con flúor en cantidad pequeña (tamaño de un guisante) ✓
- c) No usar pasta dental
- d) Cepillarse solo una vez al día

Pregunta 4:

Caso: Carlos tiene brackets. ¿Qué herramienta adicional al cepillo debe usar para una limpieza efectiva?

- a) Solo enjuague bucal
- b) Cepillos interdetales o irrigadores bucales ✓
- c) Palillos de madera
- d) Limpiar solo con agua

Pregunta 5:

Caso: Ana cepilla sus dientes 3 veces al día, pero aún tiene caries. ¿Qué factor podría estar descuidando?

- a) No usar hilo dental para limpiar entre los dientes ✓
- b) Cepillarse demasiado rápido

- c) Usar demasiada pasta dental
- d) No enjuagar la boca después de comer

Pregunta 6:

Caso: Luis tiene diabetes. ¿Por qué debe extremar su higiene bucal según el MINSA?

- a) Porque tiene mayor riesgo de infecciones bucales y enfermedad periodontal ✓
- b) Porque la pasta dental afecta su glucosa
- c) Porque no necesita cepillarse
- d) Porque el hilo dental está contraindicado

Pregunta 7:

Caso: Un adulto mayor con prótesis dental pregunta cómo limpiarla. ¿Qué recomienda el MINSA?

- a) Lavarla solo con agua
- b) Usar un cepillo especial para prótesis y jabón neutro (nunca pasta dental) ✓
- c) Sumergirla en vinagre puro
- d) No limpiarla diariamente

Pregunta 8:

Caso: Un odontólogo enseña a una madre la técnica correcta de cepillado para su bebé sin dientes. ¿Qué debe hacer?

- a) Limpiar las encías con una gasa húmeda después de alimentarlo ✓
- b) Usar un cepillo de cerdas duras
- c) No limpiar hasta que salgan los dientes
- d) Aplicar miel en las encías

Pregunta 9:

Caso: Rosa usa enjuague bucal con alcohol diariamente. ¿Qué riesgo tiene según el MINSA?

- a) Aumenta la sequedad bucal y puede irritar las mucosas ✓
- b) Fortalece el esmalte dental
- c) Previene todas las caries
- d) Es inocuo y no tiene efectos

Pregunta 10:

Caso: Pedro viaja y no tiene cepillo dental. ¿Qué medida temporal es válida según el MINSA?

- a) Masticar chicle sin azúcar y enjuagar la boca con agua ✓

- b) No lavarse los dientes ese día
- c) Usar un palillo de madera
- d) Frotar los dientes con un paño seco

Pregunta 11:

Caso: Un escolar tiene caries a pesar de cepillarse. ¿Qué factor dietético es clave para prevenirlas?

- a) Consumir alimentos azucarados entre comidas ✓
- b) Beber mucha agua
- c) Evitar frutas ácidas
- d) Comer solo alimentos duros

Pregunta 12:

Caso: El MINSA recomienda el uso de flúor. ¿En qué presentación es más efectivo para prevenir caries?

- a) En pastas dentales con concentración de 1000–1500 ppm de flúor ✓
- b) En enjuagues con alcohol
- c) En pastillas de carbón activado
- d) En geles sin flúor

Pregunta 13:

Caso: Una gestante tiene gingivitis. ¿Qué debe hacer para cuidar su salud bucal?

- a) Cepillarse suavemente con técnica Bass y usar hilo dental ✓
- b) Evitar totalmente el cepillado
- c) Usar solo enjuague bucal
- d) Tomar antibióticos sin consultar

Pregunta 14:

Caso: Un paciente con VIH pregunta por su salud bucal. ¿Qué medida preventiva es prioritaria?

- a) Realizar controles odontológicos frecuentes y mantener higiene rigurosa ✓
- b) Evitar el uso de hilo dental
- c) No cepillarse si hay sangrado
- d) Usar solo remedios caseros

Pregunta 15:

Caso: El MINSA promueve la "Primera visita al odontólogo". ¿Cuándo debe ser idealmente?

- a) Al cumplir 1 año o al erupcionar el primer diente ✓
- b) Recién a los 6 años
- c) Solo si hay dolor
- d) En la adolescencia

Clase 18: Prevención Combinada del VIH con Énfasis en Evaluación de Riesgo y Consejería

2. Introducción

La presente clase aborda la **Norma Técnica de Salud “Prevención Combinada del Virus de la Inmunodeficiencia Humana para Poblaciones en Alto Riesgo” (NTS N° 204 -MINSA/DGIESP-2023)**, aprobada por Resolución Ministerial N° 576-2023/MINSA. Esta norma tiene como **finalidad contribuir con la reducción de nuevas infecciones por el VIH** en la población dentro del territorio nacional. La prevención combinada se define como una **combinación de intervenciones estratégicas comportamentales, biomédicas y estructurales** adecuadas a las necesidades de las personas más expuestas al riesgo de infección, permitiendo obtener el máximo impacto en la prevención de la transmisión sexual del VIH. En esta clase, se hará especial énfasis en la **evaluación de riesgo** para identificar a las poblaciones en alto riesgo y en la **consejería** como un componente fundamental de las medidas de intervención conductual y en la implementación de otras estrategias preventivas como la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) y la Profilaxis Post-Exposición (PPE). La atención bajo esta norma es **gratuita en todos los establecimientos de salud públicos a nivel nacional**.

3. Desarrollo

La prevención combinada del VIH para poblaciones en alto riesgo se basa en un **enfoque integral** que comprende tres tipos de medidas:

- **Medidas de intervención biomédicas:** Acciones enfocadas en la reducción del riesgo de exposición al VIH mediante intervenciones clásicas y basadas en el uso de antirretrovirales. Incluyen:
 - **Preservativos y lubricantes:** El uso correcto y consistente es efectivo para prevenir la transmisión del VIH y otras ITS.
 - **Acceso a pruebas de VIH:** El diagnóstico oportuno reduce la morbi-mortalidad y mejora la calidad de vida de las PVV. Se utilizan pruebas de tamizaje (rápidas o ELISA) y pruebas confirmatorias.
 - **Diagnóstico y tratamiento de las ITS:** El manejo oportuno reduce el riesgo de transmisión del VIH.

- **Vacunación contra la hepatitis B:** Forma parte del paquete básico de medidas.
- **Tratamiento Antirretroviral (TAR):** Reduce la carga viral del VIH a niveles indetectables.
- **Profilaxis Pre exposición (PrEP):** Administración de antirretrovirales antes de una posible exposición sexual al VIH en personas seronegativas de alto riesgo para disminuir este riesgo. Se ofrece a personas de 18 años a más de las poblaciones en alto riesgo: HSH, MT, TS y parejas serodiscordantes que cumplan criterios y deseen voluntariamente recibirla.
- **Profilaxis Post Exposición (PPE):** Administración de antirretrovirales después de una posible exposición al VIH para reducir el riesgo de infección. Puede ser ocupacional o no ocupacional. La PPE no ocupacional incluye casos de violencia sexual y exposición sexual de alto riesgo.
- **Medidas de intervención conductual:** Acciones que contribuyen a la toma de decisiones para disminuir conductas y comportamientos de riesgo. Incluyen:
 - **Consejería pre test:** Se realiza antes de la prueba de tamizaje, es preventiva y educativa, preparando emocionalmente a la persona y brindando información relevante sobre el VIH.
 - **Consejería post test:** Se realiza al entregar los resultados de la prueba, sean reactivos o no reactivos.
 - **Consejería para la reducción de riesgos:** Permite identificar factores de riesgo y barreras para asumir prácticas preventivas, refuerza conductas de protección y monitorea acciones de reducción de riesgos.
 - **Estrategia de educadores/as pares:** Personas de la población clave capacitadas para brindar apoyo emocional, educación en salud y acompañamiento.
 - **Campañas comunicacionales.**
- **Medidas de intervención estructural o socio-cultural:** Acciones orientadas hacia las condiciones socioculturales que influyen directamente sobre la vulnerabilidad frente al VIH en las poblaciones en alto riesgo. Incluyen:
 - Reducción del estigma y discriminación en los servicios de salud.
 - Sensibilización sobre la atención a poblaciones clave en los servicios de salud.
 - Protección de los derechos de las poblaciones clave y PVV en la sociedad.

Énfasis en la Evaluación de Riesgo:

La norma técnica define **poblaciones en alto riesgo** como aquellas a las que está orientada la prevención combinada del VIH, incluyendo la PrEP: **HSH, MT, TS y**

parejas serodiscordantes. La **estratificación de alto riesgo** se basa en la probabilidad de contraer la infección por VIH en función del comportamiento de diversos factores como la pertenencia a poblaciones clave, prácticas sexuales y uso del condón.

Para la implementación de la PrEP, se utilizan **cuestionarios de registro de selección** específicos para HSH, MT y TS (Anexo N° 1) y para parejas serodiscordantes (Anexo N° 2). Estos cuestionarios permiten al personal de salud evaluar el riesgo de contraer el VIH y confirmar el cumplimiento de los criterios para recibir la PrEP, incluyendo preguntas sobre comportamiento sexual e historia de ITS.

Énfasis en la Consejería:

La **consejería es un proceso de diálogo e interacción, dinámico y confidencial**, entre el/la consejero/a y la persona que recibe la consejería, orientada a ofrecer soporte emocional, información y educación sobre el cuidado de la salud. La consejería es realizada por personal capacitado en los establecimientos de salud.

En el contexto de la PrEP, la **consejería inicial** es fundamental y debe abordar aspectos como información general de la PrEP, salud sexual, riesgo de infección por el VIH y rol de la PrEP, importancia de la adherencia, efectos secundarios y consumo de sustancias psicoactivas y problemas de salud mental. Además, se requiere consejería para el seguimiento de las personas que reciben PrEP.

La consejería también es crucial en el contexto de la **PPE**, tanto en la evaluación del riesgo de la exposición como en el seguimiento posterior. Asimismo, la **confidencialidad y la protección de datos personales en salud** son principios fundamentales en todo el proceso de atención, incluyendo la consejería y la realización de pruebas.

4. Examen (15 Preguntas tipo caso, con alternativas y respuestas correctas)

A continuación, se presentan 15 preguntas tipo caso con alternativas, donde se indica la respuesta correcta:

1. **Caso:** Un joven de 25 años se identifica como hombre que tiene sexo con otros hombres (HSH) y acude a un establecimiento de salud manifestando haber tenido relaciones sexuales anales sin preservativo en múltiples ocasiones en los últimos

- meses. **Pregunta:** De acuerdo con la Norma Técnica de Salud, ¿cuál sería la principal estrategia de prevención combinada que se le debería ofrecer, considerando su alto riesgo de adquirir el VIH? a) Vacunación contra la Hepatitis B. b) Prueba de tamizaje para VIH únicamente. c) **Profilaxis Pre Exposición (PrEP)**. d) Profilaxis Post Exposición (PPE).
2. **Caso:** Una mujer transgénero (MT) se acerca a un centro de salud y solicita información sobre cómo prevenir la infección por el VIH. **Pregunta:** ¿Qué componente del paquete de prevención combinada debería ser priorizado en la consejería inicial para esta persona, considerando su pertenencia a una población en alto riesgo? a) Información sobre el tratamiento antirretroviral para personas que viven con VIH. b) **Información detallada sobre la PrEP, incluyendo criterios de elegibilidad y modalidades de administración.** c) Énfasis exclusivo en el uso de preservativos femeninos. d) Información sobre la prevención de la transmisión materno infantil del VIH.
3. **Caso:** Un consejero realiza una consejería pre test a una persona que va a realizarse una prueba rápida de VIH por primera vez. **Pregunta:** ¿Cuál es el propósito principal de esta consejería? a) Entregar los resultados de la prueba de manera inmediata. b) Iniciar el tratamiento antirretroviral en caso de un resultado reactivo. c) **Preparar emocionalmente a la persona para el manejo del diagnóstico, informar sobre la prueba y garantizar la confidencialidad.** d) Convencer a la persona de la importancia de realizarse la prueba.
4. **Caso:** Una persona que está recibiendo PrEP diaria acude a su control trimestral y menciona que en el último mes ha tenido relaciones sexuales sin preservativo en una única ocasión con una pareja ocasional cuyo estado serológico desconoce. **Pregunta:** ¿Cuál debería ser la conducta del personal de salud en este caso? a) Suspende inmediatamente la PrEP. b) Indicar la PrEP a demanda como estrategia a partir de ahora. c) **Reforzar la importancia del uso consistente del preservativo y continuar con la PrEP diaria, realizando las pruebas de seguimiento correspondientes.** d) Indicar Profilaxis Post Exposición (PPE) de forma retroactiva.
5. **Caso:** Una pareja serodiscordante (mujer VIH negativa y hombre VIH positivo con carga viral detectable) solicita información sobre cómo reducir el riesgo de transmisión del VIH. **Pregunta:** ¿Qué estrategia de prevención combinada sería más apropiada ofrecer a la mujer VIH negativa en este contexto? a) Esperar a que

- la carga viral de su pareja sea indetectable para ofrecer prevención. b) Únicamente el uso de preservativos en todas las relaciones sexuales. c) **Profilaxis Pre Exposición (PrEP), además del uso consistente de preservativos y el tratamiento de su pareja.** d) Profilaxis Post Exposición (PPE) después de cada relación sexual.
6. **Caso:** Un trabajador de salud sufre una punción accidental con una aguja que se presume estuvo en contacto con sangre de una persona con VIH. **Pregunta:** ¿Qué tipo de Profilaxis Post Exposición (PPE) se indica en este caso? a) PPE no ocupacional. b) **PPE ocupacional, según lo establecido en la NTS N° 169-MINSA/2020/DGIESP.** c) No se indica PPE si la fuente no ha sido confirmada como positiva para VIH. d) Únicamente seguimiento serológico sin intervención farmacológica.
 7. **Caso:** Durante una consejería para la reducción de riesgos, un HSH manifiesta dificultades para usar preservativos de manera consistente debido a la falta de lubricantes. **Pregunta:** ¿Qué acción inmediata debería tomar el consejero? a) Finalizar la consejería y referirlo a otro especialista. b) **Proporcionar información sobre el uso de lubricantes y facilitar el acceso a los mismos como parte del paquete de prevención combinada.** c) Reprender al usuario por no utilizar preservativos correctamente. d) Registrar la información sin ofrecer ninguna intervención adicional.
 8. **Caso:** Una persona inicia PrEP diaria y al mes de tratamiento presenta náuseas y malestar estomacal leves. **Pregunta:** De acuerdo con la norma técnica, ¿cómo se consideran estos síntomas? a) Reacciones adversas graves que requieren suspensión inmediata de la PrEP. b) **Efectos secundarios frecuentes y leves que suelen revertirse rápidamente.** c) Signos de seroconversión al VIH. d) Indicadores de alergia a los medicamentos antirretrovirales.
 9. **Caso:** Un establecimiento de salud público ha implementado la oferta de PrEP. **Pregunta:** ¿Cuál de los siguientes principios debe guiar la prestación de este servicio? a) La obligatoriedad de la PrEP para todas las poblaciones en alto riesgo. b) La priorización de la PrEP solo para personas con múltiples parejas sexuales. c) **La gratuidad de la atención y el énfasis en poblaciones en alto riesgo bajo un enfoque de derechos humanos y confidencialidad.** d) El cobro de una tarifa diferenciada para personas que no cuenten con seguro de salud.

10. **Caso:** Un educador par apoya en la difusión de la PrEP en su comunidad de hombres que tienen sexo con hombres. **Pregunta:** ¿Cuál es el rol principal de este educador par en la estrategia de prevención combinada? a) Prescribir la PrEP a sus pares. b) Realizar pruebas de VIH a nivel comunitario. c) **Brindar apoyo emocional, educación en salud y acompañamiento a sus pares para la prevención y atención integral del VIH.** d) Supervisar la adherencia al tratamiento antirretroviral de las personas que viven con VIH.
11. **Caso:** Una persona que ha tenido una exposición sexual de alto riesgo (relación sexual sin condón con una persona cuyo estado serológico se desconoce) acude a un establecimiento de salud dentro de las 72 horas posteriores a la exposición. **Pregunta:** ¿Cuál es la intervención prioritaria que se le debe ofrecer? a) Realizar inmediatamente una prueba de VIH. b) Ofrecer consejería únicamente. c) **Ofrecer Profilaxis Post Exposición (PPE) para el VIH lo antes posible.** d) Referirlo a un especialista en enfermedades infecciosas para una evaluación posterior.
12. **Caso:** Un establecimiento de salud está implementando el sistema de registro y reporte de las actividades de prevención combinada. **Pregunta:** ¿Cuál es la finalidad principal de este sistema? a) Identificar y sancionar a las personas que no utilizan preservativos. b) Limitar el acceso a las estrategias de prevención combinada. c) **Monitorear y evaluar la implementación de la prevención combinada y garantizar el acceso a los productos farmacéuticos.** d) Compartir la información de los usuarios con otras instituciones sin su consentimiento.
13. **Caso:** Un médico revisa la historia clínica de una persona que solicita iniciar PrEP y observa que tiene una depuración de creatinina calculada menor a 60 ml/min. **Pregunta:** De acuerdo con la norma técnica, ¿cuál sería la conducta apropiada en este caso? a) Indicar la PrEP con una dosis ajustada. b) **No indicar la PrEP debido a una contraindicación.** c) Indicar la PrEP pero solicitar controles de creatinina semanales. d) Indicar la PrEP bajo consentimiento informado del paciente sobre el riesgo renal.
14. **Caso:** Una persona que recibía PrEP diaria decide interrumpirla debido a un cambio en su situación personal y manifiesta no tener riesgo actual de exposición al VIH. **Pregunta:** ¿Qué indicación se le debe dar con respecto a la interrupción de la PrEP? a) Debe interrumpir la PrEP de forma abrupta para evitar efectos secundarios. b) Debe continuar la PrEP de por vida, aunque no tenga riesgo. c) **En general, se aconseja que la PrEP se pueda interrumpir después de 2 días**

de la última exposición sexual, en caso de haberla tenido recientemente. d) Debe cambiar inmediatamente a la modalidad de PrEP a demanda.

15. **Caso:** Un establecimiento de salud privado desea ofrecer el paquete de prevención combinada del VIH. **Pregunta:** ¿Cuál es el requisito principal para que puedan brindar este servicio de manera regular y con financiamiento asegurado? a) Contar con un médico infectólogo exclusivo para la atención de VIH. b) Adquirir los medicamentos e insumos directamente del Ministerio de Salud. c) **Que el paquete de prevención combinada se haya incluido en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).** d) Tener convenios con organizaciones de la sociedad civil que trabajen en VIH.

Clase 19: Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B

Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis y Hepatitis B

1. Introducción

La prevención de la transmisión materno infantil (TMI) del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), la sífilis y la hepatitis B es una prioridad de salud pública. Esta Norma Técnica de Salud tiene como objetivo **establecer los lineamientos y procedimientos para la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de gestantes y sus recién nacidos expuestos o infectados con estas infecciones, con el fin de reducir al máximo la transmisión vertical**. Es fundamental que todo establecimiento de salud que atienda gestantes y madres promueva una **cultura de respeto a los derechos humanos, con enfoque de género e interculturalidad, eliminando el estigma y la discriminación** asociadas a estas infecciones. **La atención integral de las personas con VIH, sífilis o hepatitis B no puede ser excluida en ningún servicio de salud, ya sea público o privado.**

2. Desarrollo

La presente norma técnica aborda la prevención de la TMI del VIH, sífilis y hepatitis B de manera específica.

2.1 Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH

- **Tamizaje y Pruebas Confirmatorias:** Todas las pruebas de tamizaje (ELISA y pruebas rápidas como las Pruebas Rápidas Duales - PRD) y confirmatorias (IFI, Inmunoblot, PCR o carga viral) para VIH en gestantes, madres y recién nacidos expuestos son **gratuitas en todos los niveles de atención**.
 - Las **PRD son las pruebas de elección para el tamizaje** en atención prenatal, salas de parto, emergencias obstétricas y puerperio.

- Las pruebas de tamizaje deben ser ofrecidas a las **parejas de las gestantes/madres previo consentimiento informado** para identificar serodiscordancia y disminuir riesgos de transmisión.
- **Ninguna gestante debe retirarse sin conocer el resultado de la prueba de VIH el mismo día** de su realización, idealmente dentro de los 30 minutos de aplicada la prueba rápida.
- **No se recomienda el tamizaje en recién nacidos expuestos menores de 18 meses**, excepto en casos específicos.
- Las **pruebas confirmatorias** son procesadas en el Laboratorio de Referencia Nacional o laboratorios regionales. En gestantes con tamizaje reactivo, se realizará inmediatamente una prueba de IFI y carga viral. En niños menores de 18 meses expuestos, la prueba confirmatoria es la PCR-ADN-VIH-1.
- Las muestras para PCR-ADN-VIH-1 de niños expuestos deben remitirse al INS en papel filtro dentro de las 48 horas. El INS también procesará estas muestras de forma gratuita a nivel nacional.
- Las muestras para confirmación deben ser obtenidas, enviadas de forma oportuna y adecuada, debidamente rotuladas como "gestantes" o "niño expuesto al VIH". Los resultados deben estar disponibles en el sistema NETLAB en un plazo no mayor de 15 días hábiles.
- **Diagnóstico en la Gestante y el Recién Nacido Expuesto:** Se considera gestante con infección por VIH ante un tamizaje reactivo confirmado por pruebas confirmatorias. A toda gestante con tamizaje reactivo se le tomará inmediatamente una muestra para prueba confirmatoria y carga viral, **sin retrasar el inicio del tratamiento antirretroviral (TAR)**. Todo recién nacido de madre con diagnóstico de VIH se considera **niño expuesto**. A todo recién nacido expuesto se le debe realizar obligatoriamente la prueba PCR-ADN-VIH-1 al primer y tercer mes de edad.
- **Atención Integral:** La atención integral de la gestante con VIH incluye acompañamiento, seguimiento individualizado, pruebas de laboratorio, TAR, atención del parto y monitoreo. En el recién nacido, incluye pruebas de laboratorio, profilaxis antirretroviral, alimentación con sucedáneos de la leche materna (SLM) y seguimiento individualizado. Toda gestante diagnosticada con VIH debe ser referida al establecimiento que brinda TAR. El manejo obstétrico se

realiza en el mismo establecimiento por personal competente. La indicación y monitoreo del TAR es responsabilidad del médico Infectólogo o capacitado. Se debe obtener consentimiento informado antes de iniciar el TAR. La zidovudina endovenosa debe estar disponible las 24 horas en establecimientos con atención de parto para ser utilizada durante el parto. Se debe reforzar la consejería sobre adherencia al tratamiento y relaciones sexuales protegidas. La lactancia materna está contraindicada.

- **Escenarios de Atención:** La norma define tres escenarios para la atención de la gestante y el recién nacido expuesto al VIH, según el momento del diagnóstico y si la gestante recibe o no TAR:
 - **Escenario 1 (VIH-E1):** Gestante diagnosticada durante la atención prenatal o con diagnóstico previo que no recibe TAR. Se inicia TAR a partir de la semana 12 de gestación. La vía de parto se define según la carga viral al final del embarazo. Se administra zidovudina intravenosa durante el trabajo de parto. El recién nacido recibe profilaxis con zidovudina oral.
 - **Escenario 2 (VIH-E2):** Gestante con VIH que estuvo recibiendo TAR antes de su embarazo. Continúa con el tratamiento si es efectivo (carga viral indetectable). La vía de parto también se define según la carga viral. El recién nacido recibe profilaxis antirretroviral.
 - **Escenario 3 (VIH-E3):** Gestante diagnosticada con VIH durante el trabajo de parto. Recibe TAR a la brevedad posible junto con zidovudina intravenosa. La terminación del parto será por cesárea si la dilatación es < 4 cm y membranas integrales. El recién nacido recibe una profilaxis más intensiva con zidovudina, lamivudina y nevirapina.
- **Manejo de la Gestante Serodiscordante:** Se recomienda tamizaje trimestral a la gestante negativa con pareja positiva. Ante sospecha de infección aguda, realizar PCR ADN VIH-1 y carga viral. Descartada la infección, se inicia Profilaxis pre exposición (PrEP) con Tenofovir/Emtricitabina a partir de la semana 12 de embarazo. La PrEP se mantiene durante la gestación, parto y los seis primeros meses de lactancia materna, la cual no está contraindicada en este contexto.
- **Seguimiento:** Se deben realizar pruebas de monitoreo de carga viral y CD4 en la gestante con VIH. El seguimiento del recién nacido expuesto incluye controles y pruebas PCR-ADN-VIH-1 al primer y tercer mes. El seguimiento es obligatorio

hasta conocer el estado serológico definitivo. Se realizan visitas domiciliarias para asegurar el seguimiento.

- **Supresión de la Lactancia Materna y Alimentación del Recién Nacido:** La lactancia materna está contraindicada en madres con VIH. Se debe brindar consejería sobre la importancia de la suspensión de la lactancia y el uso de SLM desde el embarazo. Se indica supresión farmacológica de la lactancia con Cabergolina. Se proporciona vendaje compresivo. Se realiza seguimiento para asegurar la suspensión de la lactancia y el inicio de SLM. Los SLM se entregan de forma gratuita hasta los 12 meses de edad.
- **Vacunas:** Los recién nacidos y niños expuestos al VIH deben ser vacunados según el calendario nacional, con consideraciones especiales en casos de prematuridad o bajo peso. Las vacunas de virus vivos atenuados están contraindicadas en niños con VIH e inmunosupresión severa.
- **Reporte de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM):** Todo profesional de salud está obligado a reportar sospechas de RAM. Las notificaciones de RAM graves deben realizarse dentro de las 24 horas.

2.2 Prevención de la Transmisión Materno Infantil de la Sífilis

- **Tamizaje:** Toda gestante debe ser tamizada para sífilis con pruebas rápidas (PRD o PRS) en la primera atención prenatal y en el tercer trimestre. Los resultados deben entregarse el mismo día.
- **Diagnóstico:** Ante una prueba rápida reactiva, se solicitará una prueba no treponémica cuantitativa (RPR). Las pruebas confirmatorias (FTA-ABS y/o TPHA) se realizarán solo en casos discordantes. Se considera sífilis congénita todo producto de gestación de una madre con sífilis sin tratamiento completo y adecuado, o con serología reactiva y evidencia clínica o laboratorio de infección en el recién nacido.
- **Tratamiento en la Gestante:** El tratamiento con Bencilpenicilina Benzatínica debe iniciarse **inmediatamente** ante un resultado reactivo de la prueba rápida. El esquema es de tres dosis de 2.4 millones UI vía intramuscular, una por semana. El tratamiento debe ser completo (tres dosis) y adecuado (última dosis hasta cuatro semanas antes del parto). En caso de alergia a la penicilina, se debe derivar para

desensibilización. Si la desensibilización falla, se puede usar Ceftriaxona como alternativa. Es fundamental el tratamiento de las parejas sexuales.

- **Tratamiento en el Recién Nacido con Sífilis Congénita:** Requiere manejo hospitalario. El tratamiento depende de la situación clínico-laboratorial de la madre y el recién nacido. Se puede utilizar Bencilpenicilina sódica o Bencilpenicilina Benzatínica según el caso.
- **Seguimiento:** El seguimiento de la gestante con sífilis incluye pruebas RPR cuantitativas periódicas. El seguimiento del niño con sífilis congénita es mensual durante el primer año de vida y serológico con RPR al 3er, 6to y 12vo mes. Se realizan visitas domiciliarias para asegurar el seguimiento.

2.3 Prevención de la Transmisión Materno Infantil de la Hepatitis B

- **Tamizaje:** Toda gestante debe ser tamizada para hepatitis B con la prueba rápida para el antígeno de superficie (PR HBsAg) en la primera atención prenatal y en el tercer trimestre. El tamizaje también debe realizarse al primer contacto con el establecimiento o al momento del parto si no se realizó antes.
- **Diagnóstico:** Ante una PR HBsAg positiva, se debe obtener una muestra para pruebas de ELISA/CLIA y carga viral para hepatitis B. La gestante debe ser referida a un establecimiento de mayor complejidad. Se debe ofrecer el tamizaje a las parejas sexuales. En el recién nacido expuesto, se solicitan ELISA HBsAg y Anti-HBs entre los 9 y 12 meses de edad.
- **Tratamiento en la Gestante:** El manejo se realiza en establecimientos con profesionales capacitados. La indicación y monitoreo del tratamiento antiviral es responsabilidad del médico Infectólogo o capacitado. En gestantes HBsAg y HBeAg positivas, se inicia tratamiento con Tenofovir (TDF) entre las 24-28 semanas de gestación. En gestantes HBsAg positivo y HBeAg negativo, se evalúa la carga viral y función hepática para indicar tratamiento.
- **Manejo del Parto:** No se requiere manejo especial en el momento del parto, la vía puede ser vaginal.
- **Manejo del Recién Nacido Expuesto:** Debe recibir inmunoglobulina contra la hepatitis B (IGHB) y la primera dosis de la vacuna contra la hepatitis B dentro de las primeras 12 horas de nacimiento (excepto si pesa menos de 2 kg, solo recibe IGHB). La lactancia materna no está contraindicada.

- **Seguimiento:** El seguimiento de la gestante con hepatitis B incluye la determinación de carga viral y HBeAg en el primer y tercer trimestre, además de pruebas de función hepática. El seguimiento serológico continúa hasta 6 meses después del parto. El seguimiento del recién nacido expuesto incluye pruebas de HBsAg y Anti-HBs entre los 9 y 12 meses. Se realizan visitas domiciliarias para asegurar el seguimiento.

2.4 Reporte y Registro de la Información

Es obligatoria la notificación de los casos de VIH, sífilis materna, sífilis congénita y hepatitis B en gestantes, puérperas y niños expuestos. Cada establecimiento debe contar con registros de atención y seguimiento. Se deben reportar todos los casos reactivos a la DIRIS/DIRESA/GERESA. Se realizan investigaciones operativas de los casos de niños que resulten infectados para identificar mejoras en los procesos de atención.

2.5 Suministro de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Reactivos de Laboratorio

El Ministerio de Salud a través de CENARES es responsable de la adquisición centralizada de pruebas rápidas, antirretrovirales, antivirales, IGHB y reactivos de laboratorio. Las DIRIS/DIRESA/GERESA son responsables de evaluar, consolidar y programar los requerimientos y garantizar el abastecimiento oportuno.

2.6 Dispensación y Seguimiento Farmacoterapéutico

La dispensación y el seguimiento farmacoterapéutico son realizados por el químico farmacéutico. Se debe asegurar la adherencia al tratamiento.

2.7 Componentes de Gestión

Los establecimientos de salud deben organizar los servicios necesarios para el cumplimiento de esta norma. Se deben prever recursos humanos, instrumentos de registro, materiales, equipos, productos farmacéuticos y sistemas de referencia y contrarreferencia. Los Coordinadores de la Estrategia Sanitaria deben monitorear y evaluar indicadores trimestralmente. Se debe asegurar el financiamiento para la implementación de esta norma.

3. Examen

106

A continuación, se presentan 15 preguntas tipo caso con alternativas y la respuesta correcta señalada:

1. **Caso:** Una gestante en su primera consulta prenatal a las 10 semanas de gestación se le realiza una Prueba Rápida Dual (PRD) para VIH, la cual resulta reactiva. **Pregunta:** ¿Cuál es el siguiente paso inmediato en el manejo de esta gestante según la norma técnica? a) Iniciar tratamiento antirretroviral al finalizar el primer trimestre. b) Repetir la PRD para confirmar el resultado. c) **Realizar de forma inmediata una prueba de IFI y carga viral como pruebas confirmatorias e iniciar tratamiento antirretroviral sin esperar los resultados.** d) Referir a un especialista para evaluación antes de realizar más pruebas.
2. **Caso:** Una gestante con diagnóstico previo de VIH y en tratamiento con TAR antes del embarazo acude a su control prenatal. Su última carga viral de seguimiento es indetectable. **Pregunta:** ¿Cómo se debe manejar su tratamiento antirretroviral durante el embarazo? a) Suspender el tratamiento durante el primer trimestre y reiniciarlo en el segundo. b) Cambiar el esquema de tratamiento por uno más seguro para el embarazo. c) **Continuar con el tratamiento que venía recibiendo si es efectivo (carga viral indetectable).** d) Disminuir la dosis del tratamiento antirretroviral durante el embarazo.
3. **Caso:** Una gestante con VIH en trabajo de parto llega a un establecimiento de salud con una dilatación cervical de 6 cm y membranas rotas. No tiene historia de control prenatal ni tratamiento antirretroviral. **Pregunta:** ¿Cuál es la vía de terminación del embarazo más probable en este escenario? a) Cesárea electiva inmediata. b) Cesárea de emergencia. c) **Parto vaginal, garantizando el uso de zidovudina intravenosa.** d) Esperar la progresión del trabajo de parto sin intervención.
4. **Caso:** Un recién nacido de madre con VIH diagnosticada durante el trabajo de parto. **Pregunta:** ¿Cuál es la profilaxis antirretroviral recomendada para este recién nacido? a) Zidovudina oral por 4 semanas. b) Lamivudina oral por 6 semanas. c) Nevirapina dosis única al nacimiento. d) **Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC) y Nevirapina (NVP) en dosis específicas.**

5. **Caso:** Una pareja serodiscordante para VIH (mujer negativa, hombre positivo) se encuentra en el segundo trimestre de embarazo (16 semanas). La mujer no tiene evidencia de infección por VIH. **Pregunta:** ¿Qué medida preventiva se recomienda para esta gestante para reducir el riesgo de transmisión materno infantil del VIH? a) Abstinencia sexual durante el embarazo. b) Inicio de tratamiento antirretroviral para la pareja positiva. c) **Inicio de Profilaxis pre exposición (PrEP) con Tenofovir/Emtricitabina.** d) Realizar cesárea electiva a las 38 semanas de gestación.
6. **Caso:** Una gestante en su primer control prenatal resulta positiva para la Prueba Rápida Dual (PRD) de sífilis. **Pregunta:** ¿Cuál es el tratamiento de elección inmediato para esta gestante? a) Esperar los resultados de la prueba RPR cuantitativa para iniciar tratamiento. b) Administrar una dosis única de penicilina benzatínica. c) **Iniciar inmediatamente la primera dosis de Bencilpenicilina Benzatínica y tomar muestra para RPR cuantitativo.** d) Referir a un especialista para confirmar el diagnóstico antes de tratar.
7. **Caso:** Un recién nacido de madre con sífilis no tratada durante el embarazo presenta resultado de RPR reactivo con títulos 4 veces mayores a los de la madre. **Pregunta:** ¿Cuál es el tratamiento recomendado para este recién nacido? a) Una dosis única de Bencilpenicilina Benzatínica intramuscular. b) Seguimiento ambulatorio con pruebas RPR mensuales. c) **Manejo hospitalario con Bencilpenicilina sódica intravenosa por 10 a 14 días, previa evaluación de compromiso del SNC.** d) Tratamiento con Ceftriaxona intramuscular por 7 días.
8. **Caso:** Una gestante en su primera consulta prenatal resulta positiva para la prueba rápida de antígeno de superficie de Hepatitis B (PR HBsAg). **Pregunta:** ¿Cuál es el siguiente paso en el manejo de esta gestante? a) Indicar vacuna contra la hepatitis B inmediatamente. b) **Obtener una muestra para pruebas de ELISA/CLIA y carga viral para hepatitis B y referir a un establecimiento de mayor complejidad.** c) Informar que no requiere tratamiento hasta después del parto. d) Realizar pruebas de función hepática y evaluar la necesidad de tratamiento.
9. **Caso:** Una gestante con diagnóstico de hepatitis B crónica con HBeAg positivo se encuentra en la semana 26 de gestación. **Pregunta:** ¿Cuál es el tratamiento antiviral de elección recomendado para prevenir la transmisión materno infantil de la hepatitis B? a) No se recomienda tratamiento antiviral durante el embarazo.

- b) Lamivudina 100 mg vía oral cada 24 horas. c) **Tenofovir (TDF) 300 mg vía oral cada 24 horas.** d) Interferón alfa pegilado semanal.
10. **Caso:** Un recién nacido de madre con hepatitis B positiva. **Pregunta:** ¿Qué profilaxis debe recibir este recién nacido dentro de las primeras 12 horas de vida?
- a) Solo la primera dosis de la vacuna contra la hepatitis B. b) Solo la inmunoglobulina contra la hepatitis B (IGHB). c) No requiere profilaxis si la madre tiene carga viral baja. d) **Inmunoglobulina contra la hepatitis B (IGHB) y la primera dosis de la vacuna contra la hepatitis B.**
11. **Caso:** Una gestante diagnosticada con VIH durante el trabajo de parto se le administra la primera dosis de Tenofovir/Emtricitabina y Raltegravir, además de Zidovudina intravenosa. **Pregunta:** ¿Cómo se debe continuar el tratamiento antirretroviral después del parto?
- a) Suspender el tratamiento inmediatamente después del parto. b) Continuar con el mismo esquema solo durante el puerperio. c) **Continuar con el tratamiento independientemente del CD4 y carga viral, y ser incluida al esquema de elección según la Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con infección por el VIH vigente.** d) Cambiar a un esquema simplificado de un solo medicamento.
12. **Caso:** Un recién nacido expuesto a sífilis, cuya madre recibió tratamiento completo y adecuado para sífilis durante el embarazo. El resultado de la prueba RPR del recién nacido es reactivo con títulos iguales a los de la madre. **Pregunta:** ¿Cuál es el manejo recomendado para este recién nacido?
- a) Administrar una dosis única de Bencilpenicilina Benzatínica intramuscular. b) No requiere tratamiento, solo seguimiento serológico. c) **Recibir una dosis única de Bencilpenicilina Benzatínica intramuscular y monitorización posterior de los títulos de RPR.** d) Iniciar tratamiento hospitalario con Bencilpenicilina sódica intravenosa por 10 días.
13. **Caso:** Una gestante con hepatitis B crónica y carga viral alta (mayor de 200,000 UI/ml) se encuentra en la semana 15 de gestación. **Pregunta:** ¿Cuándo se recomienda iniciar el tratamiento con Tenofovir (TDF) en esta gestante para prevenir la TMI de hepatitis B?
- a) Inmediatamente al diagnóstico. b) Al inicio del segundo trimestre (semana 13). c) **Entre las 24 y 28 semanas de gestación.** d) Solo si presenta signos de daño hepático.
14. **Caso:** Un niño de 10 meses de edad, hijo de madre con VIH, tiene resultados negativos en dos pruebas PCR-ADN-VIH realizadas al primer y tercer mes de

vida. No recibió lactancia materna. **Pregunta:** ¿Cuál es el manejo adecuado para este niño en relación al seguimiento para VIH? a) Continuar con pruebas PCR- ADN-VIH trimestrales hasta los 18 meses. b) Realizar una prueba ELISA para VIH al año de edad. c) **Ser dado de alta del seguimiento al año de edad.** d) Continuar el seguimiento hasta los 5 años de edad.

15. **Caso:** Una gestante con diagnóstico de sífilis refiere ser alérgica a la penicilina, presentando rash cutáneo en su uso anterior. **Pregunta:** ¿Cuál es el manejo recomendado para el tratamiento de la sífilis en esta gestante? a) Administrar Eritromicina como tratamiento alternativo. b) Administrar Azitromicina como tratamiento alternativo. c) **Derivar a la gestante al hospital para iniciar desensibilización a la penicilina.** d) Utilizar Doxiciclina como tratamiento alternativo durante el embarazo.

REFERENCIA: Google. (2025). NotebookLM: Documento generado [Modelo de lenguaje grande]. <https://notebooklm.google.com>

NOTA: TODO EL CONTENIDO ES BAJO FUENTES CREADAS CON DOCUMENTOS PUBLICOS DE MINSA Y OTROS, CARGADOS A NOTEBOOKLM, PARA EVITAR COPIA DE OTRAS ACADEMIAS.

MODULO ORIGINAL DE PHARMAVERSO CORP EIRL.

