

**PROTOCOLOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL ADULTO
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE**





GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



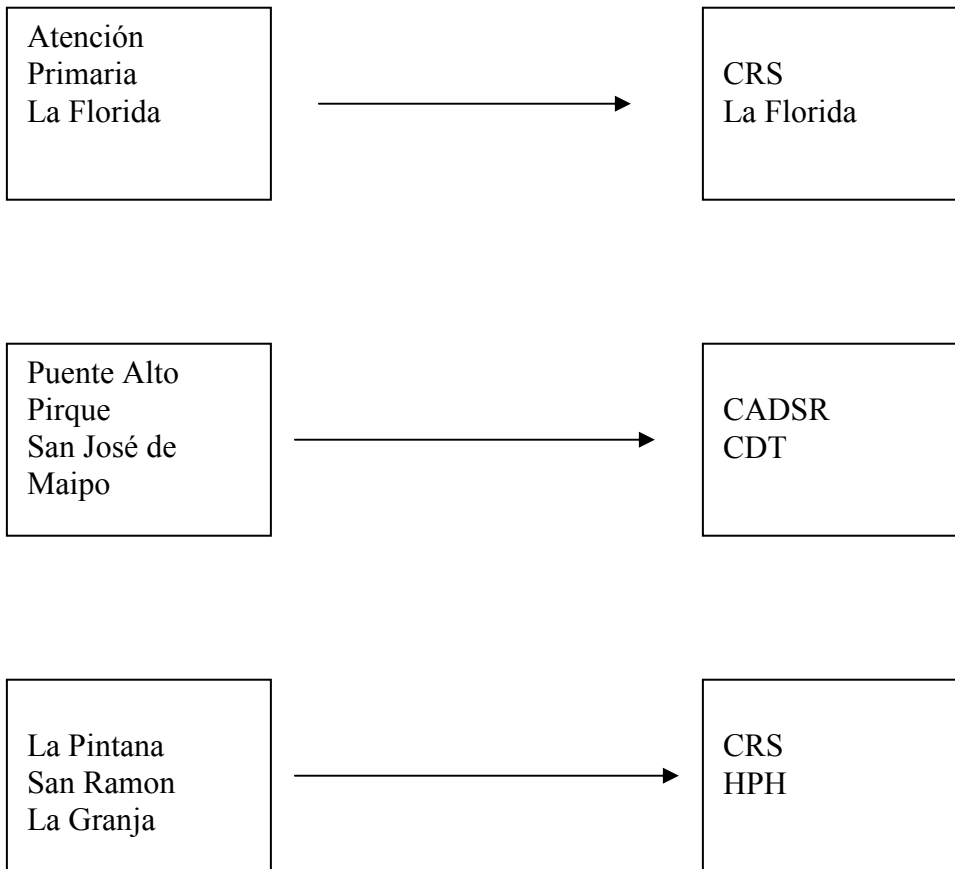
PROTOCOLOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DEL ADULTO SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE

GINECOLOGIA

OBJETIVO

- APROVECHAMIENTO IDONEO DE LOS RECURSOS FISICOS, TECNICOS Y PROFESIONALES.
- DISMINUIR LAS LISTAS DE ESPERA AL DERIVARSE SOLO PATOLOGIAS QUE REQUIERAN DE UNA ATENCION SECUNDARIA O TERCARIA.
- ATENCION PRECOZ Y OPORTUNA DE PATOLOGIAS QUE REQUIERAN DE EVALUACION Y TRATAMIENTO PRECOZ.
- DISMINUIR LAS COMPLICACIONES O SECUELAS SECUNDARIAS A ATENCION TARDIA.
- MEJORAMIENTO DE LA RELACION ENTRE ATENCION PRIMARIA Y SECUNDARIA Y TERCARIA.
- MEJORAMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA AL EFECTUARSE ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL TECNICO Y PROFESIONAL A TRAVÉS DE MODULOS DE EDUCACION CONTINUA.
- MEJORAMIENTO EN LA ATENCION SECUNDARIA Y TERCARIA AL DESCONGESTIONARSE DE PATOLOGIA BANAL, PUDIENDO UTILIZARSE LOS RECURSOS EN FORMA DIRIGIDA, ELABORANDOSE PLANES DE TTO, A TRAVÉS DE LA CREACION DE EQUIPOS DE TRABAJO ESPECIFICOS.

DERIVACION DESDE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION PRIMARIA A ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION SECUNDARIA.



RECURSO HUMANO

SSMSO	GINECOLOGOS	HORAS /SEMANALES
CADSR CDT	10	96
CRS La Florida	4	88
CRS HPH		

ALGIA PELVIANA

I.- DESCRIPCION DE LA PATOLOGÍA.

Cuadro clínico de dolor pelviano que puede tener muchas causas y formas de inicio. Es importante tener en cuenta su clasificación para decidir conducta.

Algia pelviana aguda- Se define como dolor pélvico de inicio súbito, de evolución rápida y curso corto que se puede acompañar de signos clínicos objetivos, como fiebre, irritación peritoneal, etc. No infrecuentemente se asocia a respuestas autonómicas reflejas como náuseas, vómitos y diaforesis (transpiración).

Algia pelviana cíclica: dolor que ocurre en asociación con menstruación. La dismenorrea es el dolor cíclico más frecuente y puede ser clasificada como primaria o secundaria. Primaria: desde la primera menstruación, generalmente sin causa aparente. Secundaria: después de haber tenido menstruaciones sin dolor, en general por una causa definida. Puede obedecer a múltiples patologías.

Algia pelviana crónica: Se define como un **dolor pélvico de más de 1 año de evolución, no asociado a una causa clara.** No presenta respuestas autonómicas reflejas como el dolor agudo. Se asocia a conductas afectivas y fisiológicas diferentes a las observadas con el dolor agudo

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DOLOR AGUDO.

1) **Causas Ginecológicas:**

2)

a) Habitualmente evento único o no recurrente:

-Relacionadas a complicaciones del embarazo:

- Embarazo ectópico roto o aborto tubario
- Síntomas de aborto o aborto incompleto
- Degeneración de un mioma en embarazo (degeneración roja)

- Patología anexial:

- Quistes ováricos funcionales hemorrágicos (folículo hemorrágico, cuerpo lúteo hemorrágico o cuerpo lúteo complicado)
- Torsión anexial (habitualmente de tumores benignos)
- Torsión de quistes paraováricos
- Rotura de un quiste funcional (ej. cuerpo lúteo roto) o tumoral (ej. endometrioma)
- Procesos inflamatorios pelvianos:
- Endometritis
- Endometritis-Salpingitis, pelvipерitonitis, Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis
- Abscesos Tuboováricos

b) Causas recurrentes:

- Ovulación dolorosa o Mittelschmerz (dolor de mitad de ciclo)
- Dismenorrea primaria
- Dismenorrea secundaria (Ej. usuarias de DIU, adenomiosis)

2) Causas gastrointestinales:

- a) Gastroenteritis Aguda
- b) Apendicitis aguda
- c) Diverticulitis
- d) Obstrucción intestinal
- e) Enfermedad inflamatoria intestinal
- f) Trastorno digestivo funcional (síndrome de colon irritable)

3) Causas urológicas:

- a) Cistitis
- b) Pielonefritis
- c) Litiasis renal: cólico nefrítico

4) Causas musculoesqueléticas:

- a) Hernia inguinal complicada
- b) Hematoma de la pared abdominal
- c) Lumbago agudo

5) Otras causas:

- a) Porfiria Aguda
- b) Tromboflebitis pélvica
- c) Aneurisma
- d) Isquemia mesentérica

II: MANEJO REALIZADO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

1.-Algia pelviana aguda.

- Debe haber un diagnóstico precoz, ya que un retraso aumenta la morbilidad y la mortalidad.
- Se debe caracterizar el ritmo menstrual previo y establecer si no hay alguna alteración de flujo rojo o atraso menstrual.
- Indagar historia sexual: vida sexual activa, antecedente de enfermedades de transmisión sexual, número de parejas, último coito.
- Método de planificación familiar.
- Indagar síntomas digestivos, urinarios y de infección.
- Enviar a la paciente a **Nivel Terciario, Servicio de Urgencia de Maternidad**, en lo posible con una ecografía transvaginal y una prueba de embarazo porque el objetivo principal es descartar: a) La presencia de: embarazo intrauterino con evolución desfavorable (síntomas de aborto, aborto en evolución, desprendimiento ovular b) Embarazo ectópico c) Otros: cuerpo lúteo hemorrágico, tumor anexial complicado, etc.

2.-Algia pelviana ciclica.

Dismenorrea primaria.

Conducta:

- Uso de AINE (Anti inflamatorios no esteroideos) .
Acido Mefenámico 500mg. c/8 horas perimenstrual (debe iniciarse antes de que comience el dolor, en lo posible el día anterior a la menstruación en el caso que la mujer habitualmente perciba que tendrá menstruación, de acuerdo a síntomas premonitores), por 5 días, por 3 a 6 meses.

80% de éxito en tratamiento.

Alternativas:

Ibuprofeno 400 mg c/ 8 hrs

Ketoprofeno 50 mg c/8 hrs

Naproxeno 275 mg dos veces al día

- Uso de Anticonceptivos orales asociado o no a AINE. (Menor proliferación endometrial) 90% de los casos experimenta mejoría sintomática.

- En caso de fracaso de tratamiento (dolor invalidante, que no permite realizar actividades diarias, que persista por más de seis meses a pesar de los tratamientos ya mencionados), requiere exploración con laparoscopia y por lo tanto derivación a **Nivel Secundario, Policlínico de Ginecología.**

Dismenorrea secundaria.

Etiologías:

- Endometriosis.
- Adenomiosis
- Uso de DIU.
- Malformaciones uterinas.

Conducta: Solicitar ecografía para descartar las patologías ya mencionadas. Si la ecografía es normal y no se palpan tumoraciones en el examen vaginal, iniciar tratamiento con AINE, si no cede agregar anticonceptivos orales, como en la dismenorrea primaria. Si a los seis meses esto fracasa o si hay hallazgos sugerentes de causas secundarias, se debe derivar a **Nivel Secundario, Policlínico de Ginecología** para realizar laparoscopia diagnóstica e iniciar tratamiento específico a la etiología.

3.-Algia pelviana crónica.

Dolor pelviano de más de un año de duración, generalmente de causa no definida. Frecuentemente se agregan alteraciones del ánimo y conductuales.

Un 60 a 80 % de las laparoscopias no muestran hallazgos de patología causal. Adquieren gran importancia las causas no ginecológicas.

Etiologías:

- Ginecológicas:
- Endometriosis: 15% de las algias pelvianas crónicas. Mayor dolor si se compromete tabique rectovaginal.
- Adherencias post cirugías previas.
- Congestión venosa pelviana, síndrome doloroso difícil de precisar, de regular cuantía, especialmente vespertino, que cede con el reposo en decúbito.

Conducta:

- En pacientes con DIU y con dolor de más de un año de duración, se debe estudiar antes de enviar por medio de una ecografía si hay desplazamiento o si está intramural. Si no está desplazado, tratar con AINE y antibióticos, si se sospecha un PIP leve y no cede el dolor con antibióticos y antiinflamatorios (ver PIP leve), se debe retirar el DIU y observar la respuesta del dolor con esta conducta. Si el dolor cede al retirar el DIU y la ecografía es normal, no es necesario enviar a nivel secundario. Siempre que se retire un DIU, cualquiera sea la razón hay que darle una solución alternativa de planificación familiar a la paciente.
- En caso de algia pelviana crónica en mujeres NO usuarias de DIU, con un examen ginecológico sin hallazgos, debe enviarse al Nivel Secundario, al Policlínico de Ginecología para completar estudio.

III. **DOCUMENTOS PARA LA DERIVACIÓN:** Formulario de Interconsulta.

IV. **RESPONSABLE:** Médico de atención primaria o Matrona.

V. CRITERIOS DE CONTRA REFERENCIA A LA ATENCIÓN PRIMARIA

- Pacientes que se descarta patología ginecológica, con el Formulario de Interconsulta respondido.
- Pacientes tratadas y con buena respuesta, con el Formulario de Interconsulta respondido si fue ambulatoria o con su Carné de Alta si fue tratada a Nivel Terciario, en el que debe constar: Diagnóstico, Tratamiento y Plan a seguir a Nivel Primario.
- Persona Responsable: Médico Tratante.
- Envío: La Interconsulta respondida o el Carné de Alta lo lleva la paciente.

FLUJO VAGINAL PATOLOGICO.

I.- DESCRIPCION DE LA PATOLOGIA:

- Toda alteraciones de las características normales del flujo vaginal, sea en su aspecto, color, transparencia u olor, que puede o no acompañarse de alteraciones inflamatorias de la mucosa vaginal o molestias subjetivas como ardor, prurito o dolor.
- Es muy importante tener en cuenta las características de la mucosa vaginal normal en las diferentes etapas de la vida de la mujer.
- Pueden haber hasta 15 especies bacterianas patógenas en la vagina, su hallazgo en un cultivo no indica necesario que la alteración del flujo se deba a su presencia, excepto: Clamidia y Gonococo. La presencia de virus HIV, Herpes, Condilomas, Papiloma o espiroquetas se consideran patógenos.
- Considerar que la mayor parte de las veces el flujo vaginal patológico se debe a un desequilibrio de la flora vaginal normal por las siguientes causas:

Factores externos	Factores internos
<ul style="list-style-type: none">• Uso de antibióticos (cándida)• Uso de anticonceptivos orales (cándida)• Uso de duchas con:<ul style="list-style-type: none">• Povidona• Acido acético• Vinagre• Bicarbonato• Acido bórico• Uso de jabón• Uso de shampoo• Uso de cremas con fines estéticos• Uso de desodorantes íntimos• Detergentes.• Corticoides• Sémen (alcaliniza la vagina)• Uso de tampones o protectores en forma regular	<ul style="list-style-type: none">-Embarazo (Riesgo de infección. por-Diabetes mellitus (Riesgo de inf.ección por-SIDA-Baja inmunidad (Riesgo de cualquier infección)

II: MANEJO EN LA ATENCION PRIMARIA

Medidas generales de manejo.

1.-Anamnésis.

En casos de primera consulta o consulta esporádica, indagar o preguntar:

- a) Si el episodio fue posterior a una coito o si ha habido coito con alguna persona sospechosa o de riesgo, fundamentalmente personas promiscuas. (CANDIDIASIS O TRICOMONIASIS)
- b) Si hay prurito vulvar (MONILIASIS)
- c) Si hay flujo de mal olor sin molestias (VAGINOSIS)
- d) Si hay flujo vaginal con algo de mal olor acompañado de ardor (tricomoniasis)
- e) Si está siendo tratada con antibióticos o corticoides (MONILIASIS)

En casos de consulta recurrente o frecuente se debe averiguar sobre:

- a) Antecedentes familiares de Diabetes Mellitas: solicitar glicemia (MONILIASIS)
- b) Hábitos higiénicos inadecuados según tabla de factores externos antes descrita (MONILIASIS, TRICOMONIASIS, VAGINOSIS)
- c) Uso de antibióticos o corticoides por largo plazo (MONILIASIS)
- d) Automedicación con fármacos que fueron indicados en otro episodio anterior (MONILIASIS, TRICOMONIASIS, VAGINOSIS)
- e) Promiscuidad sexual, cambios de parejas o más de una pareja al año (MONILIASIS, TRICOMONIASIS, VAGINOSIS)
- f) Si es siempre post coital a pesar de haber tratado a la pareja: en este caso, si al usar condón desaparecen las molestias, es posible que se trate de ALERGIA AL SEMEN. En parejas que usan habitualmente condón, descartar alergia al látex, ver cómo evolucionan las molestias al discontinuar su uso o al usar condón sin látex.

2.-Examen físico.

- a) Indicar a la paciente que NO SE PRACTIQUE ASEO GENITAL POR LO MENOS 12 HORAS ANTES DE CONSULTAR, así como tampoco que utilice cremas, óvulos ni duchas vaginales el día anterior a ser examinada.
- b) Siempre colocar espéculo para observar:
 - Características del flujo vaginal.
 - Presencia de ectrópion.
 - Cuerpos extraños: algodones, trozos de tampones, fibras, trozos de elásticos o de condones, etc.
 - Observar las características de la mucosa dejándola a la vista por medio del arrastre de la secreción utilizando una espátula de PAP. Si está sana, pensar en AGINOSIS, si está inflamada, pensar en MONILIASIS O TRICOMONIASIS.

- c) Observar características del flujo vaginal:
- Flujo vaginal amarillo verdoso, espumoso, de mal olor, que se acompaña a veces de molestias urinarias bajas (disuria o polaquiuria), con vagina inflamada pero con petequiado (TRICOMONIASIS)
 - Flujo abundante, grisáceo, con olor a pescado en descomposición, pero con vagina de aspecto normal (VAGINOSIS).
 - Flujo blanquecino grumoso, con aspecto de queso o leche cortada, con mucosa vaginal enrojecida en forma homogénea (MONILIASIS).
- d) Observar genitales externos, vulva, introito, vagina y cuello en búsqueda de lesiones vesiculosas de tipo herpético o proliferativas con aspecto de condilomatosis. En caso que así sea, se debe derivar a policlínico de ginecología. En caso de lesiones de tipo venéreo (chancro, molusco contagioso, etc...), se debe derivar a ETS.

3.- Laboratorio.

No se justifica el cultivo corriente de secreción vaginal. En casos de pacientes que llegan con un cultivo de secreción vaginal positivo para cualquier otra bacteria, no se debe tomar en consideración su resultado, NO SE DEBEN ADMINISTRAR ANTIBIOTICOS, sea locales o por vía sistémica.

4.-Consejos de higiene personal como medidas de prevención de leucorrea y/o prurito vulvar crónico o recurrente.

- a. No usar jabón ni ningún tipo de detergente en el aseo de los genitales. El aseo debe practicarse con **agua solamente**.
- b. No usar ninguna sustancia química que pudiera de alguna manera alterar el pH vaginal, como: **bicarbonato, ácido acético o vinagre o agua con hipoclorito de sodio.**
- c. Evitar lavarse el cabello en la ducha, ya que el shampoo escurre hacia genitales y es capaz de producir mayor inflamación y reacciones de hipersensibilidad. Terminada la ducha aplicar el chorro de agua a genitales externos por 2 a 3 minutos para eliminar cualquier traza de jabón.
- d. No usar toallas higiénicas con perfumes o desodorantes íntimos.
- e. No usar ropa interior con fibras sintéticas o demasiado apretada, especialmente en el área genital.
- f. No lavar la ropa interior con detergentes, sino con agua potable solamente.
- g. No auto medicarse en caso de leucorrea o prurito, ni pensar que puede ser de la misma etiología que algún episodio anterior. Siempre se debe consultar a algún miembro del equipo médico para ser reevaluada.

Medidas específicas de manejo

TRICOMONIASIS

Diagnóstico:

- a) Flujo vaginal amarillo verdoso, espumoso, de mal olor.
- b) Mucosa vaginal inflamada, a veces con petequiados con aspecto de fresa.
- c) Puede haber disuria y/o polaquiuria, con examen de orina que muestra piuria, pero con cultivo bacteriano negativo.
- d) pH vaginal sobre 4.5
- e) Puede haber el antecedente de coito reciente.
- f) Factores de riesgo:
 - Promiscuidad sexual o más de una pareja sexual al año.
 - No usuaria de MAC.

Manejo:

- a) En lo posible evitar usar anti tricomoniásicos de uso tópico porque tienen una efectividad de sólo un 10%, y no afectan a las tricomonas que se encuentran en la uretra o en las estructuras para uretrales.
- b) No tienen efectividad sustancias que modifican la flora vaginal (lactobacilos) o aquellas que alteran el pH (ácido acético o vinagre).
- c) Medicamento de elección: Metronidazol en dosis de 500 mg cada 12 horas durante cinco días, por vía oral, **el que se debe administrar a la pareja sexual**.
- d) En embarazadas menores de 12 semanas, tratarlas sólo cuando hay leucorreas muy profusas y con gran sintomatología con aseo frecuente con agua, 6 veces al día y metronidazol por vía vaginal, un óvulo de 500 mg diario durante 5 días.
- e) Las embarazadas mayores de 12 semanas se pueden tratar igual que la mujer no embarazada.

El metronidazol tiene una menor metabolización en pacientes tratadas con fenobarbital o fenitoína. En estos casos, subir la dosis a 500 mg c/8 hrs por 5 días o adicionar tratamiento vaginal en caso que haya respuesta con MTZ 500 mg c/12 hrs.

VAGINOSIS.

Diagnóstico:

- a) Flujo vaginal de color grisáceo, opalescente, abundante, de mal olor, semejante al pescado en descomposición. Si se mide pH: >4.5, en general, alrededor de 5.5.
- b) Mucosa vaginal observada previa limpieza con espátula de PAP, de aspecto normal.
- c) Paciente asintomática, su motivo de consulta es generalmente el flujo abundante y de mal olor.
- d) Factores de riesgo:
 - Promiscuidad sexual o más de una pareja sexual al año. Malos hábitos higiénicos (ver tabla anterior).

Manejo:

- MUY IMPORTANTE ES LA PREVENCIÓN, CON LA BUSQUEDA ACTIVA DE ESTA PATOLOGÍA EN LOS CONTROLES DE EMBARAZO, POR LO MENOS UNA VEZ POR CADA TRIMESTRE Y TRATARLA CUANDO SE DIAGNOSTIQUE.
- Metronidazol oral, **250 mg** c/12 hrs, por vía oral, durante 5 días.
- Alternativa: Clindamicina crema u óvulos 100 mg/día por tres días.
- No es necesario tratar a la pareja.
- La embarazada con más de 12 semanas DEBE SER TRATADA, ya que tiene más riesgo de PARTO PREMATURO, ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS E INFECCIONES PUERPERALES. Se pueden usar cualquiera de los esquemas anteriores.
- La embarazadas con 12 semanas o menos: clindamicina en óvulos o crema 100 mg/ día por cinco días.
- En pacientes no embarazadas, se debe tener una conducta activa en la pesquisa de la enfermedad, ya que es factor de riesgo de procesos inflamatorios pelvianos, sobre todo en la usuaria de DIU. Por otra parte si va a ser sometida a alguna intervención ginecológica como histerectomía abdominal o vaginal, tiene mayor riesgo de complicaciones sépticas en el post-operatorio.

Se deben tomar en cuenta las mismas consideraciones en el uso del metronidazol en pacientes que son tratadas con fenobarbital o fenitoína. (Ver antes).

CANDIDIASIS.

Diagnóstico:

- a) Síntoma fundamental: prurito vulvar y ardor. b) Flujo vaginal blanquecino, grumoso, con aspecto de queso, sin mal olor. c) Mucosa vaginal inflamada y enrojecida en forma homogénea. d) A veces se acompaña de una vulvitis, por el mismo agente etiológico.

La piel de la vulva se encuentra enrojecida, deslustrada, descamativa, seca y de bordes irregulares, nítidos, circinados. Hay áreas de enrojecimiento a veces de gran tamaño que incluso pueden comprometer cara interna de muslos. Aquí influye mucho la irritación provocada al rascarse (grataje).

- b) pH vaginal, generalmente ácido, entre 2.5 a 3.5 en casos en que no exista otra infección concomitante.
- c) Factores de riesgo:
- Embarazo.
 - Uso de anticonceptivos orales.
 - Uso prolongado de antibióticos o corticoides.
 - Diabetes Mellitus

Manejo:

1) Medidas generales:

a) Si la paciente acude con cultivo para hongos o es solicitado por recurrencias, deben ser tratadas con antimicóticos, cualquiera sea la especie de *Cándida* aislada, ya que en más o en menos son igualmente patógenas.

Las más comunes: *Cándida albicans*, *Cándida glabrata*, *Cándida tropicalis*.

Otras: *Cándida parapsilosis*: Muy patógena y agresiva.

b) Tratar o reducir la influencia de factores de riesgo

c) No suspender el tratamiento en el período menstrual.

d) Tratar a la pareja sexual sobre todo en casos de recurrencias, tratar a la pareja por una vez e investigar factores de riesgo en la mujer.

2) Antibióticos:

a) Nistatina oral: 100.000 U.I./día durante 7 a 14 días, dependiendo si es recurrencia o no.

b) Nistatina ovulos o en crema vaginal: 100.000 U.I. por siete días.

c) Derivados imidazólicos, todos tienen un espectro y acción semejante, se puede elegir cualquiera de los que figura en la tabla adjunta:

Droga	Formulación	Dosis
TOPICOS		
Butoconazol	2% crema	5 gm/día x 3 días
Clotrimazol	1% crema	5 gr/día x 7-14 días
	100 mg tabletas	200 mg/día x 3 días
	500 mg óvulos	500 mg x 1 vez
Miconazole	2% crema	5 gr/día x 7 días
	100 mg óvulos	100 mg / día x 7 ds
	1200 mg óvulos	1200 mg por una vez
Econazol	150 mg óvulos	150 mg/día x 3 días
Fenticonazole	2% crema	5 gr/día x 7 días
Tioconazole	2% crema	5 gr/día x 3 días
	6.5% crema	5gr por 1 vez
Terconazole	0.4% crema	5 gr/día x 7 días
	0.8% crema	5 gr/día x 3 días
	80 mg óvulos	1 ovulo/día x 3 días
Nistatina	100.000 UI ov.	1/día x 7 días
ORAL		
Ketoconazole	200 mg	400 /día x 5 días
Itraconazole	200 mg	400/día x 1 día
	200 mg	200/día x 3 días
Fluconazole	150 mg	150 mg x 1 vez

Candidiasis Recurrente:

La enfermedad adquiere estas características cuando la paciente presenta tres a cuatro episodios agudos en un año.

Entre otras causas tenemos:

- Pacientes que no cumplen o interrumpen su tratamiento.
- Reinfeción de origen exógeno por la pareja, la cual alberga el hongo en su intestino o en sus vesículas seminales.
- Ocasionalmente se ha visto resistencia al medicamento. En ese caso enviar a ginecología

Diagnóstico diferencial:

Al haber mala respuesta al tratamiento o al repetirse los episodios agudos, la paciente exagera más sus medidas higiénicas, sobre todo en el uso de jabones, detergentes o antisépticos diversos que le provocan una vulvo vaginitis alérgica, que confunde más a la paciente o al examinador.

Es importante considerar que en general los antimicóticos producen ardor y cierto grado de irritación que puede confundirse como signo de persistencia de la enfermedad.

Manejo:

Se recomienda tratar a estas pacientes durante 14 días con cualquier agente tópico que se usa para episodios agudos y únicos, luego es imprescindible un tratamiento de mantención que puede ser cualquiera de las alternativas siguientes:

- Clotrimazol crema 1% , 5 gr intravaginal al día por 3 a 5 días , premenstrual por seis meses.
- Miconazol crema 2% , 5 gr intravaginal al día por 3 a 5 días , premenstrual por seis meses.
- Nistatina ovulos de 100.000 UI 1 ovulo diaria cada cuarto día por seis meses
- Fluconazol 150 mg una vez al día por vía oral cada semana o cada 15 días, (dependiendo de la respuesta)por seis meses.
- Ketoconazol 100 mg al día por seis meses
- Itraconazole 100 mg al día por seis meses.

Acido bórico. Tiene efecto sintomático y también reduciendo la cantidad de Cándidas en la vagina. Se puede usar en candidiasis no complicada, una vez al día por 10 a 14 días. Se recomienda 300 mg por dosis, ya que produce menos ardor vaginal que 600 mg por dosis, que también puede ser usado. En candidiasis recurrente se puede usar en óvulos de 300 o 600 mg, vaginales, bisemanal, de mantención o por períodos prolongados, no mayores de 6 meses.

A pesar de su eficacia demostrada científicamente se ha visto que una vez suspendida su administración, aparecen las recurrencias.

De todos los esquemas descritos, el más práctico, efectivo y cómodo para la mujer es fluconazol 150 mg semanal o quincenal (en lo posible) por seis meses.

Si con esta última medida, después de seis meses de tratamiento no hay respuesta, derivara a Nivel Secundario, al Policlínico de Ginecología.

III. **DOCUMENTOS PARA LA DERIVACIÓN:** Formulario de Interconsulta.

IV. **RESPONSABLE:** Médico de atención primaria o Matrona.

V. CRITERIOS DE CONTRA REFERENCIA A LA ATENCIÓN PRIMARIA

- Pacientes que se descarta patología ginecológica, con el Formulario de Interconsulta respondido.
- Pacientes tratadas y con buena respuesta, con el Formulario de Interconsulta respondido si fue ambulatoria o con su Carné de Alta si fue tratada a Nivel Terciario, en el que debe constar: Diagnóstico, Tratamiento y Plan a seguir a Nivel Primario.
- Persona Responsable: Médico Tratante.
- Envío: La Interconsulta respondida o el Carné de Alta lo lleva la paciente.

ABORTO.

I. DESCRIPCION DE LA PATOLOGIA.

Es la interrupción sea espontánea o inducida de un embarazo antes de las 20 semanas o 500 grs de peso del producto de la concepción.

II. MANEJO EN LA ATENCION PRIMARIA

Amenaza de aborto: Embarazada con menos de 20 semanas, con embrión o feto vivo que consulta por dolor tipo contracciones uterinas, sin sangrado ni modificaciones cervicales.

Manejo: Reposo, abstinencia sexual, control ecográfico semanal. Si el sangrado es en una cuantía semejante a una menstruación o más, derivar a Nivel Terciario, Urgencia Maternidad

Síntomas de aborto: Embarazada con menos de 20 semanas, con embrión o feto vivo, con contracciones uterinas dolorosas, con metrorragia de leve o moderada cuantía, sin modificaciones cervicales.

Manejo: Igual que en la amenaza de aborto

Aborto en evolución: gestación menor de 20 semanas con contracciones uterinas, sangrado moderado o abundante, con modificaciones cervicales (cuello borrado, entreabierto o abierto). A veces se puede ver o palpar restos ovulares o embrión en cuello.

Manejo: Derivar a Nivel Terciario, Urgencia Maternidad

Aborto completo, Paciente con gestación intrauterina demostrada, con antecedente de sangrado importante, contracciones, expulsión de material sugerente de restos o un embrión o feto, luego de ello no hay contracciones y el sangrado es escaso. ECO con contenido uterino con un diámetro interior AP \leq de 15 mm.

Manejo: Alta. Evaluar cuantía del sangrado en las cuatro semanas siguientes, en caso de reaparecer sangrado como menstruación o mayor que menstruación, enviar a Nivel Terciario, Urgencia Maternidad

Aborto incompleto, antecedente de sangrado importante, contracciones, expulsión de material sugerente de restos o un embrión o feto, luego de ello persiste sangrado moderado a profuso, algunas contracciones. ECO con contenido uterino con un diámetro interior AP \geq de 16 mm

Manejo: Enviar a Nivel Terciario, Urgencia Maternidad

Aborto retenido: gestación intrauterina con embrión sin latidos. En caso de dudas en la viabilidad del embarazo se deben solicitar dos ecografías separadas por 7 o 15 días en las que no hay crecimiento del saco y/o no aparecen latidos.

Manejo: Si la paciente, con una información adecuada en cuanto a que no existirá riesgo de esperar hasta 8 semanas para la expulsión espontánea de producto de la concepción, se deberá preferir esta medida, de ser así, indicarle que deberá acudir a Nivel Terciario, Urgencia Maternidad en caso de iniciar sangrado como menstruación o mayor que menstruación antes de las 8 semanas. Si a las ocho semanas no ha tenido sangrado, se debe enviar a Nivel Terciario, Urgencia Maternidad.

En caso que la paciente no esté de acuerdo con la conducta expectante, enviar a Nivel Terciario, Urgencia Maternidad.

Huevo anembrionado: gestación intrauterina con saco sin embrión. Con saco sobre 35mm de diámetro mayor, basta una ecografía, con diámetros menores se necesitan dos ecografías separadas por 15 días

Manejo: Igual que Aborto Retenido

Aborto séptico: Es todo aborto que se presenta con fiebre ($T^{\circ} \geq 38^{\circ}\text{C}$ en dos tomas, separadas por 6 horas) o con otros signos de infección: flujo hemopurulento o purulento, con o sin mal olor, dolor a la palpación y movilización uterina o pacientes que confiesen maniobras abortivas o que exista una fundada sospecha de maniobras aunque no esté febril.

Manejo: Enviar a Nivel Terciario, Urgencia Maternidad

Aborto inevitable: Paciente portadora de gestación menor de 20 semanas cuya historia o los hallazgos clínicos y/o ecográficos sugieren o hacen altamente probable que el embarazo no seguirá su curso normal y terminará en una pérdida embrionaria o fetal. Es importante considerar que es sólo un criterio pronóstico dado sólo por signos clínicos, que no necesariamente terminará en pérdida de la gestación, pero, se insiste, es altamente probable. Debe haber por lo menos uno de los siguientes elementos, todos ellos con actividad cardíaca presente:

- Sangrado abundante, profuso, mucho mayor que una menstruación.
- Presencia de cuello modificado, borrado o dilatación.
- Membranas rotas
- Líquido amniótico con signos de infección
- Signos sugerentes de desprendimiento ovular, manifestado por sangrado moderado a profuso, útero hipertónico, intenso dolor y cuello borrado, pero sin dilatación, lo que le da la forma de un trompo sin púa. Lo básico en este cuadro es un desprendimiento ovular de gran cuantía que ocurre muy rápido, lo que no da tiempo para una adecuada dilatación del cuello. La sangre a presión dentro del útero provoca aumento de la presión, del tono y se expresa en mucho dolor.

Manejo: Enviar a Nivel Terciario, Urgencia de Maternidad.

III. DOCUMENTOS PARA LA DERIVACION: Formulario de Interconsulta

IV. RESPONSABLE: Médico de Atención Primaria o Matrona.

V. CRITERIOS DE CONTRA REFERENCIA A LA ATENCIÓN PRIMARIA

- Pacientes que se descarta patología ginecológica, con el Formulario de Interconsulta respondido.
- Pacientes tratadas y con buena respuesta, con el Formulario de Interconsulta respondido si fue ambulatoria o con su Carné de Alta si fue tratada a Nivel Terciario, en el que debe constar: Diagnóstico, Tratamiento y Plan a seguir a Nivel Primario.
- Persona Responsable: Médico Tratante.
Envío: La Interconsulta respondida o el Carné de Alta lo lleva la paciente

MANEJO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES.

I. DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO:

- Los anticonceptivos orales cumplen con los siguientes requisitos:
- Eficacia: Tasa de embarazos entre 0 y 2.5 mujeres años.
- Fácil uso
- Bajo costo
- Inocuidad
- Disponibilidad, accesible a todo tipo de usuario, independiente de sus ingresos económicos
- Aceptabilidad: que el paciente sepa de sus características y que no esté reñido con su punto de vista religioso, ético o moral.
- Reversibilidad o irreversibilidad conocida por el paciente
- Características generales y mecanismo de acción:
- Existen dos tipos fundamentales, un grupo que tiene estrógenos y progestinas y otro que tiene sólo progestinas (progestágenos). Ambos tienen efecto anovulatorio, pero combinados tienen efecto sinérgico y por lo tanto aumentan su eficacia anticonceptiva.
- En el caso del estradiol, uno de los estrógenos más usados, se metaboliza rápidamente en el hígado, pero en forma de etinil estradiol disminuye la metabolización hepática y así se evita usar dosis muy altas para conservar su efecto anticonceptivo. El mestranol, un estradiol al cual se le agrega un grupo metilo, tiene efectos semejantes, pero necesita comparativamente más dosis con respecto al etinil estradiol
- Los progestágenos son de diferente tipo, todos tienen un efecto como tal muy semejante, en lo que se diferencian es diferente efecto anovulatorio versus dosis, su efecto androgénico y su capacidad para retener agua y sodio, es decir, efecto tipo mineralo corticoides. Los progestágenos más nuevos como Gestodeno, Desogestrel, Norgestimato, Drospirenona, etc... tienen efecto anovulatorio con dosis bajas y con un mínimo efecto androgénico.
- Los ACO combinados pueden administrarse por vía oral, inyectable, cutánea y vaginal. Las progestinas solas, utilizadas preferentemente en mujeres lactando pueden administrarse por vía oral, inyectable o subcutánea, en forma de pellets.

- Aquellos que tienen sólo progestinas, llamados también de minidosis, se fabrican en base a comprimidos de levonorgestrel (0.03 mg o 30 ug), Linestrenol (0.5mg) o Noretindrona (0.5mg)

Formas de administrar.

1°	5°	Días del ciclo	14°	21°	28°
Comprimidos con estrógeno y progestágeno			Placebo		
Comprimidos con estrógeno y progestágeno					
Comprimidos con estrógeno y progestágeno			Placebo		
Comprimidos con estrógeno y progestágeno					
Comprimidos con estrógeno y progestágeno			EE dosis bajas	Placebo	
Minidosis. progestina en dosis bajas, sin estrógenos en forma ininterrumpida					

Píldora del día después (Anticoncepción de emergencia)

- Indicado en mujeres que han tenido un coito no protegido dentro de las 72 horas previas
- .El Postinor 2 (MR) tiene 750 ug de **levonorgestrel**.
- Eficacia: alrededor del 75%, dependiendo del día del ciclo en el cual fue el coito sin protección, rango entre 55% y 95%

Mecanismo de acción: Depende del momento del ciclo en que se administre:

- Puede frenar la ovulación, alterando el peak de LH
- Puede producir cambios a nivel del moco cervical formando una barrera que impide el paso de espermios
- Puede producir un endometrio inadecuado para la anidación si se administró existiendo ya una fecundación

II. MANEJO EN LA ATENCION PRIMARIA:

Inicio de Anticonceptivos orales

- Buena anamnesis en búsqueda de antecedentes de trombosis, AVE, consumo de más de 15 cigarrillos diarios, hipertensión, enfermedades hepáticas o consumo de drogas que interfieren con el efecto de los ACO.
- Control inicial de peso y presión arterial
- Iniciar ACO con la menor concentración de estrógenos y progestinas: 15 a 20 ug de etinil estradiol, subir en caso de spotting no tolerable por la paciente
- Control al mes, tres, seis meses y al año para evaluar: alteración de flujos rojos, efectos secundarios indeseables, hipertensión, alza de peso.
- Consejos a la paciente para tomar el anticonceptivo: Tomarlo en la noche, en lo posible a una misma hora con un adelanto o atraso de 1 hora como máximo, sobre todo aquellos ACO que tienen baja dosis de Etinil Estradiol (15 o 20ug), ya que un atraso mayor en tomarlas puede provocar spotting o metrorragia por supresión.
- Considerar eventuales efectos secundarios:
 - Tromboembolismo
 - Infarto de miocardio, sobre todo en fumadoras de más de 15 cigarrillos diarios.
 - AVE hemorrágico, sobre todo en fumadoras hipertensas
 - Otros efectos secundarios menores atribuibles a los estrógenos:
 - Náuseas
 - Vómitos...
 - Jaquecas
 - Cefalea
 - Dism. umbral convulsivo
 - Pigmentación de la cara
 - Aumento de volumen y sens. mamaria
 - Ectropion
 - Aumento de HDL y dism. de LDL
 - Predisposición a la moniliasis
 - Otros efectos secundarios menores atribuibles a las progestinas:
 - Oligomenorrea
 - Amenorrea
 - Acné, por disminución de proteína transportadora de andrógenos, con mayor cantidad de testosterona libre.
 - Disminución del HDL y aum del LDL
 - Fatiga, depresión
 - Disminución de la libido
- Considerar interacción con otras drogas:
 - La Rifampicina, Fenitoina y el Feno barbital reducen las concentraciones plasmáticas de etinil estradiol.

- Los ACO aumentan la depuración y la excreción del ácido acetil salicílico y la morfina, lo que significa que se requieren dosis más elevadas de estos fármacos para obtener un mismo efecto.
- Los ACO aumentan la vida media de las benzodiazepinas
- El ácido ascórbico y el paracetamol aumentan la eficacia de los ACO, aumentando la concentración plasmática de etinil estradiol
- Considerar efectos beneficiosos:
 - Alta efectividad anticonceptiva
 - No interrumpen el acto sexual
 - Fácilmente reversibles
 - Efecto protector contra Procesos Inflamatorios Pelvianos
 - Reducen probabilidad de cáncer de colon, ovario y endometrio
 - Disminuyen el dolor menstrual y la cantidad de sangre perdida
 - Disminuyen el dolor periovulatorio
 - Disminuyen las manifestaciones clínicas del Síndrome de Ovario Poliquístico.
 - Disminuye la desmineralización de los huesos
 - Disminuye las manifestaciones del acné
 - Disminuye la probabilidad de embarazo ectópico
 - Disminuye las irregularidades menstruales
 - Disminuye la probabilidad de formación de quistes funcionales ováricos.

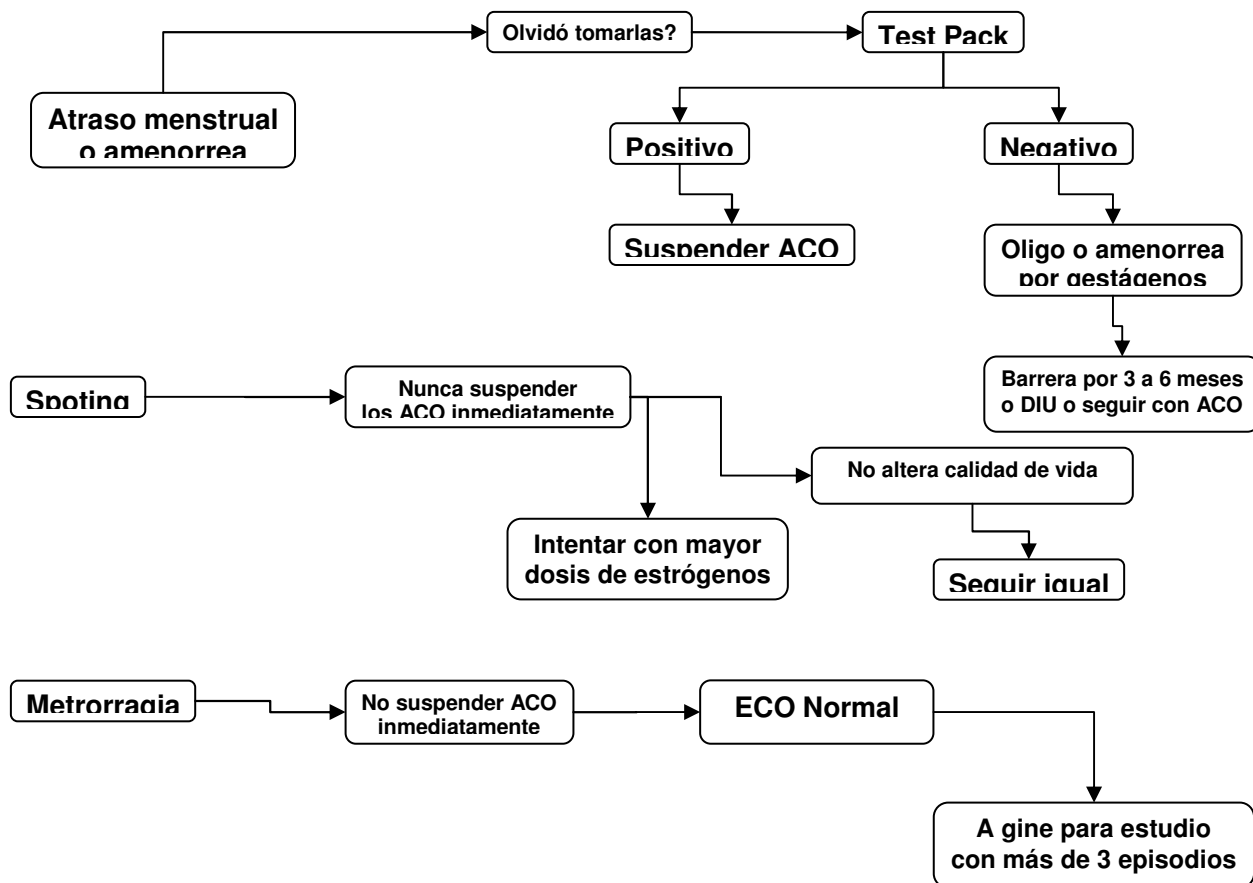
Píldora del día después (Anticoncepción de emergencia)

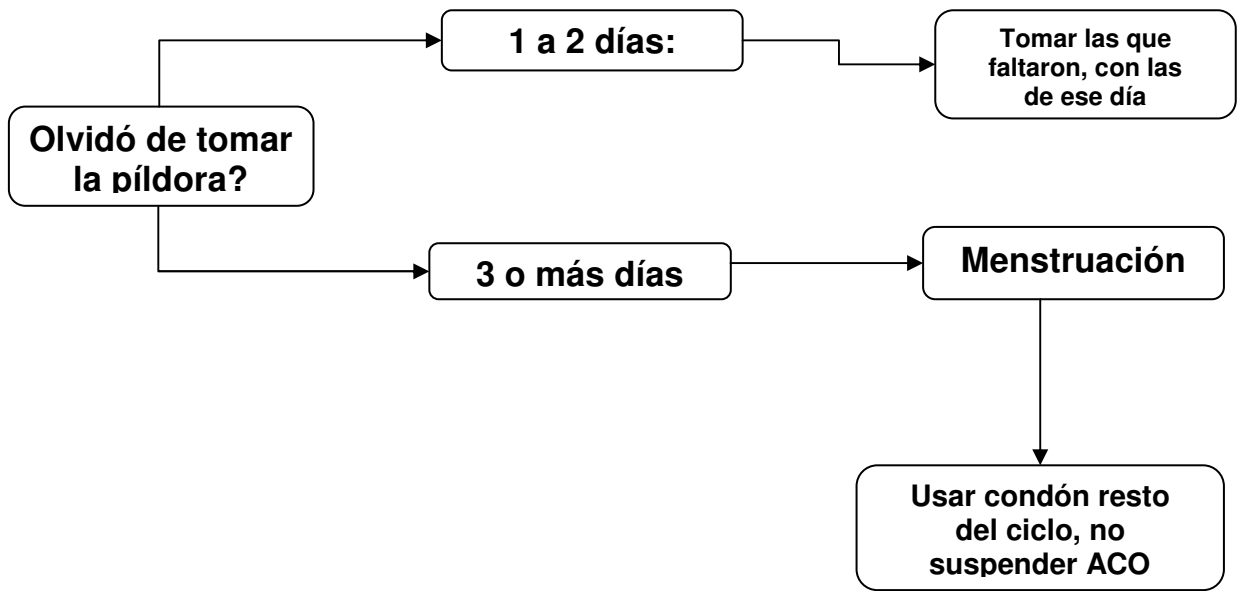
- Se toma un comprimido antes de cumplidas las 72 hrs después del coito no protegido y el segundo 12 horas después del primer comprimido.

MAC hormonales Inyectables

- Usarlos como una medida transitoria, no más de tres meses, dado su alta concentración plasmática de estrógenos en un momento del ciclo.
- Recordar que se dan en plazos fijos independientes de la menstruación, es decir, Unalmes (MR) cada 28 días, Mesigyna (MR) cada 30 días. NO es necesario esperar menstruación ni días de descanso entre una inyección y otra.

Flujogramas para enfrentar algunos problemas con el uso de ACO





Algunos ACO sugeridos según concentración de estrógenos y progestinas.

Baja concentración

Etinil estradiol 15 ug + Gestodeno 60 ug
Mirelle (MR) Feminol 15 (MR) Minesse (MR) Minigest 15 (MR)

Concentración intermedia

Etinil estradiol 20 ug + Gestodeno 75 ug
Gynera (MR) Minigest 20 (MR)

Concentración alta

Etinil estradiol 30 ug + Levonorgestrel 150 ug
Microgynon (MR) Anulette (MR)

Usuarías de ACO: Consultar en caso de:

- Aparición de ictericia
- Nódulo mamario
- Dolor de torácico, tos, respiración corta
- Cefalea severa, mareos
- Visión borrosa, disartria
- Dolor severo en extremidades inferiores (sospecha de trombosis venosa profunda)

CONTRAINDICACION ABSOLUTA PARA ACO

- Cáncer de mama
- Accidente vascular encefálico trombótico
- Tromboembolismo
- Infarto del miocardio
- Pigmentación de la cara (es irreversible)
- Antecedente de angina de pecho o dolor precordial con los ejercicios

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS PARA ACO

- Hipertensión, puede requerir mayor control de la HTA
- Alteración del perfil lipídico, puede requerir mayor control
- Fumadora de más de 15 cigarrillos diarios (sugerir menor consumo)

Criterios de derivación desde APS en usuarias de ACO o inyectables:

- Dudas sobre contraindicaciones
- Dudas de reemplazo por otro método antes efectos secundarios indeseables que alteran calidad de vida o rechazados por la paciente.
- Dudas sobre tiempo de uso en caso de períodos muy prolongados, mayor de 5 años.
- La píldora del día después no tiene contraindicaciones de uso. En caso de violación, la paciente debe ser enviada a Nivel Terciario, Servicio de Urgencia, para decidir su uso.

Progestinas de depósito Implanon®

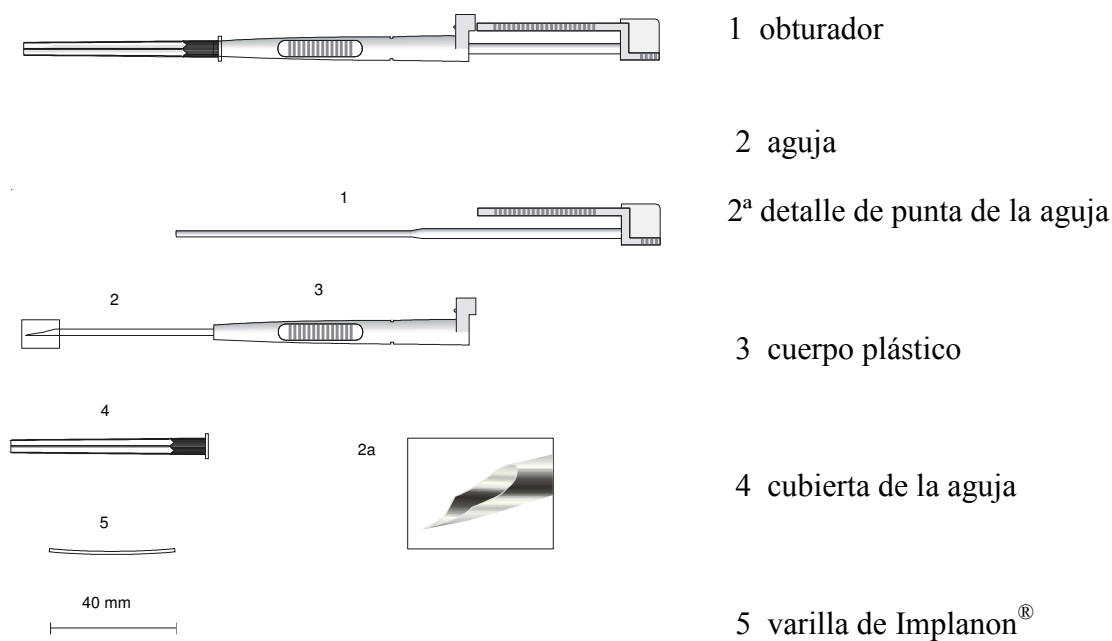
NOMBRE DEL PRODUCTO MEDICINAL

Implanon® Implante 68 mg de etonogestrel.

1. Descripción física del producto, que sustancia química contiene:

Implanon® consiste en una varilla no biodegradable, de color blanquecino, de 4 cm de largo por 2 mm de diámetro para uso subdérmico.

Cada implante contiene 68 mg de etonogestrel, disperso en una matriz de etilen vinil acetato (EVA) que es un material no relacionado con el latex.



2. Indicación terapéutica

Anticonceptivo.

3. Propiedades Farmacodinámicas:

Mecanismo de acción:

El componente principal del Implanon es el etonogestrel, metabolito biológicamente activo del desogestrel, un progestágeno muy utilizado en los ACO. Deriva, estructuralmente de la 19 nortestosterona y se une con gran afinidad a los receptores de progesterona de los órganos blanco. El efecto anticonceptivo de Implanon se logra principalmente por inhibición de la ovulación. No se observaron ovulaciones durante los primeros dos años de uso y sólo raramente durante el tercer año. Además de la inhibición de la ovulación, Implanon también provoca cambios en el moco cervical, los cuales dificultan el paso de los espermatozoides.

El alto grado de protección contra el embarazo se logra, entre otras razones, debido a que, a diferencia de los AOs, la acción anticonceptiva de Implanon no depende de la ingesta regular de comprimidos. La acción anticonceptiva de Implanon es reversible, lo cual se manifiesta por la rápida normalización del ciclo menstrual después de la extracción del implante. Si bien Implanon inhibe la ovulación, la actividad ovárica no se suprime por completo. Las concentraciones medias de estradiol se mantienen por encima del nivel observado en la fase folicular temprana. En un estudio de dos años de duración, en el cual se comparó la densidad mineral ósea de 44 usuarias de Implanon con la de un grupo de control de 29 usuarias de DIU, no se observaron efectos adversos sobre la masa ósea.

La tasa de liberación es de 60- 70 µg/día durante la semana 5-6, disminuyendo aproximadamente a 35-45 µg/día al final del primer año, aproximadamente a 30-40 µg/día al final del segundo año y aproximadamente a 25-30 µg/día al finalizar el tercer año de uso.

4. Propiedades farmacocinéticas:

ABSORCIÓN

Luego de la inserción de Implanon□, el etonogestrel se absorbe rápidamente hacia la circulación. Las concentraciones que inhiben la ovulación se alcanzan durante el primer día. Las concentraciones séricas máximas (entre 472 y 1.270 pg/mL) se alcanzan dentro de 1 a 13 días. La tasa de liberación del implante disminuye con el tiempo. En consecuencia, las concentraciones séricas disminuyen rápidamente durante los primeros meses. Hacia el final del primer año, se observa una concentración media de aproximadamente 200 pg/ml (rango 150-261 pg/mL), la cual disminuye lentamente a 156 pg/mL (rango 111-202 pg/mL) hacia el final del tercer año. Las variaciones observadas en las concentraciones séricas se pueden atribuir en parte a diferencias en el peso corporal.

DISTRIBUCIÓN

El 95,5-99% del etonogestrel se une a las proteínas séricas, predominantemente a la albúmina y en menor grado a la globulina de fijación de hormonas sexuales. El volumen de distribución central y total es de 27 L y 220 L, respectivamente, y apenas se modifica durante el uso de Implanon.

METABOLISMO

El etonogestrel experimenta hidroxilación y reducción. Los metabolitos se conjugan en sulfatos y glucurónidos. Los estudios realizados en animales demuestran que la circulación enterohepática probablemente no contribuye a la actividad progestagénica del etonogestrel.

ELIMINACIÓN

Luego de la administración intravenosa de etonogestrel, la vida media de eliminación es de aproximadamente 25 horas y el aclaramiento (*clearance*) sérico es de aproximadamente 7,5 L/hora. Tanto la eliminación (*clearance*) como la vida media de eliminación se mantienen constantes durante el período de tratamiento. El etonogestrel y sus metabolitos, tanto como esteroides libres o como conjugados, se excretan en orina y en heces (relación 1,5:1). En mujeres en período de lactancia, luego de la inserción de Implanon, el etonogestrel se excreta en la leche materna con una relación leche/suero de 0,44-0,50 durante los primeros cuatro meses. En mujeres en período de lactancia que utilicen Implanon, la transferencia media de etonogestrel al lactante es aproximadamente del 0,2% de la dosis diaria materna de etonogestrel (2,2% cuando los valores son normalizados por peso corporal en kg). Las concentraciones muestran una disminución gradual y estadísticamente significativa en el tiempo.

5. Cómo se usa Implanon

NOTA: ESTE METODO ANTICONCEPTIVO POR NINGUN MOTIVO DEBE SER USADO SIN ENTRENAMIENTO PREVIO

6. Cuándo insertar Implanon®

- Sin uso previo de anticoncepción hormonal Implanon deberá ser insertado entre los días 1-5, pero como máximo el día 5, del ciclo natural de la mujer (el Día 1 es el primer día de su menstruación). -*Cambio de un anticonceptivo oral combinado (AOC)*: Implanon deberá ser insertado preferentemente al día siguiente del último comprimido activo (el último comprimido que contenga las sustancias activas) del AOC anterior, como máximo el día posterior al período usual sin comprimidos o luego del último comprimido de placebo del AOC anterior.
- *Cambio de un método con progestágeno solo (minipíldora, inyectable, otro implante)*: Implanon puede ser insertado cualquier día cuando la mujer cambia de una minipíldora (en el caso de otro implante, el día de su extracción, y en el caso de un inyectable, cuando debería administrarse la siguiente inyección).
- Luego de un aborto en el primer trimestre Implanon deberá ser insertado inmediatamente.
- Luego del parto o de un aborto en el segundo trimestre: Implanon deberá ser insertado el día 21-28 después del parto o de un aborto en el segundo trimestre. Cuando la inserción de Implanon sea posterior, se deberá recomendar a la usuaria que utilice además un método de barrera durante los primeros 7 días posteriores a la inserción. Sin embargo, si ya ha tenido relaciones sexuales, se deberá descartar un embarazo o esperar hasta el primer sangrado natural de la mujer antes de la inserción real del implante.

Efectos no deseados posibles

Sistema orgánico	Frecuencia de las reacciones adversas		
	Muy comunes $\geq 1/10$	Comunes $<1/10 \geq 1/100$	Poco comunes $<1/100, \geq 1/1000$
Piel y anexos	Acné	alopecia	Prurito, prurito genital, erupción, hipertrichosis
Sistema nervioso central y periférico	cefalea	mareos	migraña
Trastornos psiquiátricos		Estado de ánimo depresivos, labilidad emocional, nerviosismo, cambios en la libido, disminución del apetito	
Sistema gastrointestinal		Dolor abdominal, náuseas, flatulencia	Diarrea, vómitos, constipación
Metabolismo y nutrición	Aumento de peso	Descenso de peso	
Sistema urinario			Disuria, infección de las vías urinarias
Aparato reproductor femenino	Dolor y sensibilidad en las mamas, vaginitis, sangrado irregular	dismenorrea	Leucorrea, molestia vaginal, agrandamiento de las mamas, lactancia no puerperal, calambres pélvicos
Organismo en general		Síntomas similares a la gripe, dolor, fatiga, accesos de calor	Dolor de espalda, fiebre, edema, reacción alérgica
Aparato respiratorio			Faringitis, rinitis
Lugar de la aplicación		Dolor en el sitio de la inyección, reacción en el sitio de la inyección	
Sistema músculo esquelético			Artralgia, mialgia, dolor esquelético

Raramente se ha observado un aumento clínicamente relevante de la presión arterial durante el uso de Implanon®. La inserción o la extracción de Implanon® pueden causar cierto hematoma, irritación, dolor o prurito local leve. Ocasionalmente, puede producirse fibrosis en el sitio de inyección o se puede formar una cicatriz. En mujeres que utilizan anticonceptivos orales se han informado varios efectos no deseados, los cuales se describen en mayor detalle en el Punto 2 (Advertencias y precauciones especiales de uso). Los mismos incluyen: trastornos tromboembólicos venosos, trastornos tromboembólicos arteriales, hipertensión, tumores hormonodependientes (por Ej., tumores hepáticos, cáncer de mama) y cloasma.

III. DOCUMENTOS PARA LA DERIVACION: Formulario de Interconsulta

IV. RESPONSABLE: Médico de Atención Primaria o Matrona.

V. CRITERIOS DE CONTRA REFERENCIA A LA ATENCIÓN PRIMARIA

- Formulario de Interconsulta respondido indicando claramente las dudas del equipo de salud de APS y el plan sugerido.
- Persona Responsable: Médico Tratante.
Envío: La Interconsulta respondida.